



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA

IMPACTO DA PANDEMIA NA SAÚDE MENTAL DE  
ENFERMEIROS INFETADOS COM COVID-19 NUM CENTRO  
HOSPITALAR

Igor Ricardo Lopes Esteves

Leiria, outubro de 2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA

Estágio de Natureza profissional em ESMP com Relatório Final

IMPACTO DA PANDEMIA NA SAÚDE MENTAL DE  
ENFERMEIROS INFETADOS COM COVID-19 NUM CENTRO  
HOSPITALAR

- RELATÓRIO DE ESTÁGIO -

Docentes Responsáveis:

Professora Doutora Ana Querido

Professor Doutor Carlos Laranjeira

Docente Orientadora:

Professora Doutora Catarina Cardoso Tomás

Elaborado por:

Igor Ricardo Lopes Esteves, nº.5200303

Leiria, outubro de 2022

“E quando a tempestade tiver passado, mal te lembrarás de ter conseguido atravessá-la, de ter conseguido sobreviver. Nem sequer terás a certeza de a tormenta ter realmente chegado ao fim. Mas uma coisa é certa. Quando saíres da tempestade já não serás a mesma pessoa. Só assim as tempestades fazem sentido.” Haruki Murakami, in 'Kafka à Beira-Mar' (2006)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos aqueles que acreditam e estão comigo nos bons e nos maus momentos.

Em especial aos meus pais e a toda a educação que me foi transmitida e consegui absorver. Centralizando na valorização humana e no bem cuidar.

Eterna saudade do meu pai e focalização da melhoria progressiva da minha mãe.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Brief- COPE - Coping Orientation to Problems Experienced Inventory

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

CSP- Cuidados de Saúde Primários

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EADS – 21 - Escalas de Ansiedade Depressão e *Stress*

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EPIs- Equipamentos de Proteção Individual

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

IAC – Instituto de Apoio à Criança

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

NIC-Nursing Intervention Classification

NOC - Nursing Outcomes Classification

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

## RESUMO

Este relatório reflete a componente clínica, acadêmica e profissional que me permitiu adquirir conhecimentos e atribuir um novo olhar sobre o cuidar da pessoa em situação de doença mental, durante o desenvolvimento e treino de competências específicas do enfermeiro especialista na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O surto de COVID-19 desafiou o sistema de cuidados de saúde globais e nacionais e demonstrou que, em situações de grande pressão, pode comprometer gravemente o bem-estar dos profissionais de saúde. De acordo com a literatura, os enfermeiros parecem ser os profissionais de saúde que enfrentam mais problemas psicológicos como consequência do surto de COVID-19. No âmbito deste projeto, pretendo então conhecer o estado da saúde mental dos enfermeiros infetados do Hospital da região Centro, durante a pandemia, em particular, indicadores de ansiedade, depressão e *stress*, bem como identificar estratégias de *coping* nesta população.

Os resultados obtidos neste projeto, embora não possíveis de generalizar, sublinham os níveis moderados de ansiedade, depressão e *stress* em enfermeiros, em especial aqueles infetados com COVID-19. Após a aplicação do projeto de melhoria contínua, os enfermeiros apresentam valores mais baixos na escala EADS-21 e um aumento do uso das estratégias de *coping* adaptativas, avaliadas pela Brief-Cope.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Saúde Mental; COVID-19; *Stress*; Ansiedade; Depressão, *Coping*

## **ABSTRACT**

This report reflects the clinical, academic and professional component that allowed me to acquire knowledge and assign a new look on caring for people with mental illness, during the development and training of specific skills of the specialist nurse in the area of Mental Health and Psychiatric Nursing.

The COVID-19 outbreak challenged the global and national healthcare system and demonstrated that in high pressure situations, it can severely compromise the well-being of healthcare workers.

According to the literature, nurses seem to be the health professionals who face more psychological problems as a consequence of the outbreak of COVID-19. Within the scope of this project, I therefore intend to identify the mental health status of the infected nurses of the Hospital of the Central region during the pandemic, in particular indicators of anxiety, depression and *stress*, as well as to identify *coping* strategies in this population.

The results obtained in this project, although not possible to generalise, highlight the moderate levels of anxiety, depression and *stress* in nurses, particularly those infected with COVID-19. After the application of the continuous improvement project, nurses showed lower values in the DASS-21 scale and an increased use of adaptive *coping* strategies, as assessed by the Brief-Cope.

**Keywords:** Nursing; Mental Health; COVID-19; *Stress*; Anxiety; Depression, *Coping*

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	11
PARTE I – ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS DIFERENTES LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO .....	14
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO .....	14
1.1- SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA.....	14
1.2- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	19
1.3- HOSPITAL DE DIA .....	23
PARTE II - O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA .....	26
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	26
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	44
PARTE III – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA.....	58
1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	59
2. PERCEÇÃO DO PROBLEMA.....	62
3. FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS INICIAIS.....	64
4. PERCEÇÃO DAS CAUSAS DO PROBLEMA .....	64
5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES .....	72
6. VERIFICAR OS RESULTADOS.....	75
7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA .....	78
8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO .....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	82
APÊNDICES	
APÊNDICE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	
APÊNDICE II – SESSÕES DE INTERVENÇÃO	
APÊNDICE III – POWERPOINT DE APOIO ÀS SESSÕES	
APÊNDICE IV – FLYER SOBRE RELAXAMENTO DE JACOBSON	
APÊNDICE V – INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO	
ANEXOS	
ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA	
ANEXO II- AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA EADS-21	
ANEXO III – ESCALA EADS-21	
ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA BRIEF-COPE	
ANEXO V - ESCALA BRIEF-COPE	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do comportamento em contexto pandémico.....	66
Tabela 2 - Caracterização do comportamento em contexto pandémico (comparação entre COVID e não COVID).....	68
Tabela 3 - Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> (comparação entre COVID e não COVID).....	69
Tabela 4 - Dimensões de <i>Coping</i> – Brief-COPE (comparação entre COVID e não COVID) ....	71
Tabela 5 - Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> (comparação entre COVID e não COVID).....	76
Tabela 6 - Dimensões de <i>Coping</i> (comparação antes e após o programa).....	77

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Diagrama De Ishikawa Para Identificação Dos Fatores De Risco Para A Doença Mental Dos Enfermeiros Infetados Com COVID-19.....	72
--	----

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Análise Swot Do Projeto De Melhoria Contínua Da Qualidade.....	63
---	----

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório de estágio surge integrado no 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Leiria, no Politécnico de Leiria, no ano letivo 2020/2021, com o curso número 2161.

Insere-se no âmbito da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional em Saúde Mental e Psiquiatria com relatório final, para obtenção do grau de mestre e do título de especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE). O título de enfermeiro especialista pressupõe um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem nas áreas de especialidade, que permitam avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Independentemente da sua área de especialidade, as competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e reveladas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

De acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, entendesse que “a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.” (Preâmbulo, Regulamento n.º 515/2018).

A primeira parte deste relatório de estágio é baseada nas competências comuns do enfermeiro especialista segundo o Regulamento n.º 140/2019 e nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Tem como finalidade a análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências e práticas do cuidado baseadas no conhecimento científico, durante os ensinamentos clínicos realizados, nos quais se pretenderam desenvolver aptidões para intervir de forma integrada na equipa de saúde e para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Os ensinamentos clínicos decorreram num Serviço de Psiquiatria (Ensino Clínico I), numa Unidade de Cuidados na Comunidade (Ensino Clínico II) e num Hospital de Dia (Ensino Clínico III).

No presente relatório é ainda possível encontrar o projeto de melhoria contínua, subordinado ao tema “Impacto Da Pandemia Na Saúde Mental De Enfermeiros Infetados com COVID-19”. O tema é justificado pela necessidade de dar resposta a uma problemática identificada na minha atividade profissional.

Desde março de 2020 que se verificou um elevado número de profissionais de saúde infetados com COVID-19. Os enfermeiros, pela especificidade do seu trabalho, são os profissionais que prestam serviço “mais próximo” do doente. No entanto, parecem ainda não haver estudos quanto à forma como enfermeiros infetados foram afetados ao nível da saúde mental, assim como compreender que estratégias de *coping* utilizaram.

Nesta lógica de desenvolver o projeto de melhoria contínua, pretendi desenvolver uma intervenção e avaliar os seus resultados, através da análise do nível do *stress*, depressão e ansiedade, e as estratégias de *coping* utilizadas por enfermeiros infetados com COVID-19.

Enquanto enfermeiro e prestador de cuidados no serviço de internamento COVID-19, deparei-me com a incerteza e angústia, de toda a equipa, tanto na resposta imediata ao doente portador do vírus, como o elevado risco de contrairmos a infeção. Por manter tal sentimento de preocupação e pós infeção pelo COVID-19, não podia nem devia deixar de centrar a minha linha orientadora do projeto de melhoria contínua neste mesmo tema.

O presente relatório materializa-se como produto final do percurso formativo.

Apresentados o âmbito e o tema deste relatório, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Desenvolver o Relatório de Mestrado onde consta uma reflexão sobre as competências adquiridas nos locais de ensino clínico e ainda um projeto de melhoria contínua sobre um tema relevante para a prática, futuramente alvo de prova pública perante um júri;

Objetivos específicos:

- Definir uma problemática que possa ser alvo da intervenção do enfermeiro EESMP;
- Descrever o enquadramento teórico da problemática identificada;
- Planear uma proposta de programa de intervenção na prevenção das consequências do COVID-19 numa população de enfermeiros infetados, no âmbito das competências do enfermeiro EESMP, usando a metodologia de projeto;
- Analisar as competências desenvolvidas no percurso do Mestrado, enfatizando o ensino em contexto clínico.

No sentido de dar seguimento aos objetivos traçados, este relatório está dividido em 3 capítulos:

No capítulo I será feita a caracterização dos contextos da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no âmbito dos Estágios. No II capítulo será apresentada a análise reflexiva do percurso acadêmico realizado para a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), as competências específicas do enfermeiro EESMP e, as competências de Mestre em Enfermagem. No III capítulo será exposta a proposta de programa de intervenção do enfermeiro EESMP na prevenção das consequências do COVID-19 numa amostra de enfermeiros infetados, integrando o enquadramento teórico e concetual, bem como a metodologia de trabalhado de projeto e suas respetivas etapas. Por último, serão apresentadas as considerações finais do presente trabalho, bem como a análise da concretização dos objetivos propostos.

O presente relatório encontra-se redigido respeitando as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico Português e as referências bibliográficas, de acordo com as normas da American Psychology Association, 6ª edição.

## **PARTE I – ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS DIFERENTES LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO**

Os ensinamentos clínicos (EC) são momentos privilegiados para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas (Simões, Alarcão & Costa, 2008). Tiveram como objetivo geral desenvolver aptidões que permitam intervir integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa, no âmbito do serviço de internamento em psiquiatria, unidade de cuidados na comunidade e no Hospital de Dia.

### **1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO**

Os ensinamentos clínicos decorreram no Serviço de Psiquiatria dum Centro Hospitalar, entre 10 de maio de 2021 e 22 de julho de 2021, numa Unidade de Cuidados na Comunidade, entre 06 de setembro e 19 de novembro de 2021 e num Hospital de Dia, entre 22 de novembro de 2021 e 21 de janeiro de 2022.

A caracterização dos mesmos será desenvolvida de seguida.

#### **1.1- SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA**

O Estágio I foi realizado em contexto hospitalar, num serviço de internamento de Psiquiatria de adultos, integrado num Centro Hospitalar, com uma área de influência que engloba 15 concelhos e servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2022).

O Centro Hospitalar tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos comportáveis, aos utentes da área de influência, promovendo a complementaridade entre os hospitais e apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais.

O serviço de psiquiatria funciona desde 2002 e o internamento de psiquiatria está em funcionamento desde 2007. Atualmente o serviço de psiquiatria é constituído por quatro

valências: A consulta externa, o hospital de dia, o internamento e a urgência (CHMT, 2013b)

À semelhança de todo o Centro Hospitalar o serviço de Psiquiatria “... orienta a prestação de cuidados de saúde tendo por base uma gestão assente nos princípios de bom governo visando a satisfação dos utentes e colaboradores, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados e procurando a sustentabilidade económica, social e ambiental.” (CHMT 2012, p.1).

A intervenção assistencial é dirigida maioritariamente a pessoas com as seguintes características: risco de suicídio, perturbações de humor graves, perturbações psicóticas, demências ou outras situações clínicas graves. O referido serviço permite melhorar a capacidade de resposta aos clientes do foro psiquiátrico que anteriormente seriam referenciados para hospitais dos grandes centros urbanos. Destina-se a pessoas com idades superiores a 18 anos que necessitem de internamento por doença mental em fase aguda. Os doentes são internados através da consulta externa de psiquiatria ou da urgência psiquiátrica, de forma voluntária, ou ao abrigo da Lei de Saúde Mental nº 36/98 de 24 julho (1998), caso configure os pressupostos do internamento compulsivo.

Sendo a segurança dos clientes e dos profissionais de saúde uma preocupação constante, existem medidas específicas de segurança que devem ser asseguradas de forma sistemáticas e contínua para todos os clientes. Assim, a porta principal para o exterior está sempre fechada à chave e só é aberta pelos profissionais do serviço; todas as salas de uso dos profissionais estão fechadas à chave quando não estão a ser utilizadas; as janelas estão sempre trancadas com sistemas próprios de segurança não sendo possível a sua abertura; aos clientes não é permitido o uso de telemóvel próprio; não é possível guardar alimentos na mesa-de-cabeceira; à entrada é realizado o espólio dos clientes, ficando os bens (carteira, telemóvel, cigarros, e outros considerados potencialmente perigosos) a cargo dos profissionais; e existem horas e sala específica para os clientes fumarem. A mobilidade dos clientes fora do serviço poderá ser feita apenas mediante prescrição médica ou autorização do enfermeiro responsável, sendo sempre acompanhados por dois profissionais de saúde ou, na hora das visitas, acompanhados por familiares. Os clientes internados compulsivamente não têm autorização para saída do serviço.

No âmbito da saúde mental, o assunto da liberdade é especialmente sensível. Segundo a Lei de Saúde Mental (1998), o internamento está previsto para aqueles que necessitam

tratamento e o recusam, não estando capazes de avaliar essa necessidade ou para proteger terceiros e/ou próprio.

Importa lembrar que, tanto as instalações e os equipamentos como as condições de internamento devem estar de acordo com a situação clínica e vulnerabilidade de cada doente (Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde, s/ data). Num serviço de internamento de psiquiatria, a fragilidade associada a alguns diagnósticos justifica tais necessidades de segurança tão específicas, mas não para todos os internados. A decisão deveria ser tomada entre benefícios, danos e riscos, numa lógica de ética e respeito pelos direitos do doente com patologia mental (Azenha, 2014).

Na minha opinião, embora as regras sejam essenciais, deveriam ser adaptadas a quem se aplicam e não aplicadas de forma padronizada a todos os internados. Mais do que isso, deveriam respeitar as características de cada pessoa e aproximar-se o mais possível do domicílio e quotidiano. São exemplos destas situações as pessoas que em casa andam com determinada roupa (ex: fato de treino), que se maquilham diariamente ou que têm gosto pela atividade física ao ar livre e ficam privados destas atividades.

Se o internamento é aceite pelo doente, que justificação há paque que altere os seus hábitos ou mude drasticamente as rotinas, se estas não colocam em risco a própria vida ou a dos outros?

O serviço tem como objetivos promover o tratamento de indivíduos adultos portadores de doença mental moderada a grave descompensada; promover a reabilitação do doente mental; promover a reintegração do doente mental na comunidade onde reside; proporcionar técnicas de reabilitação e meios terapêuticos adequados e o afastamento das circunstâncias e fatores que funcionam como desencadeantes e permitem a manutenção da doença; a elaboração de um conjunto de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, com vista ao ajuste narcísico da personalidade, ao treino de competências sociais e estratégias de resolução de problemas, à capacidade de gestão de conflitos, ao desenvolvimento da assertividade e resiliência face aos constrangimentos do dia-a-dia. Estas intervenções só são possíveis quando respeitamos e envolvemos a pessoa na sua recuperação de forma ativa. O enfermeiro EESMP tem como objetivo estabelecer uma relação de empatia e transmitir ao doente que reconhece as suas competências, os seus sentimentos e as suas características pessoais, sendo que acredita na sua capacidade de recuperação.

O método de trabalho de Enfermagem preconizado é o método do Enfermeiro Individual, também conhecido como método de caso ou de abordagem de atendimento total ao cliente (Ventura-Silva et al, 2021). É baseado numa dinâmica em que um único enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de clientes durante um turno, em função da carga de trabalho, no sentido de satisfazer todas as necessidades desses clientes. Assim, enquanto o enfermeiro se encontra no exercício da atividade profissional, a assistência prestada não é fragmentada e a responsabilidade dos cuidados é apenas do próprio, que concebe, implementa e avalia esses cuidados (Parreira et al, 2021).

Deste modo é possível prestar cuidados mais personalizados, com maior autonomia e responsabilidade profissional, com estabelecimento de uma relação terapêutica mais satisfatória. A avaliação inicial de enfermagem é realizada de forma estruturada, concretizando-se inicialmente na história clínica de enfermagem, que se preconiza que seja feita nas primeiras 24 a 48 horas de internamento e com colaboração, se possível, do próprio cliente e/ou do prestador de cuidados.

Foi a primeira vez que experienciei e pude colocar em prática logo no primeiro estágio, tudo aquilo que fui interiorizando enquanto aluno e futuro mestre em saúde mental e psiquiatria pois enquanto aluno de licenciatura não tive contato com internamento psiquiátrico em contexto hospitalar. Realço a tentativa de “normalizar”, por parte da administração hospitalar, o serviço de psiquiatria, colocando-o “lado a lado”, no mesmo piso que outros serviços como medicinas ou cirurgias.

Na minha opinião, o serviço está bem estruturado, com algumas recomendações de segurança que, de forma geral, são eficazes e funcionais. O meu estágio decorreu em plena pandemia, que obrigou a algumas medidas mais ou menos drásticas nos hábitos dos utentes, nomeadamente no hábito de fumar, onde todos tinham de o deixar de fazer. Os utentes aderiram de forma relativamente pacífica, aderindo ao uso de selos ou administração pastilhas, limitadas por dia e hora.

O uso do tabaco causa prejuízo à integridade física e psicológica do indivíduo. A nicotina causa dependência, e existem fatores individuais, sociais e ambientais que são importantes para o desenvolvimento dessa adição (Consuegra & Zago, 2004). Nos doentes mentais, o hábito de fumar pode funcionar como um “tampão emocional”, pois o fumador tende a acreditar que, ao fumar, consegue controlar a ansiedade, a raiva e a tristeza, ficando mais calmo (Consuegra & Zago, 2004).

Além disso o consumo de cigarros poder trazer a sensação de alívio dos efeitos colaterais de certas medicações e mesmo de alguns sintomas de doença (Rondina, Goyareb & Botelho, 2007).

Acredito que num serviço de internamento de psiquiatria, a regra da proibição total deveria ser revista. Se a pessoa já se encontra numa situação de vulnerabilidade, impedir o acesso total ao tabaco poderá ter um impacto negativo na sua adesão e recuperação. Uma sugestão seria utilizar o uso de tabaco como forma de garantir que os doentes seguem o tratamento e participam nas atividades terapêuticas. O tabaco passa, portanto, a ser visto como instrumento que apazigua e facilita a interação social dos doentes (Lawn, 2005).

Ao enfermeiro EESMP cabe a responsabilidade de gerir o acesso ao tabaco, desenvolvendo sessões de psicoeducação sobre dependência e os seus riscos, técnicas e estratégias de controlo da ansiedade e do *stress* como sessões de relaxamento muscular, associadas então às intervenções medicamentosas para a abstinência (Rondina, Goyareb & Botelho, 2007).

Igualmente, por questões de segurança, as saídas ao exterior do serviço ou do hospital foram canceladas. O contato com o exterior limitou-se a “olhar pela janela” e as visitas aos internados canceladas ou muito limitadas. Ainda que o COVID-19 comporte uma conotação de dúvida e incerteza, esta situação tornou visível a necessidade de colocar este serviço num piso térreo ou com acesso a uma zona exterior privada (p. ex: um jardim). São diversos os estudos que demonstram que a exposição à natureza traz enormes benefícios para a população em geral e para os doentes mentais em particular. Segundo White et. al (2019), duas horas de contato semanais com a natureza podem promover um significativo aumento na sensação de bem-estar, melhorar o humor e aliviar os sintomas de depressão, ansiedade e *stress*.

É ainda de assinalar que, tal como em tantos outros serviços, a equipa de enfermagem, limitada no número de elementos por turno, desenvolve o seu trabalho de forma a corresponder às exigências de um serviço de internamento em psiquiatria. Cada turno de 8 horas tem de ser bem planeado para haver a possibilidade e contributo positivo na reabilitação, estabilização e recuperação de cada um dos doentes.

## 1.2- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Como preconizado no artigo 11.º do Decreto-lei Diário nº 137/2013, publicado em Diário da República, 1ª série, nº 193, a 7 de outubro de 2013, e que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social em contexto domiciliário e comunitário, privilegiando as pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, promovendo ainda a educação para a saúde, a integração em redes de apoio à família e a implementação de unidades móveis de intervenção” (Ministério da Saúde, 2013).

A UCC onde decorreu o meu segundo estágio pertence à ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Neste momento, abrange uma população alvo de cerca de 44.231 utentes (BI-CSP, 2022).

A mesma unidade atua com várias parcerias:

- NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco;
- CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;
- Rede Social;
- Núcleo Local de Inserção
- Equipa de Prevenção da Violência em Adultos
- Intervenção Precoce
- Saúde Escolar

A UCC assegura o seu funcionamento normal entre as 9h e as 18h nos dias úteis, e eventualmente aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades em saúde da população, das características geodemográficas da área abrangida (541,58 km<sup>2</sup>) e da disponibilidade de recursos (CHMT, 2013a).

O plano de acção da UCC engloba actividades clínicas, de melhoria contínua, formativas e actividades não assistenciais. Isto só é possível porque a UCC assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicóloga, assistente social, assistentes técnicos, responsáveis pela implementação do Plano de Acção (CHMT, 2013a).

De acordo com Peduzzi (2001) o trabalho de equipa representa um método de trabalho que tem um objectivo comum, permite a muitas pessoas utilizarem da melhor forma possível as

suas qualidades individuais, associando as suas competências à sua experiência. Numa equipa não se pretendem eliminar as diferenças mas sim aumentar o diálogo e contribuir para o progresso dos resultados. A Equipa multidisciplinar é composta por profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferentes, e que trabalham em prol de um único objectivo, numa lógica de interdisciplinaridade (Peduzzi, 2001).

O enfermeiro EESMP tem um papel fundamental numa equipa multidisciplinar. Para além dos objetivos comuns traçados para cada situação, cabe ao enfermeiro EESMP focar-se no estabelecimento da relação de parceria com o doente, dar feedback positivo em pequenas metas atingidas diariamente, aumentar a auto-estima e encorajar ao auto-cuidado e à independência (Townsend, 2001).

O seu principal objetivo é ser uma UCC de referência, assumindo a saúde da população do concelho como principal compromisso, garantindo respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de proximidade às suas necessidades, visando a melhoria contínua dos cuidados prestados (CHMT, 2013).

Os valores pelos quais a UCC se orienta são o respeito pela individualidade e pelos direitos da pessoa, pela promoção da sua autonomia, reconhecendo que a saúde individual é da responsabilidade do próprio e que este é responsável pelo seu projeto de saúde. Os serviços são organizados em função das necessidades da população, garantindo a continuidade dos cuidados e encaminhando as pessoas para outros profissionais e serviços de saúde sempre que as necessidades ultrapassem as competências dos profissionais da UCC (CHMT, 2013a).

