



# **PROMOÇÃO DA ESPERANÇA E GESTÃO DA ANSIEDADE EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA**

Relatório Final de Estágio

Ângela Filipa Couto Jorge

Leiria

Março, 2025



# **PROMOÇÃO DA ESPERANÇA E GESTÃO DA ANSIEDADE EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA**

Relatório Final de Estágio

Ângela Filipa Couto Jorge

Ciclo de Estudos de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
**Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
com Relatório Final**

Professora Ana Querido

Leiria

Março, 2025

## **DEDICATÓRIA**

Ao Milton, ao Francisco e à Teresa

## **AGRADECIMENTO**

À Professora Ana Querido pela sua orientação, sabedoria, apoio e cooperação.

Às Enfermeiras Orientadoras dos ensinios clínicos pela orientação e disponibilidade.

Às pessoas doentes pela disponibilidade dos encontros que permitiram o desenvolvimento de competências.

Aos colegas da 4ª edição do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pelo companheirismo.

À minha Enfermeira Gestora pelo apoio e incentivo.

Aos meus pais pelo carinho e suporte.

Ao Milton, ao Francisco e à Teresa por serem a minha estrutura, porque sempre acreditaram,  
e por todo o amor.

A real viagem de descoberta não consiste em buscar novas paisagens,

mas em ter novos olhos.

Atribuído a Marcel Proust, 1871-1922

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do mestrado e especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e pretende descrever e refletir sobre o percurso de desenvolvimento e a consolidação de competências comuns e especializadas do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O relatório integra três partes. A primeira parte faz referência a uma descrição breve dos contextos da prática clínica em ensino clínico, numa Unidade de Cuidados na Comunidade, numa unidade de internamento de doentes agudos, e em contexto de respostas diferenciadas num Centro de Respostas Integradas, numa Equipa Técnica Especializada de Tratamento.

Na segunda parte é realizado uma descrição e reflexão das atividades e das aprendizagens nos diferentes contextos de prática clínica e a sua contribuição para o desenvolvimento e otimização de competências comuns e especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Na terceira parte deste relatório apresenta-se um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que surge a partir de um problema experienciado na prática clínica.

Receber um diagnóstico de cancro, significa entre outras coisas, que o futuro é incerto. O sentimento de esperança é, por sua própria natureza, ligado ao futuro, e expectativas ligadas com o futuro afetam significativamente a sensação de bem-estar. A esperança é o máximo recurso comum após um diagnóstico de cancro e um importante fator que contribui para o bem-estar, a sobrevivência, e qualidade de vida e, é, portanto, um importante aspeto do cuidado da pessoa com cancro. A ansiedade é um dos diagnósticos mais frequentes, que acompanha as pessoas com cancro. A esperança também é um fator de proteção para ajudar as pessoas a adaptarem-se à ansiedade e a ajustarem-se ao desconforto psicológico.

O projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem intitula-se “Promoção da esperança e gestão da ansiedade nas mulheres com cancro da mama” e foi construído com base no ciclo de *Deming* e nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. A partir da identificação das necessidades de um contexto específico, elaborou-se o diagnóstico da situação, planificaram-se as intervenções, e implementou-se um programa de intervenção psicoterapêutica em cinco sessões individuais. No culminar do primeiro ciclo de implementação, explanam-se os resultados obtidos com a respetiva análise, sustentada pelo conhecimento científico, numa perspetiva de melhoria dos cuidados especializados de enfermagem, perante uma necessidade de resposta inexistente.

Na otimização das competências desenvolvidas, este relatório vem permitir a reflexão síntese de todo o percurso, da eficácia da dinâmica ensino-aprendizagem-ação, da aplicação do conhecimento científico fundamentada nos referenciais teóricos de enfermagem e nos documentos reguladores da Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica, de forma a sustentar uma prática de qualidade, segura e de excelência.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde Mental, Esperança, Competência Profissional

## **ABSTRACT**

This report is part of the master's degree program, which specialises in mental health and psychiatric nursing. It aims to describe and reflect on the development and consolidation of standard and specialised competencies of Mental Health and Psychiatric Nursing.

The report has three parts. The first part refers to a brief description of the contexts of clinical practice in clinical teaching, in the community in a Community Care Unit, inpatient in an acute inpatient unit, and in the context of differentiated responses in an Integrated Response Centre, in a Specialised Technical Treatment Team.

The second part describes and reflects the activities and learning in the different clinical practice contexts and their contribution to developing and optimising common and specialised competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Receiving a cancer diagnosis means, among other things, that the future is uncertain. The feeling of hope is, by its very nature, linked to the future, and expectations linked to the future significantly affect the feeling of well-being. Hope is the most common resource after a cancer diagnosis and an essential factor contributing to well-being, survival and quality of life, and is therefore an important aspect of caring for people with cancer. Anxiety is one of the most frequent diagnoses that accompany people with cancer. Hope is also a protective factor to help people adapt to anxiety and adjust to psychological discomfort.

The project to continuously improve the quality of nursing care is entitled 'Promoting hope and managing anxiety in women with breast cancer' and was built on the Deming cycle and the descriptive statements of the Quality Standards for Specialised Care in Mental Health Nursing. After identifying the needs of a specific context, a diagnosis of the situation was drawn up, interventions were planned, and a psychotherapeutic intervention programme was implemented in five individual sessions. At the end of the first implementation cycle, the results obtained are explained with the respective analysis, supported by scientific knowledge, with a view to improving specialised nursing care in the face of a non-existent need for a response.

In order to optimise the skills developed, this report provides a summary reflection of the whole process, the effectiveness of the teaching-learning-action dynamic, the application of scientific knowledge based on theoretical nursing references and the regulatory documents for Specialised Mental Health and Psychiatric Nursing, to support a quality, safe and excellent practice.

Keywords: Nursing, Mental Health, Hope, Professional Competence

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI – Centro de Respostas Integradas

EC – Ensino Clínico

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

ETET – Equipa Técnica Especializada de Tratamento

HHI-DC-PT – Escala de Esperança de Herth para a Doença Crónica em Portugal

ICAD - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

PMCQCE – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PMO – Programa de Manutenção Opióide

SBC - Strengths-Based Care

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TR - Terapeuta de Referência

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ULS – Unidade Local de Saúde

# ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS .....	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XI
ÍNDICE DE QUADROS .....	XI
INTRODUÇÃO .....	12
PARTE I .....	14
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM .....	14
1.1 CONTEXTO DA COMUNIDADE .....	14
1.2 CONTEXTO DE INTERNAMENTO .....	17
1.3 CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS .....	19
PARTE II .....	23
1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	23
1.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .....	24
1.2 MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE .....	26
1.3 COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DOS CUIDADOS .....	30
1.4 DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	31
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA .....	37
2.1 CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO .....	37
2.2 ASSISTÊNCIA À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL .....	38
2.3 AJUDA À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, INTEGRADA NA FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE A RECUPERAR A SAÚDE MENTAL .....	42
2.4 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SÓCIO TERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS .....	45
PARTE III .....	48
1. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	48
1.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA .....	49
1.2 CONHECIMENTO DISPONÍVEL .....	51
1.2.1 A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS .....	54
1.2.2 RECURSOS EXISTENTES NA COMUNIDADE .....	55

<b>1.3 JUSTIFICATIVA E REFERENCIAIS TEÓRICOS .....</b>	<b>56</b>
<b>1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>58</b>
<b>1.5 METODOLOGIA E INTERVENÇÃO .....</b>	<b>59</b>
1.5.1 TIPO DE ESTUDO .....	59
1.5.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	59
1.5.3. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO .....	59
1.5.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....	62
<b>1.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....</b>	<b>64</b>
<b>1.7 RESULTADOS .....</b>	<b>64</b>
1.7.1 APRESENTAÇÃO DOS CASOS .....	64
1.7.2 ANÁLISE CRUZADA DOS CASOS .....	73
<b>1.8 SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....</b>	<b>75</b>
<b>1.9 LIMITAÇÕES .....</b>	<b>77</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>81</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I - Intervenção psicoeducativa e psicoterapêutica para profissionais “Cuidar do meu Ser”

APÊNDICE II - Intervenção psicoterapêutica para profissionais “*Mindfulness*”

APÊNDICE III - Projeto “Sextas-feiras com Saúde”: Intervenção psicoeducativa “Cuidar de nós”

APÊNDICE IV - Programa de Intervenção Comunitária CuidadoSAmente – Grupo de Apoio a Cuidadores Informais, “Ser para Cuidar” - Sessão nº3 “Reconhecer a Esperança”

APÊNDICE V – Protocolo “Licença de Ensaio”

APÊNDICE VI - Atividade Floresta Mágica: intervenção psicoterapêutica e psicossocial “O Abraço com a família” e “O Abraço colorido”

APÊNDICE VII - Intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, psicossocial e socioterapêuticas na unidade de internamento de agudos

APÊNDICE VIII - Intervenções de relaxamento na unidade de internamento de agudos

APÊNDICE IX – Programa breve de intervenção psicoterapêutica de adesão ao regime terapêutico

APÊNDICE X - Planeamento de cuidados do estudo de caso do internamento de agudos

APÊNDICE XI - Intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas do estudo de caso do internamento de agudos

APÊNDICE XII - Programa breve de intervenção psicoterapêutica de Promoção da Esperança

APÊNDICE XIII - Intervenção Orientação para a realidade

APÊNDICE XIV - Ficha Técnica da Entrevista Inicial – FIFE

APÊNDICE XV - Planeamento de cuidados do estudo de caso na ETET

APÊNDICE XVI - Intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas do estudo de caso da ETET

APÊNDICE XVII - Intervenção psicossocial e socioterapêutica “Hoje é Natal”

APÊNDICE XVIII - Intervenção psicoterapêutica “Hoje, sinto-me... e a minha esperança é...”

APÊNDICE XIX – Consentimento Informado

## **ANEXOS**

ANEXO I – Certificado de apresentação de comunicação do póster “Futilidade terapêutica no Cuidar em Fim de Vida – Um dilema ético” nas II Jornadas Pedagógicas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde Mental 2024

ANEXO II – Certificado de apresentação de comunicação do póster “Gestão da esperança e ansiedade em mulheres com cancro da mama: contributos para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem” nas III Jornadas Pedagógicas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde Mental 2025

ANEXO III - Certificado de apresentação de comunicação “Promoção da esperança e gestão da ansiedade em mulheres com cancro da mama: aplicação de um programa” nas III Jornadas Pedagógicas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde Mental 2025

ANEXO IV – Certificado de participação Webinar Ordem dos Enfermeiros - "Cuidar de quem cuida: prevenção e gestão do Burnout nos Enfermeiros”

ANEXO V – Certificado de participação Encontro de Saúde Mental “(Psico)Humanizar: Quando o Invisível se torna Essencial”

ANEXO VI – Certificado de participação Simpósio Saúde Mental “Muralhas, Pontes e Aquedutos: Prevenção do Suicídio e Comportamentos Suicidários”

ANEXO VII – Certificado de participação na Conferência O Poder do fator EMPATIA - I Encontro de Enfermagem da ULS –RL “Refletir o passado, integrar o futuro”

ANEXO VIII – Certificado de participação Workshop Entrevista Motivacional – I Encontro de Enfermagem da ULS –RL “Refletir o passado, integrar o futuro”

ANEXO IX – Certificado de participação Webinar Ordem dos Enfermeiros - Ciência do Cuidar: Cuidados de Enfermagem na Transculturalidade”

ANEXO X - Parecer do Conselho de Administração da ULS relativo ao pedido de autorização do estudo

ANEXO XI - Autorização para utilização das escalas

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Ishikawa .....	55
--------------------------------------	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultados da ansiedade de P1 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da Escala Autoavaliação da Ansiedade de Zung .....	67
Gráfico 2. Resultados da esperança de P1 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da Escala de Esperança de Herth para Doentes Crónicos (HHI-DC-PT) .....	67
Gráfico 3. Avaliação da ansiedade de P2 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da Escala Autoavaliação da Ansiedade de Zung .....	70
Gráfico 4. Resultados da esperança de P2 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da Escala de Esperança de Herth para Doentes Crónicos (HHI-DC-PT) .....	70
Gráfico 5. Avaliação da ansiedade de P3 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da Escala Autoavaliação da Ansiedade de Zung .....	72
Gráfico 6. Resultados da esperança de P3 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da Escala de Esperança de Herth para Doentes Crónicos (HHI-DC-PT) .....	73
Gráfico 7. Média dos valores de ansiedade dos casos no Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção .....	74
Gráfico 8. Média dos valores de esperança dos casos no Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção .....	75

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Análise de conteúdo .....	76
-------------------------------------	----

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final surge no âmbito da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional em Saúde Mental e Psiquiátrica, integrado no Mestrado em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria.

Na área da especialização, a construção de um relatório dos ensinamentos clínicos é considerado como um instrumento que vai permitir ao estudante, descrever e, simultaneamente refletir sobre as competências desenvolvidas nos diferentes contextos de prática clínica envolvendo a prestação de cuidados especializados de enfermagem ao indivíduo/ família/ comunidade. É uma estratégia que coloca em “prática a reflexão na ação, para e sobre a ação, permitindo evidenciar a teoria que aplicou na prática e avaliar o percurso efetuado” (Laranjeira & Gomes, 2024, p. 12).

Os Ensinamentos Clínicos (EC) são espaços de formação privilegiados, pois ao serem contextos reais de intervenção de enfermagem, permitem a mobilização de diferentes competências. Abreu (2007) expande as oportunidades de aprendizagem que o EC proporciona referindo que a formação em contexto clínico permite aos estudantes o desenvolvimento de competências clínicas relacionadas com a enfermagem, a integração da teoria na prática, a criação de disposições para a investigação, a socialização profissional e a formação de uma identidade profissional. Segundo Benner (2001) os EC permitem a aplicação prática dos conhecimentos teóricos, o desenvolvimento de habilidades técnicas e o desenvolvimento de competências essenciais para uma prestação de cuidados humanizada. Na ação profissional é essencial a promoção do pensamento crítico, a tomada de decisão e o trabalho em equipa, experiências proporcionadas pelos EC.

Dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, a enfermagem de saúde mental é considerada como uma área especializada que acrescenta à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática de conhecimentos especializados, numa abordagem holística, assente na relação terapêutica estabelecida com o utente/ família/ comunidade. O enfermeiro especialista, é considerado, segundo Benner (2001) como um perito, pela sua experiência, pelo entendimento de forma intuitiva de cada situação, age a partir de uma compreensão profunda e global da situação e toma decisões holísticas.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) intervém 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” (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto, p. 21427). Para isso, este profissional “desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto, p. 21427).

É da competência do EESMP assistir “a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto, p. 21427), através da abordagem terapêutica não farmacológica, mobilizando-se em si mesmo como instrumento terapêutico. As competências específicas em enfermagem saúde mental e psiquiátrica referem-se a um “conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos” e em “(...) níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (p. 21427).

Enquanto futura EESMP, é pedido que faça uso das experiências dos EC para concretizar o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros publicado em Diário da República no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e das competências do EESMP segundo o

Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto. Desta forma, o presente relatório vem descrever, refletir e dar conhecimento das atividades, estratégias e intervenções planeadas, estruturadas e aplicadas ao indivíduo/família/ comunidade, ao longo dos diferentes contextos de EC, contribuindo para o desenvolvimento e consolidação das competências essenciais para a prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O presente relatório foi realizado sob orientação da docente PhD Ana Querido, tendo como objetivos específicos:

- Caracterizar os contextos de aplicação da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: contexto de comunidade, contexto de internamento e contexto de respostas diferenciadas;
- Descrever e analisar as atividades e intervenções da prática realizada em contexto clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas de enfermagem de saúde mental;
- Descrever o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE).

A metodologia utilizada para a elaboração deste relatório incidiu numa reflexão individual sustentada na pesquisa bibliográfica de documentos oficiais e reguladores da profissão e do âmbito da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, e de artigos científicos, utilizando diversas fontes credíveis que foram consideradas pertinentes, em bases de dados eletrónicas. Relativamente ao PMCQCE, a sua elaboração seguiu o guião proposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE), da metodologia do ciclo de Deming, ou PDCA (Plan, Do, Check, Act/Adjust) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013). Sendo que, a descrição do projeto no relatório segue as *checklist* SQUIRE 2.0 recomendadas para os estudos de melhoria da qualidade (Ogrinc et al., 2015).

Trata-se de um relatório que se apresenta dividido em três partes fundamentais. A primeira parte apresenta os contextos da prática clínica onde realizaram-se as intervenções nos diferentes contextos, onde foi possível o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESMP, contextos estes que proporcionaram experiências e ambientes ricos em aprendizagem e reflexão. A segunda parte refere-se à descrição e análise acerca da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EESMP. Foram abordadas as atividades e intervenções realizadas, justificando o seu contributo para o desenvolvimento das referidas competências. A terceira e última parte diz respeito à descrição de todo o planeamento, desenvolvimento, aplicação e análise dos resultados obtidos do PMCQCE que intitula-se “Promoção da esperança e gestão da ansiedade em mulheres com cancro da mama”.

O presente trabalho segue as orientações preconizadas pelo guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Leiria (Instituto Politécnico de Leiria [IPL], 2018), e pelo guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas (segundo as Normas APA 7ª edição) do Instituto Politécnico de Leiria (2023).



## PARTE I

### 1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

O Ensino Clínico (EC) em enfermagem pode ser definido como uma etapa de aplicação do conhecimento teórico, que pode gerar aperfeiçoamento de habilidades em situações reais e a reflexão crítica. Esta etapa permite conectar o conhecimento teórico à prática, num contributo para o desenvolvimento de uma prática mais consciente, refletida e crítica (Guedes, et al., 2009).

Nos diversos ensinamentos clínicos/ estágios realizados surgiram oportunidades de integrar equipas, e acompanhar a sua ação e os cuidados prestados na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, contribuindo assim para o desenvolvimento das competências essenciais enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). Os contextos onde decorreram os ensinamentos clínicos incluíram uma Unidade de Cuidados na Comunidade, um serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental de agudos e uma Equipa Técnica Especializada de Tratamento – Centro de Respostas Integradas.

#### 1.1 CONTEXTO DA COMUNIDADE

O EC no contexto comunitário decorreu no período 29 de abril de 2024 a 12 de julho de 2024 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Esta UCC deu início à sua atividade a 08 de novembro de 2010. É uma unidade funcional que à data se encontrava sob a alçada da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e integra a área dos Cuidados de Saúde Primários de uma Unidade Local de Saúde (ULS), desde 1 janeiro de 2024 (Ministério da Saúde, 2024).

Pretende dar resposta às necessidades de saúde da população residente na sua área geográfica, e cumpre os pressupostos definidos pelo Ministério da Saúde, através da prestação de cuidados de saúde e de apoio a nível psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de risco ou dependência física e funcional ou doença que necessitem de um acompanhamento de proximidade. Assim como, na área da educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Ministério da Saúde, 2024; Decreto-Lei nº 239/2015).

A UCC funciona em dois polos. O polo onde decorreu, maioritariamente o EC situa-se no edifício do Centro de Saúde onde se encontram unidades de outras tipologias como Saúde Pública e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. As diferentes unidades partilham do mesmo edifício, e apresentam-se organizadas. Os espaços estão bem definidos, permitindo cada uma delas ter as suas próprias instalações de forma a serem independentes, permitindo a realização das funções a que se comprometem. As instalações da UCC são constituídas por três salas de trabalho e um local de armazenamento de medicamentos e material de consumo clínico, no piso 1.

A equipa multidisciplinar é constituída por oito enfermeiros, um médico, uma psicóloga, um fisioterapeuta, dois técnicos superiores de serviço social, um assistente técnico e três assistentes operacionais. A equipa

organiza-se de acordo com a sua área de intervenção, sendo que, de acordo com a tipologia de intervenção e as necessidades identificadas, esta articula-se entre si de forma a otimizar a prestação de cuidados.

No que concerne especificamente aos oito enfermeiros que constituam a equipa, dois são Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), em que um deles cumpre redução de horário nesta UCC, um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, um Enfermeiro Especialista em Medicina Física e Reabilitação, e quatro são enfermeiros generalistas. A coordenação da UCC é da responsabilidade do EESMP. Este facto pode ser interpretado como uma mais valia, no sentido de que o EESMP possui competências na abordagem sobre o impacto emocional e psicológico do ambiente de trabalho, contribuindo numa gestão humanizada, empática e atenta às necessidades de cada elemento e da equipa em geral. Assim, promove um ambiente organizacional equilibrado, prevenindo o desgaste profissional.

Esta UCC abrange uma totalidade de 38 893 utentes, aquando da realização do EC. Segundo o Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro, que regula o cálculo de dotações seguras para os cuidados de enfermagem, prevê-se para unidades desta tipologia, um rácio de pelo menos um enfermeiro, preferencialmente especialista, para cinco mil utentes, pelo que se verifica um número de enfermeiros reduzido face às necessidades da população.

Pretendendo dar resposta ao Plano Nacional de Saúde e aos Programas de Saúde emanados pela Direção Geral Saúde, a UCC desenvolve atividades de carácter assistencial em articulação com vários recursos como o Conselho Local de Ação Social do Conselho (CLAS) e Rendimento Social de Inserção (RSI), o Núcleo de Intervenção Local para a Área de Violência Doméstica, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), a Intervenção Precoce na Infância, a Comissão de apoio aos Idosos e a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA).

A UCC tem vários programas em funcionamento, tais como, o Programa de Saúde Escolar, que tem como objetivo intervir na promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade educativa, potenciando estilos de vida saudáveis, bem como otimizar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais (inseridas no programa de Acompanhamento de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais). Nesta UCC é o EESMP que assegura a componente da Saúde Escolar, onde estão inseridas cerca de 6000 crianças/ adolescentes. Nesta área está preconizado, de acordo com o Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro, a alocação de um enfermeiro por cada 1500 alunos saudáveis. O EESMP também é o profissional da UCC que articula com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Esta comissão promove os direitos das crianças, com intervenção individualizada e sistemática nas famílias em situação de perigo. Denota-se, uma vez mais, um reduzido número de recursos humanos, para fazer face à intensa atividade assistencial e de articulação com as diversas estruturas da comunidade.

Outros programas da responsabilidade nesta UCC são a Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Preparação para a Parentalidade e Readaptação Pós-Parto, Estatuto do Cuidador Informal e o Programa de Saúde Mental. Este último, tem como missão promover cuidados de saúde mental na população através da realização de intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença, identificação e encaminhamento precoce para outras estruturas ao longo do ciclo de vida. Tem como projetos de intervenção o “MenteSaudável”, “Mais Contigo”, “CuidadoSAmente” e “Sextas-feiras com saúde”. Sendo que estes programas são dinamizados por uma equipa multidisciplinar, cada projeto tem uma equipa própria, e o EESMP está incluído em todos estes projetos, sendo um dos elementos responsáveis pela organização, implementação e respetivos registos. Estes projetos, para além de responder às necessidades da comunidade, permitem a concretização de objetivos dos indicadores definidos na Plataforma de submissão

do Plano de Ação das Unidades Funcionais (PAUF) de acordo com o que é preconizado pelo Sistema de Dados Mestre (SDM) dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

No decorrer do desenvolvimento das atividades na UCC são utilizados vários aplicativos pela equipa multidisciplinar, nomeadamente o Recursos Humanos e Vencimentos (RHV), SClínico, Assiduidade, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BICSP), Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e o Correio eletrónico institucional. Os registos de enfermagem são realizados no sistema SClínico.

Na UCC os utentes têm acesso aos cuidados especializados do EESMP por referência de outros profissionais (por exemplo, Consulta Externa de Psiquiatria) ou por solicitação própria, o que facilita a acessibilidade ao serviço, recebendo uma resposta o mais breve possível, de acordo com a capacidade de resposta por parte do enfermeiro. Este efetua o diagnóstico de situação e orienta para a melhor resposta possível, seja através de intervenção autónoma ou multidisciplinar.

O início deste EC foi acompanhado por muitas dúvidas, relativamente à intervenção do EESMP na comunidade, mais especificamente numa UCC. As expectativas eram de intervir na sede, dentro de numa estrutura física da unidade. Contudo verificou-se precisamente o oposto. A intervenção do EESMP na UCC é muito mais abrangente do que se pensava. Esta intervenção vai ao encontro da pessoa, inserida na sua comunidade, numa prática de proximidade, colaborando lado a lado com a pessoa/ família/ comunidade. E segundo o descrito no regulamento das competências específicas do EESMP, “executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto, p. 21428). Dessa forma, ao integrar e interagir com a comunidade, o EESMP realiza grande parte do seu trabalho fora das instalações físicas, atuando ativamente em diversos contextos de intervenção.

A adaptação à forma de funcionamento da UCC, por programas, e pela diversidade dos campos de ação, demonstraram ser um desafio. Dado que implica a articulação com várias entidades e equipas multidisciplinares, uma realidade até então desconhecida.

Durante o EC houve a oportunidade de integrar e colaborar nos diversos projetos e atividades da UCC, no qual o EESMP intervém, o que veio permitir como oportunidades de desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EESMP.

Das atividades desenvolvidas salienta-se a XV Feira Infantil – Floresta Mágica, dirigida às crianças, jovens e famílias, no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Criança. Um evento organizado pelo município, no qual a UCC tem marcado a sua presença. Uma atividade que reflete a proximidade do EESMP na comunidade e grupos. No âmbito do contexto escolar, a intervenção no projeto “MenteSaudável” vem mostrar de que a escola é um local privilegiado de encontro das crianças e jovens, onde se torna fácil integrar atividades no dia-a-dia escolar, e constitui um palco importante de intervenção (Gomes et al., 2021a). As visitas domiciliárias vieram demonstrar a importância da intervenção do EESMP ao utente inserido no seu próprio ambiente, em que este *setting* é bastante rico de informações para o EESMP. No âmbito da saúde mental, as visitas domiciliárias representam um valor acrescido, possibilitando não apenas a avaliação do indivíduo, mas também do seu contexto envolvente. Esta abordagem de proximidade à comunidade, facilita a recolha de informações essenciais para um diagnóstico mais preciso da situação e para o planeamento de intervenções que visem prevenir ou reduzir a ocorrência de complicações (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

No programa de intervenção comunitária “CuidadoSAmente – Grupo de Apoio a Cuidadores Informais”, houve a oportunidade de dinamizar uma das sessões. Assim como, no projeto “Sextas-feiras com Saúde”

dirigido a todos os cuidadores informais. Por outro lado, a realização de um estudo de caso permitiu o desenvolvimento de diagnósticos, plano de cuidados e intervenções, com a respetiva análise dos resultados, numa base referencial do modelo teórico de médio alcance de Hildegard Peplau, a Teoria das Relações Interpessoais. Outras atividades também foram possíveis de desenvolver, nomeadamente, uma ação de formação à equipa da UCC que intitulava “Cuidar do meu Ser” em que pretendeu-se identificar os desafios e as dificuldades no profissional de saúde, identificar a importância da saúde mental e identificar estratégias de autocuidado.

Os momentos de *debriefing* com a EESMP orientadora acerca dos diferentes contextos da comunidade em que intervém, as necessidades específicas identificadas tendo em conta a idade da pessoa e o seu contexto, e as estratégias de intervenção de serem desenvolvidas individualmente ou em grupo, foi fundamental para a reflexão e consolidação dos conteúdos essenciais na intervenção do EESMP.

No desenvolvimento destas intervenções teve-se sempre em conta o respeito pela individualidade da pessoa, tendo sido utilizado as técnicas comunicacionais específicas para o estabelecimento da relação terapêutica.

## 1.2 CONTEXTO DE INTERNAMENTO

O Ensino Clínico em contexto de internamento decorreu no período 09 de setembro de 2024 a 22 de novembro de 2024 numa Unidade de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental de um Centro Hospitalar da região centro do país.

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental deste centro hospital, encontra-se organizado em várias valências, nomeadamente a Unidade de Internamento de Doentes Agudos, Hospital de Dia da unidade de ambulatório da consulta externa (tratamentos neurolépticos injetáveis de ação prolongada (NIAP)), Equipa Comunitária de Saúde Mental para a Infância e Adolescência (ECSM-IA), Unidade de Psiquiatria de Ligação (apoio do psiquiatra, quando solicitado colaboração por outras especialidades médicas), Psiquiatria Comunitária em fase de reestruturação (unidade de cuidados na comunidade em sectores, distribuídas por quatro áreas geográficas) e a Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria (UIDEP) também com uma unidade de hospital de dia. O serviço integra ainda a resposta do Serviço de Urgência, tendo um psiquiatra de urgência, diariamente no período compreendido entre as 8h e as 24h. Todas estas unidades se correlacionam permitindo o acompanhamento dos utentes por uma equipa multidisciplinar.

O internamento está dividido em duas alas, ala A, masculina com 22 camas e ala B, feminina com 21 camas, num total de 43 camas de doentes agudos. De acordo com o Centro Hospitalar, os doentes acompanhados por este serviço, apresentam patologias mentais em fase de descompensação clínica, e que necessitam de estabilização, e doentes que enfrentam o primeiro episódio de doença mental, exigindo uma avaliação diagnóstica e a introdução de psicofármacos num ambiente hospitalar. Assim como, situações para desintoxicação de doentes com diferentes tipos de dependências, proporcionando um acompanhamento especializado durante esse processo (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2025).

A equipa é composta por 22 enfermeiros dos quais 11 são EESMP e um enfermeiro gestor também EESMP. A equipa médica no total é composta por 13 elementos, dois técnicos de serviço social, um psicólogo e um administrativo. Diariamente a equipa de enfermagem, de cada ala, é composta por dois enfermeiros no turno da manhã, dois no período da tarde e um enfermeiro à noite, sendo que neste turno existe um vigilante em permanência, que dá apoio às duas alas. O circuito de entrada de doentes dá-se pelo serviço de

urgência, pelas consultas externas ou referenciado por outras instituições por esta ser a instituição de saúde da área de residência do doente.

A Unidade de internamento localiza-se no quarto piso de uma das torres do Centro Hospitalar. Funciona à porta fechada com condicionamento do acesso ao exterior. Outras medidas de segurança adicionais são colocadas em prática neste contexto, nomeadamente a abertura das janelas ser mínima, algumas nem permitem a sua abertura, e existe um profissional de segurança de presença física no internamento, durante o período das 20h00 às 8h00. As portas das salas de trabalho, copa, reuniões e de enfermagem, só permanecem abertas na presença dos profissionais.