Os utentes que recorrem à UCC, no que concerne à saúde mental, podem ser referenciados por qualquer estrutura da comunidade, por outros enfermeiros especialistas da UCC que observem que os utentes necessitam de acompanhamento, pelo enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ou podem mesmo recorrer ao enfermeiro especialista em Saúde mental, sem qualquer referência, dirigindo-se à UCC e pedindo consulta com o respetivo enfermeiro.

Em todos os cuidados e serviços prestados pela UCC é passível a atuação do enfermeiro EESMP. Os centros de saúde assumem-se como as instituições capazes de concretizar os objetivos de inserção e restituição dos doentes à comunidade. Sendo vocacionados para a identificação e tratamento precoce dos sintomas, a Saúde Mental, não é exceção. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem ser progressivamente envolvidos em questões de Saúde Mental, com continuidade e cruzamento entre os cuidados psiquiátricos e os

cuidados primários (Moreira & Melo, 2005). Indo ao encontro do que é pretendido no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), os cuidados prestados no âmbito da saúde mental nos CSP deverão ser específicos, com implementação de intervenções e programas terapêuticos fundamentados em evidência científica e envolvendo equipas multidisciplinares com treino específico e capacidade de implementação de programas diferenciados (Xavier et al., 2017).

Os problemas mais referenciados e nos quais tive a oportunidade de intervir durante o período do EC foram os seguintes: perturbação depressiva, esquizofrenia, comportamentos aditivos e dependências. Os focos de enfermagem identificados de forma geral foram: tristeza, humor comprometido, aceitação do estado de saúde, *coping* e adaptação, insónia, sobrecarga do familiar cuidador. As idades dos utentes que recorrem à UCC são muito variadas, e vão desde a primeira infância até à velhice. Na infância, o foco de enfermagem mais evidente foi a tristeza, na adolescência, o abuso de substâncias e humor comprometido, na idade adulta e velhice o humor comprometido, a aceitação do estado de saúde, o *coping* e a adaptação, a insónia e a sobrecarga do familiar cuidador.

Nesta UCC, o sistema de informação utilizado é também o SClinico, com a taxonomia CIPE.

Quando um utente recorre à UCC é realizada a entrevista semi-estruturada e a anamnese e são identificados os focos de enfermagem passíveis de intervenção. Quando há necessidade, o utente poderá ser referenciado para outros membros da equipa multidisciplinar, nomeadamente o médico ou a assistente social.

Por outro lado, são também realizadas sessões de psicoeducação nas escolas, desde o pré-escolar, até ao ensino secundário. Segundo a OE (2012) Os profissionais de saúde, ao interferirem na comunidade educativa, assumem um papel fundamental na manutenção dos determinantes de saúde, que será tão mais eficaz quanto mais conseguirem trabalhar em parceria com outros profissionais e agentes, nomeadamente os profissionais de educação e os alunos. Neste sentido, no início de cada ano letivo, a enfermeira especialista em saúde mental reúne-se com os diretores de turma por forma a perceber quais as necessidades psicoeducativas e são agendadas dias e horas para as sessões. As sessões podem ser variadas, com temas como “Saúde Mental”, “Abuso de substâncias”, “Inteligência emocional”, ou qualquer outra temática que se ache necessário no momento, sempre de acordo com as necessidades identificadas pela escola. Contudo, numa abordagem à Saúde Mental, para além de implementar e consolidar projetos que visam desenvolver

competências pessoais e sociais nos alunos, utilizando metodologias ativas e de empoderamento (que é o princípio essencial da promoção de saúde), o enfermeiro EESMP foca a sua intervenção em diferentes dimensões: na prevenção, no diagnóstico e na intervenção em situações críticas (OE, 2012). Sabendo as implicações da saúde mental em todos os domínios do desenvolvimento pessoal e social, durante as sessões, a enfermeira especialista, através da observação, consegue identificar crianças/adolescentes que necessitam de outro tipo de intervenção, sinalizá-las aos profissionais de educação e atuar de acordo com os procedimentos adequados.

A alta dos utentes é efetuada sempre que os focos de enfermagem já não se encontrem ativos e o utente tenha atingido o seu potencial máximo de recuperação.

Numa perspetiva crítico-reflexiva, ter a oportunidade de trabalhar com diversos enfermeiros especialistas de diferentes áreas, que se complementam e ajudam, cria uma sinergia que se reflete nos benefícios à comunidade. Estabelece-se uma estreita articulação entre várias áreas como a saúde comunitária, a saúde infantil, a saúde materna, a saúde física e de reabilitação e a saúde mental e psiquiatria, que facilita processos de intervenção, acompanhamento e encaminhamento para os cuidados de saúde secundários ou terciários sempre que necessário.

Este modelo de organização/método de trabalho torna-se facilitador quer para os utentes, quer para o enfermeiro especialista, pois nem sempre há necessidade de recorrer aos trâmites normais para recorrer à consulta de enfermagem, que seria a referenciação pelo médico de família. Os utentes sentem uma grande abertura na procura de ajuda no que respeita à saúde mental, muitas vezes acabando apenas por conversar com a enfermeira, que os ajuda a abrir novos caminhos e traçar novos objetivos de vida, e mesmo que não seja identificado qualquer foco de enfermagem, há sempre espaço para o utente recorrer novamente à consulta.

Enquanto estudante de enfermagem apenas tinha tido contato com a saúde materno-infantil e este estágio permitiu-me adquirir conhecimento em diferentes etapas do ciclo de vida e da enorme potencialidade dos cuidados de saúde primários.

Uma das atividades no meu EC foi a comemoração do Dia da Saúde Mental, com a entrega de flyers junto da população. Da comunidade recebemos o feedback do total desconhecimento dos recursos existentes, nomeadamente da enfermagem especialista em saúde mental e psiquiátrica na UCC. Muitas pessoas referiram recorrer ao hospital ou a

intervenções particulares no âmbito da saúde mental e que recorrem aos enfermeiros da UCC “para pensos e injetáveis”

Não posso deixar de apontar assim a necessidade de maior divulgação do que é feito, do que é possível fazer e da forma como o enfermeiro EESMP, pode ajudar uma pessoa, uma família, uma comunidade, uma população. Infelizmente o conceito de saúde mental ainda é muito estigmatizado e há um longo caminho a fazer até que seja integrado pacificamente nas opções de quem dela necessita.

### 1.3- HOSPITAL DE DIA

O ambulatório de Psiquiatria é constituído pela Consulta externa e pelo Hospital de Dia. O Hospital de dia é um espaço de socialização e de integração social, onde é nuclear a dinâmica grupal (interações), a animação, a formação e a reinserção sócio-profissional. O seu âmbito estende-se igualmente à família, promovendo o reestabelecimento de laços harmónicos e dinâmicos entre os seus membros (CHMT, s/data).

Segundo Coimbra de Matos (2004), o Hospital de Dia permite a realização de uma mudança progressiva nos serviços de saúde mental. Passamos de um hospital asilo para um hospital psiquiátrico comunitário, do internamento como principal medida psicoterapêutica para a acção individual e no grupo, materializando uma atitude preventiva, integradora e promotora de saúde mental. Assim, o Hospital de Dia é um equipamento de transição no sentido em que através do seu funcionamento, utentes, profissionais e famílias adquirem uma compreensão mais abrangente da saúde mental e as especificidades de uma intervenção psicoterapêutica (Coimbra de Matos, 2004). No entanto, segundo o mesmo autor, em patologias mais graves, a recuperação em hospital de dia é bastante diminuta, pelo que existe a necessidade de internamento.

Neste sentido, o tratamento em Hospital de Dia pode funcionar como uma alternativa ao internamento pois permite ao utente permanecer em contacto com o seu meio familiar, profissional, social e ainda beneficiar de atividade terapêuticas e de processos de readaptação (CHMT, s/data).

O Hospital de Dia tem como objetivos:

- Criar projetos terapêuticos em ambiente protegido, aliando programas que estimulam diversas competências do indivíduo portador de doença mental, que vão desde os aspectos

relacionais e de gestão de conflitos às habilidades socioprofissionais e de desempenho de atividades de vida diária, no seio da sua família e na comunidade;

- Promover a autonomia e adequação dos recursos narcísicos da personalidade na vida de relação e no seu meio natural, contrariando a falsa proteção que um internamento pode condicionar a longo prazo;
- Valorizar o papel da família e da comunidade;
- Diminuir o recurso e o tempo médio do internamento (CHMT, 2013b).

Esta valência proporciona dois regimes de tratamento:

- Regime diário, em que os utentes permanecem das 9h às 17h no serviço em atividades;
- Regime parcial, em que os utentes se deslocam ao Serviço para sessões terapêuticas regulares, de periodicidade variável, consoante os casos.

A indicação e frequência de ambos os regimes implica avaliação médica semanal, um plano terapêutico e nota de alta.

A intervenção terapêutica é feita com uma equipa multidisciplinar através de sessões:

- Em grupo, juntamente com outros utentes;
- Individuais;
- Em famílias, em sessões psicoeducacionais que permitem a (in)formação das famílias e a integração familiar do utente.

São exemplo das sessões realizadas o treino de competências sociais, a psicoeducação, as dinâmicas de grupo, as intervenções sociodramáticas, a psicoterapia, a terapia familiar, entre outras (CHMT, 2013b).

Os utentes podem ser encaminhados a partir da Urgência de Psiquiatria, da Consulta Externa ou do Internamento. A proposta é realizada pelo Médico Psiquiatra e os utentes devem aceitar voluntariamente participar, não apresentar sintomatologia que interfira de forma significativa com a estabilidade do grupo e serem autónomos nas deslocações e nos cuidados básicos de alimentação e higiene (CHMT, 2013b).

Os critérios de alta levam em consideração os objetivos específicos delineados aquando da admissão e carece de avaliação multidisciplinar (médico, enfermeiro, outros técnicos de saúde).

Após a alta, os utentes continuam a ser seguidos em consulta de enfermagem, psicologia ou psiquiatria (CHMT, s/data).

Quando fui recolocado neste campo de estágio, pelo outro ter sido extinto, pensei que não teria qualquer benefício ir para um hospital de dia e que teria mais benefício continuar na

UCC. Contudo, atualmente reconheço o meu erro pois, caso não tivesse tido esta oportunidade, as minhas competências enquanto enfermeiro EESMP ficariam aquém do enfermeiro que pretendo ser. A equipa multidisciplinar demonstrou uma organização e encaminhamento muito bem realizados. De salientar que todos os enfermeiros EESMP tinham formações complementares, o que tornou a aprendizagem muito rica. Pode acompanhar a realidade pós-alta em alguns utentes ou novos acompanhamentos, após consultas, sem necessidade de hospitalização. Desconhecia que uma equipa multidisciplinar consegue intervir e avaliar ao longo do tempo, traçando um plano interventivo para cada pessoa, acompanhando também a família e o seu quotidiano, com visitas domiciliárias.

O Hospital de Dia caracteriza-se por intervir e manter um programa de intervenção com um acompanhamento mais estreito, evitando assim o internamento. As intervenções individuais e de grupo são planeadas de forma a enquadrar e motivar o doente, sem esquecer a família e o seu contexto. Assim assiste-se a uma melhor e eficaz recuperação.

As limitações provocadas pela pandemia obrigaram a ajustes e limitações no número de intervenientes por grupo e por sessão. Igualmente, os toques a aproximação física tiveram que ser evitados de forma a contrair a transmissão do Vírus. São diversos os estudos que demonstram que o toque assume grande relevância ao nível das relações interpessoais, da saúde e do bem-estar emocional das pessoas. Harlow (1958) foi o primeiro a referir importância do toque e contacto para a sobrevivência quer dos animais, quer dos humanos. De facto, o toque possibilita a partilha e identificação de emoções (App, McIntosh, Reed, & Hertenstein, 2011), sendo por isso primordial para o desenvolvimento e manutenção das relações afetivas (Guégan, 2007). Quando o toque é limitado ou inexistente (como no caso da pandemia) há uma alteração no funcionamento cerebral, verifica-se uma menor libertação de hormonas como a ocitocina, serotonina e dopamina, há tendência para um aumento de comportamento de luta ou fuga e consequente aumento de *stress* (Field, 2001). Na era COVID-19, todas as pessoas estavam “programadas” para manter o distanciamento e evitar o toque. Embora haja pessoas que não precisam de se sentir fisicamente próximas, outras não conseguem evitar o tocar na mão, no ombro ou um abraço. No meu percurso de intervenção deixei que fosse o doente a procurar essa proximidade, não rejeitando qualquer tipo de contacto. Uma das estratégias utilizadas de forma a minimizar o distanciamento, foi a realização de sessões grupais sempre em círculo, de forma a promover o contacto visual e a comunicação.

## **PARTE II - O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

### **1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

No meu percurso para me tornar enfermeiro EESMP, para além das competências específicas, existem um conjunto de Competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), cujo desenvolvimento não pode ser descurado.

Todo o enfermeiro especialista tem uma Responsabilidade profissional, ética e legal, consagrada no código deontológico, que envolve o respeito pela autodeterminação e privacidade do cliente.

Sempre houve uma grande oscilação entre o respeito pela pessoa, na sua parte individual, íntima e pessoal e no seu todo. O dever ético, moral e civil para com todos os utentes e suas famílias, é um dos pilares fulcrais dos enfermeiros e da enfermagem.

O manter um papel ativo e participativo na sociedade e para com todos aqueles que prestamos cuidados, deve permanecer o mais intacto e inviolável possível, no que concerne às tomadas de decisão e na dignificação da proteção dos direitos humanos, sem esquecer os valores e normas deontológicas que nos regem.

Diariamente somos confrontados com vários dilemas que surgem na nossa prática profissional. Tanto nos meus locais de estágios como em investigação, tive de tomar várias decisões éticas e morais, sempre tendo em consideração a pessoa e a sua dignidade. Exemplo disto foram situações em que a tomada de decisão e a privacidade, as preferências e capacidade de escolha, a informação à pessoa e à família, mantendo a confidencialidade e a segurança, foram preservadas.

Serrão e Nunes (2001), alerta-nos para as situações de saúde mental em que tendemos a esquecer a simetria das relações. Embora com alguma patologia ou situação de vulnerabilidade, a pessoa é “parceira” na relação com o profissional e por isso é necessário proporcionar-lhe a informação correcta de forma a participar no cuidado, respeitando a sua liberdade e autodeterminação e o direito ao consentimento. A quebra deste compromisso

provoca diminuição da autonomia da pessoa, bem como quebra na relação de confiança entre a pessoa e o profissional de saúde (Serrão & Nunes, 2001).

Igualmente foi sempre respeitada a opção, pessoal ou da família, por cessar a intervenção ou o acompanhamento.

Os casos que acompanhei e que culminaram nos meus estudos de caso, precisei do consentimento do doente. Na entrevista inicial foram informados dos seus direitos e da necessidade da colaboração para um percurso de sucesso e em cada contacto posterior, voltava a relembrar a importância da intervenção e a possibilidade de desistir. Às famílias também foi pedida a autorização de intervenção e explicado todo o processo, por telefone ou em visitas domiciliárias.

No decorrer do meu primeiro estágio de internamento vi-me confrontado com a questão do internamento compulsivo, em diferentes utentes, com diversas faixas etárias e ao longo de várias semanas ou meses. Segundo a Lei da Saúde Mental “O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa” (Lei n.º 36/98, art.º 8). Contudo, especialmente em casos agudos, verifica-se alguma dificuldade em manter os direitos dos internados, nomeadamente ser informado e estar presente em decisões que lhe dizem respeito.

No meu EC atendi um doente num quadro agudo de esquizofrenia, que não reconhecia a sua condição, ouvia vozes de comando mas negava, e desenvolvia solilóquios e conversas paralelas. Atendendo a este quadro, este utente não reunia as condições para participar na tomada de decisão e após decisão superior a mim, o doente foi internado sem o seu consentimento. A família foi continuamente informada sobre o estado do doente e este, no decorrer da sua evolução favorável, também foi sendo informado.

Se a pessoa com doença mental goza, em regime voluntário, dos mesmos direitos que qualquer outro doente como o direito à liberdade ou a proibição do tratamento contra a sua vontade, nos casos de em pessoas sem capacidade para consentir, isto é, aquelas em que a capacidade de entender, de lembrar e de agir, bem como a capacidade de tomar e comunicar decisões, estão alteradas, implica limitação na sua autonomia (Azenha, 2014).

Em qualquer situação de internamento encontra-se implícita na noção de proteção, a prevenção de situações que possam causar dano ao próprio, mas também a terceiros. Contudo, as questões éticas quanto à decisão de internamento compulsivo, a aplicação de

medidas ou a sua manutenção são diversas. Se por um lado é imperativo respeitar a dignidade e liberdade da pessoa doente que se encontra em situação de vulnerabilidade de modo a proporcionar o tratamento necessário, por outro é essencial avaliar o impacto dessas decisões, noutras questões fundamentais. O desafio que se coloca aos profissionais de saúde é se para além dos princípios de justiça, equidade, não-discriminação e não-estigmatização, privacidade e confidencialidade, a justificação ética para este tipo de internamentos respeita princípios como os da beneficência, autonomia e responsabilidade individual, consentimento, integridade pessoal e solidariedade (Azenha, 2014).

Igualmente é necessário recorrer à contenção física e/ou química, que coloca os profissionais em dilemas éticos. Reconhecidas pela OE como «medidas preventivas a desenvolver para evitar comportamentos agressivos / violentos» de pessoas que se encontrem em situação de doença e sujeitas a tratamento (Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Parecer n.º 226 / 2009), exigem uma avaliação rigorosa da situação de crise e um objetivo principal de segurança do doente. A condição de maior vulnerabilidade e diminuição acentuada do bem-estar, aliada muitas vezes ao espaço circunscrito em que o doente se encontra (que pode variar entre uma cama até uma divisão), pode desencadear reações verbais ou comportamentais que validam o recurso à contenção. A grande dificuldade que me surge é perceber que é uma relação de causa-efeito, em que um surto gera uma contenção, que pode gerar novo surto, e assim sucessivamente, ficando o profissional com o dilema entre o respeito pelas decisões do doente e a sua necessidade de segurança.

Um exemplo desta situação foi uma doente com bipolaridade, em fase maníaca, obesa e com bastante força, com dificuldade em ouvir ou respeitar ordens dos profissionais de saúde e com objetivo de sair do internamento, utilizando por vezes a força física e a violência contra a porta de saída.

Para além da contenção física, foi preciso recorrer à contenção mecânica, de forma a começar a intervir. O enfermeiro EESMP teve que conhecer as características da utente, nomeadamente o seu gosto por palavras cruzadas, de forma a estabelecer uma relação com a utente, focando-o no seu estado atual e ir evitando as fugas à realidade e os comportamentos violentos.

Inexperiente com o tema, recorri às minhas enfermeiras orientadoras e peritas nesta mesma área de atuação, assim como adotei uma postura de observação constante e comunicação não verbal. Segundo a OE (2018), O que se procura com este tipo de medidas é um

equilíbrio entre o uso de um tratamento adequado, a garantia da segurança pública e a salvaguarda dos direitos humanos da pessoa visada. Embora a liberdade esteja comprometida, o argumento de que estas medidas poderão ser benéficas, parece contrair qualquer questão ética. Cabe ao ESMP uma avaliação e gestão do risco, tendo presente o respeito pela pessoa e a prestação de cuidados de excelência (OE, 2018).

A minha experiência em contexto real fez-me compreender que neste tipo de dilemas, a relação terapêutica entre enfermeiro-doente-família, assim como um profundo conhecimento de si, são os pilares para uma decisão fundamentada. Se o objetivo do enfermeiro é cuidar, se tem a possibilidade de se usar como instrumento terapêutico e se estabeleceu uma relação segura e positiva com o doente e a sua família, vai ser capaz de distinguir quando o respeito pela dignidade da pessoa começa a ser ultrapassado.

Ao longo do tempo, as aprendizagens permitiram tornar-me mais pró-ativo no acolhimento ao internamento e bastante interveniente na colaboração e criação de laços de confiança entre enfermeiro e utente. Esta relação é fulcral e a base para se estabelecer a relação terapêutica. Acompanhei o internamento de uma utente com 21 anos, que se apresentava triste e com choro constante por não estar junto da sua família. Nos contactos que fui estabelecendo com ela, reforcei a sua capacidade de recuperação e incentivo para ser ativa no processo, aludindo a “forças” que a própria dizia não ter. Pelo feedback da utente, esta motivação foi o impulso que necessitava para estabilizar e querer recuperar.

Outro dilema com o qual me confrontei, refleti e aprendi relaciona-se com o nível de segurança. O internamento é um serviço “à porta fechada”, sendo que todas as portas têm fechadura, à exceção das enfermarias. Também na linha da segurança para com o utente e restante grupo, todos os pertences do exterior ficam arrumados, sendo regra o uso das roupas comuns do internamento. Respeitando o princípio da não-maleficiência (OE, 2015), todas estas decisões respeitam a intenção de não causar dano, nem na pessoa, nem nos outros internados. Contudo o equilíbrio entre o risco e o benefício é complexo pois precisa de ter em conta os valores e os interesses da pessoa mas também as consequências pessoais e sociais.

Assisti e intervi em situações onde foi necessário manter a dignidade do utente. Um exemplo relaciona-se com a escolha da roupa, feita pelos auxiliares e sem grande cuidado nessa tarefa, o que conduz por vezes a situações difíceis de gerir com os utentes, de acordo com a sua ansiedade e assertividade. Certo dia, um rapaz de 19 anos não queria sair da cama e muito menos do quarto. Quando fui verificar disse-me sentir-se muito

desconfortável porque lhe tinham dado umas calças nitidamente de mulher, pelo que não queria ser visto. Fui com o rapaz ao armário das roupas e permiti que o próprio escolhesse a roupa com a qual mais se identificava. No meu entender, atender a pequenas situações e ser responsivo às necessidades imediatas de cada utente, que já se encontra numa situação de vulnerabilidade, ajudam a estabelecer a relação terapêutica e a criar a confirmação necessária.

Na comunidade, também me deparei com situações que levantam várias dúvidas, para as quais somos chamados a intervir, e que permitiram o desenvolvimento de um pensamento reflexivo ético-legal em equipa multidisciplinar. Neste contexto ainda acresce o facto de algumas situações implicarem mais do que uma pessoa ou até mesmo uma comunidade, o que pode colocar em conflito o respeito pela individualidade versus o interesse e segurança da comunidade.

Os problemas de saúde mental exercem um grande impacto na sociedade, traduzindo-se em grandes custos em termos de sofrimento e incapacidade individual, de disfunção familiar e de diminuição da capacidade produtiva. Ainda os efeitos dos problemas ligados aos consumos excessivos de álcool e drogas, à violência doméstica e juvenil, aos comportamentos alimentares e sexuais, entre outros (Fazenda, 2008).

As pessoas com doença mental grave e as suas famílias apresentam um conjunto de necessidades complexas que implicam o envolvimento de diversos profissionais num diagnóstico e intervenção precoce, que permita não apenas o controlo de sintomas, mas também a melhoria dos resultados e conseqüentemente da qualidade de vida (Fazenda, 2008).

Sluzki (1996, cit. por Fazenda, 2008) afirma que a rede social é a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas e define como diferenciadas da massa anónima da sociedade. Essa rede contribui para o seu próprio reconhecimento como indivíduo, para o seu papel, competência e protagonismo da sociedade e ainda a capacidade de enfrentar a adversidade ou outras situações de crise. Desta forma, a comunidade é vista como uma rede social macro, que não se limita à família, amigos ou vizinhança, mas inclui as organizações e instituições, ou seja, aos membros da nossa rede com os quais estabelecemos relações num contexto formal e com objectivos funcionais (Fazenda, 2008). Assim, a comunidade desempenha um papel fundamental na saúde dos indivíduos que, dependendo das relações que se estabelecem, pode estimular a prevenção e

a manutenção da saúde e favorecer comportamentos correctivos em relação à saúde e actividades saudáveis (Fazenda, 2008).

Exemplo deste impacto decorreu no meu segundo EC onde, em visita domiciliária verifiquei uma total ausência de condições de habitação (telhado e portas com fendas, janelas sem vidros, chuva dentro de casa). Além disso, existiam várias pragas como ratos, baratas e outros insetos o que, colocava em risco a saúde do próprio e de toda a comunidade envolvente. Recorri à sua rede de apoio, nomeadamente à rede formal, como a junta de freguesia, de forma a intervir em obras de reabilitação.

Mais uma vez a observação, o questionar e o pesquisar em conjunto com a minha orientadora, permite que assumo um papel decisivo no meu percurso enquanto EESM.

De referir que todas as actividades desenvolvidas nos três campos de estágio, assumiram o principal objetivo, que foi o respeito constante pela vontade e decisão do utente/ família/ comunidade, exigindo um validar frequente do seu consentimento verbal para a sua realização e participação nas actividades propostas.

Também em trabalhos académicos, relatórios, apresentações orais ou discussões de caso, foi mantida a privacidade e individualidade de cada utente/ família/ comunidade, preservando os seus valores, costumes, crenças e memórias.

Para poder desenvolver em plenitude esta competência, exigiu de mim igualmente uma introspeção e análise dos meus valores e convicções pessoais, e de que forma estes podem interferir na forma como penso e exerço esta competência na prestação de cuidados. Considero ser uma pessoa que se move pela paixão de ajudar e a minha entrega enquanto profissional conduz a situações onde acabo por “não ter filtros” e dizer o que não me parece adequado. Refleti e percebi que há formas de alterar as situações, sem mobilizar sentimentos negativos para as pessoas que, na maioria das vezes, também querem ajudar. Assim, passei a ponderar as situações e a tentar perceber todos os pontos de vista, antes de falar sobre os assuntos.

Apenas desta forma me foi possível chegar ao fim deste percurso e conseguir analisar cada situação na sua globalidade, com todas as nuances ético-legais existentes e soluções possíveis.

Outra das competências do Enfermeiro Especialista consiste na Melhoria e Monitorização da Qualidade dos Cuidados, que envolve todos os indicadores relativos aos cuidados.

Estes são indicadores para que estamos despertos no nosso dia-a-dia desde a formação inicial até ao nosso enquadramento profissional atual. Contudo, enquanto enfermeiros especialistas, prestadores de prática avançada de cuidados, temos igualmente uma responsabilidade de monitorizar esses indicadores, atuar como consultores e promover o desenvolvimento dessas competências nos outros enfermeiros e restantes profissionais de saúde.

Acredito ser intrínseco ao Homem a constante necessidade de aprender e aperfeiçoar tudo aquilo que nos motiva e “dá luta” para nos tornarmos um ser humano de excelência.

O enfermeiro é exemplo disso. Ao longo do ciclo da sua carreira, vai sentir a necessidade de renovar e por vezes aperfeiçoar os seus conhecimentos, com base no desenvolvimento científico.

Quando integrei os locais de estágio, todos eram desconhecidos para mim. Foi fundamental a apresentação de todo serviço, de toda a equipa pertencente ao mesmo e de todos os documentos/ guias orientadores pois criou a estrutura necessária ao exercício profissional de qualidade

A OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE,2001), ferramenta essencial e que tive que consultar durante o desenvolvimento da prática clínica. Tendo em consideração a relação dinâmica e sistémica entre saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, a pesquisa e a prática permitiram o maior enriquecimento pessoal e profissional, traçando de forma mais fácil e eficaz estratégias para melhorar a qualidade dos meus cuidados.

Exemplo disto foi o objetivo de criar um ambiente acolhedor e seguro para com todos os meus intervenientes. A cada utente, com quem desenvolvi uma intervenção terapêutica, dei a oportunidade de expressar as suas emoções e sentimentos de forma tranquila e em paz. Atendendo às preferências individuais, desenvolvi as intervenções nos quartos quando assim era a vontade do utente, na sala da televisão ou na sala de visitas. Para o setting terapêutico, mais importante que o espaço físico, é a interação entre enfermeiro e utente (Townsend, 2011).

Tendo em conta que a pessoa é um ser único e influencia e é influenciada pelo ambiente (OE, 2001), todas as minhas sessões procuraram manter o bem-estar físico, social e mental de todos os utentes e equipa, com quem consegui intervir. Cada sessão individual ou de grupo é importante para desenvolver e contribuir eficazmente para a expressão de sentimentos, aptidões sociais e de emoções. No mesmo sentido, em cada sessão

terapêutica, quando desenvolvia determinado tema, tive que simplesmente conjugar ou reformular de forma a ir ao encontro da pessoa. Se no decorrer duma sessão, por exemplo, é pedido qualidades pessoais, recebemos como resposta: “não tenho nenhuma qualidade”, “sou um misto de defeitos”, “nada em mim é bom”, não é útil basear-me unicamente em determinado excerto da literatura, porque o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal. Foi necessário combater o silêncio e impedir o eco vocal, respeitando as características de cada pessoa e percebendo o que está na base de tal resposta. Nesta situação em concreto, a devolução das respostas para quem as proferiu, faz com que a pessoa tenha de as esmiuçar, percebendo que nem sempre o que dizemos de imediato é aquilo que queremos de facto dizer e reconhecendo que por muito que estivéssemos num dia menos bom, este sentimento existe, e devemos viver com ele. Este acontecimento foi o impulso para uma reflexão pessoal mas também para o estabelecimento de uma nova rede social, por vários utentes partilharem os mesmos sentimentos e se identificarem.

Realço também as relações que desenvolvi com as minhas orientadoras que, através de conselhos, ajustes e incentivo, me fizeram perceber que prestação de cuidados de qualidade variam entre contextos e que foi necessário desenvolver essa qualidade. Devemos adaptar-nos ao local e aos recursos que existem, ultrapassando a ideia de que “uma sala e uma secretária” fazem um *setting*. Exemplo disto foi o desenvolvimento de uma atividade física na pista do helicóptero ou uma sessão terapêutica no bar, enquanto o utente come algo que lhe dá prazer, pois assim utilizamos o *mood* do momento agradável para conduzir a sessão. No meu caso, enquanto enfermeiro já integrado numa equipa profissional e que persegue os padrões de excelência, foi necessário “desligar-me” de pré-conceitos e formas de atuar, pois a satisfação do cliente e a promoção da saúde é o objetivo mas não significa a mesma coisa em todos os locais.

Em relação à competência Gestão de Cuidados, aprendi em todos os ensinamentos clínicos que trabalhar inserido e de forma ativa numa equipa multidisciplinar tem como foco a promoção da saúde da pessoa, da família e da comunidade. Nos diversos contextos pude primeiramente observar para compreender as situações e posteriormente participar, sob o acompanhamento e olhar atento das minhas orientadoras.

Tive o privilégio de observar *in loco* a articulação entre as UCC e o hospital de dia, experimentando os dois lados do serviço, e participar na sinergia que se forma quando duas

equipas de profissionais qualificados se unem com o objetivo de cuidar da pessoa e salvaguardar os seus interesses e direitos. Tal como consagrado no código deontológico (art. 104), é dever do enfermeiro assegurar a prestação de cuidados, seja pela continuidade ou pelo encaminhamento para outros profissionais. Nos locais de estágio pude acompanhar este processo de encaminhamento pois todos os utentes que foram acompanhados, independente da área ou do contexto, numa equipa inter-hospitalar ou comunitária, jamais se perde a ligação ao utente, família ou comunidade. Assisti ao encaminhamento no internamento para o hospital de dia (devido a alta e início de frequência de programa) e participei da comunidade para o ambulatório (por não adesão ao regime medicamentoso, em que precisei de articular com a enfermeira do processo e o médico assistente).

Tanto em contexto de licenciatura como profissional, nomeadamente como orientador de outros estudantes compreendo a importância dos ensinamentos clínicos e como essas experiências moldam a nossa forma de atuação futura.

Durante os 3 ensinamentos clínicos tive um total de 4 orientadoras, mestres na área de saúde mental, a quem reconheço imensos conhecimentos teóricos, mas também um empenho na procura de soluções constantes para todos aqueles que tinham ao seu cuidado.

No primeiro ensino clínico, em contexto de internamento, uma área totalmente desconhecida para mim, confrontei-me com uma população muito diferente das minhas expectativas, nomeadamente em relação à idade. Isto conduziu-me a uma reflexão profunda, em primeiro lugar sozinho e depois sob a orientação das enfermeiras especialistas que me acompanhavam, do impacto da saúde mental na vida dos jovens.

A adolescência tem vindo a ser considerada uma etapa de desenvolvimento especialmente crítica para o aparecimento dos primeiros sintomas psicopatológicos, sendo que a metade de pessoas com problemas mentais na vida adulta desenvolveram os primeiros sintomas nesta etapa de crescimento (Loureiro, Sequeira & Amorim, 2014; Resende et.al., 2013)

A OMS (2001) reconhece as perturbações mentais como um dos principais problemas de saúde nos adolescentes e considerou que em 2020 estas iriam representar uma das principais causas da morbilidade, mortalidade e incapacidade nas crianças de todo o mundo.

Esta etapa da vida, portanto, é considerada crítica para o início das doenças mentais, sendo que a metade dos indivíduos que virão sofrer de perturbações mentais ao longo da vida, vivenciam o primeiro episódio antes dos 18 anos (Resende et.al., 2013). Da mesma forma, estima-se que a prevalência das perturbações do foro mental na juventude, tais como

depressão (com ideação suicida), abuso de substâncias (especificamente álcool), *stress* e ansiedade, perturbações alimentares (anorexia e bulimia) e as perturbações psicóticas (esquizofrenia) encontram-se entre 15 e 20% (Resende, et.al., 2013; Loureiro, Sequeira & Amorim, 2014).

Era claro para mim que a falta de saúde mental atinge todas as faixas etárias mas não tinha consciência que seriam tantos jovens e que encontraria tantos em contexto de internamento. Ressalvo que, de acordo com a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1988), “as crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança” e que a idade pediátrica em Portugal encontra-se atualmente nos 18 anos. Assim, não intervimos com adolescentes em internamento mas consigo compreender a presença de jovens adultos. Sequeira e Sampaio (2020) afirmam que embora a perturbação mental possa ocorrer em qualquer idade, mais frequentemente começam no início da idade adulta, podendo assumir formas mais leves que interferem de forma pouco significativa na vida diária como as denominadas perturbações mentais *minor* (Exemplos: depressão *minor* ou as perturbações de ansiedade) ou formas mais graves, denominadas por perturbações mentais *major*, com implicações mais significativas na vida da pessoa (Ex: esquizofrenia, a perturbação bipolar, a depressão *major*).

Ter a capacidade, de forma terapêutica, de ajudar a criar formas de lidar e viver com a patologia, tanto os utentes como as suas famílias, ajudou-me também a mim, enquanto pessoa a reformular o meu pensamento, ações e emoções. Como dito anteriormente, a saúde mental vem associada a pré-conceitos que eu também tinha. Mas estar em contacto com os doentes, ouvi-los, ser empático e estar verdadeiramente presente e disponível para a pessoa. Perceber que o utente é ativo na sua recuperação e que deve ser incluído na definição de objetivos e no processo de recuperação. Ajudá-los a encarar a doença mental e a toma de medicação como outra qualquer doença crónica. Os utentes dos estudos de caso, com quem passei muitas horas, partilharam comigo angústias e receios mas também sonhos e objetivos a alcançar. Igualmente os familiares que tiveram que aceitar e aprender a lidar com uma doença mental, partilharam comigo as suas dificuldades e ajudei-os a definir o futuro, principalmente no caso de pais idosos que desconhecem a existência de unidade e equipas destinadas a assegurar o cuidado aos seus filhos, depois dos primeiros morrerem.

Vi-me numa posição em que necessitei de encarar como me sentia, consciencializar-me sobre mim próprio, passando para o papel as minhas emoções e transformar as fraquezas e medos numa força motriz que me fez crescer e amadurecer. Neste meu percurso vi utentes da minha idade, com sonhos como eu tenho e que com o surgimento da doença mental, tiveram que reajustar as suas expectativas. Revi-me neles, pensei tantas vezes que poderia ter sido comigo e reconhecer essas emoções, foi importante para o estabelecimento da empatia e da relação terapêutica.

Peplau (1952, cit. por Townsend, 2011) desenvolveu a Teoria das Relações Interpessoais, onde defende que o processo de enfermagem é interpessoal e o foco principal é a relação que se estabelece entre enfermeiro e utente. Assim, o enfermeiro precisa de reconhecer as suas características, crenças, atitudes e valores e de que forma estes influenciam a relação que está a estabelecer. Conhecido comumente como o uso terapêutico de si, o enfermeiro usa-se como instrumento de mudança, numa lógica de confiança, respeito, empatia e aceitação. Consegui muitas vezes de forma empática chegar aos utentes com quem tive a oportunidade de trabalhar mas não foi assim em todas as situações. Abordei uma utente em internamento que passava o dia na sala de estar a ver televisão. Tentei questioná-la sobre os seus interesses, que me respondia com monossílabos e não abria espaço para conversas. Durante uma atividade terapêutica, surgiu o tema de uma série de televisão de canal privado, da qual a mesma utente se interessou e conseguimos estabelecer um diálogo inicial e posterior criação de laços. A partir daí foi notória a evolução da utente, mostrando interesse por participar em outras atividades e estando mais disponível para o contacto quer com profissionais de saúde, quer com outros doentes.

Uma boa gestão de cuidados tem como linha mestre um bom planeamento e capacidade de organização para uma boa tomada de decisão, ao mesmo tempo que considera a avaliação da situação e a ponderação dos riscos adversos. Exemplo disto foi a minha primeira entrevista com um utente, sobre quem desenvolvi o meu estudo de caso e respetivo plano de cuidados/ intervenções terapêuticas. Este utente apresentava solilóquios constantes e tanto respondia às minhas intervenções como às suas vozes de comando. Foi um desafio conseguir fixar o utente no momento real e na minha pessoa mas com respeito e empatia consegui que, durante duas horas, se expressasse e conduzi-se a entrevista. Utilizei a comunicação verbal e não verbal e muitas vezes tive de estabelecer negociação no decorrer da entrevista. Recorri ao humor para preencher tempos mortos e cortes de pensamento e mantive uma escuta ativa, validando o que o utente dizia. A minha postura corporal tive

que corrigir várias vezes que, por querer obter a informação, demonstrava alguma ansiedade, o que possivelmente deixou o utente desconfortável.

Deste então, criou-se uma relação terapêutica que permitiu um ambiente positivo e favorável ao trabalho comigo e restante equipa. O utente demonstrou-se empenhado no seu processo de recuperação, reconhecendo as vozes de comando como irrealis, procurando ocupação como a pintura, a escrita ou a leitura e focado numa eficaz recuperação e retorno à família.

A comunicação é importante em qualquer contexto de saúde e assume uma importância acrescida na saúde mental, não só pela natureza das problemáticas, mas também pelo potencial de impacto que tem. Assume um papel fundamental na relação entre um profissional e uma pessoa, grupo, família ou comunidade pois permite o desenvolvimento da mesma e por conseguinte, pode criar um contexto favorável ou desfavorável, (Sequeira, 2014).

Através dela, temos acesso ao outro, à sua história e necessidades mas também fornece orientações, ajuda na tomada de decisões e promove uma adesão adequada ao regime terapêutico (Sequeira, 2014). Por isso é essencial que um enfermeiro EESMP seja detentor de conhecimentos, habilidades e recursos que lhe permitam utilizar a comunicação como estratégia de ajuda ao outro, de forma a maximizar os ganhos em saúde.

A comunicação terapêutica é um tipo singular de comunicação inserida na comunicação em saúde, utilizada não só por enfermeiros mas também por outros profissionais de saúde, com o objetivo de apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas nos processos de transição de saúde e doença. Na comunicação terapêutica, utilizam-se um conjunto de técnicas para ajudar as pessoas a resolverem os seus problemas, a se relacionarem melhor consigo e com os outros, a adaptarem-se a sua condição de saúde e contexto de vida (Sequeira, 2014). Por isso a comunicação terapêutica, é orientada para um objetivo específico e requer competências como a capacidade de escuta, disponibilidade, aceitação e pressupõe a utilização de um conjunto de técnicas/habilidades de comunicação verbal e não verbal, nas quais a empatia e a assertividade desempenham um papel central (Sequeira, 2014).

Na comunicação terapêutica existem outras técnicas, verbais e não-verbais, que fui utilizando durante as minhas intervenções e que vão sendo apresentados no decorrer deste trabalho, tais como: o posicionamento, o silêncio, o olhar, o questionamento, a focalização, a exploração, o feedback, entre outros (Townsend, 2011).

Trabalhar em contexto de equipa suscitou-me uma questão certamente difícil de responder: em contexto de internamento, nem todos os enfermeiros são especialistas, logo nem todos tem formação acrescida para conseguir dar respostas imediatas e de forma assertiva e correta. É do conhecimento comum que não há enfermeiros suficientes em Portugal e que faltam recursos humanos para as reais necessidades de cuidados da população. A dotação de enfermeiros encontra-se intimamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados mas na prática clínica há uma evidência crescente entre um enfermeiro de cuidados gerais e um EESMP. Segundo Sampaio, Sequeira e Canut (2018), esta diferença assenta na especificidade do enfermeiro EESMP na prestação de cuidados psicoterapêuticos, competência essa também expressa no Regulamento n.º 515/2018.

Se toda a intervenção do enfermeiro assenta na relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente, a intervenção do enfermeiro EESMP (ou de um enfermeiro com formação específica e competências certificadas pela Ordem dos Enfermeiros) consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de Psicoterapia. Desta forma, é uma “intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial” (Sampaio, Sequeira & Canut, 2018), com base na identificação de um diagnóstico de enfermagem de saúde mental, e cujo objetivo é a redução ou a mudança de um estado percebido como negativo, onde este assume um papel principal e colaborativo na definição de objetivos (Sampaio, Sequeira, & Lluç Canut, 2014).

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista adequa os recursos existentes às necessidades de cuidados, promovendo a qualidade dos mesmos, e encontra-se numa posição privilegiada que lhe permite, face às conceções de cuidados que defende, ser agente de mudança. O conhecimento teórico e os princípios científicos representam elementos fundamentais na aplicação do campo específico e disciplina de enfermagem. Exemplo prático da diferença que assisti entre um enfermeiro generalista e um especialista foi no serviço de internamento, onde um grupo de utentes se desentendeu devido a um jogo de cartas. O ambiente ficou marcada por emoções negativas entre todos os participantes, sem que houvesse forma de reverter a situação através da comunicação. Após avaliação por parte dum colega especialista, tomou a iniciativa de levar o grupo à rua, indo contra as normas de proibição da saída de utentes ao exterior e da avaliação dos colegas generalistas que pretendiam administrar SOS a quem estava a causar mau ambiente. A sessão psicoterapêutica decorreu num lance de escadas, onde se abordaram temas como as diferenças de opiniões e características pessoais e o respeito pelo outro em sociedade. No

fim concluíram que a existência de um ambiente saudável é importante no processo terapêutico e na recuperação.

Foi uma sessão em que não houve preparação prévia, nem recurso a ferramentas informáticas mas surgiu de uma avaliação correta de uma necessidade imediata, realizada por um enfermeiro especialista.

Tanto o internamento como o hospital de dia estão integrados no mesmo hospital pelo que estão sujeitos à mesma liderança. Durante o primeiro estágio assisti à alteração de chefias, o que se repercutiu no ambiente laboral vivido pela equipa. Percebi que a equipa estava esperançosa com a mudança e que apostava muito no perfil de chefe que viria e na sua postura proativa, algo que se verificou. No estágio do hospital de dia deparei-me com um ambiente mais leve, “livre de pressões e exigências”, que me beneficiou uma vez que as minhas orientadoras apresentavam menos *stress* e sobrecarga laboral.

São várias as teorias sobre liderança, sendo que parecem agrupar-se essencialmente em 3 tipos: liderança autocrática, democrática e *laissez-faire* (Avolio et al., 2009). Independentemente do estilo adotado, há uma influência do líder nas crenças, valores, atitudes, cognições, emoções e comportamentos da equipa (Bendassoli, Magalhães, & Malvezzi, 2014). A liderança também se baseia na relação entre líder e liderados pelo que é importante que o líder ajuste o seu estilo pessoal de liderar à natureza da situação e às características dos liderados (Avolio et al., 2009). Em contexto de enfermagem o líder deve preocupar-se com o bem-estar dos outros e preocupar-se também com a gestão emocional para o melhor desempenho da liderança.

Nas intervenções que realizei, individual ou em grupo, liderei também várias atividades com diferentes estratégias. Procurei assumir uma postura proativa e sempre com a participação dos utentes. Recorri a dinâmicas de grupo como forma de quebra-gelo mas também de forma a que, ludicamente, conseguíssemos atingir os objetivos de cada sessão. Mantive este alinhamento, tanto nas formações em serviço que desenvolvi como naquelas que colaborei.

Já na UCC, todos os enfermeiros são especialistas, ou estão na reta final da sua formação, nas mais variadas áreas (reabilitação, comunitária, saúde infantil, saúde materna e saúde mental). O coordenador assume uma postura menos diretiva e permite que os colaboradores assumam as áreas de intervenção.

Na minha opinião, esta forma de dirigir a equipa é fundamental. Os cuidados de saúde primários são os primeiros a poder detetar, sinalizar e intervir, de forma imediata e

prematuramente. Facilita a intervenção que cada elemento da equipa possa desenvolver competências acrescidas em cada área de especialidade de enfermagem. Como o trabalho é realizado em equipa, assiste-se a uma interdisciplinaridade, que complementa o trabalho individual. Nas escolas, por exemplo, pode verificar que o enfermeiro especialista em saúde comunitária trabalha em colaboração com o enfermeiro EESMP, com a enfermeira de saúde materna e obstetra, com a enfermeira de reabilitação e com a enfermeira de saúde infantil, elaborando o plano interventivo comum.

Numa área em que o conhecimento está em constante mutação e desenvolvimento, e sendo o enfermeiro EESMP responsável pela produção e disseminação desse mesmo conhecimento, o Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais, com vista a uma contínua melhoria dos cuidados prestados, torna-se um imperativo. Durante o percurso para me tornar enfermeiro EESMP, considero que esta foi a competência que mais difícil e que tive mais receio de não atingir. O trabalho que desenvolvi na aquisição desta competência focou-se por um lado em alcançar a essência do que se é enquanto ser humano e por outro em aprender novos saberes e competências enquanto enfermeiro especialista.

Foi sem dúvida o domínio que mais desenvolvi desde o início desta caminhada e o que teve maior ênfase e com maior aplicabilidade de toda a teoria aprendida até então, em contexto de estágio.

O maior desafio prende-se com a aprendizagem que nem sempre se consegue alcançar os objetivos em todas as pessoas e em todas as circunstâncias e aceitar que, embora tenhamos as melhores intenções, as nossas soluções podem não ser vistas como as mais positivas pelos utentes. Ao enfermeiro EESMP cabe respeitar as decisões do utente e da sua família, sem impor, pressionar ou julgar. O código deontológico da OE preconiza que o enfermeiro deve “Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (artigo 102º, alínea e)). No meu segundo estágio fui confrontado com uma situação deste tipo em que, um doente portador de esquizofrenia, residia numa casa que, na minha opinião, não tinha condições habitacionais uma vez que chovia em determinadas zonas da casa, as janelas do quarto não tinham vidros, a cozinha e o wc eram praticamente inexistentes. Para além disto acrescia a recusa na toma de medicação e uma ordem judicial de afastamento por violência doméstica contra a sua mãe (colocada numa instituição por esta situação).