Os doentes apresentam-se com roupa da instituição, pijama, robe e chinelos de quarto. Existem regras e normas rígidas relativas aos pertences dos doentes, por uma questão de segurança comum. Segundo o Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 03/2023 é recomendado o uso de roupa pessoal de uso diário, sempre que possível, de forma a garantir o direito à identidade pessoal. E de forma a assegurar também o direito à segurança, é recomendado aquando da triagem do vestuário, a avaliação do potencial de adereços que possam causar danos aos demais utentes e/ou profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2023<sup>1</sup>). O doente poderá receber duas visitas em simultâneo no horário estipulado. Apenas os doentes com autorização escrita, validada pelo psiquiatra podem sair do serviço no horário da visita acompanhados pelos familiares, ou aquando da Licença de Ensaio<sup>2</sup>.

Relativamente ao internamento da ala A, o serviço é constituído por uma sala de refeições com várias mesas de dois lugares sentados. Tem uma sala convívio com uma televisão, uma mesa de “ping pong”, um step, puzzles e jogos didáticos, cadeirões e pequenos vasos de plástico com plantas. Existe uma sala onde os doentes, de forma planeada, podem fumar. Há dois quartos individuais, um quarto individual de cuidados especiais (equipado com rampa de O<sub>2</sub>), e quartos de três e de quatro camas.

O internamento não se rege por nenhum referencial teórico de enfermagem específico. O sistema informático para registo e consulta dos dados clínicos utilizado é o SClínico e a taxonomia de enfermagem utilizada é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). As intervenções são realizadas de forma autónoma pelos EESMP, de forma individual aos doentes e aos seus familiares/ cuidadores. Os focos de enfermagem direcionados para os diagnósticos existentes na unidade são vários, sendo os mais prevalentes: a ansiedade, o uso de substâncias, a comunicação, o coping, o humor, a tentativa de suicídio, a gestão do regime terapêutico, a agitação, o processo do pensamento, a tristeza, a insónia, a interação social. As patologias mais frequentes são a esquizofrenia, surtos psicóticos provocados por consumo de substâncias psicoativas, perturbação afetiva bipolar, depressão com sintomatologia psicótica, perturbação da personalidade, dependência de álcool ou estupefacientes, tentativa de suicídio e demência.

A não adesão do regime terapêutico é um dos maiores problemas do doente mental grave, e que interfere no resultado da eficácia do tratamento. Os EESMP são os profissionais de saúde mental e psiquiátrica, que estão “mais bem preparados para ajudar os seus doentes neste domínio e, por isso, estão numa posição privilegiada para poderem estabelecer uma aliança terapêutica positiva que facilita a adesão ao regime terapêutico e em particular ao regime medicamentoso” (OE, 2021, p. 44).

---

<sup>1</sup> Ordem dos Enfermeiros (2023). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica N.º 03/2023. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30229/parecer-mceesmp-n%C2%BA-03-2023-vestua-rio-dos-as-clientes-em-contexto-de-internamento-de-psiquiatria-e-sm\\_anonimizado.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30229/parecer-mceesmp-n%C2%BA-03-2023-vestua-rio-dos-as-clientes-em-contexto-de-internamento-de-psiquiatria-e-sm_anonimizado.pdf?utm_source=chatgpt.com)

<sup>2</sup> Licença de Ensaio - procedimento que permite a saída do doente da instituição, onde pode pernoitar no seu domicílio, seguindo os critérios e normas definidas.

O internamento pode ser realizado por meio do serviço de urgência, consulta externa ou transferência de outro hospital, caso corresponda à área de residência do doente. Além disso, pode ocorrer através da transferência de serviços de outras especialidades médicas devido a uma mudança no estado de saúde da pessoa. No que concerne à programação da alta, não existem protocolos ou programas estruturados em aplicação à data do EC. Contudo, quando há necessidade de administração de fármacos de ação prolongada e continuidade de uma resposta especializada, a Psiquiatria Comunitária é contactada. Desta forma, o doente tem seguimento por esta equipa que vai monitorizar eventuais alterações no seu estado de saúde e otimizar a capacidade funcional e no cumprimento do regime terapêutico.

O internamento não dispõe de um planeamento de atividades, terapias ou intervenções de grupo. São realizadas atividades espontâneas e esporádicas de acordo com a disponibilidade do serviço, são exemplo das mesmas os passeios terapêuticos ao exterior e ao bar do Hospital.

Durante este EC houve oportunidade para identificar diagnósticos de enfermagem, planear e implementar intervenções especializadas individuais e em grupo. Das intervenções individuais, salienta-se o estudo de caso, que permitiu o desenvolvimento das capacidades de diagnóstico, planeamento e intervenção de acordo com as reais necessidades do doente alvo do estudo de caso, em que foi sustentado pelo modelo teórico de médio alcance de Afaf Meleis, a Teoria das Transições. E ainda a realização de um programa de intervenção psicoterapêutica breve de promoção da esperança e um programa de orientação para a realidade. Relativamente às atividades em grupo, desenvolveu-se intervenção com base na biblioterapia, intervenções sobre a temática das emoções, promoção da adesão ao regime terapêutico e intervenções de relaxamento, de tipologia de relaxamento por *Mindfulness*, Técnica de *Jacobson* e por Imaginação Guiada.

No internamento foi realizado o levantamento das necessidades do serviço através de uma entrevista aberta semiestruturada ao enfermeiro gestor. De acordo com as necessidades encontradas no serviço, foi elaborado uma proposta de protocolo para a Licença de Ensaio.

Todas as atividades realizadas durante o EC no internamento tiveram um relevante contributo no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista bem como, das competências específicas do EESMP.

### **1.3 CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS**

O EC em contexto de respostas diferenciadas foi realizado num Centro de Respostas Integradas (CRI) na Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET), entre 25 de novembro de 2024 a 24 de janeiro de 2025.

A ETET onde decorreu o EC, compõe com mais duas ETET e uma unidade de consulta descentralizada, a qual constituem a estrutura integrante deste CRI.

O Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD) surge em 2024, e provém da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT). Tem como foco prevenir e reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, assegurar o tratamento, a redução de riscos e a minimização de danos e a reinserção social, bem como fomentar a capacitação e formação diferenciada, a investigação e a inovação. Tem como base um modelo de intervenção integrada e no mais profundo respeito pelos direitos humanos. O ICAD dá resposta a desafios e a problemas associados ao uso e abuso de substâncias ilícitas e de bebidas alcoólicas, e a outros comportamentos aditivos sem substâncias, como o jogo patológico, numa sociedade em constante

transformação, com novos e velhos problemas e a antecipar problemas de cenários futuros (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, s.d.).

O Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências - Horizonte 2024 (PARCAD - Horizonte 2024) e o Plano Nacional para os Comportamentos Aditivos e as Dependências 2021-2030 (PNRCAD 2030) são documentos de referência nacional, elaborados pelo ICAD. O PNRCAD 2030 está alinhado com programas prioritários da Saúde, designadamente, com os Programas Nacionais para a área das Infecções Sexualmente Transmissíveis e da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (nomeadamente no que se refere ao Programa de Troca de Seringas), Tuberculose, Saúde Mental, Prevenção e Controlo do Tabagismo, Hepatites Virais, Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), Promoção da Atividade Física (PNPAF), o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), bem como o Plano de Ação para a Literacia em Saúde.

Um dos pilares estratégicos do ICAD é a dinamização e apoio de atividades preventivas, de dissuasão e de intervenção precoce através de equipas, tais como, os Centros de Respostas Integradas (CRI), Serviços Centrais, Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), Unidades de Alcoologia, Unidades de Desabilitação (UD) e Comunidades Terapêuticas (CT).

No ICAD está organicamente enquadrado o presente CRI. Este foca-se na prestação de cuidados especializados para o tratamento de dependências, mas também na reabilitação global do utente, abordando questões associadas à saúde mental, sociais e familiares. Um dos grandes objetivos passa pela reintegração desta população na sociedade e no mercado de trabalho, promovendo autonomia e qualidade de vida. (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARS LVT], 2023).

O principal foco da ETET, é o tratamento/acompanhamento de pessoas com problemas relacionados com o uso de substâncias, como álcool e drogas, bem como outras dependências comportamentais (como jogo patológico). Segundo a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT, s. d.), estas equipas asseguram a resposta de tratamento nos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), para uma população, cada vez mais envelhecida, com necessidades e vulnerabilidades específicas, e com mais comorbilidades físicas e psíquicas.

A ETET é constituída por uma equipa multidisciplinar que é composta por dois enfermeiros generalistas e dois enfermeiros EESMP (um elemento é coordenador da equipa de enfermagem do Centro Respostas Integradas – enfermeira orientadora do EC, e o outro elemento divide o horário entre duas ETET), duas assistentes técnicas, dois médicos psiquiatras (em tempo parcial), uma assistente social (coordenadora da ETET), duas psicólogas (um dos elementos é coordenador do CRI, e o outro elemento encontra-se em ausência prolongada), uma técnica psicossocial e um segurança permanente.

O acesso ao serviço pode ocorrer por iniciativa própria da pessoa, ou por referenciação de outros profissionais de saúde, referenciação dos serviços sociais, por outras entidades como a CPCJ ou pelo sistema judicial. O facto de funcionar como um recurso acessível à comunidade contribui para a eliminação de barreiras entre a necessidade de apoio e a sua obtenção, mantendo uma abordagem de proximidade e acolhimento aberto à comunidade. Trata-se de um serviço gratuito, integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), garantindo o acesso equitativo a todos os que necessitam de apoio.

A ETET onde decorreu o EC, assume programas de tratamento em que a dependência está instalada, tais como, a administração de terapêuticas de substituição aos utentes que se encontram em Programa de Manutenção Opióide (PMO) com Cloridrato de Metadona ou Buprenorfina, assim como, na gestão do programa a nível da rede assistencial. Ainda na área do tratamento este, está dividido em alto e baixo linear.

O baixo linear corresponde às tomas diárias vigiadas pela ETET, enquadrasse no início do PMO, ou nos utentes que não têm autonomia na gestão da Metadona e necessitam da vigilância da toma diária assistida. O alto linear corresponde ao cumprimento e autonomia na gestão da toma de Metadona pelo utente. Pode ser de forma semanal, quinzenal ou de três em três semanas.

No PMO também está contemplado a Redução de Risco e Minimização de Danos. Quando o consumo se apresenta como incontornável é “necessário manter as respostas aos utilizadores de substâncias, prescindindo da abstinência como objetivo imediato (...) Trata-se, pois, da utilização de um conjunto de estratégias, que procuram “alcançar”, em alguns casos, consumidores de substâncias psicoativas que de outra forma não seriam tocados por qualquer estrutura formal muitos deles em situação de rutura social, que se traduz na ausência de qualquer vínculo familiar ou outro” (ARS LVT, s.d.). Na redução de riscos e minimização de danos, o utente não tem de garantir a abstinência dos consumos. É para os utentes que já em tratamento não são capazes de cumprir com as regras propostas em alto limiar. Tem como principais objetivos contrariar a exclusão do utente do sistema de saúde, reduzir comportamentos de risco, e minimizar danos ou sequelas que já tenham surgido. Também serve de patamar para que o utente adira de forma consistente e exigente a um programa de tratamento. Estes programas, segundo Patrício (2009), têm objetivos sanitários, como permitir aumentar o contacto dos consumidores com a equipa de saúde; permitir criar uma relação de confiança, e de suporte para uma boa aliança terapêutica; permitir alcançar a dose estável de Metadona para cada utente, de forma a evitar consumos danosos para a saúde e diminuir o risco de contágio por doenças infecciosas. E também objetivos sociais, tais como, promover a ressocialização e a reinserção social do utente; contrariar a exclusão familiar, social, laboral do utente; diminuir os custos sanitários com doenças associadas; e contribuir para melhorar as vivências familiares desorganizadas.

Ao longo do PMO é realizado controlo do consumo de substâncias psicoativas através da urina, tais como, Tetra-HidroCarbinol (THC), benzodiazepinas, Buprenorfina, e também, sendo os mais frequentes, metadona, cocaína e os opiáceos. Através da salina é possível testar anfetaminas, cocaína, opioide e THC. Também é possível dosear a quantidade de álcool através do alcoolímetro disponível no serviço. Assim como, realizar teste da hormona Gonadotrofina Coriónica Humana (HCG). No PMO cada utente tem um contrato terapêutico, com regras estabelecidas desde o início. O breve contacto entre enfermeiro e utente, durante o PMO, é veículo de informação importante, e utilizado pelos utentes para expressar as suas preocupações e necessidades mais prementes.

A ETET também desenvolve ações de prevenção em contexto escolar, comunitário e profissional, promovendo campanhas de sensibilização sobre os riscos das dependências e a importância do tratamento precoce, promovendo a reintegração na sociedade e no mercado de trabalho, a autonomia e a qualidade de vida. Também desenvolve intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa pelos EESMP em consulta. Há um planeamento de atividades de grupo, e o Programa Vida Emprego, que por falta de recursos, estão suspensos.

Numa intenção de alargamento da visão e intervenção na comunidade, o EESMP abarca não só a reabilitação e tratamento, mas também, e como já anteriormente referido, a promoção e prevenção (Regulamento nº 356/2015, de 25 de junho). Esta ação virada para a comunidade cria maior proximidade com a população, e contribui na criação de redes de parceiros, nomeadamente, autarquias, serviços culturais e de lazer, estruturas sociais que são determinantes na Saúde Mental, e que quando se criam sinergias colaborativas permitem um reforço da intervenção na comunidade (Regulamento nº 356/2015, de 25 de junho).

O CRI também desenvolve o seu trabalho em articulação com diversas unidades de saúde, tais como hospitais, unidades de cuidados de saúde primários, Unidades de Desabituação (álcool e substâncias), Comunidades Terapêuticas públicas e IPSS, Unidades de Alcoologia, entre outras associações.

A ETET rege-se pelo modelo de Terapeuta de Referência (TR). É designado um coordenador de cuidados para cada utente, o TR tem a função de “ajudar a selecionar os cuidados mais adequados, garantindo que beneficia dos serviços disponíveis, facilitando-lhe o acesso e coordenando a atuação dos profissionais dos vários serviços, com o objetivo de garantir a continuidade e a coerência dos cuidados prestados” (Brito, 2018, p. 25). A cada utente é-lhe distribuído um TR, um enfermeiro e um psiquiatra responsável. O TR pode ser qualquer um dos profissionais de saúde pertencentes à ETET.

A equipa de enfermagem não segue nenhum referencial teórico de enfermagem específico. O sistema informático é o SIM (Sistema de Informação Multidisciplinar) e na consulta dos dados clínicos também é utilizado o Registo de Saúde Eletrónico (RSE). A taxonomia de enfermagem utilizada é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Contudo o SIM não dá cobertura a todos os focos e intervenções da CIPE específicos e essenciais nesta área de intervenção, desta forma, os registos são elaborados, preferencialmente, de forma descritiva.

Os diagnósticos de enfermagem existentes, segundo a CIPE, na ETET são vários, sendo os mais prevalentes: a ansiedade, o abuso de substâncias, a dependência, a dependência de álcool e drogas, a gestão do regime terapêutico, e humor depressivo. As patologias mais frequentes são a esquizofrenia, perturbação bipolar, depressão, perturbação da personalidade, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno por uso de substância.

Este EC permitiu uma riqueza de experiências que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista bem como, das competências específicas do EESMP. A realização de intervenções breves no PMO de promoção da esperança como fator protetor, intervenções psicossociais e socioterapêuticas através de uma mensagem natalícia e de uma oferta simbólica, realização de Consultas de Enfermagem de Saúde Mental, possibilitaram o *setting* essencial, para vivenciar e aprimorar a relação terapêutica, a escuta ativa e a entrevista motivacional. Os momentos de *debriefing* com a EESMP orientadora acerca das necessidades identificadas e intervenções possíveis de serem desenvolvidas individualmente em cada utente, foi fundamental para a reflexão e consolidação dos conteúdos essenciais na intervenção do EESMP. A realização de estudo de caso teve como base de suporte à colheita de dados o Modelo Tidal de Phil Barker, também conhecido como Teoria das Marés. O Modelo Tidal utiliza a metáfora da água e do mar, com a finalidade de explicar que a vida é composta por processos contínuos de mudanças. Por outro lado, considera o percurso da vida como uma viagem num oceano de experiências, o qual compreende as alterações do estado de saúde-doença (Freitas et al., 2019).

A realização de visitas domiciliárias a um utente da ETET que encontrava-se numa situação de doença crónica em fase terminal, vem demonstrar a necessidade constante do EESMP na adaptação às reais necessidades sentidas pelos utentes. A ETET sendo uma equipa multidisciplinar, houve a possibilidade de assistir a algumas consultas de psiquiatria (de dois psiquiatras com duas abordagens diferentes ao utente), da psicóloga e da assistente social, o que proporcionou momentos de reflexão sobre as diferentes áreas de atuação no mesmo contexto de prática clínica e como estas se interligam e cooperam entre si.

A riqueza das experiências deste EC foi incrementada pela possibilidade de acompanhar uma Equipa de Rua, o que foi facilitador para a compreensão do trabalho realizado em torno da redução de riscos e minimização de danos, fora da ETET. A Equipa de Rua é uma equipa multidisciplinar constituída por técnico psicossocial, psicóloga, assistente social e enfermeiro. Intervém junto da população utilizadora de substâncias psicoativas e suas famílias, em articulação com os serviços locais de saúde de segurança social e segurança pública. Esta resposta de proximidade desenvolve a intervenção em *outreach*, promovendo a utilização de material de consumo asséptico com adoção de práticas de consumo de menor risco, com aconselhamentos, troca e

distribuição de material realizados no Gabinete de Apoio e em zonas estratégicas de consumo de substâncias psicoativas ou outros locais referenciados. Uma realidade pouco visível, e que põe à prova a idealização da resolução de problemas individuais, mas também de problemas sociais resistentes. Uma resposta que sustenta a dignidade do indivíduo e o respeito pelas suas escolhas de vida.

## PARTE II

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

O enfermeiro especialista apresenta-se como sendo o profissional que detém competência científica, técnica e humana que o habilita a prestar cuidados de enfermagem especializados dentro das áreas de especialidade da enfermagem. A atribuição deste título exige, para além da apreciação das competências definidas nos regulamentos próprios de cada Especialidade em Enfermagem, que este enfermeiro possua um conjunto de competências comuns, transversais, aplicáveis em diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas competências englobam as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de “(...) orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4744).

De acordo com o regulamento referido, as competências especializadas conferem ao enfermeiro especialista o conhecimento, capacidade e habilidade necessárias para identificar as necessidades de saúde do grupo-alvo e intervir em diversos contextos da vida das pessoas, abrangendo todos os níveis de prevenção. Desta forma, entende-se por competências comuns aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros com título de especialista, independentemente da sua área de prestação de cuidados. Estas competências manifestam-se “(...) através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (...)” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 fevereiro, p. 4745), bem como, fornece um contributo sólido no exercício profissional especializado, nomeadamente nas áreas de formação, investigação e assessoria.

As competências específicas referem-se às intervenções dirigidas às respostas humanas nos processos vitais e nas condições de saúde, de acordo com a área de intervenção definida para cada especialidade. Estas competências evidenciam-se pela capacidade de ajustar os cuidados prestados às reais necessidades de saúde de cada cliente.

As atividades organizadas, planeadas, implementadas e refletidas, tiveram como objetivo a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nos seus 4 domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal (A); Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão dos cuidados (C) e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

## 1.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Este domínio comum aos enfermeiros especialistas, exige que os enfermeiros demonstrem “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica (...) na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4746), através dos processos de tomada de decisão ética e avaliação de processos e de resultados, numa diversidade de situações da prática especializada suportada em princípios, valores e normas deontológicas, no respeito pelos direitos humanos. Tal pressupõe uma análise, reflexão e interpretação das situações e contextos potencialmente comprometedores das pessoas cuidadas, assente na promoção e proteção dos direitos humanos e na gestão da equipa de forma a não comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do utente.

O Código Deontológico que rege a atividade profissional de enfermagem do ponto de vista ético e deontológico define como princípio geral de que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p. 38), assente em valores universais presentes na relação profissional, como a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Durante o EC foram surgindo dilemas éticos, no qual houve oportunidade e espaço para a reflexão das tomadas de decisão, juntamente com as equipas. Dilemas estes, também já refletidos e publicados pela mesa do colégio da especialidade. Estes momentos de reflexão e partilha foram momentos espontâneos, não programados, que permitiram o contato com diversas perspetivas e fundamentações dos vários enfermeiros, que por vezes divergiam entre si. Momentos destes, permitem refletir conceitos e avaliar procedimentos.

O serviço de internamento de psiquiatria funciona em regime à “porta fechada”. Numa reflexão mais superficial, esta medida poderia garantir maior segurança aos doentes internados neste serviço, contribuindo para as medidas de contenção, pois os doentes encontram-se uma fase de descompensação aguda da doença, podendo haver maior risco de colocarem-se em situações de perigo, como por exemplo, através da fuga. Contudo, esta tipologia de regime levanta questões relacionadas com a liberdade do próprio doente, e também poderá contribuir para o estigma do doente psiquiátrico.

A proibição no uso de roupas pessoais do doente durante o internamento, concilia da despersonalização da individualidade do doente. O uso da roupa pessoal deveria ser opcional, como refere o parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental E Psiquiátrica N.º 03/2023<sup>3</sup>, pois o seu uso permitiria o reforço do sentimento de identidade pessoal. Contudo, nunca deve ser descurado o direito à segurança. Desta forma, no momento do internamento, a roupa deveria ser cuidadosamente avaliada para que não exista adereços com potencial de causar danos a si próprio e aos outros, e assim ser permitida o seu uso.

A privacidade do doente internado é colocada em causa, aquando da existência de enfermarias de três camas sem cortinas. O uso de utensílios de higiene pessoal do doente é permitido durante o período da sua higiene pessoal. Após os cuidados de higiene, os utensílios são recolhidos e guardados num armário próprio numa sala em que o doente não tem acesso. As regras do internamento são iguais para todos os utentes. Não havendo a possibilidade de ajustar essas regras à sua condição, tendo em conta as suas reais

---

<sup>3</sup> Ordem dos Enfermeiros (2023). Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica N.º 03/2023. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30229/parecer-mceesmp-n%C2%BA-03-2023-vestua-rio-dos-as-clientes-em-contexto-de-internamento-de-psiquiatria-e-sm\\_anonimizado.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30229/parecer-mceesmp-n%C2%BA-03-2023-vestua-rio-dos-as-clientes-em-contexto-de-internamento-de-psiquiatria-e-sm_anonimizado.pdf?utm_source=chatgpt.com)

necessidades. Possibilitar ao utente internado, quando possível, que este possa gerir os seus próprios utensílios de higiene na sua unidade, vem permitir estimular a cooperação, e reabilitar ou manter a sua autonomia no autocuidado.

No internamento involuntário é retirado ao doente a possibilidade de decidir acerca do seu processo de tratamento, colocando em causa o respeito pelo direito à liberdade, dignidade e autonomia do doente. Embora por vezes, não exista por parte do doente numa fase de descompensação aguda da doença, uma procura de tratamento para a melhoria da sua doença mental. Segundo a Lei n.º 35/2023 de 21 de julho<sup>4</sup> as “(...) restrições aos direitos, vontade e preferências das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental decorrentes do tratamento involuntário são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento (...)” (p. 9). Apesar do internamento involuntário representar uma situação indesejada, por implicar uma limitação da autonomia da pessoa, a construção de uma relação de ajuda por parte dos profissionais pode transformar essa experiência em algo positivo, promovendo a recuperação da liberdade que se encontra comprometida pela própria doença.

O recurso à contenção física e mecânica também levanta algumas questões éticas. Este recurso põe em causa a liberdade e a dignidade do doente, mas por outro lado, a sua utilização pode tornar-se fundamental para garantir tanto a sua proteção quanto a do ambiente que o rodeia. O uso de medidas de contenção deve ser alvo de uma avaliação do risco clínico e na existência de comportamentos que coloca o próprio doente e a outros em risco de sofrerem danos. Em situações de maior tensão, é importante a salvaguarda do profissional e do doente, havendo a possibilidade de existir outro enfermeiro que possa dar continuidade na prestação de cuidados, de forma a manter a relação terapêutica. No serviço de internamento onde decorreu o EC, as condições oferecidas limitam a atuação dos profissionais de enfermagem, especialmente no turno da noite, em que encontra-se um enfermeiro em cada uma das alas.

Em contexto académico os dilemas éticos foram debatidos utilizando para a análise o algoritmo de tomada de decisão Janet Matthews (Morgado et al., 2019).

As reflexões realizadas em contexto clínico conduziram a um olhar para o outro de forma mais pura e humilde, e de o ver na sua individualidade, genuinidade, e na sua vulnerabilidade. Percebemos a necessidade de programar cuidados tendo em conta a deontologia profissional indo em direção às reais necessidades da pessoa doente. Da reflexão da ação, apercebemo-nos do quanto é fácil deter uma atitude paternalista para com o doente, ao invés de promover e respeitar a sua autonomia e a sua liberdade. Expressões mandatárias e dirigidas como “tem de...”, “deve...” ou “não pode...” colocam em risco a relação terapêutica.

No decorrer dos vários EC, foi garantido o respeito pelas questões éticas nas diversas atividades realizadas em vários contextos, quer de forma individual quer em grupo. Foram garantidos o direito à informação e obtenção do consentimento informado das pessoas alvo dos cuidados, proporcionando o direito e o poder de decisão. Assim como, no desenvolvimento do PMCQCE foram tidos em conta todos os pressupostos ético e legais, no respeito e proteção de dados dos participantes. Foram utilizadas ferramentas como o pedido de autorização às entidades competentes e o consentimento informado às participantes.

O reconhecimento do seu papel e dos limites enquanto profissional também foi reconhecido como fundamental, respeitando que os utentes também possuem o direito de recusar a prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde, ou de preferir ser cuidados por outros. Situações como a não adesão ao

---

<sup>4</sup> Lei n.º 35/2023 de 21 de julho (2023). Lei da Saúde Mental. Diário da República n.º 141/2023, Série I de 2023-07-21, pp 2 – 23.  
Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>

regime terapêutico, a agressão verbal e física, a não aceitação do estado de saúde, e a necessidade de realização de contenção física, são fatores potenciadores que podem originar situações de desrespeito à dignidade tanto do doente como do profissional. Assim, de acordo com o Código Deontológico, no âmbito do direito ao cuidado na saúde ou doença, o enfermeiro assume o dever de respeitar e possibilitar ao utente, de forma viável e que não ponha em risco a saúde do utente, que este possa livremente optar por ser cuidado por outro enfermeiro. Esta medida é fundamental para que não ocorra uma quebra na relação terapêutica e não seja fator gerador de stress e ansiedade para ambas as partes.

Em contexto de internamento, e como já referido anteriormente, durante o turno da noite está presente um único enfermeiro na ala, perante uma situação de recusa de aceitação de cuidados pelo doente ou de prestação de cuidados pelo enfermeiro, pode dificultar e pôr em risco o cumprimento das determinações deontológicas.

Em contexto das respostas diferenciadas, houve um caso de um utente que tinha seguimento numa das ETET do CRI, em que este adquiriu um comportamento violento para com o enfermeiro. O utente foi encaminhado para a ETET onde decorreu o EC. Nesta ETET o utente conseguiu estabelecer a relação terapêutica, mantendo-se a cumprir o PMO e os seguimentos da consulta com o EESMP e psicóloga.

O sigilo, de acordo com o Código Deontológico é fundamental devendo o enfermeiro guardar segredo profissional, e apenas partilhar a informação pertinente com as pessoas que estão envolvidas no plano terapêutico. Esta segurança de confidencialidade na prestação de cuidados é essencial ao estabelecimento de uma relação terapêutica, tornando o enfermeiro como uma pessoa de referência muitas vezes para a pessoa e para a sua família.

No desenvolvimento das atividades de intervenção em grupo, houve um cuidado e atenção no que diz respeito ao sigilo. Procurou-se desenvolver estratégias para que este fosse respeitado por todos os participantes. Desta forma, no início de todas as sessões em grupo, procurou-se sensibilizar os participantes para a necessidade do respeito dos valores humanos e do sigilo, para que não existisse divulgação de informação externa ao grupo. O que veio permitir o desenvolvimento das unidades de competência, no que se refere à promoção de valores como o respeito, confidencialidade, privacidade, autodeterminação, costumes e crenças dos indivíduos e grupos.

Ao longo da prática especializada em enfermagem em saúde mental nos EC, procurou-se desenvolver as atividades de acordo com os princípios orientadores enunciados no Código Deontológico. Foi possível assim desenvolver as unidades de competência A1 e A2 (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) pela utilização de estratégias de resolução de problemas em conjunto com o utente, participação no processo e avaliação na tomada de decisão em equipa guiada pelo Código Deontológico, e a promoção de valores como o respeito, confidencialidade, privacidade, autodeterminação, costumes e crenças.

## **1.2 MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE**

No domínio da melhoria da qualidade, segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, cabe ao enfermeiro especialista desenvolver práticas orientadas pela qualidade, assumindo-se como agente ativo na gestão e implementação de programas de melhoria contínua. Este profissional deve ser um elemento impulsionador no planeamento e concretização de projetos institucionais, admitindo que a melhoria da qualidade implica a avaliação das práticas, podendo estas serem revistas, conforme os resultados obtidos. Reconhece a gestão de um ambiente centrado na pessoa como uma condição essencial para a efetividade

terapêutica e prevenção de incidentes. Intervém de forma antecipada com o objetivo de garantir as condições que promovem o bem-estar e minimizem os riscos, com a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo e na gestão de risco institucional.

No SNS o princípio da qualidade tem como objetivo garantir cuidados de saúde eficazes, seguros e eficientes, fundamentados na evidência científica. Esses cuidados devem ser prestados de forma humanizada, com rigor técnico, respeito pela individualidade de cada pessoa, considerando a avaliação do seu impacto (Despacho n.º 1250/2020, de 28 janeiro).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhecendo que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na “evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, p. 12). Estes devem manter os seus conhecimentos atualizados em prol da prestação dos melhores cuidados, assim como devem refletir sobre as suas práticas e adequar as normas de qualidade à individualidade da pessoa, na procura da excelência do cuidado (OE, 2015).

À data da realização dos EC, o serviço de internamento tinha em curso uma proposta de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem realizado por duas EESMP. Este era referente a uma intervenção psicoterapêutica estruturada, constituída por 5 sessões no âmbito da Ideação Suicida e que aguardava revisão para implementação.

No decorrer dos estágios, a prática foi sustentada em evidência científica, com a utilização de protocolos e guias de boa prática clínica emanados pelos reguladores da profissão e pela disciplina de ESMP.

Para a enfermagem especializada de saúde mental foram identificadas oito categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, sendo a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social. Os enunciados descritivos da qualidade pretendem explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem e visam fornecer orientações para a definição de programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho).

Na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, destaca-se ainda a importância de fomentar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a consequente melhoria da qualidade dos cuidados através do incentivo a uma política de formação contínua, também para uma maior “eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho, p. 17037). Desta forma, ao longo deste percurso, foi proporcionado a frequência de *webinares* promovidos pela Ordem dos Enfermeiros, frequência de encontro e simpósios de saúde mental, de conferências e workshop.