Num primeiro contacto, no exterior da habitação, para além das apresentações formais, fui sujeito a um interrogatório por parte do utente que depois compreendi ter sido fundamental na relação de confiança.

Embora com uma opinião sobre aquela situação, não emiti nenhum juízo de valor, limitando-me a recolher um consentimento informado através da explicação do processo que íamos iniciar (várias visitas domiciliárias). Penso não ter influenciado a minha intervenção, pois continuei com uma postura responsiva e tracei o plano interventivo de acordo com o bem-estar do utente.

Num segundo contacto, o utente demonstrou-se recetivo à minha presença e intervenção, convidando-me a entrar na habitação e apresentando os seus objetivos futuros. Aproveitei para apresentar um plano de intervenção que visava a recuperação de sintomas, situação que foi aceite e prontamente decidido ser posto em prática. O respeito, empatia e validação do utente refletiram-se no desenrolar do processo terapêutico: toma de medicação de forma autónoma, limpeza e pequenos trabalhos de manutenção da habitação. Contudo, perante a minha hipótese de recorrer ao serviço social, relativamente à reabilitação da habitação, o utente rejeitou veemente dizendo: "...não quero nada com essa gente", acrescentando "se o Sr. Enfermeiro Igor me ajudar eu quero, caso não queira ficamos por aqui..."

Desta forma aprendi que, embora a relação entre nós estivesse estabelecida, eu não poderia "forçar" a interação com outros serviços, nomeadamente o Instituto de Segurança Social ou a Junta de Freguesia. Tive que compreender que as experiências do passado marcavam as expectativas de futuro com estas entidades e que, embora cheio de boa vontade, eu não tinha capacidade para restaurar uma habitação de forma individual. Desta forma intervi como me foi possível, arranjando os vidros das janelas de forma a melhorar o isolamento térmico. Aprendi a aceitar as decisões dos utentes como seres de direito e a "seguir em frente".

O paradigma da relação enfermeiro-doente evoluiu do modelo paternalista para o do cuidado centrado no doente, com quem se partilha a informação e a responsabilidade da decisão (Townsend, 2011).

A relação enfermeiro-doente é baseada numa parceria de respeito mútuo e de valorização do papel ativo do doente no seu projeto de saúde (OE, 2001). A escolha da pessoa, consentida ou não consentida, é o resultado da informação e validação das opções que forma transmitidas, de forma a que o doente se sinta livre a tomar uma posição (OE, 2014).

Neste sentido, “os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas” (OE, 2001, p. 13) e desde que garantidos os direitos humanos universais, deve ser dada ênfase à autodeterminação da pessoa na tomada de decisão.

O reconhecimento de mim enquanto pessoa, dos meus sentimentos e da forma como estes se revelam no meu comportamento foi alvo de reflexão ainda em contexto académico. Na unidade curricular de Desenvolvimento Pessoal e Comunicação Terapêutica fui desafiado a construir uma digital story sobre um acontecimento relevante na minha vida. Decidi partilhar a história da doença e perda do meu pai, “obrigando-me” a procurar, validar e “passar para o papel” emoções como a incapacidade e impotência de não ter estado presente na altura da sua partida. Sob a imagem da minha ilha Açoreana, com uma música de fundo e a minha voz, transformei a experiência de 24 anos e a dor da perda, em 3 minutos de um pai presente, recordações e amor eterno.

Considero ser este autoconhecimento que me permite estabelecer relações terapêuticas positivas e com impacto. A inteligência emocional é definida por Goleman (1997) como a capacidade do sujeito para identificar as próprias emoções e as dos outros, de se motivar e gerir bem as emoções dentro de si e nos seus relacionamentos. O autor considera fundamental que a pessoa tenha consciência do seu mundo emocional para a optimização das relações e a realização de projetos através da capacidade de automotivação.

Se o autoconhecimento permite o desenvolvimento pessoal, a prestação de cuidados deve ser baseada em evidência científica, numa constante evolução de conhecimentos profissionais (Código Deontológico, art 97, alínea a)). Para tal, em cada um dos ensinamentos clínicos defini inicialmente um projeto de aprendizagem, com a definição de objetivos e tarefas a desenvolver no tempo. Além de me dar uma visão de como funcionava cada serviço, ainda permitiu perceber o que era esperado da minha intervenção e orientar o meu investimento na parte teórica. Aprendi também que há por vezes a necessidade de ajustar as atividades, tanto ao local onde decorrem como à população a quem se destinam. Exemplo disso foi o planeamento de uma caminhada para profissionais alocados à vacinação COVID-19, que não se realizou porque o período de vacinação foi prolongado. Para cada atividade ou intervenção elaborei um plano de sessão, com todas as informações relevantes para a sua execução, nomeadamente a quem se destinava, objetivos propostos, desenvolvimento da própria sessão, fundamentação teórica e científica, indicadores de avaliação e avaliação da sessão. No fim de cada sessão realizei também uma análise reflexiva que me permitiu tirar conclusões e corrigir intervenções futuras. Destaco ainda a

necessidade da pesquisa bibliográfica que realizei para sustentar todas as intervenções e que me deram conhecimentos mais abrangentes sobre as várias temáticas.

Outra etapa de aprendizagem fundamental no meu crescimento profissional foi a realização de um estudo de caso, em cada ensino clínico. Para além dos conhecimentos em saúde mental, tive que recorrer à linguagem comum da disciplina de enfermagem- as taxonomias CIPE, NIC e a NOC- e desta forma o consolidar das competências no processo de avaliação diagnóstica.

Por fim, para o desenvolvimento desta competência realço a participação em dois momentos formativos: 1) formação sobre demência para colaboradores de uma IPSS e 2) formação sobre comunicação assertiva para a equipa de enfermagem, em colaboração com a orientadora.

Comunicar com o público era difícil para mim mas com a orientação das enfermeiras supervisionaram o meu estágio e, como dito anteriormente, com conhecimentos baseados em bibliográfica atual e válida, tornou-se possível de forma menos ansiogénica.

## **2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Quanto à primeira competência e face ao meu percurso pessoal e profissional considero que a consciência dos meus fatores pessoais, como influenciam a relação e a minha ação é sem dúvida importante para o desenvolvimento do meu autoconhecimento. Segundo Taylor (1992), a intervenção em enfermagem implica um conhecimento sobre o porquê sobre determinadas crenças e sentimentos.

As minhas vivências, nomeamento no acompanhamento do meu pai na doença e fim de vida justificam a escolha desta profissão e o gosto pelo cuidar e pela necessidade de estar presente.

Aprendi com as experiências nos ensinamentos clínicos e da discussão e conseqüente introspeção que só é possível contracenar terapêuticamente com alguém, depois do exercício de nos reconhecermos e às nossas características.

Numa espécie de retrato robot, fiz um esboço meu e coloquei-o em local visível, de forma a conseguir extrair aquilo que será a minha principal ferramenta no dia a dia- EU- e com ela superar os vários obstáculos com que me deparo.

Destaco todos os trabalhos que elaborei no decorrer do meu percurso académico e principalmente as reflexões orais e escritas que tive com todos os meus orientadores e supervisores de ensinamentos clínicos. Estes permitiram uma melhor e eficaz expressão de sentimentos, uma melhor e eficaz comunicação e uma melhor e eficaz abordagem, centrando e adaptando-me ao contexto que me encontrava e ao grupo.

Atendendo às exigências ético-profissionais, tive que aprender a respeitar o espaço, as decisões e o livre arbítrio daqueles a quem participei no processo terapêutico, adaptando a minha comunicação e expressão à intervenção. Isto só foi possível devido ao suporte de especialistas, nomeadamente as minhas diferentes orientadoras, que suportaram o meu desempenho e o enquadraram no meu percurso enquanto futuro enfermeiro especialista e principalmente no impacto de mim próprio na relação terapêutica.

A experiência, seja mais ou menos positiva, permite-nos testar teorias, explorar caminhos e construir novas respostas. Esta “bagagem” fica em mim como um molde para o enfermeiro que pretendo ser, mais desperto para a intervenção terapêutica.

Cada reflexão, cada obstáculo e cada meta alcançada foram desafios de co-construção do meu eu profissional.

As emoções, inatas, geneticamente determinadas ou “aprendidas”, podem ser divididas em dois grupos: aquelas que envolvem fuga, recuo ou comportamento negativo (emoções negativas) e aquelas que envolvem atração, aproximação ou comportamento positivo (emoções positivas) (Espinoza, 2004). As emoções servem de catalisador entre o meio e a nossa conduta e o contato com certas experiências emocionais vai originar uma aprendizagem emocional útil para lidar com situações futuras (Magalhães, 2007).

Recordo ainda hoje com o mesmo turbilhão de emoções e sentimentos na minha entrada no serviço de internamento, na minha chegada ao pavilhão onde encontrei com a minha orientadora da UCC e a minha chegada ao hospital de dia. Na minha expectativa, seriam contextos diferentes e estanques mas atualmente compreendo a interligação e ajuda mútua de todas estas equipas a todos os que delas necessitam.

O desconhecido acarreta emoções como a ansiedade, o nervosismo e o *stress*. É importante reconhecer que também estas emoções e sentimentos menos positivos fazem parte da vivência humana e até se tornam adaptativos. Depois de as experienciar tentei controlá-las e depois geri-las. Contudo, numa retrospectiva consigo perceber que há formas mais rápidas e talvez eficazes de o fazer. Em vez de me centrar nestas emoções, poderia tê-las “transformado” imediatamente na força motriz para alcançar os objetivos.

Um exemplo deste gerir de emoções e sentimentos foi uma das primeiras abordagens que fiz em contexto de internamento, a uma doente portadora de bipolaridade, que simplesmente me respondeu: “não te quero aqui”; sai daqui para fora”, “não quero falar contigo”. São frases fortes que, embora estivesse em contexto de estágio, me tocaram enquanto enfermeiro e enquanto pessoa. Como poderia uma pessoa em internamento não querer a intervenção de um enfermeiro? Seria algo “contra” mim? Ou apenas uma reação a um novo elemento, a mais um estabelecimento de relações?

Dei o espaço necessário e optei por utilizar técnicas de comunicação terapêutica não-verbais como o silêncio, a observação, o olhar, acompanhando outros doentes próximos, respeitando o espaço e o tempo. Uma forma de intervir foi programando intervenções grupais de forma a que tivesse vontade de participar “em conjunto”. E obtive um resultado positivo. Aos poucos consegui ir programando sessões que foram ao encontro das necessidades desta utente (e também dos outros) e estabelecer uma relação positiva e de ajuda. No final do estágio era a própria doente que procurava a minha companhia e orientação terapêutica.

Outro exemplo da necessidade de gerir emoções aconteceu no estágio em contexto comunitário. Tive que trabalhar com jovens adolescentes, uma faixa etária delicada, onde o autoconhecimento, as emoções e sentimentos estão em processo de conhecimento. A somar a isto, as sessões foram realizadas em grupo e em contexto escolar, o que originou algum retraído da minha parte, na primeira sessão. A dificuldade não se prendeu com a competência de falar em público mas sim com ansiedade por falhar. Naquela escola, naquela sala, naquele contexto desconhecido e novo para mim, ter que falar de emoções e convidar os jovens a fazê-lo, foi uma verdadeira luta de conhecimento e experiência vivida e marcada para todo o sempre.

Para além disso tive que gerir e mediar alguns comportamentos entre os jovens como a falta de concentração, o gozo pelos comentários dos colegas ou a conversa paralela, o que originou uma reflexão e adaptação do meu comportamento nas intervenções subseqüente. Assim, defini com os alunos logo no início um acordo em que não poderia haver risos sobre os colegas ou comentários ao que estes diziam. No mesmo sentido, tornei as sessões mais praticas e adaptei os *PowerPoints* o mais interativo possível.

Em jeito de conclusão, após todas as atividades e intervenções psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, sempre com o apoio das reflexões orais e escritas e em paralelo com as orientações das enfermeiras especialistas em saúde mental e psiquiátrica que me acompanharam, senti uma enorme evolução no reconhecimento e aceitação das minhas características. Aprendi a focar-me nos meus objetivos e a “ver” a resolução das situações. Consigo agora projetar-me num futuro próximo, de forma a encarar e levar a vida e os obstáculos do dia-a-dia com outra leveza.

Relativamente à competência que diz respeito à assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, considero que nos últimos anos, a saúde mental e a sua importância têm sido trazidas para o quotidiano. Outrora mistificada, hoje temos a consciência que a saúde mental faz parte de uma visão holística da saúde e que pode definir o percurso de vida de cada pessoa (Townsend, 2001). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde, desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, como um “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual, e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. A saúde mental tem, historicamente, vindo a assumir um papel de menor relevância no que diz respeito ao

planeamento e implementação de políticas de saúde um pouco por todo o mundo, quando comparada ao investimento na saúde e doença físicas e na componente social. Na verdade, o reconhecimento de que todas as dimensões do ser humano estão intimamente relacionadas reforça a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença mental.

A compreensão das perturbações mentais tem vindo a evoluir ao longo dos anos fruto dos inúmeros contributos teóricos que têm surgido e contribuído para a sistematização de políticas e de modelos de intervenção em saúde mental.

Segundo a OMS (citado por Fazenda, 2008, p.18) “a perturbação mental caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social.” Esta definição determina uma concepção relativa à saúde mental, reconhecendo que esta é determinada por um conjunto de factores biológico, psicológicos e sociais. Assim, na doença mental não existe uma insuficiência, mas uma alteração de curta ou longa duração (Fazenda, 2008).

Assistimos a uma gradual transição do paradigma da saúde mental: se antigamente os doentes viviam escondidos e encarcerados em asilos, atualmente o modelo de saúde mental comunitária começa a ganhar forma.

O modelo de saúde mental comunitária implica uma perspectiva biopsicossocial das questões da saúde mental, assim como um conjunto de valores que preconizam a equidade no acesso aos serviços, o tratamento na comunidade, o respeito dos direitos humanos, uma visão de recuperação, a promoção da vida independente e da integração social e a participação de utentes e famílias (Fazenda, 2009).

Desta forma é possível fazer o acompanhamento e recuperação da doença mental continuando inserido no contexto de vida quotidiano.

O bem-estar físico e mental é a ferramenta fulcral de assistência para com a pessoa, família, grupos e comunidade.

O enfermeiro está presente em todo o ciclo de vida, desde o nascimento até à morte (Townsend, 2011), procurando atuar da forma mais precoce possível e mantendo os cuidados pelo tempo necessário (OE, 2001)

Os enfermeiros têm ao dispor uma ferramenta de diagnóstico poderosa – a entrevista. A entrevista constitui uma parte essencial no atendimento de enfermagem, sendo em si mesma um espaço de trabalho com possíveis efeitos terapêuticos em relação a problemas, esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento de competências (OE, 2019). Através dela

recolhemos informações não só sobre a pessoa mas sobre o contexto familiar, social e comunitário, que permitem definir um plano de intervenção centrado nas especificidades daquela pessoa e que corresponde às suas necessidades.

A comunicação e a capacidade de comunicar correta e assertivamente revelou-se essencial no meu percurso de aprendizagem. Phaneuf (2005) afirma que a comunicação é condição essencial da qualidade dos cuidados e também a principal ferramenta terapêutica de que o enfermeiro dispõe.

Apesar de estar sempre presente, a comunicação não é necessariamente terapêutica, pois para ser terapêutica a comunicação deve ter como objetivo a interação, ser intencional e consciente, concretizando-se numa resposta individualizada à pessoa sujeito de cuidados e ao mesmo tempo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem (Lopes, 2006).

O uso terapêutico da comunicação conduz a cuidados centrados na pessoa e não nos procedimentos, assegurando, assim, a satisfação das pessoas e a qualidade dos cuidados prestados (Phaneuf, 2005).

Ao longo dos EC atuei em diferentes contextos e pretendi atender com igual rigor ao conteúdo da comunicação que transmiti e à forma como o fiz.

Em contexto de formação, como por exemplo para auxiliares de lar ou para alunos, a comunicação pretendeu ser uma partilha de informações, atuando mais como emissor do que como receptor.

Em situações de internamento ou de relação enfermeiro-doente, a comunicação pretendeu identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas, numa lógica de promover sentimentos de empatia e confiança. A comunicação terapêutica é a base de uma relação de ajuda (Phaneuf, 2005).

A intervenção do enfermeiro, independentemente do público-alvo, pauta-se por conhecimentos sólidos e atualizados da investigação científica. Acompanhei esta atualização de conhecimentos através de inúmeros trabalhos que elaborei no âmbito do mestrado que me permitiram não só novos alicerces teóricos mas também um planeamento e intervenção mais efetivo.

Destaco a intervenção que realizei em contexto escolar, onde articulei com professores e enfermeiros dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de envolver todos os intervenientes relevantes no dia-a-dia dos jovens com quem viria a interagir.

Tive em conta as necessidades identificadas pelos professores e o seu feedback sobre os temas importantes a abordar como o expressar sentimentos ou o consciencializar para a

importância e respeito pelas diferenças dos outros. Desta forma adequiei o meu plano de intervenção e implementei a 4 turmas do 9º ano de escolaridade. Foi também importante recolher em cada sessão a opinião dos alunos, que permitiu traçar novas formas de comunicar e ir ao encontro das suas necessidades, tornando por exemplo, as sessões mais lúdicas e com mais dinâmicas de grupo.

No mesmo sentido, a minha intervenção a toda a equipa multidisciplinar dum centro de dia, baseou-se primeiramente na auscultação das necessidades da população, neste caso, a falta de literacia nos cuidados diretos aos doentes portadores de demência.

Intervim também no meu contexto laboral, onde desenvolvi o meu trabalho de melhoria contínua com a temática do impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros. Numa equipa de mais de 100 elementos de enfermagem, distribuídos por 6 serviços aos cuidados diretos do doente com COVID-19, identificar as necessidades nos vários serviços e elaborar um plano com 6 sessões, permitiu atender as carências da equipa e em especial de cada um dos elementos com quem trabalhei.

Em todo o meu percurso formativo de prática especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, foram realizados estudos de caso, que tiveram de suporte a identificação das necessidades de intervenção distintas em saúde mental dos respetivos utentes, meio familiar e comunitário. Tendo por base a avaliação global dos utentes, recorrendo à entrevista como instrumento de colheita de dados, avaliação do estado mental, avaliação do discurso e sua fluidez, comportamento, aspeto, interação, visão e opinião sobre si e da rede social, e após identificados os diagnósticos de enfermagem tendo por base a linguagem universal CIPE, planeei as sessões a desenvolver e o tempo de intervenção.

Destaco na minha intervenção a consciência e o apelo à participação ativa do doente, recorrendo e respeitando as suas características internas e os recursos externos, salvaguardando o seu bem-estar e procurando a recuperação e a autonomia. Volto a referir-me a Peplau que considera “doente como parceiro no processo de enfermagem” (Howk, 2004, p.424) e não como objecto da acção de enfermagem como era considerado até então.

No que diz respeito à competência de ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, encontramos uma ligação direta com Processo de Enfermagem,

onde podemos encontrar uma relação entre a recuperação da saúde mental e a metodologia científica necessária para uma boa e eficaz intervenção.

O Processo de Enfermagem permite a apreciação de cada utente, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados (Taylor, 1992). Townsend (2011) considera-o como um processo contínuo, dinâmico e não estático, aceite como uma metodologia científica de enfermagem, orientada para a finalidade de prestar cuidados de enfermagem de qualidade

Como dito anteriormente, o enfermeiro considera a pessoa como um ser biopsicossocial, reconhece a influência de diferentes variáveis e contextos onde se insere e integra todas estas informações na intervenção. Segundo a OE (2001, p. 8) “Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia”.

Durante os ensinamentos clínicos, tanto na avaliação inicial como na colheita de dados, tive a preocupação de realizar um bom Exame Psiquiátrico do Estado Mental. Baker e Trzepacz (2001) afirmam que contribuí para a correcta avaliação e tratamento de sintomas psicopatológicos e angústia emocional do doente. Através dele recolhemos não só dados objetivos mas também subjetivos, ou seja, percepções do cliente sobre os seus problemas de saúde (Perry & Potter, 2006)

Os itens que procurei avaliar abrangem: o aspeto e comportamento; humor e emoções; discurso e linguagem; alterações da forma e conteúdo do pensamento; alterações da percepção; cognição; o insight e juízo crítico (Baker & Trzepacz, 2001).

Utilizei também outras ferramentas como o genograma e o ecomapa que facilitam a avaliação da estrutura familiar e onde é possível ter uma visão rica e sucinta da complexidade das relações. Igualmente procurei manter-me atualizado e suportar as tomadas de decisão incorporando a evidência científica (OE, 2001), em conjugação com a experiência, a opinião das minhas orientadoras e os valores e preferências dos doentes.

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, utilizei o sistema de taxionomia CIPE, preconizado pela ordem dos enfermeiros, a qual promove uma linguagem unificada.

Além da importância dada à comunicação, como mencionado anteriormente, incentivei as pessoas à expressão de sentimentos. O objetivo era ser capaz de reconhecer emoções e

integrá-las nos processos do dia-a-dia, aumentando a consciência e a inteligência emocional.

Diz-nos Goleman (2000), que as pessoas com competência emocional são hábeis na integração das suas emoções e cognições, conseguem utilizar emoções positivas e/ou agradáveis para resolver e processar a informação de forma integrada. No mesmo sentido, as competências emocionais permitem às pessoas gerir as suas emoções e relações sociais, e o seu desenvolvimento representa um processo contínuo como parte integrante do desenvolvimento integral da pessoa e relações interpessoais com o objetivo final de capacitação para a vida (Alzina & Escoda, 2007).

Um exemplo desta competência ocorreu no meu último estágio - o hospital de dia- onde intervimos com um grupo misto com várias patologias, entre elas esquizofrenia, doença bipolar; depressão; dependentes de substância. Ao longo de várias semanas trabalhei as emoções que cada um partilhava, numa nova rede de apoio social, que contribuiu para o fortalecimento de laços entre doentes.

Na área da saúde, a intervenção em grupo assume um papel importante e o trabalho de grupo é uma abordagem terapêutica comum na disciplina da psiquiatria, podendo ser utilizada como uma intervenção significativa na enfermagem de saúde mental (Townsend, 2011).

Este grupo em particular foi um desafio porque a faixa etária era superior à minha, o que me provocava ansiedade mas no fim senti-me acolhido e membro efetivo e ativo no seu processo de reabilitação/ estabilização. As minhas experiências anteriores e o “rótulo” que trazia sobre mim próprio de não ser capaz de falar em público, aliado à expectativa que criei ao ver a minha orientadora a ter um desempenho que considero muito positivo, aumentaram a minha ansiedade e toldaram a forma como inicialmente me intimidava e não assumia a postura de terapeuta. Os sistemas humanos são abertos e influenciados por quem os constitui. Da mesma maneira que os doentes influenciam a relação com o enfermeiro, as características do profissional de saúde também vão caracterizar as intervenções (Townsend, 2011).

O grupo tem um potencial terapêutico único, as interações utente-utente e utente terapeuta são utilizadas em setting do grupo e são utilizadas de modo a permitir alterações no comportamento desadaptado de cada um dos elementos do grupo. Assim o próprio grupo é utilizado como elemento transformador (Vinogradov & Yalom, 1992).

Igualmente, como já mencionado o sucesso da comunicação que o enfermeiro estabelece com as pessoas que cuida tem que ser garantido pelo profissional de saúde. É por isso fundamental que o enfermeiro conheça e utilize em cada situação as técnicas ou estratégias mais adequadas a cada objetivo, sejam técnicas verbais e não-verbais, para responder às necessidades do indivíduo e acelerar a promoção da cura e de mudanças (Townsend, 2011). Só desta forma será assegurada a dimensão terapêutica da comunicação, a prestação de cuidados personalizados e a satisfação global da pessoa cuidada.

Assim aprendi que, ao colocar-me numa situação desafiadora, sou capaz de contornar as adversidades e utilizar competências que desconhecia possuir. No fim das sessões fui caracterizado como tendo “o dom da palavra” e elogiada a minha capacidade de gerir assertivamente o grupo de forma a promover a participação de todos.

Como referi anteriormente em cada estágio, pode criar, desenvolver e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental. Tendo em conta as necessidades e características da pessoa, da família e do contexto, intervimos com uma utente que passava muitas horas no leito e apresentava isolamento social.

Avaliando o contexto, percebi que a senhora vivia com a sua mãe idosa e que a relação entre as duas era muito positiva. A mãe demonstrava preocupação pelo estado da filha e verbalizada esse sofrimento. Trabalhei com a filha a expressão de sentimentos e definimos pequenas tarefas que poderiam orientar no sentido da recuperação, nomeadamente ter que confeccionar as refeições “a horas comuns” para a sua mãe e assim estar mais próxima da pessoa que considerava ser a mais importante da sua vida. As tarefas eram registadas diariamente numa tabela onde aparecia também o horário de cada uma.

Esta intervenção foi sendo avaliada e ajustada semanalmente, validando o sucesso e orientando para os resultados que pretendíamos atingir.

O estabelecimento de uma relação próxima e empática com esta senhora, o respeito pelas suas necessidades, o envolvimento da própria mas também da mãe no processo de recuperação, o reconhecimento do domicílio como espaço de harmonia e refúgio para esta senhora, foram fulcrais no atingir de objetivos. A senhora assumiu o compromisso de se manter ativa e no final da intervenção eram frequentes as atividades de ir ao café, às compras, ao restaurante ou passear, na companhia da sua mãe e outros familiares próximos (que, entretanto, foram surgindo ao longo do tempo).

Nesta competência insere-se também a metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiatria, com o objetivo de ajudar o utente a conseguir

acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.

Tal como mencionado anteriormente, qualquer intervenção deve ser realizada em colaboração com o doente (salvo exceções de incapacidade de participar nessa decisão) e foi exatamente isso que aconteceu no meu segundo ensino clínico. O doente era um homem, ex-presidiário, com um processo na justiça por violência doméstica contra a mãe e portador de esquizofrenia sem adesão ao regime terapêutico.

A descompensação da patologia provocada por incumprimento na toma da medicação conduziu a que este fosse um objetivo principal. Mas só seria possível com a colaboração do utente. As visitas domiciliárias e as conversas que tivemos ajudaram a estabelecer uma relação de confiança, sendo que o senhor acabou por confessar que os sintomas, como ouvir as vozes de comando, o deixavam incomodado. Assim, foi mais fácil estabelecer a parceria necessária para a adesão ao tratamento. Com o apoio da enfermeira e gestora de caso do centro hospitalar, que articulou com o médico assistente no sentido de dispensar a receita da medicação, o processo tornou-se mais célere. Igualmente foi encaminhado para consulta de especialidade de forma a ser reavaliado e ajustada a medicação.

De forma a responder eficazmente a todas as solicitações colocadas pelos utentes, torna-se indispensável que os profissionais de saúde juntem esforços no sentido de realizar um verdadeiro trabalho em equipa, baseado na cooperação e em contacto regular envolvidos numa ação coordenada, cujos membros contribuam de maneira empenhada, competente e responsável para a realização de uma determinada atividade (Loff, 1994).

O trabalho de equipa que decorreu neste caso revelou ser uma sincronização entre vários profissionais de saúde, sendo que o resultado final foi diferente da soma das partes, ou seja, o trabalho desenvolvido por cada trabalhador isoladamente é diferente daquele realizado pela equipa (Loff, 1994).

Perante este caso, em que o doente tinha tantas situações “contra si” nomeadamente o estigma de ser ex-presidiário e os resultados positivos que obteve fez-me refletir que o que me motiva a investir no campo da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é acreditar que o ser humano tem competências e recursos e um enorme potencial de crescimento, sendo este o meu foco, em vez das suas fraquezas ou limitações (Taylor, 1992).

De forma a corresponder à competência de prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida,

mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, ao longo de mais de 30 semanas de estágio com um total superior a 600 horas de contato, divididos por três contextos diferentes de intervenção, tive a possibilidade de desenvolver atividades de diferentes âmbitos, desde a adolescência até à idade adulta.

Destaco as sessões que realizei em contexto escolar, com alunos de 9º ano, onde me foi pedido para trabalhar temas sempre relacionados com as emoções (ex: auto-estima, inteligência emocional, empatia, entre outros). A adolescência é uma fase de autodescoberta mas fiquei com a sensação que cada vez mais as crianças e jovens têm dificuldade em olhar e falar de si. Um exemplo disto foram as dinâmicas de grupo iniciais, onde se pedia que mencionassem características pessoais, e onde verifiquei alguma dificuldade em consegui-lo ou então uma repetição da mesma característica em todos os elementos do grupo (ex. Ser divertido).

A OMS (2005) declarou que a intervenção com crianças e jovens é uma das áreas prioritárias de intervenção. Cada vez mais, crianças e adolescentes enfrentam dificuldades em lidar com os desafios desenvolvimentais e sofrem com os efeitos negativos disso, nomeadamente com o desenvolvimento de doenças mentais (OMS, 2005).

Desta forma, conseguir intervir de forma precoce torna-se essencial. Com o foco sistémico e não apenas individual, a promoção da saúde mental precoce e visa atuar na prevenção de futuras situações de consumo através de um acompanhamento precoce em crianças e respetivas famílias que apresentem sinais de mal-estar psicológico, como por exemplo, mau rendimento escolar, alterações de comportamento, disfuncionalidade familiar e dificuldade na integração com o grupo de pares (Hanson, 2005). Os enfermeiros EESMP reconhecem o papel dos pais como parceiros ativos no processo terapêutico, promovendo a aquisição de competências fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança e reforçando outros conhecimentos (Carvalho, 2008).

Na minha intervenção não tive a oportunidade de trabalhar nem com pais, nem com outros núcleos sociais onde os jovens estivessem envolvidos, mas alertei os diretores de turma para algumas situações que me pareceram necessitar de acompanhamento mais ativo.

O enfermeiro EESMP nesta competência mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, na implementação das intervenções definidas por este, que vão ao encontro ao plano de cuidados elaborado, seja definido antecipadamente ou no decorrer da sua realização. Tive a oportunidade de traçar objetivos

e planejar sessões, tanto individual, como em grupo, em que o objetivo foi sempre manter, melhorar e recuperar a saúde mental de cada um dos intervenientes.

No meu primeiro EC, e sendo num internamento, o meu foco de intervenção foi para a recuperação, estabilização e melhoria do estado de saúde de cada um dos utentes internados. Atendendo à agudização ou início da patologia de base e à obrigatoriedade da hospitalização, permitiu que fosse centrando as minhas intervenções em possíveis e eficazes estratégias, para que cada um dos intervenientes conseguisse utilizar durante o internamento e posteriormente no domicílio. As intervenções centravam cada um dos utentes e tinham em consideração a situação atual do doente, como por exemplo a sialorreia causada pela medicação ou a limitação da deambulação ou gesticulação.

Como exemplo desta intervenção apresento o caso de uma utente, com atividade psicótica de carácter persecutório, imobilizada e sozinha num quarto, que recusava qualquer abordagem ou interação. Entre as várias tentativas que fiz de contacto, disse-me que gostava de flores e de as ver em lindos jardins. Utilizei esta informação para estabelecer uma relação. Passei a fazer pesquisas com a utente, sobre flores e jardins, criando um laço de empatia e partilha. Consegui ainda que participasse nas minhas intervenções de carácter grupal, de forma presente e bastante consciente e ativa. A utente teve alta, durante o meu percurso de estágio mas antes disso desenvolvi uma atividade psicoterapêutica individual sobre a importância da toma da medicação, onde entreguei um *flyer* com toda a informação relevante e uma tabela para recortar, preencher com o nome dos medicamentos, dosagem e horário da toma e colocar em local visível. Sinto que realizei um trabalho positivo, com impacto na vida da utente e na sua recuperação, trabalhando em conjunto para um mesmo objetivo comum: a alta hospitalar e a manutenção saudável no domicílio.

Em contexto comunitário também desenvolvi intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais individuais e grupais. Com a colaboração dos intervenientes, elaborei plano interventivo baseado nas necessidades identificadas.

Desenvolvi uma atividade junto do grupo de profissionais do centro de dia, onde consegui para além de formar, prevenir e fazer refletir. Estas profissionais trabalham com doentes com diferentes demências e sentem uma grande exaustão, muitas vezes por não terem estratégias que lhes permitam superar desafios. De forma descontraída, falámos sobre proteção individual e grupal, e qual a melhor forma de encarar os obstáculos identificados individualmente e posteriormente coletivamente. O grupo considerou serem dicas úteis e de fácil aplicação que iriam ter um impacto positivo na sua prática diária. Embora focado

nas demências, surgiu também a necessidade de falar sobre outras patologias, pois relataram as profissionais do centro de dia que ser cuidados é exigente e que as competências necessárias ultrapassam os conhecimentos técnicos.

Como já referi, atuei em inúmeros contextos da forma como está previsto nesta competência. Mas acho importante reforçar a necessidade do enfermeiro EESMP na promoção e reabilitação do indivíduo a nível psicossocial, onde cada um desenvolverá as suas competências físicas, emocionais e cognitivas de forma ativa, para uma melhor resposta às exigências sociais da comunidade. Segundo a OMS, a reabilitação psicossocial constitui “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados ou incapacitados, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências pessoais como a introdução de mudanças ambientais” (OMS, 2001, p.62). Desta forma pretende-se que independentemente da comunidade, se capacitem os doentes para a (re)integração na sociedade, não só através das competências pessoais mas também de outros recursos informais (ex: a família e os amigos) mas também formais (ex: as instituições presentes no terreno).

Com esta reabilitação pretende-se empoderar a pessoa, dando-lhe ferramentas pessoais e sociais, reduzir a discriminação e oferecer um suporte nos serviços de saúde de longa duração.

Na minha experiência nos cuidados diferenciados na área da saúde mental, precisamente no hospital de dia, pude desenvolver sessões de âmbito psicoterapêutico, já utilizada nos outros campos de estágio e posteriormente aplicada aos participantes do projeto de melhoria contínua. O relaxamento de Jacobson, utilizado para promover a desfocalização de pensamentos ruminativos, controlar a respiração, promover o autocontrolo da ansiedade, do *stress* e da tensão muscular, foi das intervenções onde obtive um feedback mais positivo. Em cada sessão entreguei um *flyer* com instruções para a realização deste tipo de relaxamento de forma autónoma. Novamente as sessões foram adaptadas aos participantes, sendo que havia quem só conseguisse fazer sentado (uma utente tinha medo de adormecer caso se deitasse) e dependendo da experiência dos participantes, eram precisas mais ou menos instruções e correções.

Alguns enfermeiros que participaram no projeto de melhoria contínua referem nunca ter realizado este tipo de relaxamento pelo que, a sua repetição durante a aplicação do projeto,

foi essencial para a interiorização da técnica. Atualmente afirmam aplicar no seio familiar, com resultados bastante positivos no relaxamento e gestão do *stress*, o que revela o impacto da intervenção do enfermeiro EESMP na família e na comunidade.

### **PARTE III – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA**

No âmbito da formação enquanto enfermeiro EESMP foi proposto que realizasse um projeto de melhoria contínua na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que revelasse os conhecimentos lecionados até à atualidade e que facilitasse a sua implementação no meu contexto de trabalho.

Neste sentido, atendendo ao contexto particular de pandemia vivido entre março de 2020 até ao presente - e de forma a dar resposta a uma necessidade identificada pelos meus colegas de serviço num Hospital da região Centro, optei pelo tema “Impacto Da Pandemia Na Saúde Mental De Enfermeiros Infetados com COVID-19”.

São vários os fatores que têm sido identificados como determinantes de risco acrescido de sofrimento psicológico nos profissionais de saúde. Este é um grupo profissional com elevada exposição a fontes de contágio, sujeitos a uma sobrecarga de trabalho, associada a um contexto de incerteza sobre os procedimentos clínicos e as tomadas de decisão mais efetivas (Pappa et al., 2020). Por outro lado, o risco de problemas de saúde mental poderá ter estado associado à rápida evolução da situação epidemiológica, com possibilidade de escassez de equipamentos de proteção individual e falta de apoio psicoemocional (Ren et al., 2020).

Os estudos realizados durante a pandemia COVID-19 sugerem igualmente que os profissionais de saúde a trabalhar na linha da frente, em particular enfermeiros, apresentam elevados graus de depressão, *stress* e ansiedade (Pappa et al., 2020; Sampaio et al., 2020).

A literatura demonstra também que o isolamento e a quarentena tiveram um impacto negativo na saúde mental e bem-estar dos indivíduos a elas sujeitas, com efeitos imediatos, mas também a longo prazo (Lai et al. 2020; Instituto Ricardo Jorge (INSA), 2020). Alguns estudos têm igualmente relacionado vários efeitos psicológicos negativos resultantes do isolamento social, como altos níveis de ansiedade, *stress*, medo ou mesmo a presença de sintomas depressivos que podem persistir além desse período (Brooks et al., 2020).

Este projeto segue como esquema de base o Ciclo PDCA ou de Deming (Plan; Do; Check; Act/Adjust), que é um método de quatro passos que permite que se possa planejar a ação, com base na identificação e análise de um problema, que se desenvolvam e implementem soluções com vista a resolver o problema identificado e depois que se verifique se o objetivo foi alcançado ou os impactos no respetivo processo, avaliando os resultados e agindo sobre o que foi aprendido.

Salvada (cit. por OE, 2013) propôs a adaptação deste ciclo para 8 passos, que se identificam de seguida, de forma a melhor responder às necessidades específicas de projetos de enfermagem:

- 1 - Identificar e descrever o problema
- 2 - Perceber o problema e dimensioná-lo
- 3 – Formular objetivos iniciais
- 4 – Perceber as causas
- 5 – Planear e executar as tarefas/atividades
- 6 – Verificar os resultados
- 7 – Propor medidas corretivas, *standardizar* e treinar a equipa
- 8 - Reconhecer e partilhar o sucesso

## **1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA**

O medo do desconhecido aumenta o nível de ansiedade em indivíduos com problemas de saúde mental pré-existent, mas também em indivíduos saudáveis (Sampaio et al., 2020). Além dos sintomas físicos prevalentes na população mundial em geral provocado pela infeção por Sars- Cov2, a falta de conhecimento e de informação, aliada à natureza altamente infecciosa, contribuíram para o desenvolvimento de problemas psicológicos (Sampaio et al., 2021).

Durante uma epidemia de uma nova doença infecciosa, muitos profissionais de saúde estão vulneráveis a um alto risco de infeção e problemas de saúde mental (Carvalho et al, 2020). No entanto, considerando que o surto de COVID-19 é um fenómeno à escala mundial, parece ser ainda mais relevante prestar atenção a esses potenciais problemas de saúde mental. A pandemia provocou elevados níveis de sofrimento psicológico aos profissionais

de saúde (INSA, 2020) e, principalmente os enfermeiros, apresentam grande probabilidade de se infectar por estarem mais próximos dos pacientes (Chen et al., 2020).

Tendo em conta que quase 50% dos profissionais que prestam auxílio a doentes com doença infecciosas, a nível global, são enfermeiros (OMS, 2016), contribuir para a sua saúde mental é crucial para a prestação de serviços com qualidade.

De acordo com estudos realizados em situações epidémicas anteriores (e.g. Síndrome respiratório agudo grave (SARS) ou Ébola), o surgimento de uma doença súbita e com risco de vida imediato conduz a um aumento da pressão nos profissionais de saúde (Liu et al., 2012 cit. por Pappa et al. 2020). Outros estudos demonstram que em situações similares, os enfermeiros apresentam níveis mais elevados de *stress* e ansiedade, quando comparados com outros profissionais de saúde (Maunder et al., 2006, cit. por Sampaio et al. 2021).

Na luta contra o COVID-19, é característico dos enfermeiros a preocupação constante por se apresentarem bem e se sentirem capazes de a ultrapassar e vencer. Sendo este um objetivo ativo e permanente, a centralidade da intervenção é o utente. No âmbito deste projeto de investigação, o “utente” são os profissionais de enfermagem, pois é sobre a sua saúde mental que pretendo desenvolver uma nova linha de trabalho.

É do conhecimento público que a classe de enfermagem é uma das maiores profissões na área da saúde (em 2018 haviam 43166 enfermeiros inscritos, 26879 médicos e 9795 técnicos de diagnóstico e terapêutica) (INE, 2020). Existem enfermeiros em todas as vertentes, no cuidado ao outro - desde o planeamento do nascimento da vida humana, até ao seu desfecho. Desde o início da pandemia, foi comum o horário acrescido, sendo em horas extras ou em supressão de dias de descanso. Contudo, quando há enfermeiros infetados com COVID-19, a ausência de serviço associada à necessidade de isolamento, conduz a que os recursos humanos fiquem reduzidos e à necessidade de novos colegas, sem experiência ou recém-licenciados, que exigem formação ou orientação mais próxima.

Para além disso, após a recuperação, os enfermeiros em serviço apresentam efeitos secundários como dores de cabeça, de costas, parestesias, cansaço. Ao nível da saúde mental as equipas relatam efeitos como ansiedade, *stress*, insónias, irritabilidade, insegurança, medo de infectar as famílias e dificuldade de prestar apoio e ainda o desconhecimento das consequências a longo prazo (Pappa et al., 2020).

Impera que se consiga proteger os enfermeiros no ativo e que seja rápida a recuperação dos infetados, para que todos juntos consigamos obter resultados positivos.

Baseado nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, verifica-se a inclusão no enquadramento conceptual e enunciados descritivos, valorizando a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Do ponto de vista da taxonomia do sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2021), tendo como suporte os focos utilizados para avaliar o grau de ansiedade, o *stress*, a depressão e as estratégias de *coping* dos enfermeiros portadores de COVID - 19, usam-se definições baseados na classificação internacional:

Ansiedade: “Emoção Negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”

Stress: “Status Comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser capaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio de estado mental e físico do indivíduo”

Depressão:” Estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia; estenia, deterioração de compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça”

Coping:” Atitude: gerir o *stress* e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico”

Do Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018a), faz referência a dois dos focos evidenciados pela CIPE, a ansiedade e o *stress*. Neste mesmo documento fazem uma divisória, entre ansiedade e *stress* em grau moderado e em grau elevado.

No que diz respeito ao foco da depressão, este mesmo padrão tem como diagnóstico de enfermagem humor depressivo. Em relação ao foco de *coping*, não há qualquer referência (Conselho de Enfermagem, 2012).

## 2. PERCEÇÃO DO PROBLEMA

O surto de COVID-19 desafiou o sistema de cuidados de saúde globais e nacionais e demonstrou que, em situações de grande pressão, pode comprometer gravemente o bem-estar dos profissionais de saúde (Hu et al., 2020).

O Hospital da região Centro, local onde exerço a minha atividade profissional, foi um dos hospitais de referência de internamento, para doentes portadores do novo coronavírus.

Desde março de 2020 que surgiram e a subiram gradualmente o número de profissionais de saúde infetados com COVID-19, nos vários serviços de atendimento/ internamento deste hospital. Os enfermeiros, pela especificidade do seu trabalho, são os profissionais que prestam serviço “mais próximo” do doente e, só no serviço onde exerço, mais de 40 enfermeiros foram infetados.

De acordo com a literatura, os enfermeiros parecem ser os profissionais de saúde que enfrentam mais problemas psicológicos como consequência do surto de COVID-19. Surge então a necessidade urgente de avaliar a sua saúde mental bem como das estratégias de *coping* que utilizam para fazer face a situações de crise como esta que agora se atravessa.

No âmbito deste projeto, pretendo então conhecer o estado da saúde mental dos enfermeiros infetados do Hospital da região Centro, durante a pandemia, em particular, indicadores de ansiedade, depressão e *stress*, bem como identificar estratégias de *coping* nesta população. Fazer o retrato desta classe de profissionais que contraíram a doença é fundamental para delinear medidas que possam diminuir o sofrimento psicológico e promover a saúde mental, quer durante a pandemia, quer após o controlo da mesma.

Para complementar o diagnóstico de situação foi elaborada uma análise SWOT que descreve, de forma sistematizada, o enquadramento da equipa e das potencialidades do projeto no equipamento.

A análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) tem como objetivo uma síntese das análises interna e externa identificando os elementos chave para a gestão da empresa bem como o estabelecimento de prioridades de atuação. Estas prioridades permitem a tomada de opções estratégicas pois dá acesso a uma perspetiva abrangente e global sobre o objeto a analisar (neste caso, a equipa de enfermagem).

<p><u>Forças</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- União da equipa;</li> <li>- Aceitação/ participação ativa no programa de intervenção;</li> <li>- Motivação da equipa;</li> <li>- Entrega total em todas as atividades desenvolvidas;</li> <li>- Resultados obtidos com o programa de intervenção;</li> <li>- Estratégias de <i>coping</i> intrínsecas.</li> </ul>	<p><u>Oportunidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior e melhor visualização e divulgação da importância da saúde mental;</li> <li>- Formação na área de saúde mental com grande destaque/ ênfase;</li> <li>- Saúde mental gradualmente com conotação menos negativa;</li> <li>- Objetivo claro e unânime da equipa de intervenção, para uma maior e melhor proteção individual;</li> <li>- Aperfeiçoamento das estratégias de <i>coping</i> no dia-a-dia.</li> </ul>
<p><u>Fraquezas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carência de profissionais com formação em saúde mental;</li> <li>- Sobrecarga de trabalho nos serviços;</li> <li>- Disponibilidade laboral, muito reduzida para uma boa e eficaz intervenção contínua;</li> <li>- Falta de consciencialização patronal, para investimento de tempo e formação em saúde mental, às suas equipas;</li> </ul>	<p><u>Ameaças</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconhecimento do impacto do COVID-19, na saúde mental, num futuro próximo;</li> <li>- Desvalorização da sobrecarga de <i>stress</i>, ansiedade e depressão que veio sobre arraste com o COVID-19;</li> <li>- Tempo reduzido ou inexistente para formar equipas e fortalecer as mesmas no campo da saúde mental.</li> </ul>

**Quadro 1 - Análise Swot Do Projeto De Melhoria Contínua Da Qualidade**

### 3. FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS INICIAIS

Nesta fase foram reformulados os objetivos uma vez que já se conhecem os contornos do problema. O delinear dos objetivos surgiu como um elemento “chave”, no sentido de planear o caminho a percorrer. Deste modo, foram definidos para a implementação e execução do projeto de melhoria contínua de qualidade no âmbito do impacto da pandemia na saúde mental de enfermeiros, objetivos de âmbito geral e específico:

Objetivo Geral:

- Reduzir o impacto da pandemia na saúde mental de enfermeiros infetados com COVID-19, através de uma intervenção especializada em ESMP.

Objetivos Específicos:

- Avaliar o estado de saúde mental dos enfermeiros (níveis de depressão, ansiedade e *stress*) durante a pandemia;
- Identificar as estratégias de *coping* utilizadas que funcionam como fatores protetores e podem diminuir as consequências negativas na saúde mental destes profissionais;
- Capacitar a equipa com estratégias promotoras de saúde mental que mitiguem os fatores de risco associados à infeção durante a pandemia;
- Modelar uma resposta eficaz e eficiente dos profissionais através da aplicação de um projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

### 4. PERCEÇÃO DAS CAUSAS DO PROBLEMA

De forma a compreender as causas do problema realizou-se um questionário a 60 enfermeiros do Hospital da região centro, de diversos serviços. Este questionário foi aprovado e autorizado pela comissão de ética (anexo I) e era composto por questões de caracterização sociodemográfica (apêndice I), pela EADS-21 (anexo III) e pela Brief-COPE<sup>1</sup>(anexo V).