Na procura do desenvolvimento profissional assente em evidência científica, na divulgação do conhecimento científico e da reflexão em contexto de prática, destaca-se a participação como autora (juntamente com outra colega) na submissão de um póster intitulado “Futilidade terapêutica no Cuidar em Fim de Vida – Um dilema ético” apresentado nas II Jornadas Pedagógicas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Anexo I).

Foi possível a participação nas III Jornadas Pedagógicas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Comissão Organizadora, na apresentação de comunicação de um poster intitulado “Gestão da esperança e ansiedade em mulheres com cancro da mama: contributos para um projeto de melhoria

contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem” (Anexo II), e na apresentação de comunicação livre intitulada “Promoção da esperança e gestão da ansiedade em mulheres com cancro da mama: aplicação de um programa” (Anexo III). Nestas Jornadas foi possível participar como moderadora de uma das mesas das comunicações livres. Com a oportunidade de apresentar estas comunicações livres acerca do PMCQCE construído neste percurso, foi realçado a importância da divulgação de projetos de melhoria que vêm oferecer práticas estruturadas e sustentadas em evidência científica, que permitem dar resposta a necessidades reais identificadas.

Ao longo do EC desenvolveu duas atividades com o objetivo de prevenção do Burnout - Síndrome do Esgotamento Profissional, através de implementação de mecanismos protetores e de promoção do autocuidado. Desta forma, foi realizado na equipa multidisciplinar da UCC a sessão “Cuidar do meu Ser” (Apêndice I). E na equipa multidisciplinar da ETET uma sessão de relaxamento através da prática de *Mindfulness* (Apêndice II). São abordagens de elevada importância, no sentido de existir uma enorme necessidade por parte dos profissionais de saúde de encontrarem o seu momento de autocuidado de forma a serem detentores de estratégias de autocuidado. Considera-se importante a realização destas ações na adesão à saúde e segurança ocupacional, de forma a proporcionar momentos de reflexão acerca da importância de si próprio para poder cuidar dos outros, numa visão integrativa na melhoria dos cuidados prestados. A participação no webinar da OE “Cuidar de quem cuida: prevenção e gestão do Burnout nos Enfermeiros” (Anexo IV) veio acrescentar mais momentos de aprendizagem e reflexão acerca desta temática.

Neste webinar foi explanado a evolução cronológica da temática do Burnout, em que, a abordagem de um conjunto de sintomas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, produto de uma exigência excessiva de energia no trabalho, surgiu pela primeira vez nos anos 70. O Burnout não é uma situação normal, nem é uma depressão. O facto de haver muita informação e muitos profissionais qualificados e não qualificados abordarem o tema, em diversas plataformas, há o risco de o tornar como uma situação comum e banal nos profissionais. É da responsabilidade do EEESMP, e na sua ausência, dos enfermeiros gestores, de estarem atentos às suas equipas e pares. Existem algumas ferramentas relacionadas com o Burnout, nomeadamente, MBI-HSS: Exaustão Emocional, Despersonalização, Baixa Realização Pessoal; MBI-ES; MBI-GS General Survey: Exaustão Emocional e Física, Cinismo, Eficácia /ineficácia; MBI – SS: Exaustão; Descrença; Eficácia/ ineficácia.

Existem riscos psicossociais relacionados com o Burnout. As exigências laborais, que estão relacionados com aspetos do trabalho que requerem esforço físico, cognitivo ou emocional. O controlo do trabalho, que está relacionado com o grau de autonomia dos trabalhadores. O suporte social, que diz respeito ao apoio instrumental, informativo e emocional de colegas do trabalho e chefias. A justiça organizacional, que tem haver com a perceção da equidade das políticas laborais. O *Bullying* e assédio, relacionados com comportamentos que envolvem humilhação, intimidação ou abuso repetidos e persistentes. A ambiguidade de papéis, quando existe uma indefinição sobre o papel laboral, e a falta de orientação e coordenação. O conflito entre trabalho e vida pessoal e familiar, ligado à dificuldade em equilibrar as exigências do trabalho com as da vida familiar e pessoal. E o *Technostress*, stress causado pela utilização de tecnologia, como por ex.: excesso de e-mails. E as lideranças tóxicas, pelo que criam ambientes e condições laborais nocivas.

O exercício da prática de enfermagem tem características específicas que são facilitadores da existência de Burnout nesta classe profissional. Sendo estas, o facto de a organização dos serviços ser fortemente hierarquizado, com várias linhas de comando; atualmente existem fracos níveis de autonomia, pois existe muitas fragilidades em contexto real da prática; há uma forte componente relacional com pessoas em situação de crise, o contacto com a morte, e com isso, a tomada de consciência da noção de imortalidade; a interrupção constante de tarefas, ritmos alucinantes ou de grande marasmo, a incerteza do que vai

acontecer; O trabalho por turnos, a antecipação de turnos, a perceção de permanente presença no serviço; e níveis baixos de reconhecimento da profissão.

Um dos palestrantes deste *webinar* era EEESMP que realçou a importância e a necessidade da existência de um EEESMP em cada equipa de enfermagem. Assim foi possível aprender e relembrar aspetos fundamentais e da importância do ambiente laboral de uma classe profissional que está sujeita a tantos fatores impulsionadores ao Burnout.

Também foi possível colaborar na organização, planeamento e execução do projeto “Sextas-feiras com saúde” dirigido a todos os cuidadores informais na UCC. Projeto de 12 Sessões, com intervenção de base psicoeducativa e socioterapêutica, integrando sessões de relaxamento. Foi possível estruturar e dinamizar a primeira sessão “Cuidar de nós” (Apêndice III) sobre a temática do autocuidado dos cuidadores informais e das pessoas que são cuidadas.

Foi sentida alguma dificuldade na estruturação desta intervenção, provavelmente devido à inexperiência, sendo que esta intervenção ocorreu no âmbito do primeiro EC realizado. Mas a oportunidade de pesquisar, planejar, estruturar e discutir a intervenção juntamente com a orientadora, contribuiu para o enriquecimento de conhecimentos, consolidação de conteúdos e orientação para as próximas intervenções.

A utilização de um sistema de registos é também condição para a excelência do exercício profissional, no âmbito da organização dos cuidados (OE, 2001). Durante os EC, foi utilizado essencialmente o Sistema de Informação SClínico, mas também, o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM). Ambos desempenham um papel fundamental na garantia da qualidade dos cuidados prestados, pois documentam, de forma sistemática e organizada, toda a assistência ao utente. Estes registos permitem uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, assegurando a continuidade dos cuidados e a tomada de decisões baseadas em informações precisas e atualizadas.

Durante o percurso nos EC, foi importante a procura de evidência científica que justificasse as intervenções planeadas, assim como desenvolver os estudos de caso à luz de referenciais teóricos de enfermagem que contribuem para a evolução da enfermagem enquanto disciplina. Segundo OE (2021) “a boa prática de enfermagem tem como âncora as teorias que a sustentam e uma ação baseada em conhecimento científico” (p. 20). Procurou-se utilizar diferentes referenciais teóricos de acordo com o contexto de cada EC. Os estudos de caso foram então sustentados pelos modelos teóricos de médio alcance de Afaf Meleis, a Teoria das Transições; o modelo de Hildegard Peplau, a Teoria das Relações Interpessoais; e o Modelo Tidal de Phil Barker, também conhecido como Teoria das Marés.

O desenvolvimento de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMQCE) implicam o aprofundamento do conhecimento da realidade existente, de modo a planejar um projeto à medida das necessidades, procurando a melhor resposta para as pessoas/ grupos, e conseqüentemente os melhores resultados em saúde. Implica, por isso, o envolvimento dos enfermeiros e a reflexão sobre o processo e as implicações da mudança (Machado, 2013). Não menos importante que a sua concretização, é a divulgação do trabalho realizado, procedimentos e resultados, com o intuito de contribuir para a divulgação de boas práticas. A participação nas III Jornadas Pedagógicas de Saúde Mental e Psiquiátrica possibilitaram a divulgação inicial do PMQCE.

### 1.3 COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DOS CUIDADOS

No domínio da gestão dos cuidados é exigido ao enfermeiro especialista a otimização do processo de cuidados ao nível das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, e a supervisão das tarefas delegadas de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. De acordo com as situações e o contexto, o enfermeiro especialista adequa a liderança e a gestão dos recursos, promovendo a otimização da equipa, favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos com o objetivo de garantir a qualidade na assistência dos cuidados prestados.

Nos EC as enfermeiras orientadoras para além da prestação de cuidados diretos ao utente, acumulavam atividades de coordenação. Como já foi descrito anteriormente na descrição dos contextos do EC, na UCC a EESMP era a coordenadora da unidade e da equipa de enfermagem, sendo responsável, entre outras tarefas, pela elaboração do plano de ação anual, discutido com a equipa, bem como pelo relatório final de atividades. Assim, integrado no desenvolvimento do estágio, houve a oportunidade de contactar com sistemas de gestão como a Plataforma de submissão do Plano de Ação das Unidades Funcionais e o Sistema de Dados Mestre (SDM).

A enfermeira orientadora da ETET exerce também funções de coordenação da equipa de enfermagem do CRI e da equipa de enfermagem da ETET. A equipa multidisciplinar da ETET reunia-se semanalmente seguindo uma ordem de trabalhos estruturada, abordando temas essenciais como a gestão de casos clínicos, análise de novos casos, a atribuição de TR e a atualização de situações mais delicadas e complexas. Durante as reuniões, e através da discussão dos casos clínicos considerados relevantes, foi possível uma análise intervisiva das relações estabelecidas com as pessoas cuidadas, promovendo uma análise conjunta das situações. Estas discussões também visaram a garantia de uma resolução mais eficaz e um encaminhamento adequado dos utentes. Para além disso, são avaliados pedidos de continuidade de cuidados provenientes de outros serviços e entidades, assegurando uma colaboração interinstitucional que favorece a articulação entre diferentes níveis de assistência e contribui para a qualidade e continuidade dos cuidados prestados. Após as reuniões, havia a oportunidade de ter um momento de *debriefing* estruturado com a EESMP orientadora acerca dos temas abordados na reunião. Foram momentos de manifesta aprendizagem.

Uma das enfermeiras orientadoras do EC em contexto de internamento participava semanalmente na reunião multidisciplinar do serviço na gestão dos casos, na qual houve a oportunidade de assistir. Este é um momento em que a equipa multidisciplinar trabalha em conjunto para criar um plano terapêutico adaptado às reais e únicas necessidades de cada utente. Desta forma, há garantia de que as informações sobre o utente sejam partilhadas. A discussão permitiu uma melhor coordenação e gestão dos cuidados com vista à melhor resposta às necessidades das pessoas assistidas. A participação nas reuniões semanais de discussão multidisciplinar permitiu uma maior tomada de consciência das necessidades dos utentes, da visão de cada disciplina e da complementaridade das diversas disciplinas entre si, em prol do utente.

Esta proximidade permitiu também, de uma forma generalizada, de uma melhor compreensão das dificuldades inerentes à gestão de recursos humanos, especialmente face à sua escassez, e do desafio de garantir uma resposta eficaz às necessidades da comunidade.

A possibilidade de acompanhar as enfermeiras orientadoras em funções de liderança foi sem dúvida um aspeto enriquecedor nos EC. A liderança em enfermagem possibilita a mobilização e orientação da equipa no sentido do alcance das metas da instituição, o que exige por parte do enfermeiro líder, o conhecimento técnico-científico e de competências nas relações humanas e interpessoais (Alves et al., 2010). A liderança quando alinhada com a equipa, promove equipas motivadas e um bom ambiente no local de trabalho e

consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e eleva os níveis de satisfação da equipa (Santos et al., 2022). Os enfermeiros enquanto líderes devem procurar o aperfeiçoamento contínuo, proporcionando uma prática mais crítica, reflexiva e participativa.

Os estilos de coordenação eram diferentes entre as enfermeiras orientadoras. Foi possível, num dos EC observar um estilo mais autoritário e egocêntrico, com pouca abertura à empatia com os restantes elementos da equipa. O que daí resulta pouca colaboração e dificuldade na gestão de conflitos.

Também foi possível observar um estilo de liderança motivador e estilo de liderança “por exemplo”. Em que a enfermeira orientadora motivava e unia a equipa, e dava o seu exemplo. Tinha a capacidade de contagiar a equipa com a sua confiança e o seu otimismo, acabando por motivar a ultrapassar da melhor forma os desafios e dificuldade que surgiam.

Na liderança surge consequentemente a delegação de funções por vezes necessária e até desejável, constituindo uma prática observada nos EC. A delegação surge com o intuito de otimizar os cuidados de enfermagem, e cabe ao enfermeiro especialista a supervisão das tarefas delegadas, assegurando a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro).

#### **1.4 DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é exigido ao enfermeiro especialista que demonstre “capacidade de autoconhecimento, (...) Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” detém de uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, gere respostas de adaptabilidade individual e organizacional, e baseia “a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4748).

A capacidade de se ser assertivo constitui uma habilidade fundamental em enfermagem, permitindo melhorar a gestão de tempo, a capacidade de expressar as suas escolhas, de negociar e gerir conflitos eficazmente (Kanade, 2018), sendo o treino da assertividade um recurso fundamental. Segundo Sequeira (2021) através da comunicação verbal e não verbal, a assertividade permite que na relação utente/profissional, se afirme o que se quer, pensa e sente, sem invadir o espaço do outro.

No decorrer dos EC houve espaço e oportunidade para o treino e reflexão das relações que foram sendo estabelecidas e construídas, quer entre profissionais, quer entre as pessoas alvo do foco dos cuidados. A comunicação assertiva é uma técnica que pode ser treinada, aprendendo a comunicar-se com o outro o que se pensa sem o ofender (Sequeira, 2021). Nas reuniões multidisciplinares o uso de técnica assertiva é crucial para o estabelecimento e manutenção das relações interpessoais profissionais saudáveis, o que leva para o sucesso destas reuniões, no sentido de atingir os objetivos comuns, isto é, numa gestão mais eficaz nas respostas multidisciplinares disponíveis e nos cuidados prestados.

O autoconhecimento permite o reconhecimento da própria vulnerabilidade e o consequente desenvolvimento de competências, assim como é também aquilo que permite fazer uso de si, e das próprias características com segurança (Pereira & Botelho, 2014). Este permite capacitar a identificação de fatores geradores de impasses terapêuticos no decorrer da relação terapêutica, tornando-se fundamental o reconhecimento do próprio sistema de valores e dos próprios limites.

Diante do desconhecido e da incerteza sobre a prática, surgiram frequentemente dúvidas, emoções e sentimentos que exigiram momentos de reflexão, e recodificação dos valores próprios. A capacidade de

gestão dessas experiências revelou-se essencial para garantir a qualidade das relações estabelecidas. E para isso, foi fundamental o apoio das enfermeiras orientadoras dos contextos do EC.

Ao longo deste período de EC, o sentimento de frustração e desmotivação por não conseguir gerir de forma plena, o tempo, e no reconhecimento da própria vulnerabilidade e aspetos característicos pessoais tais como o perfeccionismo e a autocrítica, levaram a períodos vividos de insegurança e incerteza. Mas, se por um lado, o confronto com as vulnerabilidades trouxe sentimentos de fracasso, também proporcionou confronto com características mais resiliente e de coragem para a aceitação de todos os desafios lançados, reconhecendo as limitações, mas também as forças. Neste longo percurso desafiante, o cansaço emocional e físico os seus sinais. O processo de autoconhecimento decorrente deste percurso, permitiu descobrir uma maior resiliência e coragem para enfrentar os desafios. Reconhecer as limitações, e transformá-las em forças e coragem, promovendo um crescimento pessoal e profissional significativo.

No âmbito dos EC surgiram várias oportunidades de partilha e divulgação do conhecimento. O estudante é um elemento que no encontro temporário com a equipa, pode atuar como semente germinadora de projetos.

Neste domínio foi realizado uma intervenção acerca da prevenção do Burnout na ETET. Nesta intervenção foi possibilitada aos elementos presentes realizar uma sessão de relaxamento de *Mindfulness*. Esta intervenção foi desenvolvida num dia de reunião da equipa multidisciplinar semanal. Especialmente nesta reunião, na primeira parte surgiram discordâncias de perspetivas de atuação relativamente a um caso específico. O ambiente ficou tenso e constrangedor. Após uma breve pausa da reunião, foi realizado a intervenção de relaxamento, prosseguindo posteriormente a reunião. Foi notório, sentido e verbalizado por alguns elementos da equipa, que a intervenção encaixou “que nem uma luva”. O ambiente inicial da reunião foi reconhecido como tenso e desestabilizador, e que após a intervenção os elementos conseguiram com o relaxamento adotar técnicas comunicacionais mais assertivas. Segundo Coutinho et al. 2024 os profissionais de saúde que trabalham com populações com Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) encontram-se particularmente vulneráveis a sintomatologia na esfera da ansiedade e depressão. Esta intervenção através do uso do relaxamento por *Mindfulness* à equipa multidisciplinar, teve como objetivo promover um momento de relaxamento, e incentivar a realização de técnicas de prevenção de Burnout. Os participantes referiram sensação de relaxamento e de bem-estar no fim da sessão. Nesta ação foi feita a aplicação de instrumentos de avaliação dos níveis de Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão através da escala ProQOL-5-Escala de Avaliação da Qualidade de Vida Profissional. A escala ProQOL-5- Escala de Avaliação da Qualidade de Vida Profissional, validada em Portugal por Carvalho e Sá, 2011. Esta escala avalia a Satisfação por Compaixão (prazer por poder fazer bem o seu trabalho) e dois componentes da Fadiga por Compaixão: o Burnout (exaustão, frustração, raiva e depressão relacionadas ao trabalho) e o Stresse Traumático Secundário (sentir medo em relação ao trauma primário ou secundário relacionado ao trabalho). É uma ferramenta que pode promover ações para a prevenção e tratamento da Fadiga por Compaixão, assim como aumentar a satisfação por compaixão e reduzir o Burnout (Carvalho, 2011). Após o preenchimento da escala, procedeu-se à sua recolha e realizado posteriormente a análise dos resultados. Os resultados foram entregues individualmente a cada participante num envelope fechado de forma a assegurar a privacidade e sigilo. Também foi realizado a análise no geral da equipa, e verificou-se que os níveis de satisfação por compaixão são moderados, o que é um indicador de que poderá haver problemas no trabalho. O nível de Burnout é moderado, indicador de que há necessidade de introduzir medidas preventivas na equipa. Também foi moderado, o nível de fadiga por compaixão.

No âmbito do EC na UCC foi desenvolvido uma ação de formação “Cuidar do meu Ser” para os profissionais da equipa multidisciplinar, que procurou relembrar a importância do autocuidado abordando temáticas como os desafios e dificuldades dos profissionais de saúde, ressaltando a importância da saúde mental de cada um, e a identificação de estratégias de autocuidado. No final da sessão houve um momento de reflexão e partilha entre os elementos da equipa multidisciplinar, em que o debate assentou na ideia de que é do conhecimento geral a importância e necessidade de momentos de autocuidado. Contudo, a gestão e o incentivo para a prática do autocuidado são estratégias que carecem e falham no dia a dia. Neste sentido, a sessão de formação foi considerada pelos participantes como útil e de grande importância.

No projeto CuidadoSAmente – Grupo de Apoio Cuidadores Informais, em curso na UCC, houve a oportunidade de dinamizar a sessão nº3 “Reconhecer a Esperança” (Apêndice IV) que vai ao encontro da temática do meu PMCQCE. Realizar esta intervenção possibilitou experienciar a intervenção da promoção da esperança em grupo. Segundo Querido (2021) os grupos estão indicados para trabalhar a reconstrução da esperança.

Ainda na UCC foi possível dinamizar e estruturar uma sessão do projeto “Cuidar de nós” dirigida aos cuidadores informais, dando também uma perspetiva da pessoa que é cuidada. A sessão dinamizada foi a primeira, em que os principais objetivos foram identificar as necessidades do ser humano e as alterações relacionadas com as exigências da vida pessoal e familiar, reconhecer a importância da saúde mental e identificar estratégias de autocuidado. Durante a sessão os participantes partilharam experiências e sentimentos, com relevância nos relatos das dificuldades sentidas nos seus papéis de cuidadores. Esta atividade proporcionou o desenvolvimento de competências enquanto formadora, pois permitiu treinar técnicas de comunicação, a assertividade, desenvolver a confiança nas capacidades enquanto formadora, e a segurança na partilha de temas de saúde mental.

No internamento foi realizado o levantamento das necessidades do serviço junto do enfermeiro gestor. Assim, foi identificada a inexistência de um protocolo acerca da Licença de Ensaio. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021), o processo de internamento deve preferencialmente ser visto de forma biotápica. Isto é, inicia-se com o processo de acolhimento e segue com o processo de preparação para a alta. O internamento é necessário em casos de agudização e identificação primária de doença. A tendência visa a que seja utilizado este serviço, apenas quando se apresenta absolutamente indispensável, tanto no que diz respeito à manutenção das dinâmicas do próprio indivíduo, como às daqueles que os rodeiam (Macedo et al., 2019). As pessoas com doença mental, após um internamento, nem sempre conseguem lidar com a sua condição e com a falta de apoio que encontram, ocorrendo uma descompensação de sintomas que as leva ao reinternamento. A Licença de Ensaio vem possibilitar o doente de regressar ao seu ambiente o mais precocemente possível, com critérios bem definidos, temporariamente, que vai possibilitar um maior ajustamento, readaptação e reabilitação do mesmo e da sua rede de apoio.

As pessoas que constituem a rede de apoio da pessoa com doença mental apresentam, habitualmente, défices em relação ao conhecimento sobre a doença, o tratamento e as capacidades do doente mental. Intervir no desenvolvimento do conhecimento e capacidades da rede de apoio, possibilita maior suporte, e uma melhoria das dinâmicas familiares, com vista à redução de crises e/ou reinternamentos.

No protocolo foi definido os procedimentos que a equipa de enfermagem deve adotar nos momentos da preparação para a licença de ensaio, durante e no regresso do doente ao internamento.

A realização deste protocolo possibilitou aumentar a interação e melhorar a integração na equipa, exigindo um maior entendimento das dinâmicas e procedimentos no serviço de internamento. O desenvolvimento de protocolos, para além de permitir a uniformização de procedimentos, possibilitou a pesquisa e estudo acerca desta temática, que apurou-se a escassez de documentos acerca desta temática.

Foi realizado a apresentação da proposta do protocolo da Licença de Ensaio (Apêndice V) à equipa numa reunião de EESMP. A ação de apresentação do protocolo foi de grande importância, pois permitiu momento de reflexão dos conteúdos abordados, e da necessidade da continuidade na elaboração da proposta pelos EESMP do serviço.

A pesquisa de referenciais teóricos que sustentam o conhecimento, disciplina e rigor científico foi cuidadosamente elaborado, tendo havido a preocupação no planeamento de cuidados a abordagem de diferentes referenciais teóricos de forma a enriquecer os estudos de caso. O referencial teórico é um guia orientador e facilita o pensamento crítico necessário na base dos cuidados de enfermagem pois possibilitam organizar e sistematizar o plano terapêutico, que é fundamental para a prática (Tomey & Alligood, 2004).

No EC na comunidade o estudo de caso foi suportado pelo modelo teórico de médio alcance de Hildegard Peplau, a Teoria das Relações Interpessoais. Esta teoria valoriza as relações interpessoais, sendo essenciais para que o utente e enfermeiro cresçam e se desenvolvem juntos, por isso, é um processo dinâmico que deve ocorrer durante o processo de assistência de enfermagem. De acordo com a Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, a relação terapêutica ocorre ao longo de quatro fases que apesar de independentes, elas sobrepõem-se e ocorrem ao longo da relação. Na fase de orientação, procurou-se estabelecer uma relação terapêutica, de abordagem holística e empática, de modo que o utente se sentisse seguro e compreendido para expressar as suas emoções, sentimentos, medos e perspetivas. Na fase de identificação, a colheita de dados foi através da observação e da entrevista, esta de perguntas abertas, informais e descontraídas, respeitando o ritmo do utente, promovendo um ambiente de confiança e seguro. No decurso do desenvolvimento da relação terapêutica, o utente descreveu perceções pessoais sentidas, nomeadamente, “pensamentos quentes na região pélvica”, “recebe pensamentos de outras pessoas, e ouveos através do seu estomago”, “o pensamento sai fora, para nós os vermos”, “aparecem pontos de cor dourada nos olhos, que é Deus ou Jesus Cristo (...) são douradas do Menino Jesus”. Como refere Howk (2004) nesta fase, o profissional deve evitar julgamentos prévios sobre o utente e aceitá-lo como pessoa. Procurou-se clarificar e identificar potenciais problemas, tendo em conta a sua condição e as suas próprias necessidades identificadas. No seguimento, foi realizado um plano de cuidados dinâmico que serviu de estrutura para o desenvolvimento de intervenções que vão ao encontro das reais necessidades do utente, que segundo o modelo teórico sustentado, corresponde à fase de exploração. Por último, a fase de resolução, correspondeu a todo o processo terapêutico, onde foram implementadas algumas das intervenções e atividades planeadas com o objetivo principal na promoção da autonomia e funcionalidade da pessoa.

No EC de internamento a base de suporte à colheita de dados utilizado, foi o modelo teórico de médio alcance de Afaf Meleis, a Teoria das Transições. Segundo Meleis (2010) os processos de transição conduzem à passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, num contexto de interação sistémica, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas e pontos de mudanças, ocorrendo alterações que podem provocar incertezas, desequilíbrio, conflitos interpessoais ou mesmo perturbações. A transição é definida como sendo uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades, exigindo que o indivíduo incorpore novos conhecimentos e altere o seu comportamento em função das necessidades internas e externas que afetam o seu estado de saúde. A transição de saúdedoença é fortemente influenciada pela diversidade cultural, resulta da alteração de um estado de bem-estar para

uma doença aguda ou crónica, incluem mudanças biopsicossociais e espirituais, como alterações súbitas de papel e que influenciam a adaptação do indivíduo ao ambiente (Schumacher & Meleis, 2010).

Com base na Teoria das Transições procurou-se compreender o tipo de transição pelo qual o utente do estudo de caso estava a vivenciar, identificar os padrões de transição, e determinar os fatores pessoais, comunitários e contextuais que possam facilitar ou dificultar o processo de transição. Foi realizada uma entrevista inicial baseada nas linhas orientadoras da entrevista FIFE (*Feelings, Ideas, Functioning, Expectations*), no qual foram colocadas questões abertas. Recorreu-se a técnicas comunicacionais que ajudassem a compreender melhor o processo, mas que também fortalecessem a relação terapêutica. A escuta ativa e uma comunicação empática foram fundamentais para a realização da entrevista e do estabelecimento da relação.

No EC de respostas diferenciadas na ETET a base de suporte à colheita de dados utilizado para o estudo de caso, foi o Modelo Tidal de Phil Barker, também conhecido como Teoria das Marés. Pertence à escola de pensamento das interações e é classificada como uma teoria de enfermagem de médio alcance, tendo como objetivo melhorar a compreensão e a prestação de cuidados de Enfermagem de forma holística, considerando as dimensões emocionais e psicológicas dos utentes.

O Modelo Tidal utiliza esta metáfora da água e do mar, com a finalidade de explicar que a vida é composta por processos contínuos de mudanças. Por outro lado, considera o percurso da vida como uma viagem num oceano de experiências, o qual compreende as alterações do estado de saúde-doença. Assim como o mar, apresenta momentos de calma, como de turbulência que poderão causar instabilidades e até a sensação de que se poderá afundar. Nesses momentos, é preciso atracar num porto seguro para que os reparos necessários sejam realizados, até que a pessoa esteja em condições para retomar a viagem no oceano de experiências (Freitas et al., 2019). A partir deste modelo o enfermeiro olha para a pessoa como a maior conhecedora da situação, sendo ela própria detentora das respostas, e que durante a vida, como num oceano, poderá estar sujeita a tempestades e mudanças, necessitando de paragens e restauros, momento em que o enfermeiro facilita a visão da crise como uma oportunidade, e explora o que pode ser feito para ajudar (Freitas et al., 2019).

Este modelo possibilita o cuidado de enfermagem baseado na recuperação da saúde mental dos indivíduos, colocando-os no centro do processo terapêutico. A partir da interação criativa com a pessoa em sofrimento mental, o enfermeiro auxilia o doente a encontrar um sentido para o objetivo psíquico, proporcionando condições para que as mudanças positivas aconteçam.

Foi realizada uma entrevista inicial semiestruturada baseada nas linhas orientadoras do Modelo Tidal, no qual foram colocadas questões abertas. Os itens avaliados segundo este modelo foram a: origem do problema, impacto do problema, contexto emocional anterior, relacionamentos, contexto emocional atual, conteúdo holístico, necessidades, desejos, vontades e expectativas (Querido et al., 2019). Após a entrevista, foi elaborado o plano de cuidados de acordo com as reais necessidades identificadas pelo utente do estudo de caso.

A análise SWOT foi uma estratégia de análise utilizada na reflexão em cada EC. Esta tem como finalidade focar a síntese dos cenários, sinalizando os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. Assim, “consolidam-se os mais relevantes aspetos / dimensões, que favorecem ou dificultam as aprendizagens” (Pereira & Rito, 2013, p. 274). Foram consideradas as dimensões de ordem pessoal e individual, tais como, as atitudes, comportamentos, e postura face à aprendizagem nos EC. Também nestas análises foram considerados aspetos de ordem organizacional, estrutural e institucional. Estas análises foram apresentadas

oralmente na fase final de cada EC à professora supervisora e à EESMP orientadora. Estes momentos possibilitaram a reflexão e exposição das dificuldades e emoções vivenciadas nos EC, fundamentar a prática durante os EC, e abordar aspetos a melhorar num sentido de crescimento profissional. Desta forma, estes momentos contribuíram para o desenvolvimento das competências gerais e específicas do EESMP.

A partilha de conhecimento foi uma constante, quer nos contextos de EC, quer nas oportunidades que surgiam de participação em eventos como o Encontro de Saúde Mental da Região de Leiria “(PSICO)HUMANIZAR: QUANDO O INVISIVEL SE TORNA ESSENCIAL” (Anexo V) e também a participação no Simpósio Saúde Mental: Muralhas, Pontes e Aquedutos – Prevenção do suicídio e comportamentos suicidários (Anexo VI). No âmbito do I Encontro de Enfermagem “Refletir o passado, integrar o futuro” foi possível assistir à Conferência – “O poder do fator Empatia” (Anexo VII) e ao Workshop sobre a Entrevista Motivacional (Anexo VIII).

A participação nos Seminários: “Scoping Review” (oradora PhD enfermeira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem) e “Escrita Científica” (orador enfermeiro PhD) dinamizados em formato on-line pela Escola Superior de Saúde de Leiria, mostrando-se importantes aliados na construção da teoria à prática especializada, nomeadamente na exposição realizada, o que contribuiu para a aquisição de conhecimentos de extrema importância para a elaboração de trabalhos científicos.

No âmbito da promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos houve a oportunidade de assistir à apresentação dos resultados iniciais dos inquéritos aplicados aos trabalhadores do Município da ETET. O projeto intitulado “Intervenção em comportamentos aditivos e dependências no contexto laboral”, organizado pela Câmara Municipal e Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. Este projeto tem como objetivos o aumento da literacia do uso do álcool, sensibilização do consumo de álcool durante o período laboral, e a redução dos consumos de bebidas alcoólicas no período laboral. Os resultados obtidos irão originar um diagnóstico, e posteriormente as entidades seguem para a elaboração de um programa estruturado de estratégias de acordo como diagnóstico identificado.

Na ETET uma das EESMP desenvolveu uma ação de formação à Equipa de Rua com a temática “Tratamento na Dependência de Opióides” na qual houve oportunidade de participar. Nesta ação de formação foram abordados os critérios de inclusão para o programa Redução de Riscos e Minimização de Danos e os seus objetivos, fármacos utilizados no programa e os seus efeitos, e cuidados a ter na gestão e administração dos mesmos.

Também em contexto académico, de partilha entre pares, ocorreu a participação ativa nas II Jornadas Pedagógicas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde da Escola Superior de Saúde de Leiria, com a elaboração de um póster no âmbito da Unidade Curricular de Ética e Deontologia em Enfermagem em coautoria, sobre um dilema ético nos cuidados de enfermagem, intitulado “Futilidade terapêutica no Cuidar em Fim de Vida”. Foi ainda possível estar presente, nas III Jornadas Pedagógicas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde da Escola Superior de Saúde de Leiria participação ativa com a elaboração e apresentação de um poster intitulado “Gestão da esperança e ansiedade em mulheres com cancro da mama: contributos para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem ” e uma comunicação oral “Promoção da esperança e gestão da ansiedade em mulheres com cancro da mama: aplicação de um programa” ambas relacionadas com o PMCQCE. A participação neste tipo de eventos formativos traduziu-se inevitavelmente no crescimento do conhecimento que surge pela partilha de boas práticas utilizadas nos

mais diversos contextos, para além do desenvolvimento de competências de divulgação da ciência e conhecimento produzidos.

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

Assumindo que a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como foco a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto), são as competências de âmbito psicoterapêutico, “que permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade” (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, p. 21427).

Ao longo dos EC, enquadradas nos diversos projetos de estágio, foram realizadas intervenções que permitiram desenvolver e otimizar as competências específicas do EESMP. Essas intervenções foram planeadas e estruturadas de acordo com as reais necessidades identificadas tanto na pessoa, família e comunidade, respeitando as necessidades específicas de cada contexto.

### **2.1 CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO**

Este período de tempo de formação académica proporcionou não apenas o desenvolvimento de competências e conhecimentos essenciais para o estabelecimento da relação com o outro, mas também proporcionou um crescimento pessoal e profissional, que permitiu o desenvolvimento de competências e habilidades fundamentais para saber lidar com a própria individualidade, enquanto pessoa e enfermeira, e enquanto instrumento terapêutico que se mobiliza em si mesmo, e que influencia as relações e os processos terapêuticos.

É de considerar que esta competência é das mais desafiantes e de uma exigência pessoal elevada. É uma competência dinâmica, que necessita de ser trabalhada continuamente ao longo do ciclo de vida do EESMP.

As experiências que os ensinamentos clínicos proporcionaram, não devem ser tidas como experiências acumuladas, mas sim experiências refletidas. Como refere Sequeira e Sampaio (2021), citando Riley (2004) e Chalifour (2008), previamente ao contacto com a pessoa, o enfermeiro deve definir qual o intuito do mesmo, assim como proceder à autoanálise das suas emoções e dos seus pensamentos.

A autoconsciência traduz o conhecimento de si e foi possível incrementar o desenvolvimento pessoal enquanto enfermeira tanto na profissão de enfermagem como na vida em geral. Observou-se que quanto melhor a compreensão que o enfermeiro tem de si próprio, melhor será a sua comunicação, e maior facilidade terá em manter relações profissionais satisfatórias, permitindo-lhe gerir situações complexas (Goleman, 2016). O desenvolvimento do autoconhecimento foi essencial, e concordando com Haboba (2022), este permitiu, enquanto ser humano procurar a sua essência, e conhecer as suas características pessoais e individuais para conseguir olhar para o outro com a mesma percepção de compreensão nas suas questões emocionais, sentimentais, culturais e práticas de autocuidado. De forma a aperfeiçoar o conhecimento do cuidar nas diferentes culturas atuais, participou-se no webinar da Ordem dos Enfermeiros, intitulado “Ciência do Cuidar: Cuidados de Enfermagem na Transculturalidade” (Anexo IX).

A realização de diários reflexivos ao longo dos EC permitiu para além da recolha de informações, notas e impressões, uma catarse emocional reflexiva. Estas reflexões revelaram ser de extrema importância, pois contribuíram para o aprofundamento e clareza dos estados emocionais vividos. As narrativas escritas promoveram o desenvolvimento de hábitos de reflexão sobre as experiências vividas e, quando partilhadas e debatidas, ampliam ainda mais o seu impacto, ao incorporar diferentes perspetivas, e enriquece as interações (Macedo et al., 2013). Estas reflexões foram partilhadas também verbalmente em momentos de supervisão com *debriefing* estruturado com as enfermeiras orientadoras e com a professora supervisora. A elaboração das Análises Crítico-Reflexivas dos EC também construíram para a ação-reflexão, em que não só foi refletido a ação interventiva na prestação de cuidados, mas também, foi refletido a ação no sentir, na qual foram levantadas questões como por exemplo “O que senti...”, “Porque senti...”, “Foi difícil de lidar porque ...”.

A oportunidade de realizar um estudo de caso na ETET, foi uma experiência bastante desafiadora, o que também veio permitir um grande crescimento pessoal enquanto futura EESMP. A utente do estudo de caso era adicta e estava grávida. Para o estabelecimento da relação terapêutica, houve a necessidade de ter consciência dos impasses terapêuticos que poderiam intervir e que colocariam a relação em risco. Os comportamentos de risco da utente, entravam em conflito com os meus próprios valores e princípios éticos. Isso gerou uma série de reflexões internas sobre como equilibrar as necessidades da utente com as crenças pessoais. Tive de adaptar a abordagem profissional, procurando agir de forma respeitosa em relação aos comportamentos da utente, aceitando-a como ser único que é suportada pelas suas vivências e escolhas de vida. Na vivência desta situação foi possível experimentar a aceitação na perspetiva de Sequeira (2016), enquanto necessidade humana básica essencial para a segurança na ação e expressão de autodeterminação, sem contaminação da relação que se estabelece com o outro. Tal como refere, numa primeira instância, e enquanto profissional pouco experiente nesta área, olhei para esta técnica como uma técnica simples, no entanto, quando foi necessário operacionalizá-la apercebi-me da sua complexidade, pois esta requer uma elevada dedicação, na medida em que o profissional tem de abdicar dos seus valores e compreender o outro na sua individualidade (Sequeira, 2016). Na relação com a utente do estudo de caso, o que à partida poderia ser simples e adquirido, veio demonstrar-se complexo, requerendo um exercício constante de reflexão, supervisão e intervisão na relação com a prática de exercícios de meta reflexão na ação, com recurso à escrita reflexiva. Face à diferença de comportamentos e dos valores entre cada um dos intervenientes na relação, tem necessariamente de haver a capacidade em observar e estar consciente dos próprios valores individuais sem suprimir os do outro. Neste exercício constante ao longo dos estágios, e desta forma, tomámos consciência do aprofundar o respeito pelo outro, o olhar para o outro com gentileza e dignidade (OE, 2015).

## **2.2 ASSISTÊNCIA À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

Ao longo deste processo formativo houve a oportunidade de experienciar e realizar cuidados de enfermagem especializada durante o decorrer dos EC em vários contextos: comunitário, internamento de doentes agudos e em contexto das respostas diferenciadas - Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET) o que permitiu “executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, p. 21428), contribuindo para o desenvolvimento de competências essenciais na construção da relação terapêutica, tais com as competências comunicacionais, relacionais, sensibilidade cultural e aceitação do outro.

No contexto de comunidade foi possível participar em atividades que permitiram conhecer melhor as necessidades específicas daquela comunidade e estabelecer parcerias de intervenção. De acordo com o artigo n.º 101 do Código Deontológico (Lei nº156/2015, de 16 de setembro) o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades nos cuidados de enfermagem, desta forma, deve conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido, participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Destas atividades destaca-se a XV Feira Infantil do Município – Floresta Mágica, dirigida às crianças, jovens e famílias, no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Criança (Apêndice VI). Um evento organizado pelo município, no qual a UCC tem participado. Para este evento, a UCC tinha já previstas algumas atividades subordinadas ao tema “Corpo Humano” e “A Higiene do Sono”. Tratando-se de uma feira, com um número muitíssimo variável de participantes, surgiu a dificuldade em definir uma atividade organizada que promovesse a reflexão e pudesse ter um impacto maior do que simplesmente distribuir informação. Optou-se por dirigir uma atividade específica para os adultos e outra para as crianças, denominada “O Abraço”. As atividades tiveram um impacto maior do que o esperado, uma vez que por si, provocaram reflexão e a partir das mesmas surgiram partilhas interessantes de vida, e gestos de afeto, que por vezes precedidas de uma expressão como por exemplo “Precisava mesmo de um abraço...”, “Que bom que é o teu abraço”, onde foi importante mobilizar técnicas de comunicação terapêutica. No âmbito do contexto escolar, a EEESMP integra um projeto denominado “MenteSaudável”, desenvolvido através da parceria entre a Unidade Local de Saúde, a Câmara Municipal e o Agrupamento de Escolas. Este projeto é constituído por um enfermeiro generalista, dois psicólogos, um técnico de saúde ambiental e um terapeuta da fala. Esta equipa intervém nas escolas do município no âmbito do pré-escolar e do 1º ano de escolaridade. A temática desenvolvida neste ano letivo foi a Higiene do Sono, em que foi contado uma história aos alunos em sala de aula, “O Alfredo e o amigo soninho” escrita pela equipa e ilustrada pelos alunos, editada pelo município. Posteriormente, foi solicitado aos alunos, o preenchimento de uma caderneta facultada pela equipa, de acordo com a qualidade do sono de cada noite, e entregue um folheto informativo para os encarregados de educação.

As visitas domiciliárias constituíram-se um instrumento valioso para o conhecimento da realidade das pessoas cuidadas no seu ambiente natural, na medida em que permitiram uma observação e avaliação mais ampla daquilo que é o contexto do doente, que noutros ambientes limitam o acesso a conteúdos importantes.

Dado que o profissional entra literalmente no espaço pessoal e privado das pessoas doentes/ utentes, consegue colher informações tais como, o contexto familiar, a rede de apoio, a sua casa, os seus pertences e objetos, as suas vivências através da organização, exposição e co-habitantes do seu espaço próprio, da sua casa, ou seja, as reais necessidades da pessoa no seu ambiente e comunidade são percecionadas pelo profissional de forma mais completa e integrativa. Assim, a visita domiciliar permite uma recolha de informação privilegiada e essencial para a compreensão do estado de saúde mental do doente e o seu comportamento dentro do seu ambiente. Permitiram executar uma avaliação global, através de entrevistas com utilização de instrumentos de avaliação como o exame da grelha mental e semiologia, genograma e ecomapa, para uma descrição mais pormenorizada da história de saúde mental da pessoa doente e da família. A UCC na sua intervenção comunitária centraliza o seu foco em toda a dinâmica e contexto envolvente da pessoa com doença mental, permitindo uma avaliação do impacto do seu problema na sua qualidade de vida e bem-estar, com destaque na funcionalidade e autonomia.

No contexto comunitário as intervenções prenderam-se, de uma forma geral, na prevenção das recaídas através da implementação de estratégias como a promoção e avaliação da adesão ao regime terapêutico, a reabilitação funcional e social, com necessária proximidade e colaboração com a rede de apoio - família e comunidade.

As intervenções planeadas fizeram sentido para a comunidade, e para isso foi necessário executar “uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental (...) nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto, p. 21428). Os resultados desta avaliação, deram a cabo projetos de intervenção grupal para a comunidade direcionados às fases do ciclo vital das pessoas, inclusivamente aos cuidadores, como já foi descrito anteriormente.

Em contexto de internamento também foram realizados vários programas de intervenção grupal, tendo em conta os diagnósticos mais frequentes das pessoas cuidadas durante o internamento, de forma a responder o mais possível às suas reais necessidades. Assim, foram dinamizadas várias sessões grupais, em que cada intervenção tinha objetivos específicos. Houve o cuidado de realizar as intervenções em sessões numa ordem de sequência lógica na abordagem dos temas. A primeira sessão, “Sou Único e fundamental” uma intervenção socioterapêutica e psicossocial com recurso à biblioterapia em que se procurou promover a expressão emocional, o autoconhecimento, a reflexão e estimular a interação social, em grupo aberto; a intervenção “Árvore das Emoções” em que se visou otimizar as competências emocionais, através da identificação das emoções, identificação de estratégias na autogestão das emoções; intervenção “Entender a Ansiedade” com o objetivo de compreender a importância da gestão da ansiedade, validar a normalização da ansiedade, ensinar, treinar e capacitar estratégias de autogestão da ansiedade (Apêndice VII). Foram realizadas três intervenções de relaxamento: prática de *Mindfulness*, técnica de *Jacobson* e imaginação guiada (Apêndice VIII). Estas intervenções foram especialmente construídas para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem de “Insónia” e de “Ansiedade”, muito frequentes nas pessoas internadas. Através do relaxamento, pretendeu-se que a pessoa desenvolva a capacidade de lidar eficazmente com os sintomas físicos e que se consciencialize da influência que a sua perceção tem no desenvolvimento da ansiedade de forma a poder treinar a autogestão da mesma de uma forma mais eficaz (Elias, 2014, citado por Coelho & Sousa, 2021). Estas sessões tiveram ótima aceitação do grupo, que demonstrou interesse na sua continuidade. Também foi desenvolvido um programa de intervenção breve de adesão ao regime terapêutico, em que consistia em duas sessões: hábitos de vida saudáveis e medicação (Apêndice IX).

A recolha de informação necessária e pertinente para a compreensão das reais necessidades dos grupos e da comunidade, assim como a realização de uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental, dos fatores promotores e protetores do bem-estar, e dos fatores predisponentes de perturbação mental, permitiram o desenvolvimento e implementação de intervenções mais dirigidas e respeitadas tendo em conta a fase do ciclo de vida e do contexto ambiental.

A intervenção em grupo no internamento inicialmente, demonstrou-se ser muito desafiante pela necessidade de conduzir o grupo, e de todos os desafios comunicacionais inerentes. Ao longo das sessões, verificou-se uma disponibilidade no grupo (grupo aberto) e bem-estar geral durante as sessões. Houve pessoas internadas que demonstraram assiduidade em todas as sessões realizadas.

Desta forma, houve a oportunidade de desenvolver competências de recolha de informação, avaliação e implementação de intervenções de promoção e proteção da saúde mental, prevenção ou minimização da perturbação mental na comunidade e em grupo.

No âmbito do estágio e nos diferentes contextos foi possível a realização de estudo de caso clínico. A utilização deste tipo de metodologia revelou-se de grande utilidade, na medida em que se pretendeu conhecer uma determinada realidade de forma mais aprofundada (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Os estudos de caso clínico (enfermagem) são estudos aplicados na prática de cuidados de enfermagem com o objetivo de analisar os problemas e as necessidades da pessoa/ família/ou comunidade, proporcionando subsídios para que os profissionais de saúde (nomeadamente os enfermeiros) estudem a melhor estratégia para identificar, solucionar e/ou reverter os problemas identificados (Galdeano et al., 2003). Ainda segundo os mesmos autores, este permite que o estudante observe, compreenda, descreva e analise reflexivamente uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações.

Nesta perspetiva os estudos de caso permitiram a reflexão sobre o processo clínico de cuidados e as intervenções desenvolvidas e implementadas neste processo. Ao longo do estágio foram desenvolvidas intervenções baseadas no planeamento de cuidados desenhado em parceria com o utente, de acordo com as necessidades reais sentidas e identificadas (Apêndice X). Assim, de forma a dar resposta ao planeamento de cuidados foram realizadas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas (Apêndice XI), sendo estas a realização da sessão “Estrada da Vida” que permitiu a expressão emocional, a promoção da reflexão e a identificação de fatores protetores e de risco, para além de que é uma atividade rica de conteúdo informativo do doente, que permitiu a colheita de informação para a avaliação inicial; a sessão “Onde estou” que permitiu promover a expressão emocional, promover a reflexão, a construção do genograma e do ecomapa; a sessão “Como vai a minha saúde mental”, com os objetivos de avaliar *insight*, avaliar a adesão ao regime medicamentoso, promover a reflexão acerca do conceito de saúde mental, conhecer a importância de ter hábitos de vida saudáveis, identificar hábitos de vida saudáveis, identificar sinais e sintomas de doença mental; a sessão “Os meus pilares” que permitiu a identificação dos fatores protetores e de risco, a sessão “Planear objetivos” em que foram identificados objetivos de vida e a promoção da esperança; a sessão “Toma da medicação” que teve como objetivos melhorar o conhecimento sobre a medicação, a identificar principais fatores ligados ao abandono terapêutico, identificar estratégias facilitadoras do cumprimento da medicação; a sessão “Sono” em que foi realizada psicoeducação sobre estratégias não farmacológicas de higiene no sono; e “O meu pensamento” que não foi realizada porque o utente teve alta clínica do internamento, esta sessão tinha como principal objetivos avaliar o delírio e ensinar sobre estratégias de *coping* para lidar com o delírio.

Foi construído um programa breve de intervenção da promoção da esperança (Apêndice XII) com cinco sessões. Numa destas sessões aplicou-se o instrumento Brasão da Esperança, que representa a arma de defesa usada pelos guerreiros, simbolizando a esperança como escudo protetor na vida das pessoas (Querido et al., 2011). A elaboração do Brasão de Esperança permitiu a identificação de alguém próximo que aumenta a esperança, a identificação de uma sensação que promova esperança, uma crença e uma experiência do passado significativo de esperança. Procurou-se aplicar este instrumento neste contexto de relação, pois no PMCQCE este instrumento não estava planeado a sua utilização. Aproveitando, assim a oportunidade de desenvolver outras práticas de intervenção promotoras de esperança.

Também foi construído um programa de orientação para a realidade (Apêndice XIII) que foi dinamizado de forma informal ao longo de vários dias do estágio. Este último programa (programa de orientação para a realidade), por vezes levou a pensamentos de que a intervenção seria eventualmente uma intervenção pouco relevante. Contudo, estes pensamentos advinham do ego de quem promovia a intervenção, numa visão em que o foco não era o doente. Pois uma intervenção será sempre relevante se for ao encontro das reais necessidades do doente.

A prática no contexto da relação terapêutica permitiu a realização de intervenções individuais e em grupo, possibilitando oportunidades significativas para o desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais, de observação, planeamento e intervenção. Estas competências foram sendo progressivamente aperfeiçoadas ao longo dos EC. Assim como, um crescimento gradual da confiança pessoal na prática no contexto da relação terapêutica, traduzindo-se numa prática mais segura e consciente.

Por outro lado, o estágio também proporcionou a aplicação de metodologia de estudo de caso na perspetiva de investigação. Segundo Yin (2010) o estudo de caso é um tipo de pesquisa empírica, que investiga fenómenos atuais inseridos no seu contexto de vida real, utilizado especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto são pouco evidentes. O seu objetivo é explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenómeno, com recurso a metodologia científica, pelo que foi escolhido como abordagem para reportar os resultados do PMCQCE identificado a partir do contexto de prática clínica como enfermeira.

Foi possível elaborar a identificação do problema e necessidade, estrutura e implementação de um PMCQCE, intitulado “Promoção da Esperança e gestão da ansiedade em mulheres com cancro da mama”. É um projeto que vem dar uma resposta estruturada e especializada para as necessidades de promoção da esperança e na prevenção, avaliação e gestão da ansiedade das mulheres com cancro da mama, visando melhorar a sua qualidade de vida. A intervenção do EEESMP nesta área e nesta população específica tem um impacto significativo na melhoria dos resultados de saúde, através da implementação de programas de intervenção especializada, que será desenvolvido na Parte III do presente trabalho.

Ao longo dos EC os registos foram elaborados segundo taxonomia CIPE. A OE (2021) promove o uso de taxonomias com classificação de diagnóstico, intervenções e resultados. Desta forma, o uso de taxonomia CIPE é considerado uma atuação correta no processo de enfermagem e a sua utilização permitiu o uso especializado da linguagem técnica. Foi sentida alguma dificuldade nos registos conforme a taxonomia CIPE, pois nem sempre se consegue espelhar o que realmente foi realizado e sentido.

### **2.3 AJUDA À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, INTEGRADA NA FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE A RECUPERAR A SAÚDE MENTAL**

Ao longo deste percurso houve muitas oportunidades de estabelecer relação terapêutica com pessoas em diferentes fases do ciclo de vida, de diferentes contextualizações, e com diferentes necessidades. Foi possível a realização de três estudos de caso em contextos diferenciados, em contexto comunitário, contexto de internamento e contexto dos comportamentos Aditivos e Dependências. Nos diferentes contextos foram escolhidas situações particulares e especiais cujo estudo de caso clínico permitiu aprofundar competências de relação de ajuda e de intervenção especializada: foram estabelecidos diagnósticos de enfermagem de saúde mental, identificando os problemas e as necessidades específicas de cada pessoa no âmbito da saúde mental de forma a estruturar um planeamento de cuidados negociados com as pessoas cuidadas. Foram avaliados os impactos na saúde mental tendo em atenção cada contexto. Foram ainda identificados sinais e sintomas de perturbação mental e problemas de saúde relacionados e foram aplicados os sistemas de taxonomia estandardizado para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros. No processo de enfermagem as taxonomias utilizadas constituíram-se ferramentas importantes pela melhoria na comunicação interpares e na organização do conhecimento da disciplina (OE, 2021).

A realização de estudos de caso foram fundamentais para o conhecimento aprofundado de uma determinada realidade. Todas as intervenções estruturadas, planeadas e implementadas neste âmbito e nas intervenções de grupo e individuais, foram sustentados no processo de enfermagem da pessoa cuidada, tendo-se observado o seu dinamismo e a necessidade de ajustes frequentes à evolução da relação estabelecida, sempre com o enfoque na sistematização dos cuidados desde a metodologia de colheita de dados, à construção do processo de enfermagem, criando assim condições para uma prestação de cuidados de qualidade (Townsend, 2002).

Em todos os estudos de caso realizados foi elaborado o genograma. Este instrumento permitiu obter informações da constituição familiar. São retratos gráficos da história e do padrão familiar, em que foram identificados a estrutura básica e o funcionamento da família. A elaboração do genograma familiar em parceria com o utente do estudo de caso permitiu conhecer e interpretar o seu contexto familiar. Concomitante com o genograma foi associado o ecomapa. Este instrumento permitiu estabelecer uma visão mais ampliada do utente do estudo de caso, retratando a ligação entre ele e a comunidade social a quem pertence. A utilização destes dois instrumentos, genograma e ecomapa, permitiram identificar as ligações familiares, meio ambiente e sociedade, identificando os vínculos com os recursos comunitários (Gomes et al., 2021b). Informações importantes para a avaliação do suporte disponível no seu contexto familiar e social.

Destaca-se o estudo de caso realizado em contexto de internamento, tendo por base a Teoria das Transições, no sentido de compreender a transição vivenciada pela pessoa doente, identificar os padrões de transição e determinar os fatores pessoais, comunitários e contextuais que pudessem facilitar ou dificultar o processo de transição. Foi realizado uma entrevista inicial baseada nas linhas orientadoras da entrevista FIFE (*Feelings* - Sentimentos; *Ideas* - Ideias; *Functioning* - Funcionamento; *Expectations* - Expetativas) (Querido et al., 2019) na qual foram colocadas questões abertas e aplicadas técnicas de comunicação terapêutica (Apêndice XIV). Para além da entrevista, a observação e a consulta do processo clínico, numa colaboração mútua com a pessoa doente, com quem foram aferidos os diagnósticos e os problemas prioritários. Desenvolver e clarificar a informação obtida durante a entrevista inicial foi difícil, percecionou-se o doente pouco comunicativo e pouco colaborante. Ao consciencializar a necessidade de centrar os cuidados na pessoa doente, tomamos consciência da comunicação não verbal que necessita de decodificação e nas diferenças de interesse entre as perceções do doente e as expetativas do EESMP no estabelecimento da relação de ajuda. Refletir sobre a situação permitiu reconhecer a importância de colocar o foco central na pessoa doente e da necessidade em ajustar as intervenções às reais necessidades e dificuldades sentidas pela mesma, reconhecendo e valorizando a sua singularidade. Colocando o foco central no doente, o respeito e aceitação pela pessoa que é, foram uma preocupação. Trata-se de colocar a pessoa no centro dos cuidados, compreendendo a sua história pela sua própria voz, e construindo o percurso de forma conjunta, identificando e mobilizando as forças e recursos para alterar o necessário de forma a atingir os objetivos da pessoa (Brookes, 2011). A adaptação do plano de cuidados àquelas que são as reais necessidades da pessoa deverá ser uma preocupação do EESMP, procurando assim atender à individualidade de cada um (Regulamento n.º 515/2018, de 7 agosto). Recorreu-se a técnicas comunicacionais que ajudassem a compreender melhor o processo, mas que também fortalecessem a relação terapêutica. A escuta ativa e uma comunicação empática foram fundamentais para a realização da entrevista e do estabelecimento da relação. No entanto não foi possível a conclusão das intervenções, mas toda a fase de planeamento e acompanhamento, assim como a adaptação necessária do plano, foram uma oportunidade de aprendizagem. Percebeu-se o plano de cuidados enquanto uma estrutura dinâmica que serve de fio guia para o desenvolvimento de intervenções que vão ao encontro das reais necessidades do doente o que potencia a relação estabelecida.

Ainda no contexto de internamento verificou-se a importância do despiste e diferenciação da alteração do estado mental. No acompanhamento das pessoas em internamento, observou-se a realização de processos de estudo para despiste da causa orgânica em sintomatologia de doença mental, que incluem alguns exames complementares de diagnóstico, como análises clínicas e/ou Tomografia Axial Computorizada. Associado ao estudo orgânico é fundamental a entrevista com a pessoa e/ ou a família, realização do exame mental, e toda a estrutura do processo de enfermagem e do plano de cuidados. Durante o processo de estabilização psicológica da pessoa, houve a oportunidade do contacto com a terapêutica medicamentosa prescrita e de gerir o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade da pessoa doente.

Nos contactos breves durante o PMO onde é efetuada a entrega e toma assistida da Metadona, foi possível identificar vários dados importantes no cuidado aos utentes, através da observação e da comunicação, mais especificamente no que concerne aos “domínios do autocuidado, da promoção e educação para a saúde, da prevenção de doenças, da redução de riscos e da minimização de danos” (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, s. d.).

As consultas de EESMP tiveram uma grande importância no desenvolvimento da capacidade de observação, análise, planeamento e posteriormente a avaliação dos resultados dos cuidados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Tendo por base a linguagem classificada para os cuidados de enfermagem, CIPE, a identificação dos problemas e necessidades específicas da pessoa ou grupo-alvo dos cuidados. As consultas refletiram o *setting* ideal para experienciar e treinar a relação terapêutica, escuta ativa, entrevista motivacional, entre outras técnicas comunicacionais. Nestes momentos surgiram as dificuldades em estar verdadeiramente presente e com disponibilidade para a pessoa, dado que existia uma preocupação em criar um raciocínio de pensamento, na atenção ao verbal e ao não verbal, em recordar conceitos e técnicas de entrevistas, e a preocupação em manter o foco de que o percurso, as necessidades e os objetivos são da pessoa, o que remete para a primeira competência do EESMP.

As visitas domiciliárias constituíram-se como um recurso à proximidade no contexto de comunidade. Ao longo dos EC, foi sendo cada vez mais evidente da importância na intervenção ao utente inserido no seu próprio ambiente, em que este momento é, bastante rico de informações para o EESMP. Entre as visitas domiciliárias, destaca-se a visita a uma utente com transtorno de acumulação compulsiva. A visita domiciliária contribuiu para uma avaliação real da situação, em que numa parceria entre EESMP – utente - família, foram estruturadas estratégias operacionais específicas para dar resposta às necessidades da utente e da família. Também se destaca a realização da visita domiciliária a um utente da ETET que se encontrava numa situação de doença crónica em fase terminal, que demonstra a versatilidade e necessidade constante do EESMP na adaptação às reais necessidades sentidas pelos utentes. Houve a oportunidade de realizar a primeira visita em conjunto com a psiquiatra e enfermeira. Neste contacto foi possível identificar as necessidades do utente, e principalmente as necessidades da esposa. Este utente estava em PMO com Buprenorfina. Seguidamente ocorreram mais duas visitas domiciliárias posteriores, em que se entrevistou na promoção do conforto do utente e na otimização da gestão terapêutica. A intervenção com a esposa teve como foco a aceitação da condição de doença do marido e na autocompaixão.

Houve a oportunidade de contactar com a metodologia de Terapeuta de Referência (TR) na UCC e na ETET. Para cada utente é designado um coordenador de cuidados que contribui para a seleção dos cuidados mais adequados, assegurando que usufrui dos serviços existentes, promovendo um acesso mais simples, articulando a intervenção dos diferentes profissionais, de modo a garantir a continuidade e a coerência dos cuidados recebidos (Brito, 2018). Na ETET a cada utente é-lhe distribuído um TR, um enfermeiro responsável

e um psiquiatra responsável. O TR pode ser qualquer um dos profissionais de saúde pertencentes à ETET. Na ETET o TR é o EESMP que permite a permanência da pessoa doente na comunidade e promove a sua integração, estimulando ao máximo a sua autonomia e participação, potenciando capacidades e sucessos. Cabe ao terapeuta de referência, neste caso ao EESMP assegurar a continuidade dos cuidados, facilitando a adesão ao tratamento, detetando sinais precoces de alerta e facilitando a intervenção em crise. Dessa forma previne recaídas e reinternamentos, e garante os direitos das pessoas com doença mental grave (Brito, 2018).