---

<sup>1</sup> A utilização destas escalas foi autorizada pelos respetivos autores, como pode ser confirmado em anexo II e IV.

## Caracterização sócio-demográfica

De acordo com os resultados, a média de idades é de 38,2 anos, com um desvio padrão de 10,1 anos, e as idades variam entre os 24 e os 56 anos. A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do género feminino (n=51, 85,0%). 60,0% dos indivíduos da amostra tem mais de 10 anos de tempo de serviço.

## Comportamento em contexto pandémico

Quanto ao comportamento em contexto pandémico, como podemos observar na Tabela 1, metade dos indivíduos da amostra (n=30) tinham sido infetados com SARS-CoV-2 à data do questionário num espaço de entre 5 e 16 meses antes, com uma média de 7,1 meses ( $\pm 2,5$  meses).

A maioria dos indivíduos afirma que tinha conhecimentos ou foi instruído sobre o COVID-19 (n= 50; 83,3%). Cerca de dois terços (n=41, 68,3%) dos indivíduos tiveram formação sobre como usar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e todos eles acharam que essa formação foi útil no seu desempenho profissional. Contudo, destes 41, 10 afirmam que a formação foi dada no próprio dia, revelando a não preparação atempada dos profissionais para as situações de risco. Ainda assim, 52 indivíduos (86,7%) consideraram que os EPIs foram suficientes e adequados. Por outro lado, mais de metade (n=33; 55,0%) consideraram que o medo de se infetar ou de infetar outras pessoas (colegas, família, amigos) teve impacto no seu desempenho profissional. Por último, quase todos os indivíduos que participaram no estudo trabalharam horas extra durante a pandemia (n=57; 95,0%). Apenas uma pequena percentagem dos indivíduos (n=13; 21,7%) teve acesso a informações ou a um grupo de apoio, onde pudesse partilhar as suas dúvidas e ansiedades e 2 indivíduos (3,3%) afirmaram ter recorrido a psicoterapia ou outra resposta de ajuda desde o início da pandemia.

É importante salientar que, embora haja um evidente impacto inicial na sua saúde mental, Zhang et al. (2020) concluíram que, em algum momento, parece haver uma adaptação à situação. Igualmente, num estudo realizado em Portugal (Sampaio et al., 2020), apesar do impacto imediato da pandemia na saúde mental dos enfermeiros, verificou-se este fenómeno de adaptação psicológica.

Um estudo realizado num hospital em Wuhan, China, entre fevereiro e março de 2020, procurou identificar a evolução do estado psicológico dos enfermeiros durante o surto de

COVID-19. OS resultados demonstraram que as mudanças ao nível psicológico decorrem em três etapas:

Etapa inicial – os enfermeiros apresentavam ambivalência pois estavam divididos entre a missão de prestação de cuidados e o medo de ser infetado;

Etapa intermédia – foram identificadas características como ansiedade, depressão, somatização, compulsividade, medo e irritação;

Etapa final – começou a ocorrer uma adaptação psicológica pois os enfermeiros relataram sentir que estavam a fazer algo de útil para a saúde das pessoas e do país (Zhang et al., 2020).

Desta forma, e levando em consideração o tempo entre a infeção e a resposta a estes questionários, acreditamos estar perante este fenómeno que influenciou os resultados.

**Tabela 1 - Caracterização do comportamento em contexto pandémico**

Variável	% de respostas afirmativas
Foi infetado com COVID?	30 (50,0%)
No início da pandemia, tinha conhecimentos ou foi instruído sobre o COVID-19?	50 (83,3%)
Teve formação sobre como usar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)?	41 (68,3%)
Se respondeu sim, essa formação foi útil no seu desempenho profissional?	41 (100%)
Os Equipamentos de Proteção Individual foram suficientes e adequados?	52 (86,7%)
O medo de se infetar ou de infetar outras pessoas (colegas, família, amigos) teve impacto no seu desempenho profissional?	33 (55,0%)
No trabalho teve acesso a informações ou a um grupo de apoio, onde pudesse partilhar as suas dúvidas e ansiedades?	13 (21,7%)
Trabalhou horas extra durante a pandemia?	57 (95,0%)
Se respondeu que sim, poderá ter afetado o seu desempenho enquanto profissional?	37 (64,9%)
Frequentou psicoterapia ou outra resposta de ajuda, desde março de 2020?	2 (3,3%)

Na Tabela 2, apresentamos a caracterização dos subgrupos de indivíduos, respetivamente não infetados e infetados com SARS-CoV-2. Foi utilizado o teste t de Student para diferença de médias de grupos independentes, que pretende comparar as diferenças nas respostas entre os indivíduos que tiveram COVID-19 e os indivíduos que não tiveram. Para cada uma das perguntas é apresentado o valor da estatística de teste (t de Student), o valor de p correspondente, e o tamanho de efeito caso o valor de p seja significativo (Student, 1908). Apenas o conhecimento acerca da COVID-19 no início da pandemia apresentou um resultado estatisticamente significativo, com um  $p= 0,039$ . Para esta estatística, foi ainda apresentado o tamanho de efeito, através da estatística de teste d de Cohen (Espírito Santo

e Daniel, 2017). O  $d$  de Cohen é a medida mais comum do tamanho de efeito para testes  $t$  com grupos independentes ou emparelhados em que as amostras são consideradas relativamente grandes ( $n > 30$ ) (Espírito Santo & Daniel, 2017). Neste caso o valor apresentado foi de 0,548, o que pode ser considerado um tamanho de efeito médio. Os restantes resultados revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois subgrupos ( $p > 0.05$ ).

Importa também referir que 55% da amostra refere ter tido medo de infetar outras pessoas e que isso influenciou o desempenho profissional.

Lung et al. (2009 cit. por Pappa et al, 2020) referem que as variáveis que parecem ser preditoras de sofrimento psicológico são a necessidade de isolamento e perda de apoio social, o risco aumentado de infetar familiares e amigos, assim como as mudanças frequentes nos procedimentos e formas de trabalhar.

A perceção da falta de acesso a suporte social e familiar por parte dos profissionais de saúde, tem impacto negativo na saúde mental e está associada à existência de sintomas de depressão e ansiedade, ou seja, quanto maior a perceção e qualidade desse apoio, menor o sofrimento psicológico (Liu et al, 2020; INSA, 2020)

Contudo, a literatura demonstra que as únicas variáveis que, ao longo do tempo, estão relacionadas com os sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, são o medo de ser infetado e de infetar outras pessoas (Hu et al., 2020; Liu, Han & Jiang, 2020). Já em surtos anteriores estes medos tinham sido encontrados (Lee et al., 2020, cit por Sampaio et al, 2021) mas segundo os autores nunca houve uma investigação longitudinal que permitisse legitimar estes resultados.

**Tabela 2 - Caracterização do comportamento em contexto pandêmico (comparação entre COVID e não COVID)**

% de resposta afirmativas	Amostra (n=60)	Sem COVID-19 (n=30)	Com COVID-19 (n=30)	t	P	Tamanho de efeito (d de Cohen)
No início da pandemia, tinha conhecimentos ou foi instruído sobre o COVID-19?	50 (83,3%)	22 (73,3%)	28 (93,3%)	-2,121 a)	0,039*	0,548
Teve formação sobre como usar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)?	41 (68,3%)	17 (56,7%)	24 (80,0%)	-1,973 a)	0,053	-
O medo de se infectar ou de infectar outras pessoas (colegas, família, amigos) teve impacto no seu desempenho profissional?	33 (55,0%)	18 (0,6%)	15 (0,50%)	0,769	0,445	-
No trabalho teve acesso a informações ou a um grupo de apoio, onde pudesse partilhar as suas dúvidas e ansiedades?	13 (21,7%)	6 (20,0%)	7 (23,3%)	-0,308	0,759	-
Frequentou psicoterapia ou outra resposta de ajuda, desde março de 2020?	2 (3,3%)	-	2 (6,7%)	-1,439 a)	0,161	-

Legenda: a) Variâncias iguais não assumidas após Teste de Levene para igualdade de variâncias. Nível de significância \* -  $p < 0.05$ ; \*\* -  $p < 0.01$

## Depressão, Ansiedade e *Stress* em profissionais com e sem infeção por SARS-CoV-2

A Tabela 3 apresenta os resultados condensados das dimensões de Depressão, Ansiedade e *Stress* da amostra global de 60 indivíduos, bem como dos subgrupos de indivíduos que tiveram e não tiveram infeção por SARS-CoV-2, respetivamente. Os dados foram recolhidos através da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) validada para a população portuguesa (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004; Lovibond & Lovibond, 1995). Foi utilizado o teste *t* de Student para diferença de médias de grupos independentes, que pretende comparar as diferenças nas várias dimensões entre os indivíduos que tiveram COVID-19 e os indivíduos que não tiveram (Student, 1908). Para cada uma das dimensões é apresentado o valor da estatística de teste (*t* de Student), o valor de *p* correspondente, e o tamanho de efeito caso o valor de *p* seja significativo. Os resultados revelam que, em termos absolutos, indivíduos não infetados com COVID-19, apresentam valores superiores aos infetados. É de salientar que, com base nestes resultados o *stress* parece ser o mais vivenciado por esta amostra de participantes ( $m= 5,35$ ). Estes resultados vão ao encontro de outro estudo que conclui que, em Portugal, 44,8% dos profissionais de saúde revelam sofrimento psicológico, 30,8% sintomas de ansiedade moderada a grave, 28,4% de sintomas de depressão moderada a grave e 26,2% de *stress* pós-traumático (INSA, 2020).

**Tabela 3 - Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (comparação entre COVID e não COVID)**

Dimensões	Global (n=60)		Sem COVID-19 (n=30)		Com COVID-19 (n=30)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Depressão	<b>3,10</b>	<b>2,95</b>	3,13	3,01	3,07	2,93	-0,083	0,934
Ansiedade	<b>2,78</b>	<b>2,50</b>	2,97	2,24	2,60	2,78	-0,564	0,575
<i>Stress</i>	<b>5,35</b>	<b>3,60</b>	5,57	3,50	5,13	3,75	-0,463	0,645

Legenda: Nível de significância \* -  $p<0.05$ ; \*\* -  $p<0.01$

## Estratégias de *Coping* em profissionais com e sem infeção por SARS-CoV-2

A Tabela 4 apresenta os resultados condensados das dimensões de *coping* para a totalidade da amostra, bem como dos subgrupos de indivíduos que tiveram e não tiveram infeção por SARS-CoV-2, respetivamente. Os dados foram recolhidos através da Escala Brief-COPE, validada para a população portuguesa (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Foi utilizado o teste *t*

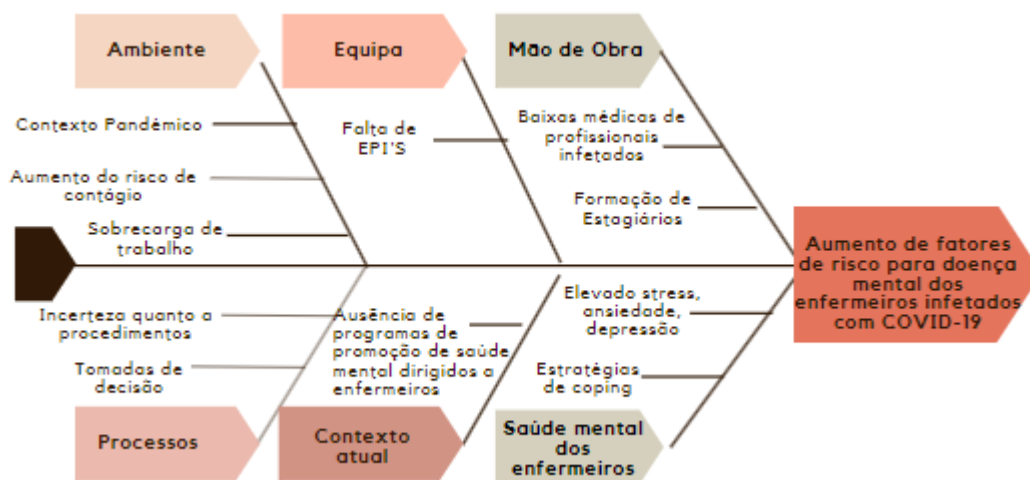
de Student para diferença de médias de grupos independentes, que pretende comparar as diferenças nas várias dimensões entre os indivíduos que tiveram COVID-19 e os indivíduos que não tiveram (Student, 1908). Para cada uma das dimensões é apresentado o valor da estatística de teste (*t* de Student), o valor de *p* correspondente, e o tamanho de efeito caso o valor de *p* seja significativo. Os resultados revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois subgrupos ( $p>0.05$ ) mas em termos absolutos enfermeiros infetados com COVID-19 demonstraram resultados mais elevado na sub-escala “*coping* ativo”, que se traduz em realizar esforços para remover o *stressor*, e na sub-escala “reinterpretação positiva” que diz respeito a tirar partido da situação ou encará-la de forma positiva. Os itens que apresentaram maior valor de média foram o item “25 – Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação” (1,73), “14 – Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer” (1,72) e “24 – Tento aprender a viver com a situação” (1,72).

**Tabela 4 - Dimensões de *Coping* – Brief-COPE (comparação entre COVID e não COVID)**

Dimensões de <i>Coping</i>	Itens	Global (n=60)		Sem COVID-19 (n=30)		Com COVID-19 (n=30)		t	p
		M	DP	M	DP	M	DP		
	<i>Coping</i> ativo	<b>3,26</b>	<b>1,41</b>	2,97	1,45	3,57	1,33	1,670	0,100
	Planejar	<b>3,45</b>	<b>1,38</b>	3,23	1,38	3,67	1,37	1,218	0,228
	Suporte instrumental	<b>2,57</b>	<b>1,31</b>	2,53	1,38	2,60	1,25	0,196	0,845
	Suporte emocional	<b>2,65</b>	<b>1,40</b>	2,67	1,27	2,63	1,54	-0,091	0,927
	Religião	<b>1,37</b>	<b>1,41</b>	1,50	1,57	1,23	1,25	-0,728	0,470
	Reinterpretação positiva	<b>3,12</b>	<b>1,51</b>	2,77	1,33	3,47	1,61	1,833	0,072
	Autoculpabilização	<b>1,58</b>	<b>1,12</b>	1,43	1,04	1,73	1,20	1,034	0,305
	Aceitação	<b>3,15</b>	<b>1,34</b>	3,10	1,30	3,20	1,40	0,287	0,775
	Expressão de sentimentos	<b>2,33</b>	<b>1,13</b>	2,37	1,25	2,30	1,02	-0,227	0,821
	Negação	<b>0,90</b>	<b>1,22</b>	1,17	1,34	,63	1,03	-1,725	0,090
	Autodistração	<b>2,73</b>	<b>1,09</b>	2,73	1,11	2,73	1,08	0,000	1,000
	Desinvestimento	<b>0,41</b>	<b>0,77</b>	0,50	0,86	0,33	0,66	-0,841	0,404
	Uso de substâncias	<b>0,13</b>	<b>0,47</b>	0,20	0,55	0,07	0,37	-1,105	0,274
	Humor	<b>2,23</b>	<b>1,47</b>	2,07	1,36	2,40	1,57	0,879	0,383

Legenda: Nível de significância \* -  $p < 0.05$ ; \*\* -  $p < 0.01$

Após perceber as causas do problema, de acordo com a literatura e com os resultados previamente obtidos, realizou-se o seguinte diagrama.



**Figura 1 - Diagrama De Ishikawa Para Identificação Dos Fatores De Risco Para A Doença Mental Dos Enfermeiros Infetados Com COVID-19**

## 5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES

Identificação da Dimensão em Estudo: Níveis de *stress*, depressão e ansiedade, estratégias de *coping*

Profissionais em avaliação: Enfermeiros Infetados com COVID-19 de um Hospital da Região Centro

Período: Entre março de 2020 e março de 2022

Fonte de Dados: Observação direta; aplicação de instrumentos de avaliação através da escala EADS- 21 e da escala Brief-COP e do inquérito de satisfação.

Indicadores:

### Indicadores de processo

- Taxa de presenças nas sessões: 90% (nº de profissionais que completou o projeto/ nº de profissionais que iniciou o projeto)
- Taxa de adesão às atividades propostas: 100% (nº de participantes que realizam as atividades/ nº total de participantes)

### Indicadores de resultado

- Diminuição da pontuação na escala EADS-21;
- Aumento da pontuação de estratégias de *coping* adaptativas, na escala Brief-COPE e diminuição da pontuação nas escalas desadaptativas;
- Taxa de participantes que recorrem ao relaxamento: 80% (nº de profissionais que afirmam recorrer ao relaxamento/ nº de profissionais que integram o projeto)

#### **Indicadores de qualidade**

- Resultado de satisfação com o programa (escala tipo Likert): 4,5 (resultado obtido no questionário de satisfação/ resultado total da escala).

Tipo de Avaliação: Interna, realizada pelo enfermeiro responsável pelo projeto.

Quem colhe os dados: o enfermeiro responsável pela implementação do projeto

Definição da população e seleção da amostra: Enfermeiros infetados com COVID-19, desde o início da pandemia, que exerçam a sua atividade num Hospital da região Centro.

Critérios de inclusão: Enfermeiros infetados com COVID-19, a trabalhar no Hospital da região centro.

Critérios de exclusão: Enfermeiros infetados desse hospital, a trabalhar há menos de 6 meses ou que tenham em processo psicoterapêutico ou outros tipos de intervenção que possa interferir com os resultados.

Neste sentido, propôs-se a realização de um grupo de intervenção psicoeducacional, com uma periodicidade semanal, com início no mês de abril de 2022, cumprindo um total de 6 sessões presenciais, em horário e em local a definir (Apêndice II). Recorreu-se à apresentação teórica de alguns conceitos no formato de apresentação PowerPoint (apêndice III) e à discussão orientada e partilha de emoções. No final da 6ª sessão, foi distribuído um *flyer* com informação de apoio à realização de relaxamento de Jacobson (apêndice IV) e realizado um inquérito de satisfação com o programa (apêndice V).

A psicoeducação é uma forma específica de educação que se destina a ajudar pessoas, possibilitando a compreensão dos fatos sobre uma ampla gama de doenças mentais. É uma maneira de desenvolver a compreensão e apreender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é então um tratamento, mas é projetada para ser parte de um plano global de tratamento, fornecendo apoio para as pessoas serem capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de

gestão dos processos de doença (OE, 2011). Face ao exposto, torna-se pertinente a execução de um grupo de intervenções psicoeducativas aos participantes neste projeto de melhoria.

De forma a ajudar os profissionais a lidar com as exigências profissionais e a potencializar o aumento do seu capital psicológico, pretendeu-se:

- Constituir um grupo de 10 elementos;
- Desenvolver um programa composto por 6 sessões, com uma duração de 45 minutos, dinamizadas pelo enfermeiro formando na especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que implementou o projeto de melhoria contínua, com a supervisão da docente orientadora.
- Promover sessões em torno de duas vertentes: educativa e de suporte.

A vertente educativa teve como objetivos:

- Fornecer formação e informação sobre a temática;
- Dar conhecimento sobre os recursos e estratégias disponíveis para ultrapassar as dificuldades sentidas.

A vertente de suporte teve por função:

- Ajudar a gerir emoções e a usar estratégias para lidar com as principais dificuldades;
- Partilhar experiências e sentimentos com profissionais que se encontram em situação semelhante.

Sessão 1	Avaliação inicial: aplicação dos instrumentos EADS-21 e Brief-COP Introdução ao tema do projeto a implementar Breve enquadramento teórico sobre a saúde mental dos enfermeiros – <i>stress</i> , depressão, ansiedade e <i>coping</i> Reflexão em equipa sobre atitudes, emoções e comportamentos, individuais e grupais.
Sessão 2	Incentivar à expressão de emoções – partilha de vivências Discussão orientada sobre emoções e sentimentos em situações “difíceis” de lidar e refletir sobre o papel da equipa.
Sessão 3	Executar dinâmicas de grupo que promovam o autoconhecimento, o otimismo e a resiliência

Orientar pensamentos e reflexões para respostas baseadas em diferentes dimensões de *Coping*.

Sessão 4, 5 e 6 Sessão de relaxamento de Jacobson

Avaliação final (na sessão 6) - Aplicação dos instrumentos EADS-21 e Brief-COP e escala de satisfação com as sessões.

## 6. VERIFICAR OS RESULTADOS

O Software utilizado para análise de dados foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v.27.0) para Windows. A aplicação dos testes paramétricos à amostra, baseia-se no teorema central do limite, que descreve a distribuição da média de uma amostra aleatória de uma população com variância finita, o que significa que quando o tamanho amostra é suficientemente grande, a distribuição da média aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição populacional. Face à dimensão da amostra, foram utilizados testes paramétricos.

Resultados após intervenção

A Tabela 5 apresenta os resultados condensados das dimensões de Depressão, Ansiedade e *Stress* da amostra global, bem como dos subgrupos de indivíduos que participaram no programa de intervenção (n=10), com os resultados antes e após o programa. Foi utilizado o teste t de Student para comparar as duas médias de duas amostras emparelhadas, partindo do pressuposto da normalidade das populações (Student, 1908). Devido ao emparelhamento, o procedimento passa por subtrair os pares de observações e, portanto, os requisitos são semelhantes ao teste t de Student para amostras independentes (Student, 1908). Para cada uma das dimensões é apresentado o valor da estatística de teste (t de Student), o valor de p correspondente, e o tamanho de efeito caso o valor de p seja significativo. Os resultados revelam que, em termos absolutos existiu uma diminuição dos resultados nas três escalas, após a aplicação do programa.

**Tabela 5 - Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (comparação entre COVID e não COVID)**

Dimensões	Global (n=60)		Antes programa (n=10)		Após programa (n=10)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Depressão	<b>3,1</b>	<b>2,9</b>	2,8	2,8	1,4	2,7	1,0	0,3
Ansiedade	<b>2,8</b>	<b>2,5</b>	2,7	2,4	1,5	3,0	1,3	0,2
<i>Stress</i>	<b>5,4</b>	<b>3,6</b>	5,9	4,3	3,4	4,1	1,6	0,1

Legenda: Nível de significância \* -  $p < 0.05$ ; \*\* -  $p < 0.01$

Na Tabela 6 são apresentadas as médias e respetivo desvio padrão das dimensões de *coping* para os indivíduos que participaram no programa, sendo reportados os dados antes e após a intervenção. Também neste caso foi utilizado o teste t de Student para comparar as duas médias de duas amostras emparelhadas, partindo do pressuposto da normalidade das populações. Para cada uma das dimensões é apresentado o valor da estatística de teste (t de Student), o valor de p correspondente, e o tamanho de efeito caso o valor de p seja significativo (Student, 1908).

Os resultados demonstram um aumento de valores nas escalas que avaliam estratégias de *coping* adaptativas, nomeadamente naquelas que se referem à relação com os outros (ex: suporte emocional e expressão de sentimentos). Estes resultados são corroborados por outras investigações. Folkman e Greer (2000) defendem que em situações de crise, os profissionais de saúde beneficiam da partilha de informações e o apoio social correlaciona-se positivamente com a autoeficácia e negativamente com a ansiedade e *stress* (Xiao et al., 2020, cit. por Sampaio et al, 2020).