Durante esse processo, foi possível vivenciar e aprimorar a relação terapêutica, a escuta ativa, a entrevista motivacional, entre outras intervenções. No entanto, também houve o desafio de estar verdadeiramente presente e disponível para a pessoa cuidada, ao mesmo tempo em que se exigia a construção de uma linha de raciocínio, a atenção à comunicação não verbal, a aplicação de conceitos e técnicas de entrevista e a constante lembrança de que o foco deve estar no percurso e nos objetivos da pessoa, e não no enfermeiro.

## **2.4 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SÓCIO TERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS**

No Diário da República encontram-se consagrados o planeamento e a realização de intervenções psicoterapêuticas, “enquanto competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), desde 2011. É, na atualidade, absolutamente inquestionável o papel de relevo que este profissional pode desempenhar, em articulação multidisciplinar com a equipa de saúde, por via desta sua competência específica” (OE, 2023, p. 8). O Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros revelou-se um instrumento muito útil no estudo das boas práticas e na clarificação das intervenções passíveis de serem realizadas pelo EESMP. Foi possível aprofundar e esclarecer a diferença entre “psicoterapia” e “intervenção psicoterapêutica” e ter presente a abordagem necessária ao enfermeiro enquanto terapeuta: corpo teórico, experiências formativas e desenvolvimento pessoal. A “intervenção terapêutica em Enfermagem é entendida como um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e a pessoa, no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados” (Sampaio et al., 2016, p. 12).

Nos contextos de EC foram realizadas intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem. Para isso, foram definidos, em parceria com o utente, objetivos terapêuticos claros e alcançáveis. Identificados diagnósticos de enfermagem no domínio da saúde mental. As intervenções foram estruturadas, e decorreram de forma progressiva e sequencial, sustentado por referenciais teóricos, em que a participação ativa do utente foi fundamental, na procura da mudança/ redução de um estado percebido como negativo pelo utente. A relação estabelecida com o utente constituiu a base essencial na intervenção, sendo através da comunicação interpessoal e na relação terapêutica que se possibilitou a construção e implementação das intervenções psicoterapêuticas realizadas.

As intervenções desenvolvidas emergiram das necessidades da pessoa tendo em atenção o seu contexto. Inicialmente houve dificuldade na estruturação das mesmas, em que a causa atribuída terá sido a inexperiência. De acordo com Sequeira e Sampaio (2021, p. 169) “apesar da inegável relevância da intervenção em Saúde Mental e Psiquiátrica, particularmente da intervenção psicoterapêutica, aquilo que se verifica é que, não raras vezes, os enfermeiros sentem dificuldades na sistematização destas intervenções”. Assim, para a elaboração das intervenções foi fundamental a realização de um trabalho autónomo de

pesquisa teórica e estudo, a partilha de experiência e percepções com os pares. De salientar o apoio fundamental dos enfermeiros e professora, na supervisão e discussão dos casos clínicos e relatórios dos ensinamentos clínicos, resultando num processo evolutivo na aquisição dos conhecimentos, atitudes e práticas, o que possibilitou no desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências.

Ao longo dos EC houve a oportunidade de prestar cuidados psicoterapêuticos (individuais e de grupo), socioterapêuticos (individual e de grupo) psicossociais (individual e de grupo) e psicoeducacionais (individuais e de grupo) e, por conseguinte, foram desenvolvidos e implementados programas de psicoeducação e treino de competências sociais em saúde mental.

Através da metodologia de estudos de caso clínico, foram realizadas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais individuais, onde foram desenvolvidas atividades no sentido de restaurar a saúde mental e prevenir a incapacidade, adaptando e mobilizando as que melhor se adequam ao utente e à sua situação. Sempre que aplicável, foram abordados assuntos como o abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco, entre outros, de forma respeitosa e digna. Destaca-se o estudo de caso da ETET, na disponibilização para melhorar o autocuidado e comportamentos de saúde da utente. Foi realizado um planeamento de cuidados (Apêndice XV), e estruturadas intervenções na resposta às reais necessidades da utente, “Conhecer a minha ansiedade”, em que os objetivos foram aumentar o conhecimento sobre ansiedade – sinais, sintomas e estratégias, validar a normalização da ansiedade, compreender a importância da gestão da ansiedade, capacitar para a utilização de estratégias perante situações que promovam aumento dos níveis de ansiedade, ensinar e treinar estratégias de autogestão da ansiedade: técnicas respiratórias e técnica de *Mindfulness*; a sessão “Autocuidado e Organização” em que permitiu promover competências básicas, promover hábitos de higiene pessoal, identificar a necessidade de melhorar hábitos de higiene, orientar para a importância da higiene pessoal, incentivar ao estabelecimento de rotinas de hábitos de higiene diários, identificar importância da organização da casa, identificar a divisão da casa que necessita de maior organização, orientar sobre a importância de manter um ambiente organizado e limpo, identificar estratégias de organização e limpeza da casa; e a sessão “O que eu faço, e a minha gravidez” intervenção com recurso à carta terapêutica, em que se visou promover comportamentos saudáveis na gravidez, instruir sobre os efeitos dos consumos de cannabis e benzodiazepinas durante a gravidez e no feto, capacitar na escolha de comportamentos não prejudiciais na gravidez e no feto (Apêndice XVI).

Nas intervenções de grupo e individual houve a oportunidade de esclarecer os doentes, assim como pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Foram também utilizadas técnicas e estratégias que ajudaram o doente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas, nomeadamente na adoção de um estilo de vida saudável e a realização de tarefas promotoras do bem-estar físico e mental. No âmbito do internamento foi desenvolvido o programa de intervenção psicoterapêutica breve de adesão ao regime terapêutico, cuja primeira sessão pretendia a exploração dos conceitos referentes aos hábitos de vida saudáveis e a promoção da saúde mental, e a sessão seguinte pretendia explorar a importância e necessidade da adesão ao regime terapêutico.

No âmbito do EC da ETET foi possível desenvolver intervenções de reabilitação psicossocial para pessoas com comportamentos aditivos e dependências, onde foram realizadas as intervenções “Hoje é Natal” (Apêndice XVII) como o principal objetivo da integração do calendário festivo, integração de atividades socioculturais e promover a vivência da época festiva. Esta intervenção de cariz individual, foi realizada a todos os utentes do PMO. Desta forma procurou-se promover a reabilitação psicossocial dos utentes, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal social, através do incremento das competências individuais.

Com o foco na esperança, foi realizada uma intervenção individual durante o PMO na ETET, “Hoje, sinto-me... e a minha esperança é...” com os objetivos promover a reflexão de emoções, incentivar a expressão de emoções, reconhecer o aqui e o agora e promover a esperança como fator protetor (Apêndice XVIII). Foi notório a existência da alexitimia nos participantes. De acordo com Torrado (2013) a relação estabelecida por alguns teóricos entre o funcionamento alexitímico e o fenómeno toxicodependente sustenta a base de reconhecimento das dificuldades destes indivíduos em simbolizar os afetos, em planear as ações e em contactar com as emoções negativas pelos fracos recursos cognitivos indispensáveis à sua regulação.

Nos contextos de ETET e UCC foi possível prestar apoio sistematizado às famílias de pessoas com doença mental grave e crónica através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias. A destacar as intervenções desenvolvidas aquando da visita domiciliária à esposa do utente em PMO em situação paliativa, e os programas de intervenção aos cuidadores informais da comunidade.

No EC em contexto de internamento foram realizadas intervenções especializadas, assim como, foram aplicadas individualmente no processo de cuidar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que promoveram o aumento do “*insight*” do doente, permitindo a reformulação das razões do problema, e facilitaram respostas adaptativas que permitiram ao doente a recuperação da sua saúde mental.

Nas consultas de enfermagem na UCC e na ETET em que está implementado a metodologia do Terapeuta de Referência, para além de serem implementadas intervenções psicoterapêutica e socioterapêutica, individuais, centradas nas respostas humanas à transição nos processos de saúde/ doença mental, foi também realizada a administração de medicação, o que possibilitou ao TR a verificação e a promoção da adesão ao regime terapêutico do doente, com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada.

As intervenções no âmbito da expressão de emoções e as três sessões de relaxamento desenvolvidas no internamento, a intervenção na ETET de relaxamento com a equipa multidisciplinar, e a intervenção na UCC do “O Abraço com a família” e “O Abraço colorido” permitiram aos participantes libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes. A oportunidade que os EC proporcionaram na abordagem das emoções, levantou uma necessidade primária à realização das intervenções, que tem haver com a preparação do enfermeiro. Não tem só a ver com o conteúdo estrutural e teórico, mas com o seu próprio conhecimento e perceção das suas próprias emoções. A pausa introspectiva e a reflexão acerca da perceção das próprias emoções fizeram parte deste percurso. A realização de técnicas de relaxamento obrigou a uma desaceleração no ritmo de voz, no pensamento e no comportamento. Com a realização desta prática verificou-se a importância do enfermeiro encontrar-se calmo e com disponibilidade física e mental. Houve necessidade de praticar antecipadamente um estado de paz interior para que a intervenção de relaxamento decorresse de forma plena.

O PMCQCE veio permitir o desenvolvimento de estratégias de gestão da ansiedade e da esperança, num contributo antecipatório, com o intuito da promoção da saúde mental e prevenção ou redução do risco de perturbação mental.

### PARTE III

## 1. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PROJETO Promoção da esperança e gestão da ansiedade na mulher com cancro da mama

NOTA INTRODUTÓRIA A investigação é considerada como uma “estratégia essencial para o desenvolvimento do conhecimento e para o exercício autónomo da profissão e, uma vez que a experiência individual é necessariamente limitada e enviesada, é um instrumento imprescindível para a boa qualidade dos cuidados” (Mendes, 2021, p. 31). Para além do conhecimento que desenvolve, a investigação proporciona melhorias que beneficiam o indivíduo, família e comunidade. Desta forma, os conhecimentos resultantes da investigação deverão ser incorporados em novas práticas dos profissionais. Para o desenvolvimento de boas práticas e de projetos de investigação com qualidade é essencial identificar as prioridades da investigação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, conhecer as principais dificuldades ao desenvolvimento dos estudos e delinear estratégias para ultrapassar as dificuldades identificadas (Mendes, 2021). A prática baseada na evidência assenta no uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência de pesquisas sistemáticas para tomar decisões sobre o cuidado aos utentes (Stuart, 2001).

A Ordem dos Enfermeiros, tendo por base os contributos dos Órgãos Sociais, das Unidades de Investigação em Enfermagem, as estratégias e orientações do Plano Nacional de Saúde e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, enuncia quatro eixos prioritários de investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, isto é, estudos que promovam a clarificação e explicitação das necessidades das populações em cuidados de enfermagem gerais e especializados e os benefícios resultantes de respostas concretas, assentes nos processos de conceção dos enfermeiros; educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, onde enquadra estudos na área da educação para a saúde e aprendizagem de capacidades que promovam programas de intervenção em áreas consideradas prioritárias, nomeadamente aspetos de saúde das populações relacionados com a dependência para o autocuidado e a necessidade de cuidados continuados, estilos de vida, qualidade de vida e ambiente; estratégias inovadoras de gestão/liderança, ou seja, estudos que abordem estratégias inovadoras favorecedoras de contextos de trabalho que promovam e facilitem a qualidade dos cuidados; e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências, na área da formação, educação em enfermagem e aquisição de competências, para além da formação inicial, e do contexto da aprendizagem ao longo da vida, com particular incidência na área do desenvolvimento curricular e estratégias de supervisão clínica (OE, 2006). O presente Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) incide essencialmente em dois desses eixos: a adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão, e na educação para a saúde na aprendizagem de capacidades. Outras áreas importantes e essenciais de investigação identificadas por Mendes (2021) para além dos estudos epidemiológicos e de impacto sobre as sociedades e o desenvolvimento social, são os estudos que deem voz ao sofrimento e às necessidades das pessoas com perturbação mental e estudos que se focalizem na proteção dos direitos humanos e na redução do estigma, do preconceito e da intolerância.

Assumindo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista detém competências na área da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente a capacidade de gerir, liderar ou colaborar em

projetos de melhoria contínua, identificando áreas e oportunidades de melhoria, e definindo estratégias para o seu alcance.

A oportunidade de elaboração do presente PMCQCE constituiu uma mais-valia não só a nível formativo pela aquisição e treino de novas competências, mas também para a prática profissional, onde se espera que o EESMP identifique “problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental” (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21429), assim como, perceba e avalie o impacto “que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente” (p. 21428), criando, dando forma e implementando programas e projetos no âmbito da prevenção, promoção e melhoria da saúde mental. A qualidade em saúde é “tarefa multidimensional” (OE, 2001, p. 6) e os enfermeiros têm um papel muito importante na definição e implementação de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A elaboração deste PMCQCE segue o guião proposto pela Ordem dos Enfermeiros, da metodologia do ciclo de *Deming*, ou PDCA (*Plan, Do, Check, Act/Adjust*) (OE, 2013). Sendo que, a descrição do projeto segue a *checklist* SQUIRE 2.0 recomendada para os estudos de melhoria da qualidade (Ogrinc et al., 2015).

## 1.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Em 2020, o cancro da mama tornou-se o tipo de cancro mais diagnosticado no mundo, registando-se mais de 2,26 milhões de novos casos e representa, quase 685 000 mortes por cancro da mama em todo o mundo. De facto, o cancro da mama foi a causa mais comum de morte por cancro em mulheres e a quinta causa mais comum de morte por cancro em geral (World Health Organization [WHO], 2024).

Em Portugal, segundo os dados disponíveis pelo Registo Oncológico Nacional 2020 (Instituto Português de Oncologia [IPO], 2023), o número de novos casos de tumores diagnosticados em 2020 foi de 52 723, que por localização do tumor, os três tumores mais frequentes foram a mama (7 504), a próstata (5 776) e o pulmão (4 737). Estes resultados demonstram a extrema importância desta temática no âmbito da liderança e políticas, tecnologia e medicina, e nas ciências humanas.

A sobrevivência ao cancro na população é cada vez mais reconhecida como um indicador-chave da eficácia global dos sistemas de saúde na gestão dos cuidados e tratamento de todas as pessoas com cancro. No entanto, a sobrevivência a esta doença não garante necessariamente uma alta qualidade de vida para os sobreviventes (Ahn & Lee, 2023).

Num estudo de Midtgard et al. (2005) citado por Kashani et al. (2014) verificaram que quando as pessoas sofrem de doenças potencialmente fatais como o cancro, elas apresentam um alto nível de sofrimento mental que pode levar a sintomas de depressão e ansiedade. Os mesmos autores referem ainda que a prevalência de problemas psicológicos é relevante nas pessoas com cancro desde o início do diagnóstico até ao tratamento, em que a probabilidade de ocorrência de sofrimento é de 35% a 45%. Zhu et al. (2023) referem que as emoções negativas, como a ansiedade e a depressão ocorrem simultaneamente em pessoas com cancro da mama, manifestando-se em interesse reduzido, falta de concentração, perda de apetite, inquietação, desespero e até ideação suicida. Todos esses distúrbios psicológicos podem impactar negativamente na gestão da doença e reduzir os resultados de saúde. Portanto, é crucial realizar avaliações clínicas de ansiedade e depressão em pessoas com cancro da mama e potenciar o seu autocontrolo.

Segundo o Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto o EESMP “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial

de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (p. 21427). Desta forma, o EEESMP é o profissional de saúde melhor preparado, dotado de competências específicas que integram a prescrição dos cuidados a prestar baseados na “evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais” (Regulamento nº 515/2018 de 7 agosto, p. 21428).

Na Unidade Local de Saúde à data da estruturação inicial do PMCQCE existia um projeto em fase de desenvolvimento e estruturação, que consistia na implementação de uma Unidade de Mama, sob a responsabilidade da equipa médica de cirurgia geral. Sendo uma patologia multidimensional o cancro da mama exige uma abordagem especializada e multidisciplinar, e este projeto tinha objetivos direcionados para o acompanhamento clínico da mulher com cancro da mama, com a inclusão de especialidades de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Anestesia, Oncologia Radio-oncologia, Imagiologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Paliativa, Imunohemoterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. A área de enfermagem era referida no projeto na vertente de vigilância e execução de tratamentos da ferida operatória, sem considerar a abordagem do EEESMP. Estando o projeto numa fase muito inicial de planificação, implementação e autorizações por parte do concelho de administração da ULS, surge a oportunidade de incluir a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) como integrante da equipa de acompanhamento à mulher com cancro da mama.

Segundo o Regulamento n.º 515/2018 de 7 agosto o EEESMP confere no processo de cuidar da pessoa, o foco 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” (p. 21427). Dado que, a saúde mental é indissociável do contexto dos cuidados de saúde, a Enfermagem de Saúde Mental de Ligação (ESML) permite desenvolver intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais eficazes na promoção e proteção da saúde mental das mulheres com cancro da mama.

Este projeto da Unidade da Mama não teve continuidade, pois a consulta de cirurgia da mama foi cessada pela Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS) pela alteração da rede de referência da neoplasia da mama. Assim a mulher com cancro da mama passou a ser referenciada para outras instituições hospitalares. Contudo, como a medicina oncológica manteve atividade nesta ULS, as mulheres com cancro da mama podem optar por realizar os tratamentos de quimioterapia nesta unidade, sempre que esta seja da sua área de residência.

A ULS apresenta na sua organização o Departamento de Psiquiatria, do qual faz parte a Unidade Funcional de Pedopsiquiatria e o Serviço de Psiquiatria que atua nas valências de Consulta Externa, Psiquiatria Comunitária e Investigação. A ULS tem historial de intervenção do EEESMP dirigida em especial às mulheres com mastectomias, contudo, atualmente o projeto não se encontra ativo.

A mulher a vivenciar o cancro da mama na ULS carece de uma resposta clara e estruturada, centrada na pessoa, com o foco nas diversas dimensões que a definem. O cancro da mama “apesar de se tratar de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível” (OE, 2001, p. 9).

Pretende-se deste modo estabelecer um projeto focado nas mulheres com cancro da mama na gestão da ansiedade utilizando como recurso a promoção da esperança.

A esperança é um fator essencial para as pessoas com cancro. Quando as pessoas encontram obstáculos, a esperança impulsiona para que tenham maior determinação em atingir seus objetivos e no planeamento de como fazê-lo. Consequentemente, são mais capazes de se ajustar, e aqueles com altos níveis de esperança passam menos tempo em processos ruminativos sobre o sofrimento relacionado à doença. Além disso, a esperança pode modificar os sintomas psicológicos através da avaliação e resposta. Em resumo, a esperança também é um fator de proteção para ajudar as pessoas a adaptarem-se à ansiedade e a se ajustarem ao desconforto psicológico (Zhu et al., 2023).

Pelo exposto foi proposto a realização de um PMQCE, para a melhoria da resposta de enfermagem às necessidades das mulheres com cancro da mama. Pretende-se desenvolver um trabalho de parceria com a pessoa, respeitando a sua individualidade, valorizando a satisfação do mesmo face aos cuidados de enfermagem, assim como promover a saúde, mobilizando as suas forças e o seu potencial. Pretende-se igualmente prevenir complicações, avaliando e identificando de forma rigorosa os níveis de ansiedade, empoderar com ferramentas de autogestão da ansiedade com o recurso à promoção da esperança, relacionadas com a área da saúde mental e psiquiátrica.

Importa igualmente assegurar e promover o bem-estar e autocuidado da mulher com cancro da mama e ser facilitador no seu processo de adaptação à doença, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. De forma a prestar os melhores cuidados e procurar assegurar a satisfação da mulher nesta condição, cabe ao enfermeiro atender aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito da promoção da saúde e prevenção de complicações, intervindo precocemente após a identificação de problemas potenciais ou reais. (OE, 2001).

## **1.2 CONHECIMENTO DISPONÍVEL**

Entende-se por doenças crónicas aquelas que têm uma duração mínima de um ano, levando a limitação nas atividades de vida e/ou que necessitam de vigilância médica prolongada no tempo (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022).

Com o aumento das doenças crónicas, vão surgindo mudanças a nível mundial, quer a nível socioeconómico quer demográfico, o que leva a enfermagem repensar os seus cuidados, com vista a dar resposta às mais recentes necessidades populacionais a nível de saúde (Sousa, Martins & Pereira, 2015).

O cancro é cada vez mais uma doença crónica, apresentando uma incidência crescente, contudo, há muito mais curas, sobrevivências de longa duração e com um grande número de sobreviventes a retomar o seu trabalho habitual. O cancro já é considerado o principal problema de saúde pública a nível europeu. (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.).

Não obstante, Dinapoli et al. (2021) referem que uma grande proporção de pessoas com cancro da mama apresenta múltiplos sintomas psicológicos simultâneos durante a sua trajetória de tratamento do cancro, como angústia, ansiedade, depressão, comprometimento cognitivo e imagem corporal/disfunção sexual. A ansiedade é um dos sintomas psicológicos mais comuns nas pessoas com cancro da mama, com taxas variando de 10 a 30%. Segundo os mesmos autores, a pessoa doente pode apresentar sintomas de ansiedade devido à antecipação de resultados negativos e à incerteza sobre o futuro, à preocupação com a recorrência e decorrentes da preocupação com os efeitos colaterais do tratamento, tanto durante como após

os tratamentos. Ainda de acordo com estes autores, descobertas recentes sugerem que a ansiedade é ainda mais prevalente do que a depressão. O sofrimento muitas vezes referido pelas pessoas, é um construto amplo, abrangendo um continuum de emoções relacionadas a sintomas de depressão, ansiedade e transtorno de ajustamento. Embora as perspetivas prognósticas sejam relativamente boas, um diagnóstico de cancro da mama é ameaçador e confronta mulheres com numerosos fatores stressantes adicionais, relacionados ao tratamento e seus efeitos colaterais.

Devido à doença e ao tratamento, Ahn e Lee (2023) recordam que as mulheres com cancro da mama passam por mudanças físicas drásticas, mudanças essas que são visíveis, como remoção da mama e a alopecia, o que perturba a sua imagem corporal e conduz a um sofrimento psicossocial. Da mesma forma, as mudanças físicas são tidas como marcadores “de ser doente com cancro da mama”, o que reduziu sua autoconfiança. Além disso, devido ao declínio da função ovariana e da fertilidade, o estudo demonstrou que as mulheres experimentaram o sofrimento associado à perda da sua aparência e da sua função de mulher. O sofrimento psicossocial relacionado à função reprodutiva em mulheres jovens sobreviventes de cancro da mama é diferente daquele vivido pelas mulheres após a menopausa, que se centra principalmente na transformação da mama e constitui um elemento essencial no aspeto da sua experiência corporal.

As mulheres com cancro da mama, segundo o estudo de Ahn e Lee (2023), experimentaram vários sintomas físicos após o tratamento do cancro da mama: dor, linfedema e redução da resistência foram identificados como sintomas representativos que causavam desconforto contínuo e atividades diárias limitadas. Verificou-se também um envelhecimento rápido, devido ao tratamento do cancro da mama, particularmente nas mulheres submetidas à terapia hormonal, que relataram os sintomas mais graves da menopausa. Dor nas articulações, ondas de calor, ganho de peso, oscilações de humor, diminuição da libido e secura vaginal são efeitos colaterais comuns de terapia hormonal que prejudica significativamente a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama. Apesar dos excelentes efeitos terapêuticos da terapia hormonal, esses efeitos colaterais causam a não adesão à medicação e ao tratamento proporcionando a descontinuação entre sobreviventes de cancro da mama. Na terapia hormonal as taxas de não adesão são altas, especialmente entre jovens com cancro da mama que podem necessitar de tratamento a longo prazo por até 10 anos. Ahn e Lee (2023) indicam que o apoio social, a cooperação com profissionais de saúde e a alta autoeficácia melhoram a adesão ao tratamento, através de um apoio que deve ser fornecido e dirigido às mulheres jovens.

O tratamento do cancro tem um efeito imenso na imagem corporal, pois causam alterações na aparência física e na função (Ahn & Suh, 2023). A imagem corporal negativa em pessoas com cancro leva a problemas psicológicos, incluindo depressão, ansiedade e angústia, bem como mudanças no funcionamento familiar e nas relações sociais, resultando em uma diminuição da qualidade de vida geral. Neste contexto, a imagem corporal das mulheres com cancro da mama é particularmente importante. Tradicionalmente, para as mulheres, os seios simbolizam a feminilidade, a atração sexual e a maternidade. Além disso, porque a mama é um órgão externo que desempenha um papel fundamental na forma do corpo, alterações irreversíveis na sua aparência após o tratamento cirúrgico são evidentes. Além disso, as mulheres tendem a ser mais sensíveis às mudanças corporais do que os homens. Portanto, o diagnóstico e o tratamento do cancro da mama afetam significativamente a imagem corporal das mulheres, o que leva à necessidade de uma abordagem especializada, em que o EEESMP mune-se de competências profissionais e técnicas para a vigilância e acompanhamento de todas as necessidades comprometidas neste processo de mudança e transição.

Receber um diagnóstico de cancro, como referem Laranjeira e Querido (2020), significa entre outras coisas, que o futuro é incerto. Por outro lado, a recorrência do cancro da mama é sobretudo um fator causador de medo e incerteza. Segundo Ahn e Lee (2023) as mulheres jovens são mais propensas a sentir medo de recorrência do que as mulheres em faixas etárias mais avançadas, levando a um aumento do sofrimento entre as sobreviventes do cancro.

Mulheres jovens sobreviventes ao cancro da mama podem inicialmente experimentar dificuldades em fazer escolhas da sua profissão por causa das mudanças físicas e psicossociais associadas ao cancro, mas a existência de um emprego melhora a sua qualidade de vida geral (Ahn & Lee, 2023).

O sentimento de esperança é, na sua própria natureza, ligado ao futuro, e as expectativas ligadas com o futuro afetam significativamente a sensação de bem-estar (Seiler & Jenewein, 2019 referido por Laranjeira & Querido, 2020). A esperança é o máximo recurso psicológico comum após um diagnóstico de cancro e um importante fator que contribui para o bem-estar, a sobrevivência, e qualidade de vida, é portanto, um importante aspeto do cuidado da pessoa com cancro (Laranjeira & Querido, 2020 referindo Li et al., 2018). Por isso, pode-se concluir que o sentimento de esperança pode ser reforçado e que a esperança possui características afetivas, afiliativas e cognitivas.

Num estudo meta-análise de Erich Fromm referido por Rustøen (2021), argumenta que a esperança é absolutamente essencial à vida. descrita como um fator psicossocial e um recurso para lidar com as experiências de doenças crónicas em pessoas acima dos 60 anos.

Segundo Zhu et al. (2023) as pessoas com cancro avançado mostraram que o apoio social pode mediar a relação da esperança com a ansiedade e depressão. Referem que o apoio social, isto é, a assistência material e emocional recebida de várias conexões sociais dentro de uma rede social, pode estabelecer e expandir recursos para melhorar o papel da esperança. Desta forma, o apoio age como medida protetora no alívio da ansiedade e da depressão, no aumento da esperança, na promoção da saúde. Segundo os mesmos autores a esperança é uma força interna que auxilia as pessoas a lidarem com o sofrimento e o alcance de seus objetivos, enquanto impacta a sua recuperação, prognóstico e saúde física e mental. Do ponto de vista psicológico e na perspetiva de Snyder et al. referido por Zhu et al. (2023) essa esperança compreende dois componentes: (1) Agência, que reflete avaliações da capacidade de iniciar e sustentar motivação direcionada a objetivos; e (2) Caminhos, que envolve técnicas ou abordagens para alcançar objetivos desejados. Assim, a esperança é um fator essencial para as pessoas com cancro e um fator de proteção para ajudar estas pessoas a adaptarem-se ao stresse e ajustarem-se ao desconforto psicológico. Zhu et al. (2023) referem que quando as pessoas encontram obstáculos, a esperança impulsiona para que tenham maior determinação em atingir os seus objetivos e no planeamento que fazem para os atingir. Consequentemente, as pessoas são mais capazes de se ajustar aos agentes stressores, e as pessoas com altos níveis de esperança revelam menos pensamentos ruminativos sobre o sofrimento relacionado à doença.

O diagnóstico de cancro desperta inúmeros sentimentos e emoções, dentre eles, a esperança (Balsanelli & Grossi, 2016). Esse sentimento pode ser visto como um recurso que auxilia as pessoas a lidarem com o sofrimento psicológico associado à doença. Ter esperança é essencial aquando do diagnóstico de cancro, pois a notícia causa sofrimento sendo usualmente recebida como uma ameaça. É frequente mulheres acreditarem que o diagnóstico de cancro é uma sentença de morte, o que provavelmente resultará em uma profunda perda de esperança, acarretando consequências deletérias ao seu prognóstico. Manter a esperança possibilita às pessoas com cancro incurável a aceitação ao tratamento.

A esperança é multidimensional, dinâmica, e orientada para o futuro, mas ligada ao passado e vivida no presente, e implica o estabelecimento e alcance de objetivos que, para a pessoa, sejam significativos (Querido, 2018). A esperança é então apreciada como um recurso para a promoção da saúde e pode ser considerado um recurso para uma construção de um estado saudável. Para as pessoas com doenças de longa duração, atribuem um importante significado da esperança em que esta tem importância quando se está doente ou sentindo-se ameaçado em áreas essenciais da vida. A esperança é uma estratégia de enfrentamento eficaz para pessoas em situações de vida exigentes, fornecendo poder adaptativo para superar dificuldades, situações e alcançar significados objetivos. Rustøen (2021) a esperança é um promotor que gera energia, frequentemente descrito como “vontade”, com um caráter motivacional de qualidade, faz parte do contexto generalizado de recursos de resistência, importantes para a promoção da saúde e para a enfermagem salutogénica. Pode ser um recurso que fornece força para dominar um distúrbio e tem sido fundamental para a qualidade de vida das pessoas doentes (Rustøen, 2021).

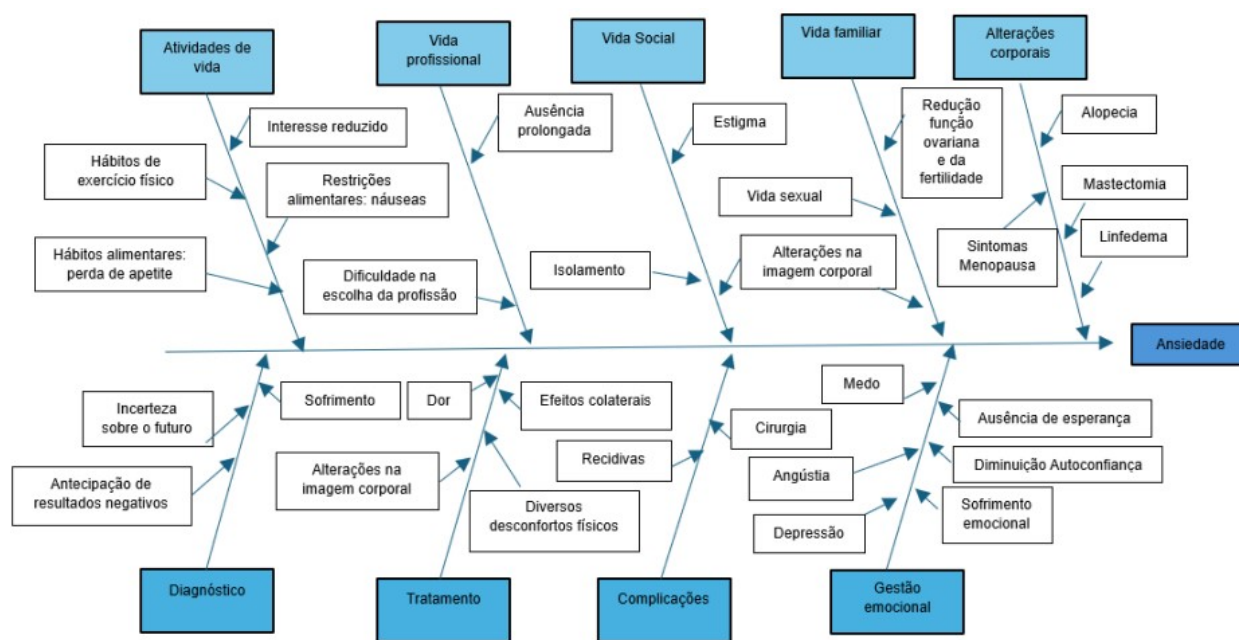
Laranjeira e Querido (2020) sugerem que os currículos de enfermagem, o desenvolvimento profissional e os programas de educação em serviço, deveriam colocar a esperança na sua agenda e nutrir um ethos no qual a promoção da esperança é vista como uma peça essencial nos cuidados de enfermagem. Já para Ahn e Lee (2023) a comunicação e o aconselhamento eficazes com os cuidados de saúde dos profissionais ajudam a controlar a ansiedade e a incerteza sobre a recorrência da doença. Portanto, o apoio psicológico e o aconselhamento devem ser oferecidos às pessoas com cancro da mama.

Para Balsanelli e Grossi (2016) a esperança apresenta algumas estratégias facilitadoras para a prática diária da enfermagem. A esperança é viabilizada pelos princípios humanos, que são a base dos cuidados, do uso do conhecimento na prática, do relacionamento interpessoal, e da maneira como os profissionais de saúde manejam o ambiente e a organização do cuidado. O enfermeiro é uma importante fonte de esperança à pessoa que está vulnerável e doente, pois está em constante contato com aquele que sofre. O doente oncológico que, pela sua alta permanência no ambiente hospitalar em virtude dos retornos estabelecidos pelos protocolos de tratamento, mantém um contato próximo com o enfermeiro, e uma relação terapêutica.

### 1.2.1 A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS

De forma a melhor compreender as causas possíveis para a ocorrência de ansiedade presente nas mulheres com cancro da mama, para além da pesquisa bibliográfica realizada, optou-se pela realização de entrevistas informais, semiestruturadas aos cirurgiões responsáveis pelo atendimento às mulheres com cancro da mama e aos enfermeiros que contactam com estas mulheres aquando da realização de tratamento à ferida cirúrgica. Da análise das entrevistas identificou-se a carência de cuidados especializados de enfermagem na abordagem à mulher com cancro da mama e identificaram-se as possíveis causas da ansiedade e fatores precipitantes, na perspetiva dos profissionais que as atendem. Daqui elaborou-se o diagrama de causa-efeito – Diagrama de Ishikawa, representado na figura 1. Assim, verificou-se como principais causas para a ocorrência de ansiedade nas mulheres com cancro da mama: as alterações no âmbito das atividades de vida, na vida profissional, alterações na vida social, nomeadamente pela existência de estigma e do surgimento de alterações na imagem corporal o que leva ao isolamento social, a incerteza na doença, no tratamento, nas complicações e na necessidade de gestão emocional.

Com o presente PMCQCE procurou-se incidir nas causas relacionadas com as alterações das atividades de vida, na vida social e familiar, na incerteza na doença (relacionada com o diagnóstico), no tratamento e complicações e na gestão emocional.



**Figura 1.** Diagrama de Ishikawa

Fonte: *Elaboração própria*

### 1.2.2 RECURSOS EXISTENTES NA COMUNIDADE

Pela importância da temática do cancro da mama e pelo seu impacto bio-psicossocioespíritual, na comunidade surgem projetos que pretendem acolher as mulheres que vivenciam o cancro da mama.

Após uma breve pesquisa na comunidade local, referem-se alguns projetos que incidem na problemática do cancro da mama, de forma a dar respostas sociais, que se passam a referir:

- Unidade Local de Saúde: Liga dos Amigos é um projeto constituído por voluntários que, entre outras atividades, confeccionam almofadas em tecido de algodão especificamente desenvolvidas para as mulheres que são submetidas a mastectomia. São peças provisórias, mas com muito significado para as mulheres na fase de pós-operatório. A Liga dos Amigos anualmente assinala o Dia Nacional da Luta Contra o Cancro da Mama, na confeção uma pequena pregadeira em forma de laço de tecido cor-de-rosa.

- Comunidade: existe um projeto de cariz social, de uma Organização Não Governamental baseado no bem-estar e na esperança de uma melhoria de vida das pessoas com cancro, mantendo-as ativas de forma a devolver-lhes o entusiasmo necessário a um quotidiano sustentável, física e emocionalmente estável e assim, se vejam apoiadas no processo de recuperação da doença. Trabalha o indivíduo com atividades expressivas, realçando a criatividade e desenvolvendo as suas potencialidades.

É um projeto que através das suas atividades possibilitam a promoção da esperança das pessoas com cancro.

- Municípios em redor: Movimento Vencer é Viver. É constituído por um grupo de mulheres mastectomizadas que, em regime de voluntariado, dedicam parte do seu tempo a acolher outras mulheres que, tendo passado pela mesma experiência, ali procuram o material que lhes é necessário, especialmente próteses e suportes

mamários, e ainda fatos de banho. Faz parceria com a Extensão da Unidade de Psico-Oncologia, que disponibiliza gratuitamente consultas e o Grupo de Voluntariado Comunitário.

- Projeto Vale a Pena Cuidar de Mim que tem como objetivos proporcionar às mulheres a vivenciar a doença oncológica, bem-estar e conforto; incentivar as mulheres a cuidarem de si, com o intuito de aumentar o seu bem-estar e auto-estima. Baseia-se em sessões de cuidados à pele e maquilhagem às mulheres que são seguidas no Hospital de Dia.

### **1.3 JUSTIFICATIVA E REFERENCIAIS TEÓRICOS**

A literatura científica e a perceção do problema por parte dos profissionais envolvidos sugerem duas temáticas importantes e de fundamental exploração no âmbito deste PMCQCE, nomeadamente as causas ligadas à ansiedade e a sua ligação com a esperança nas pessoas com cancro da mama.

Este PMCQCE é sustentado pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e pelo Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças (Strengths-based care - SBC) de Laurie Gottlieb.

Segundo Petronilho (2012), Orem parte do pressuposto que toda a pessoa é capaz de autocuidar-se por possuir habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida. Contudo, quando a pessoa não tem capacidade de autocuidado, esse cuidado pode ser realizado por pessoas com responsabilidades sociais e que aceitam a responsabilidade por esses cuidados (ex. familiares, amigos). A Teoria do autocuidado de Orem refere-se á prática de ações ou atividades iniciadas e executadas pela pessoa, nos prazos adequados, por si própria e no interesse da manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuação do desenvolvimento pessoal e do bem-estar.

O autocuidado constitui uma dimensão essencial no autoconhecimento, pois implica a capacidade de escuta interna acerca das suas próprias necessidades físicas, emocionais e mentais. O conhecimento dos próprios limites e recursos internos representa uma responsabilidade interna e individual no autocuidado. O conhecimento interno revela-se uma ferramenta crucial na autogestão, nomeadamente, na ansiedade, possibilitando o reconhecimento precoce dos sinais de desequilíbrio, e na adoção de estratégias preventivas. A esperança é voltada para o futuro, atuando como um horizonte e desta forma, estimula a persistência, e o sentimento lutador. O autocuidado aliado à esperança funciona como uma base de enfrentamento da incerteza e da ansiedade.

Segundo Gottlieb (2014) a SBC baseia-se nos princípios da capacitação, autoeficácia e esperança. A capacitação refere-se à capacidade das pessoas em empoderarem-se sozinhas, embora os profissionais de saúde possam criar condições para que elas o façam, trabalhando os seus pontos fortes ou ajudando-as a desenvolver novos pontos fortes. O mesmo autor refere que os sentimentos de empoderamento permitem que as pessoas assumam maior controlo sobre a sua saúde por meio do autoconhecimento, dão-lhes a confiança para serem parceiras em seus próprios cuidados e as ajudam a descobrir recursos internos e capacidades inatas de cura que não imaginavam ter. A autoeficácia é uma crença em si mesmo e na sua capacidade de atingir uma meta desejada e obter um resultado desejado, implica ter confiança nas próprias competências e recursos. A esperança é a expectativa de que algo positivo ocorrerá. Os problemas são vistos como desafios a serem superados, e não como fontes de medo, incerteza, negação e desamparo, a energia da pessoa é redirecionada para áreas de conflito positivo e autosanação (Gottlieb, 2014). A SBC afasta a atenção de uma preocupação com um diagnóstico, problema ou sintoma e a direciona para uma apreciação de viver uma vida plena enquanto faz as adaptações necessárias para lidar com uma doença.

O Modelo de Dufault e Martocchio (1985) referido por Querido (2018), concetualizaram a esperança em seis dimensões: a afetiva – relacionada com sentimentos e emoções; a dimensão cognitiva - engloba os processos intelectuais através dos quais a pessoa identifica os objetos de esperança e define objetivos; a dimensão comportamental - diz respeito à ação orientada em direção a um objetivo relacionado com a esperança, nos domínios: físico, psicológico, social e espiritual; a dimensão contextual - refere-se às situações de vida que rodeiam, influenciam e constituem parte da esperança da pessoa; dimensão afiliativa – relacionada com a interação social e autotranscendência; dimensão temporal – refere-se à experiência pessoal do tempo presente, passado e futuro, em que a esperança é dirigida ao futuro, embora influenciada pelo passado e pelo presente.

O EEESMP através da sua área de intervenção e dotado de competências específicas, segundo o Regulamento 515/2018 de 7 de agosto (p. 21429) “concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental” essencial para a gestão da ansiedade utilizando a esperança como recurso de intervenção.

O PMCQCE proposto enquadra-se no quadro conceptual do exercício profissional dos enfermeiros. Entende-se a saúde como uma representação mental da condição individual, em que a vigilância e intervenção se focam na minimização do sofrimento, na promoção do bem-estar físico e do conforto emocional e espiritual; o projeto é centrado na pessoa, respeitando-a pelo ser social que é, munida dos seus próprios valores, e que a torna num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se; respeito pelo conceito de saúde de cada pessoa que é influenciado pelo ambiente no qual a pessoa vive e se desenvolve e que é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os seus estilos de vida; neste projeto os cuidados de enfermagem procuram promover processos de readaptação e gestão da condição de saúde, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a adaptação funcional aos défices e, a adaptação a múltiplos fatores.

De acordo com Sampaio et al. (2018) a intervenção psicoterapêutica em enfermagem, partindo de um diagnóstico de enfermagem, tem a característica de ser “mais limitada no tempo, poder decorrer noutras *settings* que não, exclusivamente, o de gabinete/consultório e por se circunscrever à utilização de técnicas de Psicoterapia sob a forma de intervenções integradas na Classificação das Intervenções de Enfermagem” (p. 78).

Foi elaborado um programa de intervenção que tem como guia orientador o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, testado para intervenção no diagnóstico de ansiedade com resultados positivos, e que permite balizar o número, tipo e duração das sessões, assim como estabelecer diagnósticos, intervenções e resultados esperados (Sampaio et al., 2018).

Trata-se de um projeto centrado na pessoa, pretendendo-se que o enfermeiro ao centrar os seus cuidados na mesma, a ajude a reconhecer, verbalizar e encontrar forma de responder à sua situação de saúde e a comprometer-se ativamente na gestão da sua condição de doença (Sousa et al., 2015).

A ansiedade é um foco da taxonomia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” assim como, a esperança também é um foco, e é descrita como, “emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia”. Relativamente à promoção, na CIPE encontra-se promover, como eixo de ação, e na descrição: “assistir: ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa”. Em relação a gestão,

a CIPE enumera gerir como eixo de ação, definida como “estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa” conforme refere o *International Council of Nurses* (International Council of Nurses [ICN], 2019).

Já no que respeita ao resumo mínimo de dados, de acordo com a OE (2007), no seu documento referente ao core de indicadores e resumo mínimo de dados não consta a ansiedade nem a esperança. Somente a ansiedade consta no padrão documental de Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

De acordo com os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional de enfermagem, o projeto é centrado na pessoa doente, e contempla atividades na prestação de cuidados ao nível da: a) satisfação do doente de forma a minimizar o impacto da ansiedade provocado pelos fatores externos e internos; centrado na relação terapêutica, respeitando os conhecimentos, as expectativas, crenças/ valores; envolvimento do doente no planeamento do plano de cuidados; b) com enfoque na promoção da saúde: identificação da situação através da quantificação do grau da ansiedade, implementação de estratégias de promoção da esperança no âmbito da gestão da ansiedade; na promoção do bem-estar físico e mental apesar da condição de doença; c) prevenção de complicações: seguimento inicial logo após o diagnóstico para identificar os problemas reais ou potenciais de forma mais breve possível; d) bem-estar e o autocuidado: vigilância e suporte nas emoções negativas vivenciadas pela pessoa doente, e implementação de estratégias de promoção da esperança e autocuidado; e) readaptação funcional: desenvolver mecanismos eficazes de promoção da esperança para a adaptação ao autocontrolo da ansiedade, e autoestima pelas alterações da imagem corporal (desencadeados pelos tratamentos e/ ou cirurgia); f) organização dos cuidados de enfermagem: existência de uma reposta de enfermagem que vai para além dos cuidados centrados na ferida cirúrgica, que refletem as necessidades sentidas pelas pessoas, o planeamento das intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pela pessoa; promoção de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade.

## 1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A elaboração dos objetivos iniciais para o desenvolvimento do projeto serviu de fio condutor e guia inicial para o desenvolvimento deste projeto, de acordo com o guião para a elaboração de PMCQCE (OE, 2013).

Tendo como meta a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às mulheres com cancro da mama na gestão da ansiedade e da esperança, objetivo geral do presente projeto é desenvolver um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMCQE) à mulher com cancro da mama na promoção da esperança e gestão da ansiedade.

Como objetivos específicos, definiram-se os seguintes:

- Avaliar o nível de ansiedade das mulheres com cancro da mama
- Avaliar os níveis de esperança das mulheres com cancro da mama
- Implementar intervenções psicoterapêuticas na promoção da esperança e na gestão da ansiedade;
- Avaliar o impacto das intervenções psicoterapêuticas na redução da ansiedade no aumento da esperança das mulheres com cancro da mama.
- Avaliar a satisfação das participantes na assistência dos cuidados especializados de enfermagem na esperança e na ansiedade.

## 1.5 METODOLOGIA E INTERVENÇÃO

O PMCQCE que agora se apresenta enquadra-se num paradigma de investigação-ação, com recurso a metodologia quantitativa e qualitativa nas diversas etapas do seu desenho e implementação, de acordo com o ciclo de *Deming* e seguindo o esquema PDCA.

### 1.5.1 TIPO DE ESTUDO

Considerou-se para a primeira etapa de implementação do ciclo de *Deming* a realização de um estudo de caso múltiplo (Yin, 2010). A abordagem do estudo de caso permitiu explorar, descrever e explicar o impacto e favorecer a compreensão do impacto do programa de intervenção na experiência das mulheres com cancro da mama com recurso a metodologia científica, considerando que se trata de um processo contínuo e de uma primeira avaliação.

No estudo de caso múltiplo, com uma abordagem qualitativa, utilizou-se medidas quantitativas dos focos em estudo com utilização de instrumentos validados para a população portuguesa para a avaliação da esperança e da ansiedade; e metodologia qualitativa na análise da aplicação das entrevistas de avaliação subjacentes ao estabelecimento da relação terapêutica e da elaboração das notas de campo resultantes da observação das sessões.

### 1.5.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste projeto foi constituída pelas mulheres com cancro da mama, em processo de pré-operatório ou pós-operatório acompanhadas num hospital de agudos integrando uma Unidade Local de Saúde do litoral centro de Portugal.

As participantes foram referenciadas pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia – Oncologia, tendo sido utilizada uma amostra não probabilística de conveniência, com os seguintes critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, utilizadoras fluentes capazes de falar e compreender a língua portuguesa, terem informação sobre o diagnóstico de cancro da mama, estarem em acompanhamento ativo pela equipa de enfermagem da unidade local de saúde.

O primeiro contacto foi realizado pela enfermeira responsável pelos cuidados às participantes que manifestaram interesse em participar no estudo, fornecendo a primeira explicação sobre o mesmo. Foram identificadas três mulheres que cumpriam os critérios de inclusão à data da realização do estudo. Desta forma a amostra foi constituída por três utentes que preencheram critérios de inclusão e aceitaram participar no projeto.

### 1.5.3. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

Foram direcionados os focos da Ansiedade e da Esperança. A ansiedade dará origem aos diagnósticos: ansiedade ligeira, moderada ou elevada. A estes diagnósticos associam-se as seguintes intervenções de enfermagem: avaliar ansiedade; executar intervenção psicoterapêutica; ensinar sobre estratégias de redução de ansiedade com o recurso da promoção da esperança; executar técnica de relaxamento; vigiar ansiedade. O diagnóstico “ansiedade moderada” ou “ansiedade elevada” implica sempre o autocontrolo ansiedade comprometido. Neste âmbito incluíram-se as seguintes intervenções: executar escuta ativa; ensinar sobre estratégias de autocontrolo; treinar técnicas de autocontrolo; executar apoio emocional; vigiar autocontrolo; orientar sobre estratégias de redução de ansiedade, treinar técnicas com enfoque na esperança. Segundo Querido (2021) a promoção da esperança está diretamente associada à esperança enquanto foco de atenção de enfermagem. Deste modo, “promover a esperança” é uma intervenção indicada para dar resposta aos

diagnósticos de “falta de esperança”, “desespero” (sentimento de profunda falta de esperança) e “desolação” (sentimento de ser abandonado ou falta de esperança).

O novo programa de intervenção foi desenhado em cinco sessões, individuais, com uma duração aproximada de 45 minutos que foram agendadas de acordo com a disponibilidade do participante, numa periodicidade semanal.

Para cada sessão foram definidos temas, objetivos específicos, tarefas e atividades. Contudo, considerando a centralidade na pessoa cuidada, e no respeito pela individualidade da cada participante, considera-se a possibilidade e a necessidade de proceder a ligeiros ajustes de acordo com as necessidades identificadas.

Sessão 0 (45 minutos) – Avaliação inicial - Primeiro contacto

Objetivos:

- Reconhecer a disponibilidade e interesse das mulheres em participar no programa
- Criar *rapport* na relação
- Apresentar o programa de intervenção;
- Caracterizar os participantes com recurso aos instrumentos de avaliação.

Tarefas e atividades:

- Apresentação os participantes;
- Apresentação do consentimento informado;
- Clarificação da garantia de que todas as sessões são baseadas na confidencialidade e respeito;
- Explicação das regras básicas da relação de ajuda;
- Aplicação de instrumentos de avaliação: Escala Montreal Cognitive Assessment (MoCA); Escala de autoavaliação da Ansiedade de Zung; a Escala de Esperança de Herth para a Doença Crónica em Portugal (HHI-DC-PT);
- Realização da história clínica de enfermagem com recurso ao sistema de informação SClínico;
- Iniciar a Relação de Ajuda através de uma escuta ativa;
- Planear as próximas sessões psicoterapêuticas

Sessão 1 (45 minutos) – A minha Esperança

Objetivos:

- Reforço da confiança na relação;
- Facilitar a tomada de consciência da dialética esperança/ desesperança;
- Apoiar a identificação de áreas de esperança;
- Caracterizar a esperança, identificar objetos de esperança, e identificar recursos ou ameaças;
- Apoiar o participante a expressar verbalmente a autorreflexão positiva;
- Despertar a auto percepção da esperança.

Tarefas e atividades:

- Realização de entrevista de enfermagem com base num guião semiestruturado (Entrevista FIFE), utilizando questões abertas, no sentido de caracterizar a esperança, identificar objetos de esperança, e identificar recursos ou ameaças (Querido, 2021);
- Realização de Genograma da esperança;
- TPC: realização de um kit de Esperança para a próxima sessão.

## Sessão 2 (45 minutos) - A Esperança de ontem e de amanhã

### Objetivos:

- Focar na capacidade de trabalhar a esperança;
- Reforçar positivamente as capacidades do participante;
- Promover a reflexão de memórias positivas do passado - usar técnicas de escuta ativa e comunicação em esperança;
- Assistir na partilha de histórias usando a revisão de vida – uso de questões abertas na entrevista;
- Apoiar na identificação das áreas de vida importantes;
- Assistir o participante a estabelecer objetivos realistas;
- Identificar objetivos é individualizar a esperança, ajuda a tornar mais claro o que é importante para a vida, e torna mais claro o que é importante na vida; uso do termómetro da esperança
- Definir objetivos realistas que ajudem a definir o caminho e a manter a esperança (Querido et al., 2011);
- Assistir na identificação de recursos para atingir os objetivos com recurso ao livro de atividades promotoras de esperança;
- Reforçar a consecução dos objetivos.

### Tarefas e atividades:

- Apresentação do Kit de Esperança realizado pela utente;
- Reflexão do significado dos elementos do kit de esperança;
- Avaliação da esperança no momento – uso do termómetro da esperança para autoavaliação;
- Definição de objetivos realistas - objetivo da semana;
- Orientação para a escolha de domínio da vida prioritário (Físico, Psicológico, Espiritual e Relacional);
- Orientação para a especificação e realismo do objetivo - classificar a esperança em atingir o objetivo;
- Orientação na enumeração dos possíveis obstáculos;
- Definição do plano de concretização do objetivo;
- Valorização da atividade – reforço do esforço e da capacidade;
- TPC: concretização do objetivo definido.

## Sessão 3 (45 minutos) – Viver o momento

### Objetivos:

- Encorajar afirmações positivas;
- Ensinar e instruir técnicas de relaxamento / uso de técnicas de visualização guiada, uso de técnicas de 3ª geração para realizar diários de gratidão (apoio do manual de atividades promotoras de Esperança).

### Tarefas e atividades:

- Criação de um momento de relaxamento com técnica de respiração, treino de autocuidado;
- Orientação para a apreciação dos momentos simples, reforço das forças e atributos;
- TPC: realização do diário de gratidão;
- TPC: reflexão acerca dos momentos mais importantes das sessões.

## Sessão 4 (45 minutos) – Um percurso Síntese do percurso percorrido

#### Objetivos:

- Avaliar o impacto do programa nas variáveis ansiedade e esperança;
- Avaliar a satisfação das mulheres com a participação no programa.

#### Tarefas e atividades:

- Reflexão síntese do programa;
- Aplicação dos instrumentos de avaliação: Escala de autoavaliação da Ansiedade de Zung e a Escala de Esperança de Herth para a Doença Crónica em Portugal (HHI-DC-PT);
- Aplicação de questionário de avaliação da satisfação/ entrevista de avaliação do programa aos participantes.

### 1.5.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Para colheita de dados foi utilizada a história clínica, com recurso ao sistema de informação SClínico, entrevista de enfermagem com base no guião semiestruturado FIFE, utilizando questões abertas, no sentido de caracterizar a esperança, identificar objetos de esperança e identificar recursos ou ameaças à gestão da esperança (Querido, 2021) que permitiu a recolha de dados qualitativos referentes às experiências das mulheres com cancro da mama. Foram ainda utilizadas escalas de avaliação, sendo estas:

- A Escala Montreal Cognitive Assessment (MoCA) validada com a versão portuguesa (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010) que nos permitiu avaliar a capacidade cognitiva para a gestão da ansiedade e a capacidade de trabalhar ativamente na promoção da esperança.
- A Escala de autoavaliação da Ansiedade de Zung, uma escala de autopreenchimento que se encontra validada para população portuguesa por Ponciano, Serra e Relvas (1982), com boas propriedades psicométricas. É composta por 20 itens relativos a sintomatologia associada a ansiedade, que pode ser subdividida em quatro componentes: componente cognitiva (itens 1, 2, 3, 4 e 5) – mede a ansiedade relacionada aos pensamentos e preocupações, componente vegetativa (itens 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18)– mede a ansiedade relacionada às reações fisiológicas, componente motora (itens 6, 7, 8 e 9) – mede a ansiedade relacionada com o movimento e expressões físicas de comportamento, e componente do sistema nervoso central (itens 19 e 20) – mede as manifestações físicas associadas ao sistema nervoso central. A pontuação obtida através da escala pode ir de um mínimo de 20 pontos a um máximo de 80, em que quanto maior a cotação, maior o nível de ansiedade. Possui 5 elaborados na positiva que para efeitos da cotação total invertem a cotação (5,9,13,17 e 19). (Ribeiro, 2007).
- Escala de Esperança de Herth para a Doença Crónica em Portugal (HHI-DC-PT) - validada para a população portuguesa por Querido e Dixe, 2012. É uma escala de Likert composta por 10 itens, organizada por uma pontuação de 1 a 4, onde “1” significa “discordo totalmente” e “4” significa “concordo totalmente”. A questão nº 3 deve ser cotada de forma inversa. É composta por dois fatores: fator 1 - temporalidade, confiança e interligação é composto por seis itens (1,5,6,7,9,10) que avaliam as dimensões: temporal, afiliativa e contextual da esperança; fator 2 - disposição interior positiva e expectativas, composto por quatro itens (2,3,4,8) que avaliam a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental da esperança. O HHI-DC-PT leva aproximadamente 5 minutos para ser preenchido. As pontuações variam de 10 a 40, com uma pontuação mais alta revelando maior nível de esperança (Querido, 2012).

- Genograma da Esperança - instrumento desenvolvido por Charepe et al. (2011). Permite identificar os recursos de esperança das pessoas com doença crónica. Através deste instrumento é possível identificar os padrões de interação em esperança, os atributos pessoais dos seus membros, a base espiritual, as memórias moralizantes, possibilitando uma reflexão acerca da rede familiar como força de resiliência e *empowerment* (Querido, 2015). Também permite a identificação de vários tipos de relação de esperança, tais como a relação com antecedentes de esperança – Quem no passado lhe transmitiu esperança e em que situação (relação forte na partilha, encorajamento e apoio emocional); as relações promotoras de esperança - Quem no momento atual lhe transmite esperança e em que situação (relação muito forte na partilha, encorajamento e apoio emocional); as relações de ameaça à esperança – Quem no momento atual identifica como uma ameaça à manutenção da sua esperança (relação unida e conflituosa na partilha, encorajamento/abandono e isolamento) (Charepe et al., 2011).
- Entrevista FIFE (*Feelings* - Sentimentos; *Ideas* - Ideias; *Functioning* - Funcionamento; *Expectations* - Expetativas - visa aceder à experiência de doença da pessoa, tendo em vista a identificação das áreas de intervenção psicossocial. No âmbito dos sentimentos (*Feelings*) as questões estão relacionadas com a doença, incluindo medos ou receios da pessoa; no âmbito das ideias (*Ideas*) é explorado as ideias e explicações sobre as causas dos sintomas ou da doença; no âmbito do funcionamento (*Functioning*) relaciona-se com o impacto da doença na vida do dia-a-dia; no âmbito das expetativas (*Expectations*) é explorado as expectativas do doente sobre o profissional de saúde e sobre a doença (Querido et al., 2019).
- Termómetro da esperança – Pergunta escala em que se avalia a esperança numa escala numérica de 0-ausência de esperança, a 10 – esperança máxima. O instrumento possui ainda duas outras questões que permitem identificar fatores promotores e inibidores de esperança; e uma questão aberta sobre o que seria necessário para aumentar a esperança num ponto no momento presente
- Questionário de satisfação/avaliação do programa aos participantes, com elaboração própria. Inclui cinco questões de resposta tipo Likert (nada satisfeito; a extremamente satisfeito) e seis questões abertas dirigidas ao conteúdo do programa de intervenção.

Os dados foram colhidos pela estudante de mestrado de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica através dos instrumentos selecionados. Assim, os dados de caracterização da esperança e da ansiedade foram recolhidos durante a entrevista para a realização da história clínica de enfermagem, complementando os dados já constantes no SClínico. A escala MoCA foi inicialmente aplicada para avaliação da capacidade cognitiva para a gestão da ansiedade e a capacidade de trabalhar ativamente na promoção da esperança. A Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung e a HHI-DC-PT foram aplicadas às participantes selecionadas antes do início do programa e no final do mesmo. No final será realizada a entrevista de encerramento com a entrega do questionário de satisfação/avaliação do programa aos participantes.

### 1.5.5. ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

A informação recolhida foi analisada de acordo com a sua natureza. Os dados qualitativos decorrentes das entrevistas e da aplicação do Genograma de Esperança foram alvo de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2016). Optou-se por uma abordagem descritiva dos casos com a posterior análise comparativa dos casos de acordo com as etapas preconizadas por Yin (2018):

- 1) Apresentação individual de cada caso com base no mesmo conjunto de dimensões (por exemplo, contexto, atores, processos, resultados). Nesta etapa escolheu-se a apresentação da história pessoal

e familiar, o processo decorrente da intervenção, com foco na ansiedade e esperança bem como a apresentação dos resultados com recurso a gráficos comparativos.

- 2) Análise cruzada – refere-se à comparação entre os casos, identificação de padrões comuns ou divergentes numa perspetiva de “lógica de replicação” para identificação de confirmações e contrastes (Yin, 2018).

Na análise dos casos utilizaram-se os instrumentos de medida que suportam o diagnóstico e a intervenção em enfermagem. Os resultados da aplicação dos instrumentos foram alvo de análise descritiva com a utilização de valores absolutos dos scores dos instrumentos e dos seus fatores.

## **1.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O presente projeto está em conformidade com todos os critérios necessários para a sua implementação, garantindo a segurança, a ética e o cumprimento das normas legais vigentes. Foram adotadas medidas rigorosas para assegurar a proteção dos participantes, respeitando sua privacidade, dignidade e bem-estar.

Foram considerados todos os princípios de confidencialidade e anonimato dos dados, garantindo que as informações coletadas sejam utilizadas exclusivamente para fins académicos e de tratamento estatístico, ou para eventuais publicações que possam vir a acontecer, garantindo sempre a confidencialidade da informação sem qualquer risco de exposição ou prejuízo aos envolvidos.