**Tabela 6 - Dimensões de *Coping* (comparação antes e após o programa)**

Dimensões de <i>Coping</i>	Itens	Amostra n=60		Antes programa n=10		Após programa n=10		t	p
		M	DP	M	DP	M	DP		
	<i>Coping</i> ativo	<b>3,26</b>	<b>1,41</b>	3,40	2,32	3,90	1,29	-,542	0,601
	Planejar	<b>3,45</b>	<b>1,38</b>	3,50	1,51	3,60	1,07	-,165	0,872
	Suporte instrumental	<b>2,57</b>	<b>1,31</b>	2,60	1,78	3,50	1,27	-	0,215
								1,335	
	Suporte emocional	<b>2,65</b>	<b>1,40</b>	2,30	1,34	3,20	1,03	-	0,108
								1,784	
	Religião	<b>1,37</b>	<b>1,41</b>	1,80	1,48	2,70	1,64	-	0,302
								1,094	
	Reinterpretação positiva	<b>3,12</b>	<b>1,51</b>	3,10	2,08	3,80	1,32	-,887	0,398
	Autoculpabilização	<b>1,58</b>	<b>1,12</b>	1,20	0,79	2,20	1,14	-	0,074
								2,023	
	Aceitação	<b>3,15</b>	<b>1,34</b>	2,80	1,40	3,40	1,26	-,970	0,357
	Expressão de sentimentos	<b>2,33</b>	<b>1,13</b>	2,20	1,55	3,40	1,43	-	0,119
								1,724	
	Negação	<b>0,90</b>	<b>1,22</b>	0,80	1,32	1,60	0,97	-	0,210
								1,350	
	Autodistração	<b>2,73</b>	<b>1,09</b>	2,50	1,18	2,90	0,74	-,840	0,423
	Desinvestimento	<b>0,41</b>	<b>0,77</b>	0,10	0,32	0,50	0,71	-	0,168
								1,500	
	Uso de substâncias	<b>0,13</b>	<b>0,47</b>	0	0	0	0	-	-
	Humor	<b>2,23</b>	<b>1,47</b>	1,20	1,32	2,40	1,43	-	0,074
								2,025	

## **7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA**

Os conceitos de *stress* e *coping* fazem parte do quotidiano dos profissionais de saúde e, como dito anteriormente, em situação de pandemia, tornam-se ainda mais relevantes.

Em Portugal, a investigação demonstra que os enfermeiros portugueses apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e *stress*, quando comparados com a população portuguesa em geral, antes e durante o surto, e com uma amostra de enfermeiros australianos (Sampaio et al., 2020).

São sobretudo os profissionais que trabalharam diretamente com doentes COVID-19 os mais afetados, com um risco 2.5 vezes mais elevado de sofrimento psicológico em relação àqueles que não trataram doentes com COVID-19 (Pappa et al., 2020; INSA, 2020).

Os resultados obtidos neste projeto, embora não possíveis de generalizar, sublinham os níveis moderados de ansiedade, depressão e *stress* em enfermeiros, em especial aqueles infetados com COVID-19.

Relativamente aos indicadores, a taxa de presença nas sessões foi de 100% (10 participantes em 6 sessões), assim como a taxa de adesão às atividades propostas. Os participantes revelaram uma taxa de satisfação de 4,6 e posteriormente afirmaram que continuam a fazer sessões de relaxamento com frequência.

Verificou-se uma redução significativa nas médias de resultados na EADS-21 (Tabela 5), após a aplicação do programa. Quanto aos resultados da Brief-COPE existiram também aumento das pontuações nas escalas adaptativas, das quais destaco “Utilizar suporte emocional” que diz respeito a Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém e “Expressão de Sentimentos”, isto é o aumento da consciência do *stress* emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Com estes resultados e, de acordo com a análise SWOT realizada ao serviço, houve um aperfeiçoamento das estratégias de *coping* adaptativas. Igualmente, aumentou a capacidade dos elementos da equipa em procurar ajuda em processos emocionais, contribuindo para uma das forças da equipa.

Um estudo realizado com os enfermeiros da linha da frente percebeu que, embora os enfermeiros sofreram de sintomas físicos (como marcas na pele pelo uso prolongado de

EPIs) e psicológicos (ansiedade, depressão, *burnout*), estes profissionais continuam a expressar a vontade de trabalhar neste contexto. O sentido de missão parece então funcionar também como estratégia de *coping* (Hu et al. 2020).

É importante ressaltar que, apesar de existir uma adaptação à situação e, efetivamente, a ansiedade e depressão terem um papel nesse processo adaptativo, nem sempre isto acontece. Em indivíduos em que o seu funcionamento psicológico era “normal”, isto é, não revelavam alterações antes da situação causadora de *stress*, a ansiedade e depressão parecem funcionar como equilibradores e conduzem ao aumento de resultados positivos. Já nos indivíduos que demonstram sofrimento psicológico anterior, a ansiedade e a depressão surgem como sintomas num processo mal adaptativo (Anselme, 2010, cit por Sampaio et al, 2021). Desta forma, enquanto a maioria dos enfermeiros foram capazes de desenvolver um papel adaptativo em situações de mais depressão, ansiedade e sintomas de *stress* no início do surto de COVID-19, outros podem ter experimentado o desencadeamento de transtornos psiquiátricos (Sampaio et al, 2021).

Assim surge a necessidade de se mapear a saúde mental dos enfermeiros, identificar fatores de risco e fatores protetores de forma a mitigar efeitos negativos em possíveis situações pandémicas ou de crise. Igualmente, disponibilizar apoio psicológico e social, seja presencial ou pelas tecnologias de informação e comunicação, com equipas treinadas e multidisciplinares, é útil para a preservação da saúde mental dos enfermeiros (Chen et al., 2020).

## **8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO**

Estes resultados serão partilhados com toda a equipa de enfermagem e respetiva chefia, na biblioteca do Centro Hospitalar.

## CONCLUSÃO

Neste Relatório, compilaram-se todas as experiências vivenciadas no decorrer dos estágios, dando especial foco àquelas que mais proporcionaram o desenvolvimento de competências no âmbito de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Representou uma oportunidade única de reflexão acerca de tudo quanto foi realizado e aprendido.

Procurei elaborar este relatório com objetividade de forma a realçar as experiências e aprendizagens mais significativas, fazendo uma análise crítico reflexiva, tendo sempre como objetivo a aquisição ou aperfeiçoamento das competências de Enfermeiro Especialista na área da saúde mental e psiquiátrica.

Não posso negar que a sua realização foi acompanhada por momentos de ansiedade e tensão, que se refletiram na dificuldade em colocar em palavras e sistematizar as experiências e competências adquiridas. Contudo, o resultado é uma organização do processo de aprendizagem, com reflexões, análises e avaliações da evolução das competências ao longo dos ensinamentos clínicos.

Após a licenciatura pensei que não voltaria mais a estudar, tal era o desgaste mas o gosto pela saúde mental fez-me abraçar o desafio de me especializar na área. Sinto que “aprendi com os erros” como diz o povo e que cresci como pessoa e como profissional. Hoje sinto-me realizado e orgulhoso do meu percurso até então e com vontade de continuar a ajudar todos os que se cruzam na minha vida.

Com a realização do Projeto de melhoria contínua da qualidade, segundo o ciclo PDCA, foi possível identificar e refletir sobre o impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros infetados.

Uma das limitações deste projeto prende-se com o tempo entre a infeção por COVID-19 e as respostas aos questionários, que acredito terem “normalizado” ou “atenuado” alguns sintomas.

Embora não possam ser extrapolados, os resultados deste projeto de melhoria contínua parecem ser particularmente relevantes para melhorar os serviços de saúde para lidar com as possíveis pandemias futuras.

Em primeiro lugar, é fundamental identificar sistematicamente os grupos, como os enfermeiros, que correm o risco de apresentar sintomas significativos de depressão, ansiedade e/ou *stress*, proporcionando-lhes uma intervenção precoce. Conscientizar e educar as equipas para a avaliação da saúde mental. Por fim, também é importante

sensibilizar as chefias e os cargos diretivos para a necessidade de abordar a saúde mental com medidas de apoio precoces e adequadas, como normalizar as emoções, comunicar-se com clareza, atender às necessidades básicas, flexibilizar o horário de trabalho permitindo pausas de trabalho suficientes e fornecendo apoio psicológico.

O exercício da disciplina de enfermagem exige compromisso e dedicação. Sendo um processo contínuo de aprendizagem, cabe a cada enfermeiro, assumir este compromisso, refletindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca da excelência dos cuidados de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

App, B., McIntosh, D. N., Reed, C. L., & Hertenstein, M. J. (2011). *Nonverbal channel use in communication of emotion : how may depend on Why*. *Emotion*, 11(3), 603–617. doi:10.1037/a0023164

Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). *Leadership: Current theories, research, and future directions*. *Annual Review Psychology*, 60, 421-449. doi:10.1146/annurev

Azenha, S. D. (2014). *Internamento e tratamento compulsivos em pessoas com perturbação mental estudo das atitudes éticas*. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18579>

Baker, R. & Trzepacz, P. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi.

Bendassoli, P. F., Magalhães, M. O., & Malvezzi, S. (2014). *Liderança nas organizações*. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade, & A. V. Bastos (Eds.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 413-449). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Benesty, J., Chen, J., Huang, Y., & Cohen, I. (2009). *Pearson correlation coefficient*. In J. Benesty, J. Chen, Y. Huang, & I. Cohen (Eds.) *Noise reduction in speech processing* (37-40). doi: 10.1007/978-3-642-00296-0\_5

Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., & Rubin G. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence*. *Lancet* 395:912–920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

Carvalho, C. (2008). *Contextos Naturais de Vida e Intervenção Precoce: A Integração das Práticas de Intervenção nas Rotinas da Criança e da Família*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto. Retrieved from <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/11982/1/Tese%20Definitiva.pdf>

Carvalho, P., Moreira, M., Oliveira, M., Landim, J., & Neto, M. (2020). *The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak*. *Psychiatry Res.*, 206 (1129029). doi: [10.1016/j.psychres.2020.112902](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902)

Centro Hospitalar Médio Tejo. (sem data). *Protocolo Hospital de dia II*. Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2745/2/Anexos%20-%20T%C3%A3nia%20Felisberto.pdf>

Centro Hospitalar Médio Tejo. (2012). *Política de Qualidade*

Centro Hospitalar Médio Tejo. (2013a). *Plano De Acção Da Unidade De Cuidados Na Comunidade Maria Dias Ferreira*.

Centro Hospitalar Médio Tejo. (2013b). *Protocolo – Atuação de Enfermagem na Área de Dia*.

Chen Q., Liang M., & Li Y. (2020). *Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak*. *Lancet Psychiatry*. 7 (4). 15-16 doi: [10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)

Coimbra de Matos, A. (2004). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi

Consuegra, R. & Zago, M. (2004). *Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 12. 412-419. doi: [10.1590/S0104-11692004000700017](https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000700017)

Decreto-lei nº 137/2013 de 7 de julho do Ministério da Saúde. *Diário Da República*; 1ª Série, Nº 193 (07-10-2013), 6050–6061. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>

Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde. (s/ data). *Carta dos direitos do doente internado*. Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde

Espinoza, F. (2004). *O impacto de experiências emocionais na atitude e intenção de comportamento do consumidor*. Universidade Federal do Rio Grande Sul, Porto Alegre. Retrieved from <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4275/000409439.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Espírito Santo, H., & Daniel, F. (2017). *Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): as limitações do  $P < 0, 05$  na análise de diferenças de médias de dois grupos*. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social* 1(1), 3-16. Retrieved from [https://eg.uc.pt/bitstream/10316/46764/1/RPICS\\_vol1\\_1\\_2015\\_HES\\_FD\\_TDE\\_3\\_17.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/46764/1/RPICS_vol1_1_2015_HES_FD_TDE_3_17.pdf)

Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores

Fazenda, I. (2009). *Novos Desenvolvimentos em Saúde Mental e Comunitária*. *psiLogos* - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Vol. 7 N.º 1 & 2. doi: 10.25752/psi.4015

Field, T. (2001). *Touch*. Cambridge, MA: MIT Press.

Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa. Temas e Debates.

Guégan, N. (2007). *Courtship compliance: the effect of touch on women's behavior*. *Social Influence*, 2(2), 81–97. doi:10.1080/15534510701316177

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. 2ªed. Loures: Lusociência Editora

Harlow, H. F. (1958). *The nature of love*. *American Psychologist*, 13(12), 673–685. doi: [10.1037/h0047884](https://doi.org/10.1037/h0047884)

Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L... Zhu, L. (2020). *Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: a large-scale cross-sectional study*. *Lancet* 24, 100424. doi: [10.1016/j.eclinm.2020.100424](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424)

Instituto de Apoio à Criança. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf)

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas da Saúde 2018*. Retrieved from <https://www.ine.pt/xurl/pub/257793024>

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos – População residente*. Retrieved from [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)

Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge. (2020). *Relatório final: SM-COVID19 – Saude mental em tempos de pandemia*. Retrieved from <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7245>

International Council of Nurses [ICN] (2021). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®/ICNP), versão 2019*. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Lai, J., Wang, Y., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H... Hu, S. (2020). *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. *JAMA Network Open*, 3(3). doi: [10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976)

Lawn, S. (2005). *Cigarette smoking in psychiatric settings: occupational health, safety, welfare and legal concerns*. *Austr N Z J Psychiatry*. 39. 886-891. doi: [10.1080/j.1440-1614.2005.01698.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01698.x).

Lei nº 36/98 de 24 de julho. (1998). *Aprova a Lei de Saúde Mental*. Diário da República, 1ª Série-A, Nº169 (98-07-24), 3544-3550. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/p/cons/20180814/pt/html>

Levene, H. (1961). *Robust tests for equality of variances. Contributions to probability and statistics*. In I. Olkin (Eds.). *Contributions to Probability and Statistics: Essays in Honor of Harold Hotelling* (pp. 279-292).

Liu, Z., Han, B., & Jiang, R. (2020). *Mental health status of doctors and nurses during COVID-19 epidemic in China*. *Ann Glob Health*. 86(1). doi: [10.2139/ssrn.3551329](https://doi.org/10.2139/ssrn.3551329)

Liu, X., Shao, L., Zhang, R., Wei, Y., Li, J., Wang, C...Hong, X. (2020). *Perceived Social Support and Its Impact on Psychological Status and Quality of Life of Medical Staffs After Outbreak of SARS-CoV-2 Pneumonia: A Cross-Sectional Study*. *SSRN Electronic Journal*. doi: [10.2139/ssrn.3541127](https://doi.org/10.2139/ssrn.3541127)

Loff, A. M. (1994). *Relações Interpessoais. Enfermagem em Foco*. Volume 13, páginas 56-63.

Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.

Loureiro, L., Sequeira, C., & Amorim, R. (2014). *Rótulos psiquiátricos: bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Porto. Vol. 1, p. 40-46. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34946/1/artigo%20afiliado%20Csequeira-32.pdf>

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). *The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories*. *Behaviour research and therapy* 33. 335-343. doi: [10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

Magalhães, A. (2007). *A Psicologia das emoções: o Fascínio do Rosto Humano*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa

Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental, do tratamento à prevenção* (1ª ed). Porto. Porto Editora.

Serrão, D. & Nunes, R. (2001). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto. Porto Editora.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Parecer N.º 226 / 2009. Parecer sobre Circular Normativa da DGS nº 8 / DSPSM / DSPCS de 25 / 05 / 2007 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos / violentos de doentes – contenção física*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer-CE-226-2009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *O Enfermeiro de Saúde Escolar e a Saúde Mental*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/o-enfermeiro-de-sa%C3%BAde-escolar-e-a-sa%C3%BAde-mental/>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho De Enfermagem Regional*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Parecer CJ 279/2014.: Direitos do Cliente/Responsabilidade do Enfermeiro*. Retrieved from

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/CJ\\_Parecer\\_279\\_2014\\_Direitos\\_do\\_cliente\\_respons\\_do\\_enf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_279_2014_Direitos_do_cliente_respons_do_enf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer N.º 03/ 2018.: Internamento Compulsivo de Familiares Directos no Mesmo Serviço*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5150/mceesmp\\_parecer03\\_2018\\_internamento\\_compulsivofamiliares.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5150/mceesmp_parecer03_2018_internamento_compulsivofamiliares.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento nº 515/2018, de 7 agosto - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário Da República, 2a Série, Anexo I, 21427–21430. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Ordem dos Enfermeiros OE. (2019). *Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR;jsessionid=8FF5492BFF3770A5BC23621A4EB07A7C?sequence=4>

Organização Mundial de Saúde. (2005). *Caring for children and adolescents with mental disorder: Setting WHO directions*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from [www.who.int](http://www.who.int)

Organização Mundial de Saúde. (2016). *Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016–2020*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from [www.who.int](http://www.who.int)

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis*. *Brain Behav. Immun.* 88, 901–907. doi: [10.1016/j.bbi.2020.05.026](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026)

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro- Oliveira, A. (2021). *Work Methods for Nursing Care Delivery*. *Int J Environ Res Public Health*. 18(4). doi: [10.3390/ijerph18042088](https://doi.org/10.3390/ijerph18042088)

Peduzzi, M. (2001). *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. *Rev. Saúde Pública*, v. 35 (1). p. 103- 109. doi: [10.1590/S0034-89102001000100016](https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016)

Perry, A. & Potter, P. (2006). *Fundamentos de enfermagem – conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Ren, X., Huang, W., Pan, H., Huang, T., Wang, X., & Ma, Y. (2020). *Mental Health During the Covid-19 Outbreak in China: a Meta-Analysis*. *Psychiatric Quarterly*. 91. 1033-1045. doi: [10.1007/s11126-020-09796-5](https://doi.org/10.1007/s11126-020-09796-5)

Resende, C., Santos, E., Santos, P., & Ferrão, A. (2013). *Depressão nos adolescentes: mito ou realidade?*. *Nascer e Crescer*. 22 (3). 145-150. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/262554998\\_Depressao\\_nos\\_adolescentes\\_mito\\_ou\\_realidade](https://www.researchgate.net/publication/262554998_Depressao_nos_adolescentes_mito_ou_realidade)

Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). *Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope*. *Psicologia, Saúde e Doenças* 5 (1). 3-15. Retrieved from <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1054>

Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond*. *Psicologia, saúde & doenças*. 2229-239. Retrieved from <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1058>

Rondina, R., Goyareb, R., & Botelho, C. (2007). *Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco*. *J Bras Pneumol*. 33(5). 592-601. doi: [10.1590/S1806-37132007000500016](https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000500016)

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2014). *Intervenciones NIC del dominio conductual: Um estudo de focus group de intervenciones psicoterapêuticas de enfermería*. In Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) (ed.). X Simposium AENTDE. “Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad” (pp. 718-721). doi: [10.13140/2.1.5003.9361](https://doi.org/10.13140/2.1.5003.9361)

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). *Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84. doi: [10.19131/rpesm.0205](https://doi.org/10.19131/rpesm.0205)

Sampaio, F., Sequeira, C., Teixeira, L. (2020). *Nurses' mental health during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study*. *J. Occup. Environ. Med.* 62, 783–787. doi: [10.1097/JOM.0000000000001987](https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001987)

Sampaio, F., Sequeira, C., Teixeira, L. (2021). *Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study*. *Environmental Research*, 194. doi: [10.1016/j.envres.2020.110620](https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110620)

Sequeira, C. (2014). *Comunicação em saúde mental*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (12), 06-08. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/317471426\\_Comunicacao\\_terapeutica\\_em\\_saude\\_mental/links/59426726aca272a87300eb3f/Comunicacao-terapeutica-em-saude-mental.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/317471426_Comunicacao_terapeutica_em_saude_mental/links/59426726aca272a87300eb3f/Comunicacao-terapeutica-em-saude-mental.pdf)

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020) – *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel

Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N., (2008). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. Revista Referência. II série. 6. 91-108. Retrieved from <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>

Student. (1908). *The probable error of a mean*. Biometrika. Oxford University Press

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness* (13ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médica

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica-Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª Ed.). Loures: Lusociência.

UCC Maria Dias Ferreira. (2022). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3141151/Pages/default.aspx>

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L, Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review*. Journal Health NPEPS, 6(2). doi: 0.30681/252610105480

Vinogradov, S. & Yalom, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas

White, M.P., Alcock, I., Grellier, J., Wheeler, B., Hartig, T. Warber, S... Fleming, L. (2019). *Spending at least 120 minutes a week in nature is associated with good health and wellbeing*. Scientific Reports 9. doi: 10.1038/s41598-019-44097-3

Xavier, M., Paixão, I., Mateus, P., Goldschmidt, T., Pires, P., Narigão, M... Leuschner, A. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

Zhang, Y., Wei, L., Li, H., Pan, Y., Wang, J., Li, Q...Wei, H. (2020). *The psychological change process of frontline nurses caring for patients with COVID-19 during its outbreak*. Issues Mental Health Nurses 41, 525–530.  
doi: [10.1080/01612840.2020.1752865](https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1752865)

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

### CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) participante,

É convidado(a) a participar voluntariamente neste projeto, cujo objetivo é descrever o estado de saúde mental dos enfermeiros infetados com COVID-19 (níveis de depressão, ansiedade e *stress*) quando comparados com enfermeiros não infetados e identificar as estratégias de *coping* utilizadas que funcionam como fatores protetores.

Sendo a pandemia uma emergência de saúde pública, e estando os enfermeiros na “linha da frente” quanto às respostas na área da saúde, são necessários dados que permitam desenvolver estratégias orientadas para a redução do impacto psicológico negativo associados a este fenómeno.

Desta forma solicitamos a sua participação no projeto que está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob a orientação da Professora Doutora Catarina Tomás.

Solicitamos-lhe que responda a um breve questionário composto por perguntas de identificação sócio demográfica, a escala EADS-21 (Escala Ansiedade Depressão e *Stress*) e a Brief-COPE (estratégias de *coping*).

Os dados recolhidos serão mantidos de forma confidencial e usados exclusivamente em contexto académico.

A sua participação é voluntária e é inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo.

Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda.

Qualquer dúvida que pretenda ver esclarecida por favor contacte [igoresteves13@gmail.com](mailto:igoresteves13@gmail.com)

A sua participação irá contribuir para obtermos melhores resultados.

Muito obrigado

Declaro que compreendi os objetivos do presente projeto e aceito colaborar de forma voluntária e consentida

## Questionário de Dados Sócio Demográficos

Este questionário pretende recolher informações sobre si de forma a fazer uma caracterização dos participantes no geral.

O objetivo é dar a sua opinião e a primeira resposta que ocorrer é possivelmente a forma como se sente. Não há respostas certas nem erradas e os dados são confidenciais.

Idade: \_\_\_\_\_ Género: M  F.

Tempo de serviço: menos de 6 meses  entre 6 meses e 5 anos   
entre 5 anos e 10 anos  mais de 10 anos

Foi infetado com COVID-19? Sim  Não

Se respondeu sim, há quanto tempo foi infetado (indique em meses)? \_\_\_\_\_

Se respondeu não, esteve em quarentena? Sim  Não

No início da pandemia, tinha conhecimentos ou foi instruído sobre o COVID-19?

Sim  Não

Teve formação sobre como usar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)?

Sim  Não

Se respondeu sim, essa formação foi útil no seu desempenho profissional?