O projeto seguiu os princípios da Declaração de Helsínquia aplicável à pesquisa em saúde. Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do projeto, os seus direitos e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. O consentimento informado foi apresentado e assinado de forma clara e voluntária (Apêndice XIX).

Foram respeitadas as diretrizes de boas práticas na pesquisa científica e os regulamentos institucionais. O projeto foi submetido à apreciação do Conselho de Administração da ULS, garantindo sua viabilidade dentro do quadro normativo vigente, com parecer favorável para a sua aplicação (Anexo X).

Procedeu-se ao pedido de autorização das escalas de avaliação que foram utilizadas neste projeto, aos respetivos autores (Anexo XI).

Dessa forma, asseguramos que este projeto foi implementado com total segurança, respeitando todos os requisitos de proteção, ética e legalidade, garantindo a integridade dos participantes e a credibilidade dos resultados obtidos.

## **1.7 RESULTADOS**

### **1.7.1 APRESENTAÇÃO DOS CASOS**

O projeto teve a participação de três mulheres que reuniam os critérios de inclusão do mesmo. Todas cumpriram as sessões programadas, assim como realizaram as atividades de cada sessão que lhes foram entregues para desenvolverem durante a semana no domicílio. Participaram nas sessões semanais de acordo com o previamente agendado. As sessões foram realizadas no dia da semana escolhido, 50 minutos antes do agendamento do tratamento de quimioterapia semanal.

A apresentação dos casos segue a indicação da descrição do caso segundo Yin (2018).

### Participante 1 – P1

Mulher de 50 anos, casada, vive com o marido numa zona rural. É a oitava filha numa fratria de nove. Tem o 9º ano de escolaridade. Trabalha na área fabril, é funcionária numa fábrica de fabrico de cintos. Tem uma filha com 28 anos que está grávida.

Antecedentes pessoais: hipertensão arterial (diagnosticado desde há 4 anos) e dislipidemia (diagnosticado há 1 ano).

Medicação habitual: Perindopril; Indapamida; Atrovastatina

Antecedentes familiares: linhagem paterna – pai, duas tias e um tio, faleceram por neoplasia do colon, um tio com neoplasia SNC, uma tia com neoplasia hematológica, uma tia com neoplasia do pâncreas. Um tio e duas tias sem doença oncológica conhecida. Linhagem materna – mãe tem um transtorno neurocognitivo – demência, uma tia com neoplasia da mama, duas tias e dois tios sem doença oncológica conhecida. Uma irmã com neoplasia ginecológica (falecida), um irmão e uma irmã faleceram num acidente viação, restantes irmãos sem doença oncológica conhecida.

P1 é seguida no Hospital de Dia de Oncologia está a realizar tratamentos de quimioterapia neoadjuvantes, posteriormente ao tratamento químico, tem proposta para tratamento cirúrgico, nomeadamente mastectomia e biópsia de gânglio sentinela, no Instituto Português de Oncologia.

Na realização do rastreio do cancro da mama na unidade móvel de rastreio, foi identificado lesão mamária. Após realização dos exames complementares de diagnóstico, foi identificado um carcinoma invasivo da mama esquerda Luminal – HER 2 positivo CT2N0M0. Inicia seguimento no Instituto Português de Oncologia de Coimbra em julho de 2024. É referenciada para a ULS para realização dos tratamentos de quimioterapia pela possibilidade desta instituição ser da sua área de residência. Tem a primeira consulta na ULS, Hospital de dia Oncologia em outubro de 2024.

A P1 apresenta-se de forma cuidada, vestida de forma adequada ao meio e à estação. Aspeto congruente com a idade. Usou sempre um gorro. Contacto fácil, discurso e pensamento fluido, sem alterações. Postura descontraída e serena. Humor eutímico e afetividade sintónica. Sem alterações no padrão do sono, que considera de boa qualidade.

Quando realizado a entrevista, a P1 definiu a esperança como “... *ter objetivos para o futuro*”. Ao logo do discurso esta foi remetendo a esperança em torno da perspectiva do futuro. Considera a esperança muito importante na sua vida “... *é mesmo muito importante, ela dá-me força e coragem*” (P1). Identifica dois acontecimentos marcantes na sua vida com um impacto muito negativo na esperança - o falecimento do pai e de dois irmãos - “... *com o falecimento dos meus irmãos, o meu pai desistiu de lutar com a doença que tinha...*”, identifica e reconhece que foram tempos em que perdeu a esperança. Depois destes acontecimentos P1 engravida. Identifica o facto de ter ficado grávida como “... *uma nova esperança*” sentindo que a vida ganhou um novo sentido. Em julho de 2024 quando recebe o diagnóstico de neoplasia da mama, levou-a aos medos, incertezas e à desesperança. Mas nesse mesmo mês, recebe a notícia da filha que iria ser avó. A P1 descreve-se como uma pessoa de esperança. Refere que quando o marido teve uma fratura no pulso, o que o levou a um período de ausência laboral e alguma dependência, era ela que o animava e “... *puxava-o para cima*”. P1 percebe a dinâmica esperança em altos e baixos, modelada pelos acontecimentos da vida. Reconhece em si qualidades e atributos de uma pessoa esperançosa.

Conseguiu-se construir uma relação de ajuda com base na comunicação empática e escuta ativa. A P1 é uma pessoa comunicativa, simpática e afável, e desta forma estabeleceu-se uma relação empática, compreensiva e os conteúdos foram abordados de forma confortável.

As sessões realizaram-se presencialmente, num gabinete no Hospital de Dia de Oncologia. Estas realizaram-se uma hora antes do agendamento dos tratamentos de quimioterapia.

O kit da esperança foi apresentado na sessão 2 como previsto. O kit era constituído por uma caixa de cartão decorada subtilmente com desenhos gráficos em vários tons de azul. Esta caixa comprou-a de propósito para esta atividade. Diz que escolheu a caixa de acordo com a forma e aparência com que ela se identifica, atribuindo significado pessoal ao seu kit. Dentro da caixa tinha: 3 lápis de cor usados, explica que o lápis branco significa a paz e esperança; o lápis amarelo: o sol, as estrelas que *"...estão sempre lá, mesmo que não consigamos ver ... o sol dá vida"*; o lápis bege: *"... é a minha cor favorita"*; uma imagem pequena da ecografia do neto: *"... nasce em março"*; uma foto da mãe: *é uma mulher... com muita coragem por aquilo que passou... ainda não me tinha apercebido que a minha mãe era uma fonte de esperança tão grande"*(P1); e uma frase: *"Mais vale sair, do que ficar!"*, retirou esta frase do filme *Shrek* e tem vindo a acompanhá-la há já alguns anos, desde quando a sua filha era pequena. A frase representa um mote para o desapego e aparece como suporte e ajuda para se ajustar à perda do próprio corpo. Neste contexto faz a analogia de que mais fale retirar a mama e tudo o que provoca a doença, do que ficar a causar mais danos.

Do genograma da esperança, foi identificada a relação promotora da esperança com uma sobrinha, e a relação com uma cunhada como uma relação de ameaça à esperança. Classifica a esperança num nível 8. Identifica o facto de ir ser avó como promotor de esperança, e a doença como inibidor de esperança. Foi construído uma linha do tempo para a identificação de momentos vividos de grande esperança. Identificou momentos de infância como o andar à chuva, que recorda com o sentimento de liberdade, tranquilidade e paz. O início da atividade laboral (sempre gostou de estar ativa) o matrimónio e a maternidade constituíram-se marcos importantes da sua vivência de esperança.

Identificou o domínio psicológico para estabelecer o seu objetivo. Definido um objetivo realista e simples de concretizar. E foi elaborado todo o planeamento estratégico para a realização do objetivo definido, tendo em conta os procedimentos, obstáculos e planos alternativos. A P1 na sessão seguinte refere que conseguiu concretizar o objetivo, *"... a semana passou-se diferente"* porque tinha um objetivo definido para cumprir, e vai mantê-lo para a próxima semana. O sentimento de concretização é motivador e que a estrutura da concretização do objetivo ajudou-a muito.

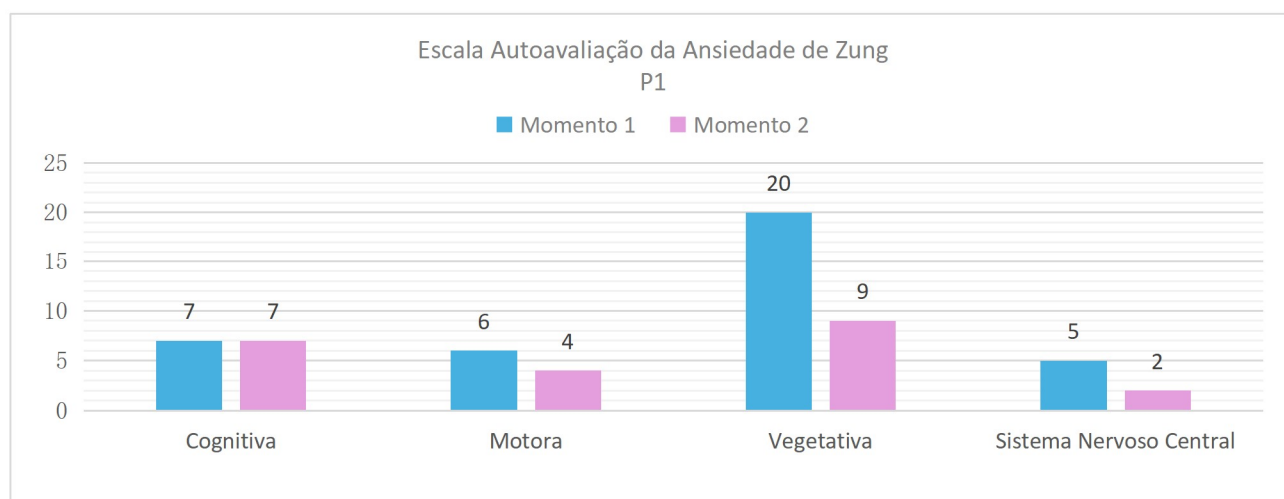
Na sessão 3 foram identificados como momentos prazerosos e relaxantes as caminhadas, estar com a natureza a contemplar as árvores de fruto a ficarem em flor, o prazer em cozinhar, fazer exercícios do tipo *"sopa de letras"*. Referiu que gosta de estar em silêncio e que *"... raramente penso em coisas más..."*. Não tem o hábito de fazer exercícios respiratórios de relaxamento. Durante a sessão foi instruído e praticado a técnica de respiração simples, de inspiração pelo nariz, como se estivesse a cheirar uma flor, e expirar pela boca de forma lenta e controlada, como se estivesse a soprar para uma vela. P1 demonstrou interesse e referiu que iria fazê-lo juntamente com a filha.

Na sessão 4, referente à vivência da esperança no momento presente, refere que contemplou o momento quando ingere o chá e come um quadrado de chocolate, ritual que tem durante a tarde. Cumpriu a reflexão e registo de momentos de gratidão ao fim do dia, no diário da gratidão, foram registados gratidão por momentos e detalhes: pela caminhada, observar a lua, o abraço de uma vizinha quando a P1 chegou a

casa de ambulância vinda do Hospital de Dia Oncologia, reveladores da capacidade de conexão com o self, com os outros e com o transcendente.

Os gráficos 1 e 2 representam a avaliação das escalas no início e do fim do projeto. Observa-se uma redução dos níveis de ansiedade entre o início e o fim do programa de intervenção, que são mais evidentes na presença de sintomas físicos de ansiedade, mas também se registaram redução nos sintomas relacionados ao funcionamento do sistema nervoso central e no movimento e registaram-se melhorias nas manifestações físicas de inquietação e agitação (dimensão motora da ansiedade). Para P1 mantiveram-se os níveis de ansiedade relacionadas às preocupações e aos pensamentos.

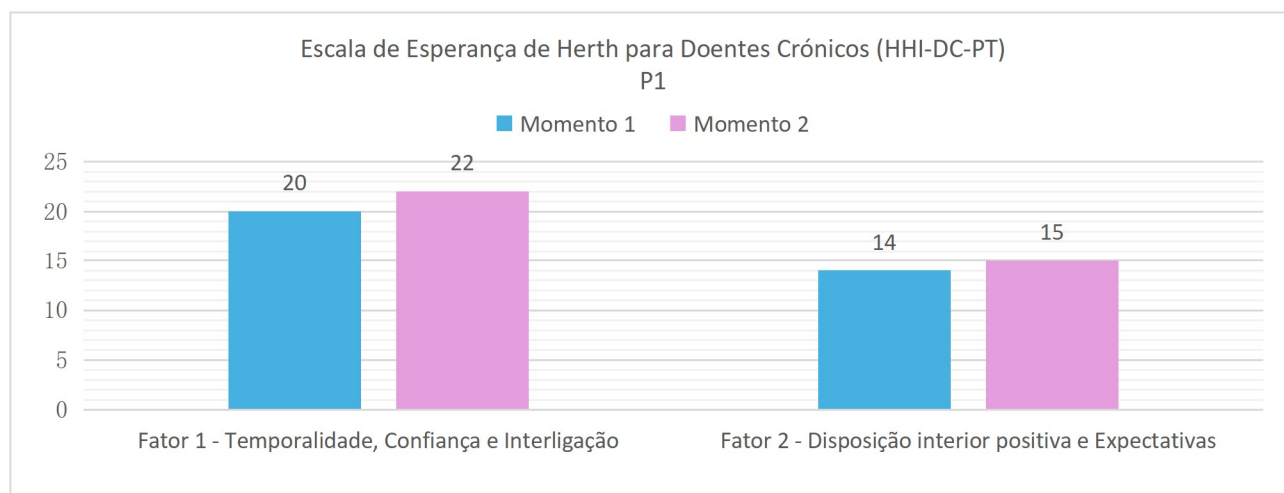
**Gráfico 1.** Resultados da ansiedade de P1 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da



Escala Autoavaliação da Ansiedade de Zung

Quanto aos níveis de esperança, P1 revelou-se mais esperançosa no final do programa de intervenção, representando um aumento da esperança global relativa aos dois fatores: Temporalidade, confiança e interligação e Disposição interior positiva expectativas, como representado no gráfico 2.

**Gráfico 2.** Resultados da esperança de P1 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da Escala de Esperança de Herth para Doentes Crónicos (HHI-DC-PT)



## Participante 2 – P2

Mulher de 49 anos, casada, vive com o marido e os dois filhos, dois rapazes com 14 e 10 anos de idade. Vivem numa zona rural. Nasceu numa região do norte do país. É a segunda filha numa fratria de dois. Tem licenciatura em educação básica, é professora do 1º ciclo.

Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial diagnosticada há cerca de dois meses (atualmente não está medicada) e transtorno da ansiedade.

Medicação habitual: Miconeo HEP; Ergyphlius; Vitamina D3 + K2

Antecedentes familiares: linhagem paterna – sem doenças oncológicas conhecidas. Linhagem materna – sem doenças oncológicas conhecidas. Irmã faleceu em criança por complicações de doença degenerativa.

P2 é seguida no Hospital de Dia de Oncologia onde realiza tratamentos de quimioterapia neoadjuvantes, posteriormente aos tratamentos químicos, tem proposta para tratamento cirúrgico, radioterapia e hormonoterapia.

Detetou um nódulo à palpação da mama, e após a realização dos exames complementares de diagnóstico, foi encaminhada para um hospital central em Lisboa onde realizou ecografia e biópsia em outubro de 2024, tendo sido diagnosticado um carcinoma invasivo da mama esquerda, Sem Tipo Especial (NST), grau III CT3N2M0, com metástases a nível axilar esquerdo. É referenciada para a ULS para realização dos tratamentos de quimioterapia na área de residência. Tem a primeira consulta na ULS, Hospital de dia Oncologia em dezembro de 2024. Nesta primeira consulta solicita referência para a psicologia.

P2 apresenta-se de forma cuidada, vestida de forma adequada ao meio e à estação. Usa gorro nas primeiras sessões, nas seguintes usou uma peruca. Aspeto congruente com a idade. Contacto fácil, pensamento sem alterações. Discurso com ligeira loquacidade. Humor deprimido e afetividade sintónica. Sem alterações no padrão do sono. Postura retraída e tensa, demonstrando alguma timidez. Tem preferência em estar com máscara nas duas primeiras sessões.

Na entrevista inicial P2 definiu a esperança como “...acreditar ... ter objetivos”. Identifica situações em que ficou desiludida com pessoas que lhe eram significativas, e nesses momentos sentiu-se triste, insuficiente e sem esperança. Nesses momentos aponta a estratégia que utiliza para os ultrapassar: “... aceito as pessoas como elas são”. Referindo que cria muitas expectativas nas pessoas, e por isso recorrentemente fica desiludida com elas. P2 reconhece-se como uma pessoa solitária na vivência das suas emoções, “... gosto de estar comigo própria”. Como fonte de esperança refere “... eu tenho-me a mim própria... eu sou responsável pela minha esperança”.

P2 percebe-se como uma pessoa ansiosa, e manifestou à médica de oncologia, numa consulta em dezembro, da necessidade de apoio psicológico. Como havia uma eminente necessidade de intervenção sentida pela P2, esta apresentou-se sempre disponível e grata pela oportunidade em participar no programa. Desta forma, conseguiu-se estabelecer uma relação de ajuda com base na confiança, empatia e na escuta ativa de forma que permitisse a expressão livre de sentimentos, angústias e necessidades.

As sessões decorreram em formato presencial, num gabinete no Hospital de Dia de Oncologia, há exceção de uma sessão das sessões que por indisponibilidade do gabinete, decorreu num gabinete na Consulta Externa. Estas realizaram-se uma hora antes do agendamento das sessões de quimioterapia, uma vez por semana.

O kit da esperança foi apresentado na sessão 4, embora durante o programa a P2 referisse estar a elaborá-lo. Apresenta uma caixa em madeira pintada pela própria com cores quentes: laranjas e vermelhos, com aplicações em forma de corações de pequenas dimensões. Dentro da caixa tem: uma pena roxa, que simboliza a leveza; saquinho de tecido de cheiro: utiliza-o durante os exercícios respiratórios na promoção do relaxamento; uma estrelinha amarela em madeira: recorda-a das pessoas significativas que faleceram; um objeto de metal em forma da árvore da vida: sente conexão com este símbolo; dois cristais: o branco traz-lhe paz e o roxo, sorte; um terço pequeno em madeira, uma figura pequena do menino Jesus, um lenço com bordado da Nossa Senhora: crenças; uma concha da praia: sentimento de liberdade e reflexão; e uma foto dos dois filhos.

Foi construído o genograma da esperança, onde a relação com o marido, com os filhos e com duas sobrinhas foi identificada como relação promotora de esperança. No termómetro da Esperança posiciona-se no número 8. Reconhece como fatores inibidores da esperança a doença, os sintomas e o medo da incerteza da doença. E como fator promotor de esperança “... gosto de viver”, o encontro com uma amiga de infância que estava emigrada, e os momentos em que esteve grávida.

Identificou o domínio psicológico para estabelecer o seu objetivo. Definido um objetivo realista e simples de concretizar. P2 definiu como objetivo fazer a inscrição nas aulas de yoga. Identificou o facto de esta estar com alopecia como impeditivo e tem preferência em usar gorro, contudo para esta prática diz que os gorros se têm revelados desconfortáveis pois são bastantes quentes. Foi co-elaborado todo o planeamento estratégico para a realização do objetivo definido, tendo em conta os procedimentos, obstáculos e planos alternativos. Na sessão seguinte refere que conseguiu concretizar o objetivo, “... consegui inscrever-me, mas fiquei a aguardar confirmação do horário que eu pretendia... pois não têm vagas neste momento..., mas deram-me a possibilidade de fazer uma aula... arranjei um gorro de malha muito fininha e bastante confortável... e fiz a aula”. Quando questionada como se sentiu depois de ter cumprido o objetivo refere “... fez-me ver que eu não tenho de estar ali parada... abriu-me horizontes”.

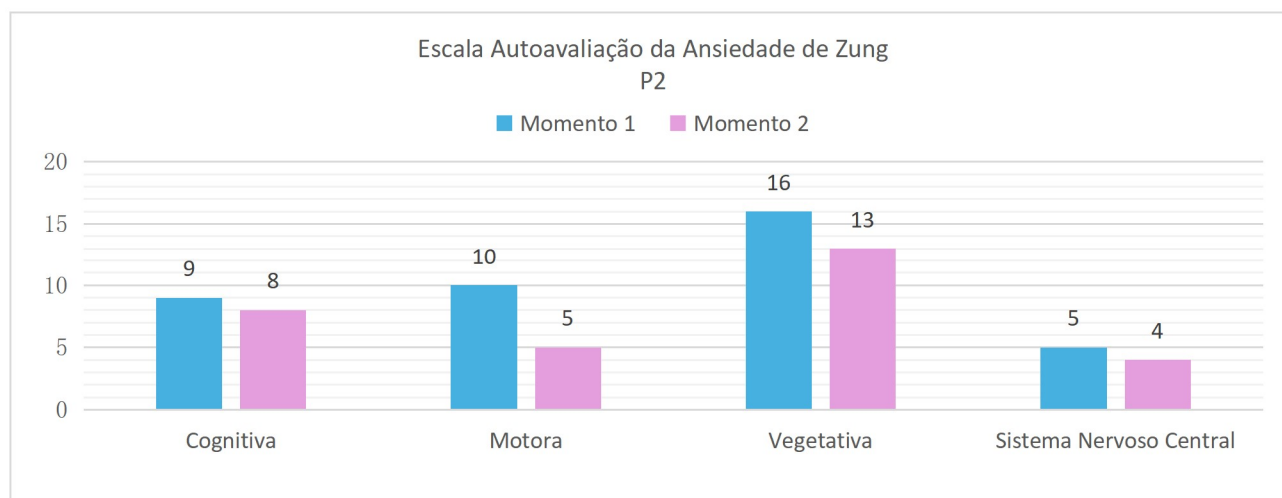
Na sessão 3 foram identificadas como momentos prazerosos e relaxantes o caminhar na praia, ouvir música, ler e meditar. Refere que já fez yoga em anos anteriores, e no mês de novembro fez meditação diária (sentada em posição de lótus a ouvir música relaxante) reconhecendo a importância e o impacto que esta estratégia tem no seu bem-estar físico e mental. Relata que se tem sentido muito ansiosa quando vem aos tratamentos pois cada vez mais é difícil o procedimento para obter o acesso venoso periférico. Reforçada a importância da continuidade diária da sua estratégia de relaxamento, e a introdução das técnicas respiratórias.

Na sessão 4 vem emocionada, refere que durante a semana comemorou o seu 50º aniversário. Tinha idealizado festejar o seu aniversário com uma festa rodeada dos amigos e familiares. Contudo, por motivos de saúde, de forma a evitar grandes aglomerados de pessoas, decidiu em não realizar a festa. Festejou o seu aniversário com a família mais próxima. Refere que a atividade de realizar diariamente o diário da gratidão nesta semana de aniversário, proporcionou-lhe momentos de catarse emocional, com um misto de emoções. Refere que chorou muito nestes dias, não de tristeza, mas de desabafo, com sentido libertador. Teve momentos de reflexão e introspeção acerca da sua vulnerabilidade e do que é realmente importante e essencial na sua vida. Demonstrou muito prazer e gratidão pela importância e impacto que a atividade teve.

Ainda refere que no último tratamento, antes de entrar para a sala de enfermagem, fez as respirações de acordo com o que tinha sido abordado na sessão 3, e sentiu-se mais calma e confiante. Associou esta prática de autocontrolo ao sucesso da punção venosa periférica nessa semana.

Os gráficos 3 e 4 representam a avaliação das escalas no início e do fim do programa de intervenção. Observa-se uma redução dos níveis de ansiedade em todas as dimensões, sendo mais evidente na dimensão motora, com evidência da redução das expressões comportamentais de ansiedade.

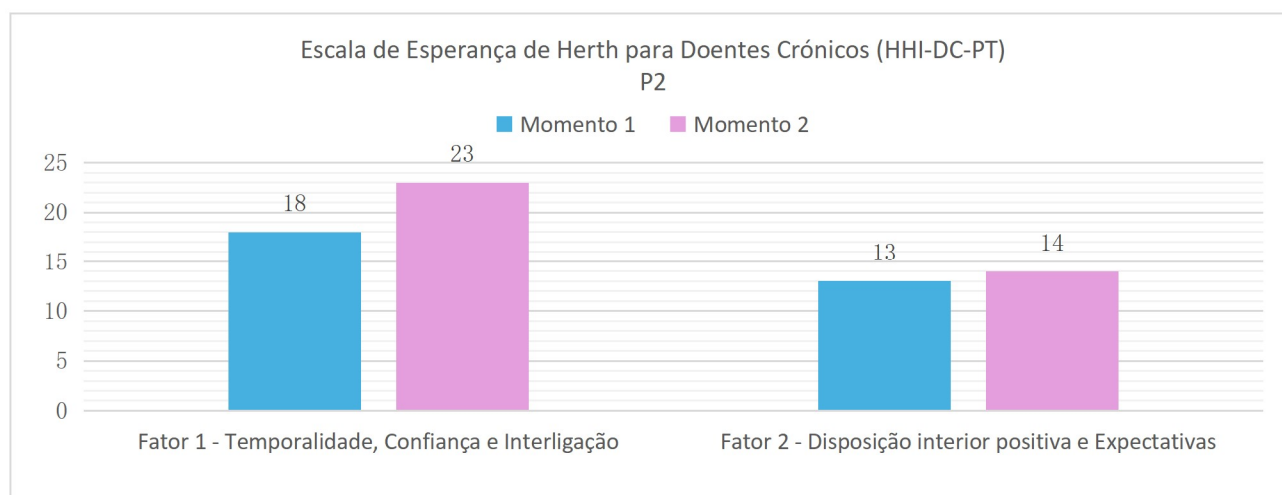
**Gráfico 3.** Avaliação da ansiedade de P2 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da Escala



Autoavaliação da Ansiedade de Zung

Relativamente à esperança observou-se um aumento dos scores antes e após o programa, com ênfase no fator temporalidade, confiança e interligação, sugerindo um aumento da autoconfiança e na confiança que deposita nos outros, bem como no reconhecimento da relação que estabelece com outros na promoção da própria esperança.

**Gráfico 4.** Resultados da esperança de P2 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da Escala de Esperança de Herth para Doentes Crónicos (HHI-DC-PT)



### Participante 3 - P3

Mulher de 77 anos, casada, vive com o marido numa região rural. É a décima primeira filha de uma fratria de onze. Tem o ensino básico equiparado ao 4º ano de escolaridade. É reformada. Viveu a grande parte da sua vida na América, por vontade e decisão do marido voltaram a viver em Portugal há sensivelmente 10 anos. Tem um filho com 53 anos de idade e um neto com 14 anos, ambos vivem na América.

Antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus tipo 2; Hipertensão arterial; Dislipidémia; Hipotiroidismo; Síndrome Depressivo;

Antecedentes cirúrgicos: Tireoidectomia total em 2003; Polipectomia + Miomectomia por ressectoscopia em 2016.

Medicação habitual: Atorvastatina + Ezetimiba; Lercanidipina; Irbesartan + Hidroclorotiazida; Metformina; Pantoprazol; Levotiroxina Sódica; Venlafaxina; Naproxeno SOS.

Antecedentes familiares: mãe com neoplasia do colo do útero.

P3 é seguida no Hospital de Dia de Oncologia onde está a realizar tratamentos de quimioterapia neoadjuvantes, posteriormente aos tratamentos químicos, tem proposta para tratamento cirúrgico na ULS.

Detetou um nódulo à palpação da mama em julho de 2024, e pós a realização dos exames complementares de diagnóstico, foi encaminhada para um hospital central em Lisboa onde realizou ecografia e biópsia em agosto de 2024. Foi diagnosticado carcinoma invasivo da mama esquerda, Sem Tipo Especial (NST), grau II CT2N2MO. É referenciada para a ULS para realização dos tratamentos de quimioterapia pois esta instituição é da sua área de residência. Tem a primeira consulta na ULS, Hospital de dia Oncologia em outubro de 2024.

P3 apresenta-se de forma cuidada, vestida de forma adequada ao meio e à estação. Aspeto congruente com a idade. Usou sempre uma boina do estilo francês. Contacto fácil. Pensamento sem alterações. Fácies triste, expressões faciais tensas. Postura tensa. Humor deprimido e afetividade sintónica. Discurso muito focado na doença e na idade. Sem alterações no padrão do sono.

Na entrevista inicial P3 definiu a esperança como “... é a *minha fé*”. Quando explorada a temática da esperança refere “... *tenho esperança de me curar*”. Com labilidade emocional acrescenta que “... a *minha esperança às vezes está em cima, outras vezes em baixo*”. Quando se sente com falta de esperança vai à igreja sozinha e conversa com Deus. Identifica na infância dificuldades económicas, uma vez que tinha muitos irmãos. Contudo refere com sorriso que teve uma infância “... *muito boa*”. O casamento é descrito como algo que não lhe dá felicidade, refere que lhe faltou a coragem para se divorciar quando era mais nova. Sente muito orgulho no seu filho, pois é um homem trabalhador sem vícios, e agradece “... *graças a Deus eu fiz um bom trabalho*”. Na família o cunhado tem dependência do álcool, e o marido não ficou explícito que vícios teria. Vê na mãe a força e coragem, “... a *minha mãe fez-me ver a esperança... ela aguentou tanta coisa e conseguiu*”. Ao longo da entrevista percebeu-se que P3 sente-se triste com a vida, está revoltada com a doença, foi referindo várias vezes “... e *agora esta doença... já estou velha*”.

O início da relação P3 apresentou um discurso breve, de respostas simples e curtas. Mostrava dificuldade em expressar os seus sentimentos e percepções. A relação foi sendo estabelecida de forma gradual, com base no respeito pela sua individualidade e por todas as experiências vivenciadas. Ao longo das sessões a relação construída na base da confiança e empatia, pelo que P3 permitia-se emocionar frequentemente nas sessões. No final destas despedia-se com um abraço.

As sessões realizaram-se presencialmente, num gabinete no Hospital de Dia de Oncologia, uma hora antes do agendamento dos tratamentos de quimioterapia.

O kit da esperança foi apresentado na última sessão. Ao logo das sessões P3 por iniciativa própria, pedia sempre para que fosse explicado novamente o objetivo do kit da esperança. Esta atitude leva a reflexão de que P3 soube definir o conceito de esperança, mas objetivar a esperança em algo real, a partir da linguagem simbólica não estava a ser fácil. Apresentou o seu kit da esperança através de um envelope branco: “... *era o envelope que tinha lá em casa*”, escolheu um envelope pois quer colocar o seu kit de esperança na carteira, e se fosse uma caixa era mais difícil; no envelope tinha uma fotografia do filho e outra fotografia do neto: “... *são as pessoas mais importantes da minha vida*”.