Sim  Não

Com quanto tempo de antecedência foi dada a formação? \_\_\_\_\_

Os Equipamentos de Proteção Individual foram suficientes e adequados? Sim  Não

O medo de se infectar ou de infectar outras pessoas (colegas, família, amigos) teve impacto no seu desempenho profissional? Sim  Não

No trabalho teve acesso a informações ou a um grupo de apoio, onde pudesse partilhar as suas dúvidas e ansiedades? Sim  Não

Trabalhou horas extra durante a pandemia? Sim  Não

Se respondeu que sim, poderá ter afetado o seu desempenho enquanto profissional? Sim  Não

Frequentou psicoterapia ou outra resposta de ajuda, desde março de 2020? Sim  Não

## APÊNDICE II – SESSÕES DE INTERVENÇÃO

Impacto do COVID-19 na saúde mental dos enfermeiros
<b>AVALIAÇÃO INICIAL- Aplicação dos instrumentos EADS-21 e Brief-COP</b>
Sessão 1 - Introdução ao tema do projeto a implementar
<b>Objetivos:</b>
✓Aumentar o conhecimento da equipa acerca dos fatores de risco na saúde mental, nomeadamente associados à pandemia de COVID-19;
✓Encorajar a equipa a verbalizar emoções e sentimentos.
<b>Procedimento/intervenções:</b>
✓Executar intervenção psicoeducativa;
✓Identificar as potencialidades e as forças internas da equipa;
✓Estabelecer uma relação empática com os colegas e desenvolver competências de comunicação, mantendo o sentido de humor e estimulando as recordações;
✓Incentivar à expressão de sentimentos e emoções.
<b>Atividades:</b>
Saúde mental dos enfermeiros:
Apresentação de slides em formato PowerPoint
Reflexão partilhada
Dinâmica do “Quantos-Queres”
<b>Dinâmicas:</b>
“Quantos Queres” – Será partilhado com os participantes do jogo do quantos-quires. À vez, o dinamizador da sessão pergunta a cada participante “Quantos-Queres?” e manuseia o jogo esse número de vezes. O participante terá que responder à questão que “sair em sorte”. As questões são 4 sobre características pessoais e 4 sobre a equipa/ serviço: “Sinto-me realizado quando...”; “Sinto-me reconhecido quando...”; “Gostava de aprender...”; “O que me motiva e inspira é...”
“A melhor qualidade da minha equipa é...”; “A maior dificuldade da minha equipa é...”;
“Uma coisa importante que aprendi com eles foi...”; “O sentimento predominante no serviço é...”
O objetivo é que de forma lúdica e divertida os participantes interajam, aumentam o conhecimento que têm uns dos outros e reflitam juntos sobre a equipa/serviço.

**Métodos:**

Expositivo

Interativo

Discussão orientada

**Material:**

Computador com áudio e vídeo

**Trabalho de casa:**

identificação, por parte dos enfermeiros situações em que “descubram” novas competências da equipa.

Sessão 2 - Incentivar à expressão de emoções

**Objetivos:**

- ✓ Aumentar o conhecimento da equipa sobre emoções;
- ✓ Capacitar a equipa para a mudança de comportamento;
- ✓ Incentivar a equipa a envolver-se em situações “emocionalmente difíceis de gerir” dos seus colegas.

**Procedimento/intervenções:**

- ✓ Executar intervenção psicoeducativa;
- ✓ Identificar as potencialidades e as forças internas da equipa;
- ✓ Estabelecer uma relação empática com os colegas e desenvolver competências de comunicação, mantendo o sentido de humor e estimulando as recordações;
- ✓ Incentivar à expressão de sentimentos e emoções.

**Atividades:**

Técnica de modificação de comportamento:

- Olhe para as emoções com naturalidade;
- Aceite que emoções negativas faz parte da vida;
- Enfrente e sinta emoções negativas em vez de as evitar;
- Identifique o seu comportamento e foque-se naquilo que pode mudar;
- Reconheça a sua força;
- Apoie os colegas em situações emocionalmente difíceis e aprendam juntos a gerir as situações;

- Transformem as vossas ameaças em oportunidades.

**Dinâmicas:**

“A minha expressão facial” – O dinamizador coloca aos participantes diversas situações em que as emoções foram muito presentes. Cada participante deve identificar e partilhar uma expressão facial que represente a forma como se sentiria ou lidaria com a situação.

O objetivo é identificar “respostas” mais eficazes para as situações e refletir sobre a importância da equipa nas emoções pessoais.

**Métodos:**

Interativo

Discussão orientada

**Material:**

Computador com áudio e vídeo

**Trabalho de casa:**

Identificar emoções diferentes ao longo do dia e registá-las, de forma a ter um “mapa emocional”

Sessão 3 - Executar dinâmicas de grupo que promovam o autoconhecimento, o otimismo e a resiliência (presencial)

**Objetivos:**

- ✓ Fornecer estratégias facilitadoras da eliminação de fatores associados ao *stress* e ansiedade;
- ✓ Capacitar a equipa com estratégias de  *coping*  adaptativas para fazer face ao impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros.

**Procedimento/ intervenções:**

Encorajar o uso de estratégias para lidar com o  *stress*  e a ansiedade;

Orientar pensamentos e reflexões para respostas baseadas nas dimensões de  *Coping*  da Brief-COP

Dimensões de  *Coping*  previstas na Brief-COP

Estratégias que fazem parte das estratégias de  *coping*  focado no problema:

*Coping*  Ativo - traduz o início de uma ação ou esforços para remover o  *stressor* .

Planear - representa pensar numa forma de confrontar o  *stressor* .

Utilizar Suporte Instrumental - traduz a procura de ajuda, de conselhos acerca do que fazer.

Desinvestimento Comportamental - referente a desistir ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o *stressor* está a investir.

Reinterpretação Positiva - traduz fazer o melhor da situação, crescendo a partir dela, ou encarando-a de um modo favorável.

Aceitação - denota aceitar o facto de que o evento *stressante* que ocorreu e é real.

Humor - referente a fazer piadas acerca do *stressor*.

Estratégias que fazem parte das estratégias de  *coping* focado nas emoções:

Expressão de Sentimentos - traduz o aumento da consciência do *stress* emocional pessoal e tendência para exprimir ou descarregar esses sentimentos.

Utilizar Suporte Social Emocional - corresponde a conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém.

Estratégias que fazem parte das estratégias de  *coping* de evitamento:

Religião - representa o aumento de participação em atividades religiosas.

Auto Culpabilização - traduz culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu.

Negação - representa tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento *stressante*.

Auto Distração - traduz desinvestimento mental do objetivo com que o *stressor* está a interferir, recorrendo ao sonho acordado, dormir.

Uso de substâncias - traduz virar-se para o uso de álcool e outras substâncias (medicamentos) como meio de desinvestir do *stressor*.

### **Atividades:**

Otimismo e resiliência:

Apresentação de slides em formato PowerPoint

Executar técnica de modificação de comportamento

Coping

Dinâmica do “Avião do Coping”

### **Dinâmicas:**

“Avião do *Coping*” - Cada participante faz um avião de papel e escreve, de forma anónima, uma situação que tenha vivido e que represente um desafio. Depois, simultaneamente, cada participante “faz voar” o seu avião e pega num avião de outro colega, onde irá oferecer uma resposta com base nas estratégias de Coping. Este procedimento repete-se até que todos os participantes tenham respondido a todos os aviões. No fim são partilhadas as respostas e

refletidas as mudanças de comportamento propostas pelos colegas.

**Métodos:**

Expositivo

Interativo

Discussão orientada

**Material:**

Computador e projetor

Folhas

Canetas

Sessão 4, 5 e 6 – Sessão de relaxamento de Jacobson

**Objetivos:**

- ✓ Consciencializar e controlar a respiração, diminuir o esforço respiratório;
- ✓ Promover o autocontrolo da ansiedade;
- ✓ Identificar e reduzir estímulos ambientais;
- ✓ Diminuir episódios de ansiedade;
- ✓ Promover o bem-estar dos participantes.

**Procedimento/intervenções:**

- ✓ Promover o conhecimento de técnicas de diminuição de ansiedade;
- ✓ Ajudar a identificar e apoiar as atividades e forças internas de cada pessoa;
- ✓ Reforçar a autoeficácia e as capacidades de cada pessoa.

**Atividades:**

Saúde mental dos enfermeiros – controlo da ansiedade

Explicação dos objetivos da atividade. Exemplificação dos exercícios respiratórios como a respiração diafragmática.

Os participantes devem inspirar e sustentar a respiração por 5 segundos enquanto o mediador conta em ordem crescente, e de seguida expirar. Repetir o exercício as vezes consideradas necessárias.

**Dinâmicas:**

“Diálogo final” - Perguntas orientadoras do diálogo:

Como se sentiram a realizar esta atividade?

Alguém quer partilhar os resultados? Notaram alterações na frequência cardíaca?

Debater sobre outras possíveis técnicas que os participantes costumam utilizar.

Debater situações em que as técnicas podem ser úteis.

Sentiram que possa vir a ser útil em outras situações?

**Métodos:**

Interativo

**Material:**

Colchão, almofadas, áudio do relaxamento (Musicoterapia)

**Trabalho de casa:**

Dedicar tempo para relaxar, em situações consideradas “difíceis”

**AVALIAÇÃO FINAL** (na sessão 6) - **Aplicação dos instrumentos EADS-21 e Brief-COP e escala de satisfação com as sessões**

# APÊNDICE III – POWERPOINT DE APOIO ÀS SESSÕES

1 O impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros 3ª sessão Igor Esteves

2 Objetivos

- Avaliar a ansiedade, o stress e a depressão nos enfermeiros desde o início da pandemia;
- Identificar as estratégias de coping utilizadas;
- Desenvolver um projeto de melhoria a ser implementado por outros profissionais.

3 Aplicação de instrumentos

- EAPQ-21
- Brief-COPQ

4 Enquadramento do problema

- objetivo principal e secundário dos enfermeiros
- identificação concreta por se apresentarem bem e se sentirem capazes de ultrapassar a situação a Covid-19

5 Enquadramento do problema

- o objetivo do enfermeiro parece não ser suficiente para dar resposta a tantas necessidades
- modelo emocional – nos entes ou em situações de alto de risco
- ausência de serviços associados à necessidade de isolamento – serviços hospitalares, serviços de saúde pública, serviços de emergência, serviços de saúde mental, serviços de apoio psicológico, que exigem formação ou estratégias mais complexas

6 Enquadramento do problema

7 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICPE, 2016)

8 Importância das Equipas

9 Importância das Equipas – objetivo

10 Dinâmica dos Quartos-Queres

11 Trabalho de Casa

12 O impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros 3ª sessão Igor Esteves

13 Objetivos

- Aumentar o conhecimento da equipa sobre emoções;
- Capacitar a equipa para a mudança de comportamento
- Incentivar a equipa a envolver-se em situações "emocionalmente difíceis de gerir" dos seus colegas.

14 As emoções – uma síntese

15 As emoções – uma síntese

16 Dinâmica "A minha expressão facial"

17 Partilha e reflexão- As expressões emocionais

18 Síntese

19 Trabalho de Casa

1 O impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros 3ª sessão Igor Esteves

2 VIVEMOS TEMPOS DE INCERTEZA

- Os nossos hábitos e rotinas sofreram uma interrupção, não voluntária mas imposta pela pandemia de COVID-19.
- Uma crise que atinge TODOS a nível GLOBAL, independentemente da idade, género, estatuto socioeconómico, nacionalidade...

3 Mas... Uma crise que se vive a diferentes velocidades.

- Há os que tiveram que parar por si e pelos outros
- E os que não podiam parar porque tiveram que continuar a servir a comunidade.
- Cuidar do bem-estar psicológico
- Se antes da pandemia já existia uma noção muito forte da ideia de bem-estar físico, a noção de bem-estar psicológico surge agora como fundamental.

4 Resiliência

- Resiliência: a capacidade de resistir às adversidades, o ânimo mental que os indivíduos apresentam quando expostos a diversos riscos, ou a capacidade de se reequilibrar no confronto com eventos negativos (Assis, Pasco, & Avancini, 2006)
- A resiliência descreve-se pela capacidade do ser humano responder às adversidades da vida com uma atitude positiva, em combinação entre os sistemas em que está inserido (familiar, social e cultural).

5 Otimismo

- O otimismo influencia a pessoa e o comportamento da mesma. Este conceito está ligado ao bom humor, à felicidade, à esperança, à perseverança, ao bom nível de realização, à resiliência, à saúde física, à popularidade.
- Quanto maior o otimismo do indivíduo, maior será a capacidade de lidar com situações indutoras de stress (Custódio, Pereira e Seco, 2010).

6 Coping

- "Atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico"

7 Estratégias de Coping – coping focado no problema

- Coping Ativo – traduz o início de uma ação ou esforço para remover o stressor;
- Planear – representa pensar numa forma de confrontar o stressor;
- Utilizar Suporte Instrumental – traduz a procura de ajuda, de conselhos acerca do que fazer;
- Desinvestimento Comportamental – refere-se a desistir ou deixar de se esforçar de tentativa para alcançar o objetivo com o qual o stressor está a investir.

8 Estratégias de Coping – coping focado no problema

- Reinterpretação Positiva – traduz fazer o melhor da situação, criando a partir dela, e alterando-a de um modo favorável;
- Aceitação – denota aceitar o facto de que o evento stressante que ocorreu é real;
- Humor – refere-se a fazer piadas acerca do stressor.

9 Estratégias de Coping – coping focado nas emoções

- Expressão de Sentimentos – traduz o aumento da consciência do stress emocional pessoal e tendência para exprimir ou descarregar esses sentimentos;
- Utilizar Suporte Social Emocional – corresponde a conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém.

10 Estratégias de Coping – coping focado no evitamento

- Religião – representa o aumento de participação em atividades religiosas;
- Auto Culpa/Inibição – traduz culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu;
- Negação – representa tentativa de negar a realidade do acontecimento stressante;
- Auto-Direção – traduz desinvestimento mental do objetivo com o qual o stressor está a interagir, recorrendo ao sonho acordado, dormir;
- Uso de substâncias – traduz ir para casa para o uso de álcool e outras substâncias (medicamentos) como meio de desinvestir do stressor.

11 Dinâmica de grupo

12 O impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros 4ª sessão Igor Esteves

13 Relaxamento de Jacobson

14 Aplicação dos instrumentos

- EAPQ-21
- Brief-COPQ
- Escala de satisfação com as sessões

## APÊNDICE IV – FLYER SOBRE RELAXAMENTO DE JACOBSON

### Técnica de Relaxamento Progressivo: como fazer?

#### Cabeça e face (continuação)

- contraia os músculos, fechando fortemente os dentes e empurrando os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente
- sinta a tensão à volta dos maxilares e do queixo e relaxe
- abra a boca e estique a língua o máximo possível e depois relaxe
- leve a língua contra o céu da boca, sinta a tensão e relaxe

#### Ombros e pescoço

- encolha os ombros para cima, em direção aos ouvidos, sem esforçar
- sinta a tensão por alguns momentos, depois sinta o relaxamento e repita

#### Abdómen

- aperte levemente os músculos do abdómen
- observe a tensão por alguns momentos, em seguida, solte, observe o relaxamento e repita

#### Mãos e braços

- feche as mãos com força, até sentir a tensão
- mantenha esta posição e, pouco a pouco, solte um a um os seus dedos, sentindo o relaxamento
- levante o braço direito, fechando o punho
- abra lentamente e gradualmente o punho, deixando o braço cair
- repita com o braço esquerdo e depois com os dois simultaneamente

#### Pernas e pés

- dobre as pernas e empurre os calcanhares contra o chão. Contraia os músculos. Depois dobre e estique as pernas e relaxe
- contraia os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sinta a tensão na barriga da perna e relaxe
- aponte os pés para baixo, e enrole os dedos dos pés
- aperte os músculos dos dedos do pé suavemente
- observe a tensão por alguns momentos e depois relaxe

## Técnicas de Relaxamento

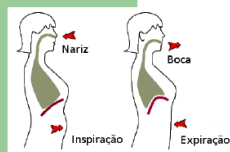


ENFERMEIRO IGOR ESTEVES  
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.  
Contacto: 241 360 700



### O que é a Técnica de Respiração Abdominal?

As pessoas com ansiedade elevada evidenciam uma respiração superficial curta, que mantém à custa da parte superior do tórax, provocando maior contração muscular. A respiração abdominal é uma técnica de fácil aprendizagem que pode ser realizada em qualquer lugar e que induz um estado de tranquilidade.



#### Técnica de Respiração Abdominal: como fazer?

- sente-se numa posição confortável
- mantenha as pernas afastadas com os pés relaxados e virados para fora
- os ombros e o tórax devem ficar imóveis
- dobre os braços e coloque os polegares sobre o sítio onde acaba a sua caixa torácica, com o resto das mãos perpendicular ao seu corpo e viradas uma para a outra
- respire profunda e lentamente pelo nariz e preste atenção à sua respiração
- sinta o movimento da sua barriga:
  - quando inspira, a barriga vai para fora
  - quando expira, a barriga vai para dentro
- sincronize os movimentos e faça a respiração diafragmática durante alguns minutos

### O que é a Técnica de Relaxamento Progressivo?

Esta técnica, também conhecida como relaxamento de Jacobson, consiste em contrair e relaxar grupos musculares específicos, em sequência. Desta forma, cada um vai-se tomando mais consciente do seu corpo e das sensações físicas, ao mesmo tempo que relaxa o cérebro.

#### Técnica de Relaxamento Progressivo: como fazer?

##### Cabeça e face

- contraia os músculos, levantando as sobrancelhas e franzindo a testa
- sinta a tensão na testa e no centro do couro cabeludo e depois relaxe
- contraia os músculos, fechando fortemente os olhos e franzindo o nariz, levantando-o
- sinta a tensão em redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas e depois relaxe

## APÊNDICE V – INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO

### Inquérito de Satisfação

igoresteves13@gmail.com (não partilhado) [Mudar de conta](#)

\*Obrigatório

Qual a sua taxa de satisfação com o projeto? \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito      Muito Satisfeito

Sente que a participação neste projeto contribuiu para a diminuição do stress, ansiedade e depressão relativamente à infeção por COVID-19? \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

Sente que a participação neste projeto contribuiu para a utilização de estratégias adaptativas de coping? \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

Depois da participação no projeto, começou a realizar sessões de relaxamento, especialmente em situações particularmente difíceis de gerir/desafiantes? \*

Sim

Não

Pensa que a implementação deste projeto, de forma global, a todos os profissionais de enfermagem poderá contribuir para o aumento da saúde mental das equipas onde pertencem? \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

Sugestões/Recomendações:

A sua resposta

[Enviar](#) [Limpar formulário](#)

## **ANEXOS**

# ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



## COMISSÃO DE ÉTICA

Ministério da Saúde | Serviço Nacional de Saúde

**Para:** Exma. Senhora Enfermeira Diretora.

**Assunto:** Pedido de realização de estudo: Impacto da pandemia na saúde mental de enfermeiros infectados com covid-19 – Enf. Igor Esteves

Foi requerida a realização de um estudo pelo Sr. Enf. Igor Esteves, com a designação em epígrafe, sobre o qual a CE solicitou esclarecimentos adicionais, entretanto facultados pelo requerente. A metodologia mostra-se adequada e o consentimento informado conforma-se com o modelo pretendido, sendo suficiente e adequado ao objetivo a que se destina. A seleção da amostra resulta do conhecimento empírico do requerente, não existindo acesso a dados clínicos.

A CE delibera, pelo exposto, emitir parecer favorável ao vertente estudo.

P<sup>1</sup>a Comissão de Ética


Pedro Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

**Relator** Pedro Almeida  
Comissão de Ética:

**Data:** 21/04/2021

## ANEXO II- AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA EADS-21

Autorização para utilização da Escala EADS-21 Caixa de entrada x

 **igor esteves** <igoresteves13@gmail.com>  
para jpr

30/12/2020, 01:39

Exmo. Doutor José Pais-Ribeiro,

O meu nome é Igor Esteves, sou enfermeiro e estou a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no Instituto Politécnico de Leiria. Orientado pela Professora Doutora Catarina Tomás, estou a desenvolver uma investigação sobre o impacto do COVID-19 na saúde mental dos enfermeiros infectados pelo vírus.  
De uma forma mais concreta, o objetivo do estudo é estabelecer uma relação entre a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e stress em profissionais de enfermagem e identificar as estratégias de coping utilizadas. Acreditamos que os resultados desta investigação possam desenhar pistas para uma intervenção ao nível da saúde mental com estes profissionais.


Desta forma venho pedir a sua autorização para utilizar a escala EADS- 21, exclusivamente no âmbito desta investigação.

Sem outro assunto de momento.

Antecipadamente grato pela atenção dispensada.

Igor Esteves  
nº de aluno: 5200303  
nº de telemóvel: 963284021

---

 **José Pais Ribeiro** <jpr@fpce.up.pt>  
para mim

30/12/2020, 10:13

Caro Colega

Não nos opomos à utilização da versão da EADS 21 que estudámos e desenvolvemos para uso com a população portuguesa. O texto de validação encontra no meu site na secção "publications" a nº 108 e, se colocar o título do texto no google encontra o texto no researchgate

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro  
[jpr@fpce.up.pt](mailto:jpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
ResearchGate: [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

## ANEXO III – ESCALA EADS-21

EADS-21 - Nome _____		Data ____/____/____			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i>            0- não se aplicou nada a mim            1- aplicou-se a mim algumas vezes            2- aplicou-se a mim de muitas vezes            3- aplicou-se a mim a maior arte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

# ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA BRIEF-COPE

Autorização para utilização da Escala de Coping > Caixa de entrada x



**igor esteves** <igoresteves13@gmail.com>  
para jpr

segunda, 4/01/2021, 01:15 ☆ ↶ ⋮

Exmo. Doutor José Pais-Ribeiro,

Peço desculpa voltar a incomodar, mas ao reformular a investigação, decidi para além da escala EADS, utilizar também a escala de coping.

Como lhe disse anteriormente, o meu nome é Igor Esteves, sou enfermeiro e estou a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no Instituto Politécnico de Leiria. Orientado pela Professora Doutora Catarina Tomás, estou a desenvolver uma investigação sobre o impacto do COVID-19 na saúde mental dos enfermeiros infectados pelo vírus.

De uma forma mais concreta, o objetivo do estudo é estabelecer uma relação entre a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e stress em profissionais de enfermagem e identificar as estratégias de coping utilizadas. Acreditamos que os resultados desta investigação possam desenhar pistas para uma intervenção ao nível da saúde mental com estes profissionais.

Desta forma venho pedir a sua autorização para utilizar a Escala de Coping, exclusivamente no âmbito desta investigação.

Sem outro assunto de momento.

Antecipadamente grato pela atenção dispensada.

Igor Esteves  
nº de aluno: 5200303  
nº de telemóvel: 963284021



**José Pais Ribeiro** <jpr@fpce.up.pt>  
para mim

05/01/2021, 09:46 ☆ ↶ ⋮

Caro Colega

Autorizamos o uso da versão do Brief COPE, que estudámos para uso com a população portuguesa.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro  
[jpr@fpce.up.pt](mailto:jpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0002-2382-8056>  
ResearchGate: [https://www.researchgate.net/profile/José\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/José_Pais-Ribeiro/publications)

## ANEXO V - ESCALA BRIEF-COPE

### BRIEF-COPE

Os itens abaixo exprimem o modo como lida com o *stress*. Há muitas maneiras de lidar com o *stress* e estes itens questionam o que faz para lidar com essas situações. Diferentes pessoas lidam com as situações de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você tentou lidar com a situação. Queremos saber em que extensão fez aquilo que o item diz, quanto ou com que frequência. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido mais eficaz na altura, mas se fez ou não fez aquilo. Tente classificar cada item separadamente dos outros. Responda com uma cruz X nos espaços, como foi para si, com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta apresentadas:

	Nunca faço isto	Faço isto por vezes	Em média é isto que faço	Faço quase sempre isto
1 – Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação				
2 – Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3 – Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"				
4 – Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5 – Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6 – Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7 – Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8 – Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9 – Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10 – Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11 – Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12 – Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torna-la mais positiva				
13 – Faço críticas a mim próprio				
14 – Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15 – Procuo o conforto e compreensão de alguém				
16 – Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17 – Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18 – Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19 – Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras				
20 – Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21 – Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
22 – Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23 – Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24 – Tento aprender a viver com a situação				
25 – Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação				
26 – Culpo-me pelo que está a acontecer				
27 – Rezo ou medito				
28 – Enfrento a situação com sentido de humor				