Foi construído o genograma da esperança, onde foram identificadas cinco relações promotoras de esperança, a relação com as quatro irmãs, e a relação com o filho. No termómetro da Esperança posiciona-se no número 6. Identificou o nascimento do filho, a ida para a América e o nascimento do neto, como os grandes momentos promotores de esperança da sua vida. A idade foi referida como um fator inibidor de esperança.

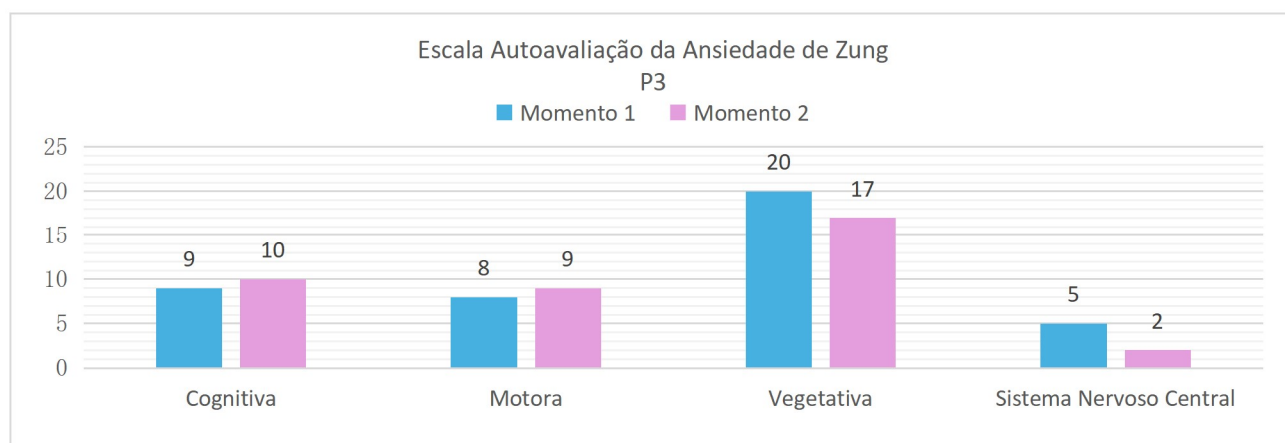
Identificou o domínio físico para estabelecer o seu objetivo. Definido um objetivo realista e simples de concretizar. P3 definiu como objetivo uma vez por dia, ouvir uma música e dançar. Foi elaborado todo o planeamento estratégico para a realização do objetivo definido, tendo em conta os procedimentos, obstáculos e planos alternativos. Na sessão seguinte referiu que conseguiu concretizar o objetivo, ouviu música no tablet pois o rádio não funcionou. Refere que ouviu maioritariamente Amália Rodrigues, e recordou de quando “... *era nova gostava muito de dançar*”. Acrescenta que houve dias que ouviu mais do que uma música.

Na sessão 3 foram identificados momentos prazerosos e relaxantes como estar ao sol, jogar Bubble Shooter no tablet e fazer atividades domésticas.

Na sessão 4 refere que não escreveu no diário da gratidão, mas que agradeceu todos os dias a Deus. Foi solicitado que experimentasse escrever o que agradece, na tentativa de perceber que a experiência e percepção são diferentes. Vem nesta sessão visivelmente mais feliz do que o habitual, refere que o último tratamento não lhe tinha causado tantos efeitos secundários, que se tem sentido fisicamente melhor.

Os gráficos 5 e 6 representam a avaliação das escalas no início e do fim do programa. Observa-se uma redução da componente vegetativa da ansiedade bem como ao nível dos sintomas do sistema nervoso central. Por outro lado, observa-se um ligeiro aumento da expressão cognitiva e motora da ansiedade, que poderá estar associada à tomada de consciência das preocupações e da presença de tensão associada ao movimento.

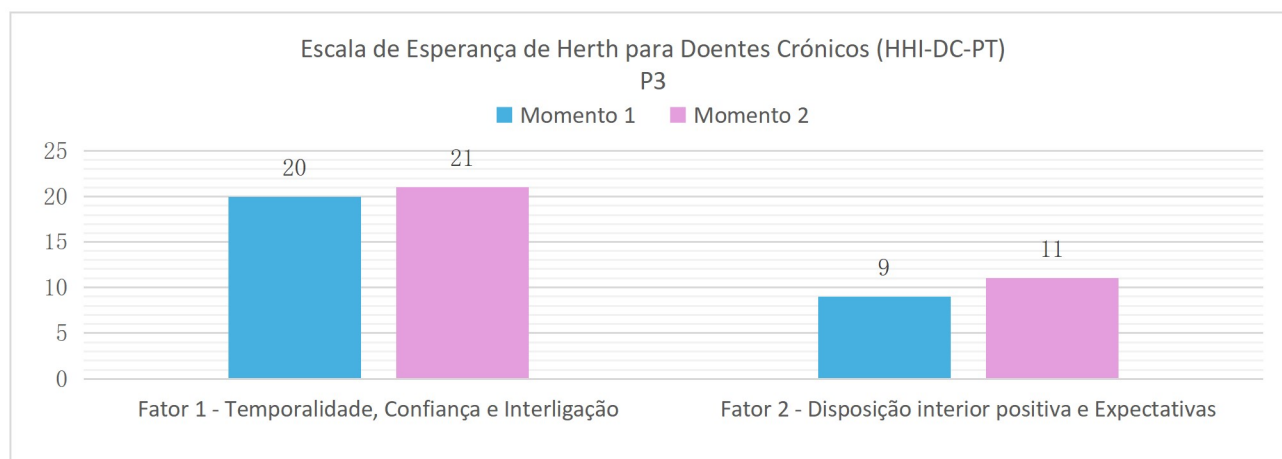
**Gráfico 5.** Avaliação da ansiedade de P3 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da Escala



## Autoavaliação da Ansiedade de Zung

No que respeita à esperança, observa-se um aumento da sua expressão e ambos os fatores, mesmo no que já evidenciava altos índices, referente ao fator, temporalidade, confiança e interligação.

**Gráfico 6.** Resultados da esperança de P3 Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção nas Subescalas da



Escala de Esperança de Herth para Doentes Crónicos (HHI-DC-PT)

### 1.7.2 ANÁLISE CRUZADA DOS CASOS

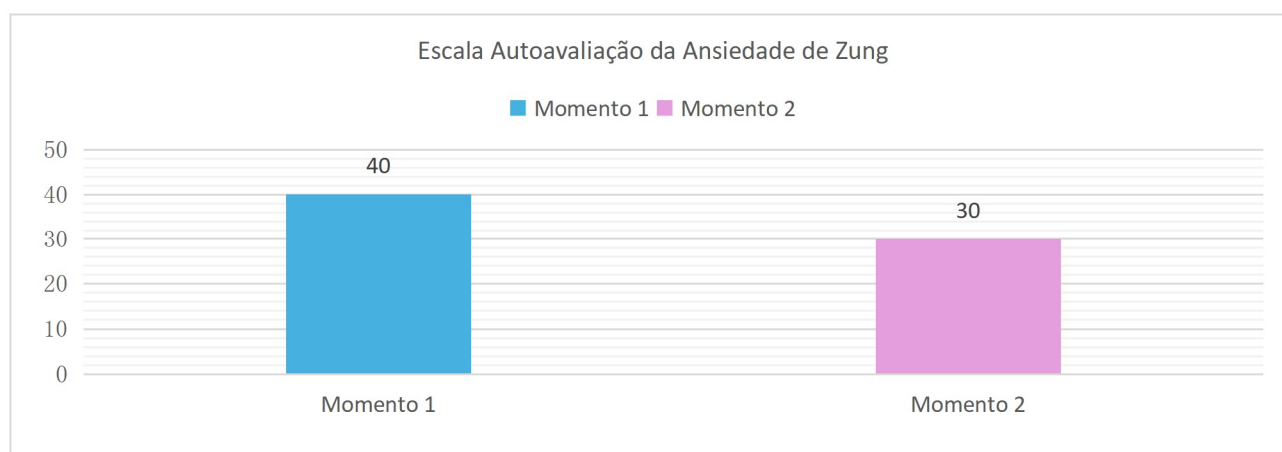
Da análise cruzada dos dados referentes aos casos observa-se um aumento claro da confiança ao longo das fases de construção da relação terapêutica. Foi notório o crescendo da autoconfiança nas expressões verbais bem como na expressão não verbal de sentimentos e emoções durante o desenvolvimento das sessões, nomeadamente a permissão para chorar e expressar a zanga. Na entrevista inicial de caracterização da participantes e estabelecimento de relação, as participantes falaram da sua esperança, do que sentem e expressam relativamente à sua esperança. A relação de ajuda estabelecida com base no modelo de relação de enfermagem de Peplau (Bittencourt et al., 2018) suportado pelo modelo centrado nas forças de Gottlieb, foi central à expressão da esperança na perceção das participantes, que emergiu tanto na sua esfera particularizada como na esfera generalizada (Querido, 2021). Neste aspeto, foi evidente o envolvimento ao longo das sessões na definição de metas e objetivos a curto prazo pelas participantes, enquanto a esperança generalizada emergiu de relatos de esperança de cura (P3) e de esperança de dias melhores (P2).

A esperança particularizada, quando associada a desejos e objetivos específicos, que permite à pessoa percecionar o que é para si importante, confirmar, clarificar e priorizar as suas perceções, no sentido de preservar ou reconstruir o sentido da vida (Querido, 2012, 2021). Definir um objetivo desejável para concretizar durante os próximos dias, foi algo que para as participantes lhes causou alguma estranheza. Foram referindo “... agora com os tratamentos não me tenho sentido com vontade de fazer nada...” (P1), “... tenho lido, e nada mais...” (P2).

Na perspetiva das participantes, a esperança foi considerada como um carrossel, com altos e baixos, revelando-se como um processo multidimensional, dinâmico oscilando consoante as condições facilitadoras e inibidoras da esperança e altamente personalizado em cada indivíduo (Querido, 2012). Para as participantes, esta personalização baseou-se na realidade vivenciada por cada uma, na sua perceção, e na forma como analisam e interpretam a situação de doença face ao que espera para a sua vida.

Na realização do genograma da esperança (Cherepe et al., 2011), duas participantes não identificaram a existência de relação de ameaça à esperança, referiram “... *dou-me bem com todos da minha família*” (P2), “... *finjo, e não ligo aquilo que ele (marido) diz...*” (P3) já tinha referido ao longo das sessões que não tinha uma relação harmoniosa com o marido, no sentido de que ele a desmotivava. Não obstante, não reconheceu que esta é possivelmente uma relação que ameaça a sua esperança. Estes resultados podem expressar a necessidade de dedicar mais tempo e profundidade na realização desta atividade e a utilização do Enfermeiro especialista em ESMP como instrumento terapêutico para explorar as relações promotoras e ameaçadoras de esperança e a forma como as participantes se ajustam à realidade percecionada.

A ansiedade foi vivenciada em todas as suas componentes, e com a realização das atividades promotoras de esperança do programa observa-se uma redução dos scores globais da ansiedade entre o momento inicial prévio à intervenção e o momento final, após a intervenção (Gráfico 7).



**Gráfico 7.** Média dos valores de ansiedade dos casos no Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção

Com o avançar do tempo e a continuidade do tratamento de quimioterapia parecem fazer diminuir a esperança, o que vem sustentar a necessidade de promovê-la continuamente. Neste sentido, a proposta da realização de atividades promotoras de esperança (Querido et al., 2011) foi relevante para o aumento dos scores médios da esperança das participantes.

Foi notório o envolvimento das participantes nas atividades do programa de intervenção. Contudo, verificou-se na atividade de elaboração do Kit de esperança uma enorme dificuldade no uso da linguagem simbólica, em especial por P3. A identificação de objetos e símbolos de esperança implica momentos de confronto com o sofrimento na busca de encontrar algo de concreto que impulsiona e promova a esperança. Nesse sentido torna-se evidente a necessidade de apoio no aprofundamento da relação e na exploração da linguagem simbólica como meio de expressão de sentimentos e emoções.

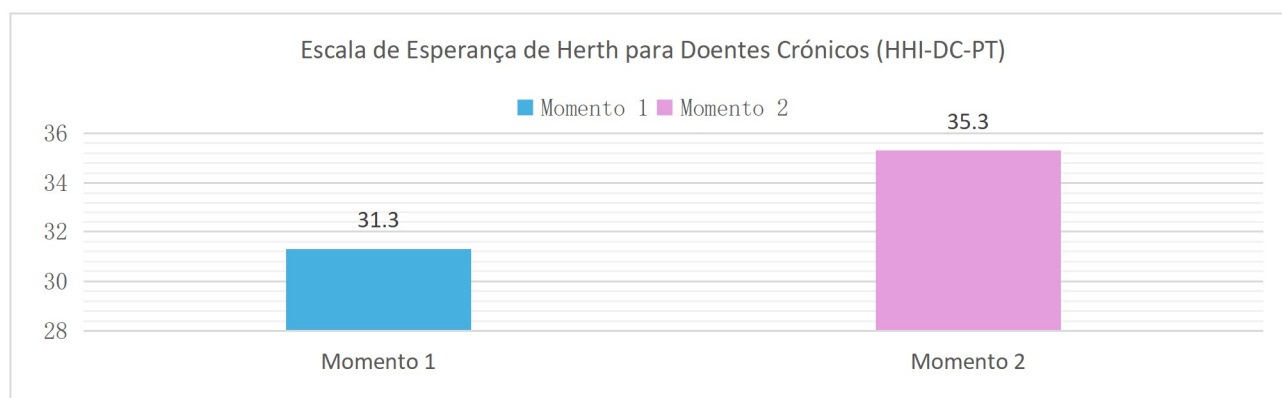
A atividade de realizar um diário da gratidão foi uma experiência acolhida e realizada pelas participantes. A P1 e P2 realizaram na íntegra a atividade, a P3 refere que fez o exercício, mas não o escreveu. Tirar um tempo para parar, refletir e pensar sobre as coisas pelas quais somos gratos ampliará o verdadeiro significado da vida. Individualmente, demonstrar gratidão promove o aumento da esperança (Fuller, 2020).

Encorajar a narrativa dos doentes como, revisões da vida e contar histórias simples permitem à pessoa unir eventos isolados num todo, atribuir-lhe sentido e ter uma nova perspetiva (Querido, 2012). Ao realizar a linha do tempo em que foram identificados momentos vividos promotores de esperança, as participantes fizeram-no sem grandes dificuldades, contando vivências até de forma pormenorizada. Narraram histórias de pura esperança, que há muito tempo não lembravam, “... já não me lembrava disto... e foi tão bom...” (P2), “... tive uma grande coragem e fé nesse momento...” (P1), “... senti muita fé e confiança... correu tudo bem” (P3).

Com o exercício de apreciar momentos simples do dia-a-dia as participantes referiram entre outros os momentos de contacto com a natureza, tais como, as caminhadas, caminhadas na praia, apanhar sol e observar as árvores de fruto em flor. As vivências de experiências estéticas de contacto com a natureza, com a arte ou com a música, provaram efeitos na autoestima, autonomia, integração social e esperança (Kennett, 2000; Querido, 2021).

A informação adequada às necessidades da pessoa e objetivos realistas atuam como promotores e ajudam a pessoa a restaurar o sentido da vida. (Pinto et al., 2012). Todas as participantes cumpriram o seu objetivo demonstrando sentimentos de satisfação, motivação e confiança. De acordo com a Escala HHI-DC-PT, a atração em atingir o objetivo (dimensão afetiva), a identificação de objetivos (dimensão cognitiva), a orientação estratégica para a ação e a concretização do objetivo desejado (dimensão comportamental) foram dimensões que mantiveram ou aumentaram na avaliação do momento inicial para o momento final (Gráfico 8).

**Gráfico 8.** Média dos valores de esperança dos casos no Momento 1 (antes) e Momento 2 (após) o programa de intervenção



## 1.8 SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES

De acordo com as respostas do tipo Likert, obteve-se os seguintes resultados apresentados. A questão: como me senti durante as sessões, apresentava uma escala de 1 a 5, em que 5 era muito bem e 1 nada bem, todas as participantes responderam, muito bem (5); na segunda questão: o programa deu-me informações úteis,

apresentava uma escala de 1 a 5, em que 5 era concordo totalmente e 1 discordo totalmente, todas as participantes responderam, concordo totalmente (5); na questão: qual a sessão que foi mais útil: todas as participantes responderam, a sessão 1 – A minha esperança; na questão: qual a sessão que gostou mais: a P1 respondeu a sessão1, P2 a sessão2 e P3 a sessão3; na questão recomendaria este programa a outras pessoas, apresentava uma escala de 1 a 5, em que 5 recomendo muito e 1 não recomendo: todas as participantes responderam, recomendo muito.

As respostas abertas foram analisadas e tratadas de modo a serem significativas e válidas. Foi realizado a análise de conteúdo e identificadas categorias que permitiram a classificação dos componentes do significado da mensagem (Bardin, 2016).

**Quadro 1.** Análise de conteúdo

Itens a avaliar	Categoria	Unidades de Contexto
Indique as informações mais uteis	Autoconhecimento	“Ajudou-me a conhecer-me melhor”
	Partilha de informação	“Esclarecimento sobre a gestão das emoções, nomeadamente a esperança, a tolerância com quem me rodeia, e formas de contornar a ansiedade inerente ao estado de doença”
	Gestão da Esperança	“Coisas boas do aprofundamento da esperança”
Qual a informação que mais impacto teve em si?	Família como fonte de Esperança	“Ter identificado a minha mãe, como fonte de esperança”
	Gestão da esperança e da ansiedade	“Manter a esperança. Gerir a ansiedade”
	Fator protetor de Esperança	“Kit da Esperança”
O que aprendeu com o programa?	Gratidão	“A vida é o melhor que nós temos”
		“Manter o foco no presente, nas coisas simples e prazerosas do dia a dia”
O que faria recomendar o programa?	Autoconhecimento	“Conhecer-me melhor”
	Incerteza da vida	“Para nós não darmos tudo por garantido”
	Identificação e gestão das emoções	“O acompanhamento e o esclarecimento emocional, que acho muito importante nesta fase da vida”
Resuma as suas aprendizagens/ nome para o programa	Educativo	“Aprende-se coisas”
	Gratidão	“A vida é bela”
		“Acreditar mais em mim”
Enumere algumas sugestões	Autocompaixão	“Fez-me sentir bem. Ajudou a abrir os meus horizontes, a aceitar e a ver melhor as coisas do dia a dia”
		“podia ser mais tempo, e a sessão da ansiedade, para a minha filha”

de melhoria	“Iniciar este programa logo após o diagnóstico da doença”
	“Alargar a mais pessoas”

Fonte: *Elaboração própria*

De realçar que a P2 reconheceu a importância na participação no projeto, pois tinha previamente expressado a necessidade de ajuda, pelo que solicitou na consulta médica de oncologia, a referência para a psicologia (Serviço de Psiquiatria) em dezembro 2024 e a consulta foi agendada em março 2025.

Os resultados demonstram que o projeto foi benéfico para as participantes, já que através deste possibilitaram a reflexão e gestão da esperança e ansiedade de forma a adaptar as várias estratégias abordadas, tão essenciais, no processo saúde-doença.

De realçar que na equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncologia houve o reconhecimento da importância desta intervenção, sugerindo aumentar a implementação do projeto para outros doentes oncológicos.

O projeto teve por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 567/2015 de 25 de junho) como anteriormente referido. Os enunciados descritivos de que este PMQCE incidiu foram a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação e a relação psicoterapêutica. No que concerne à satisfação dos clientes, as participantes demonstraram disponibilidade e interesse na participação do projeto, considera-se que este permitiu a promoção da esperança e a gestão da ansiedade o que contribui para uma melhor qualidade de vida; foram utilizadas estratégias baseadas na mais recente evidencia científica, de maneira a promover a saúde mental das participantes; foram utilizados instrumentos de avaliação para aferir os níveis de ansiedade e a esperança, de forma a agilizar as intervenções de acordo com as reais necessidades de cada participante de forma a evitar complicações; no descritivo bem-estar e autocuidado, foram realizadas técnicas de respiração, o diário da gratidão entre outras estratégias de promoção da saúde mental, assim como foram abordadas estratégias de autocuidado como contemplar as coisas simples, contacto com a natureza, entre outras; o projeto respeita a individualidade de cada participante pelo cimento de estratégias de adaptação às situações de vida e condição de saúde-doença; através das reais necessidades das participantes, foram adotadas ajustes na abordagem, respeitando a individualidade de cada participante e os objetivos do projeto, em que foram construídas relações terapêuticas.

No âmbito da Investigação os resultados são reduzidos e não permitem a generalização de conclusões, contudo a aceitabilidade da equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncologia à intervenção desta natureza realizada pelo EESMP, abre novas possibilidades de investigação nesta área e na reflexão e consciencialização da importância da Psiquiatria de ligação.

## 1.9 LIMITAÇÕES

A criação desse tipo de projeto de implementação prática, fundamentado nas necessidades específicas identificadas num determinado contexto, representa numa abordagem importante, pois possibilita o desenvolvimento de respostas especializadas que até então inexistentes para aquela realidade.

A concretização deste projeto teve as suas limitações, em especial pelo número reduzido de participantes, o que condiciona a generalização e transferibilidade dos resultados. Contudo, a metodologia estudo de caso múltiplo com recurso a dados qualitativos e quantitativos demonstrou resultados promissores associados à aplicação do projeto, que contribuem para ganhos em saúde associados à implementação do PMCQCE.

As sessões realizadas foram todas agendadas em função do agendamento dos tratamentos de quimioterapia, pois as participantes não se deslocavam de forma autónoma à ULS. Estas necessitavam de acompanhamento, sendo que duas participantes vinham com familiares e uma sozinha no transporte de ambulância assegurado pela instituição.

As mulheres que participaram no projeto encontravam-se em tratamento de quimioterapia semanal, pela impossibilidade de perlongar o tempo da ação do projeto. Existiam mais mulheres em tratamento de quimioterapia com a periodicidade quinzenal e mensal que pelo motivo referido não foram convidadas a participar.

No questionário de satisfação aplicado às participantes foi solicitado que enumerassem sugestões de melhoria, sendo identificadas: o início do projeto logo após a consulta em que é transmitido o diagnóstico; o projeto ter mais semanas, não no sentido de ter mais temas, mas ter mais sessões para aprofundar os temas abordados; o projeto ser alargado aos familiares das participantes; o projeto ser alargado ao doente oncológico, independentemente da área anatómica da neoplasia.

Para a avaliação deste PMCQCE, adoção de medidas corretivas, e a reflexão da implicação deste no processo de desenvolvimento de competências especializadas em EESMP, é imprescindível a realização de uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), que se apresenta de seguida:

S- Forças: a pertinência do tema; a adequação à população-alvo; a aprovação do enfermeiro gestor do serviço, e autorização de implementação do Conselho de Administração da ULS; interesse no projeto demonstrado pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncologia; a assiduidade e pontualidade dos intervenientes; existência de uma resposta especializada às reais necessidades das participantes;

W- Fraquezas: programa de intervenção exploratório que carece da revisão por pares e validação da composição e tempos por cada sessão; tempo limitado para a realização do projeto;

O- Oportunidades: implementação de um PMCQCE que promove a qualidade dos cuidados de enfermagem; otimização de uma resposta especializada inexistente; Projeto pode ter continuidade pela Psiquiatria de ligação, pode configurar uma possibilidade de acreditação do contexto para a formação de novos EESMP, sem custos financeiros para a ULS;

T- Ameaças: falta de gabinete disponível no serviço para realizar as sessões; tempo prolongado de espera nas aplicações burocráticas nos pareceres e autorizações; dispensa de tempo do profissional para o projeto.

Identificar as limitações deste projeto possibilita aprimorar e ajustar estratégias para que este, possa representar uma resposta especializada a uma necessidade identificada, de forma a contribuir para uma qualidade nos cuidados prestados a esta população específica.

## CONCLUSÃO

A realização do presente relatório permitiu momentos de reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O desenvolvimento da prática clínica no contexto de comunidade, contexto de internamento e contexto de respostas diferenciadas, permitiram o desenvolvimento e otimização das competências especializadas nos diferentes domínios.

A integração em equipas multidisciplinares dedicadas que dão respostas às diversas problemáticas da saúde mental e psiquiátrica aos diferentes público-alvo que atendem, e que contribuíram como supervisores do processo, na partilha do conhecimento e da observação do saber-saber e saber-fazer, sem o contributo destas equipas o processo não teria sido validado. Os processos de aprendizagem nos diferentes contextos permitiram uma visão global na abordagem do EESMP na sua intervenção, nomeadamente no que concerne à promoção de saúde mental, prevenção da doença mental e nos processos de reabilitação e adaptação. A prática autónoma do EESMP suportada pelo conhecimento próprio da disciplina da enfermagem de saúde mental contribui para o desenvolvimento do conhecimento na equipa de trabalho multidisciplinar.

A assistência de enfermagem especializada prestada à pessoa portadora de doença mental nos EC nos diferentes contextos foi apoiada por referenciais teóricos de enfermagem de médio alcance: a Teoria das Transições de Afaf Meleis; o modelo de Hildegard Peplau, a Teoria das Relações Interpessoais; e o Modelo Tidal de Phil Barker, também conhecido como Teoria das Marés. As teorias de enfermagem permitiram direcionar as intervenções no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença e intervenção na doença

alicerçada ao conhecimento científico. Na intervenção individual foi desenvolvido e aprimorados os pressupostos da relação terapêutica centrada na pessoa, na sua valorização e na otimização dos seus recursos para fazer face aos problemas. Na intervenção grupal foi essencial a gestão das interações estabelecidas no grupo para o desenvolvimento de competências comunicacionais em contexto relacional.

A realização de um PMCQCE deu possibilidade de realizar toda uma estrutura de raiz, indo ao encontro de uma real necessidade na ULS. A identificação de uma resposta inexistente às mulheres com cancro da mama no Hospital de Dia Oncologia, deu a origem deste PMCQCE. Foi desenhada todo um projeto com instrumentos e estratégias, alicerçada na evidência científica e na experiência e perceção daquela equipa. Este foi um passo importante que contribuiu para a conjugação das aprendizagens e conteúdos teóricos com a prática clínica. Este projeto revelou-se ser um contributo fundamental para a melhoria dos cuidados prestados à mulher com cancro da mama, numa visão integrativa e holística. Para além de ter proporcionado a sensibilização da equipa multidisciplinar para a importância do domínio da saúde mental. Embora não seja possível generalizar os resultados, pelo número reduzido de participantes, considera-se que o projeto cumpriu os objetivos definidos, tendo uma avaliação positiva nos benefícios gerados nas participantes. Manter o projeto no serviço para esta população específica, e com a possibilidade de alargar à generalidade da pessoa com cancro, é uma possibilidade a considerar como resposta especializada a uma necessidade identificada pelos profissionais que atendem estas pessoas.

Todo este percurso veio transformar e abrir outra forma de olhar para os contextos, situação e especialmente para as pessoas. Foi um percurso que permitiu a aquisição de competências profissionais comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Mas muito mais, para além disto, foi um percurso de encontros, desencontros, de buscas e de perdas, o confronto com a descoberta interior. O desenvolvimento pessoal e autoconhecimento essencial para que o profissional se mobilize enquanto instrumento terapêutico, esta devoção, entrega de si mesmo ao outro. Saber mobilizar no outro estratégias e tudo aquilo que ele precisa para o seu equilíbrio, bem-estar, e para a sua dignidade.

Este percurso termina. Mas não a caminhada. Que continue este processo evolutivo, numa contribuição para uma prestação de cuidados em prol da melhoria contínua da qualidade. As competências desenvolvidas constituirão um alicerce importante para a promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e recuperação através das relações que se estabelecem com as pessoas alvo dos cuidados, em especial as pessoas com doença mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, Wilson (2007). Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda., 2007. ISBN: 972-8485-87-0
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (s.d.) [web site]. Acedido em dezembro 2024. Retrieved from <https://www.icad.pt/>
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2023). Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) Retrieved from: <https://www.arslvt.min-saude.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencias/contactos-dicad/>
- Ahn, J. & Lee, K. (2023). A hermeneutic phenomenological study on the disease experience among young women with breast cancer. In Asi-Pacific Journal of Oncology Nursing 10 (2023). Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100310>
- Ahn, J. & Suh, E E. (2023). Body image alteration in womwn with breast cancer: A concept analysis using na evolutionary method. In Asi-Pacific Journal of Oncology Nursing 10 (2023) Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100214>
- Alves, J., Ribeiro, C & Campos, S. (2010). Liderança e enfermagem: estudo realizado com enfermeiros chefes e especialistas. Gestão e Desenvolvimento, (17-18), 51-71. Retrieved from <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2010.129>
- Balsanelli, A., Grossi, S. (2016). Fatores preditores da esperança entre mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico. Revista Escola Enfermagem USP. 2016, vol 50. pp. 898-904. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700004>
- Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. 1ª ed. São Paulo: Edições 70
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem – Edição Comemorativa. Trad. Ana Queirós. Quarteto Editora. Coimbra. ISBN 972 8535 97 X

- Bittencourt, M., Marques, M. & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV – nº18 jul./ago./set. 2018*. Retrieved from [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2933&id\\_revista=24&id\\_edicao=138](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2933&id_revista=24&id_edicao=138)
- Brito, M. (2018). O Enfermeiro como terapeuta de referência nas equipas de saúde mental comunitária. *Ordem dos Enfermeiros*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/o-enfermeiro-como-terapeuta-de-refer%C3%Aancia-nas-equipas-de-sa%C3%BAde-mental-comunit%C3%A1ria/>
- Brookes, N. (2011). El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental. Em M. Alligood, & A. Tomey, *Modelos y Teorías en Enfermería* (7 ed., pp. 673-705). Barcelona, España: Elsevier.
- Carvalho, P. (2011). Estudo Da Fadiga Por Compaixão Nos Cuidados Paliativos Em Portugal: Tradução E Adaptação Cultural Da Escala “Professional Quality Of Life 5”. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8918/1/8918.pdf>
- Cavaco, V. S. J., José, H. M. G., Louro, S. P. d. R. L. P., Ludgero, A. F. A., Martins, A. F. M., & Santos, M. C. G. d. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa-Revisão Sistemática. (Portuguese). *Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem* (12), 93-103. Retrieved from [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2165&id\\_revista=4&id\\_edicao=32](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2165&id_revista=4&id_edicao=32)
- Centers for disease control and prevention (2022). About Chronic Diseases. Acedido a janeiro 2024 [website] <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
- Charepe, Z., Figueiredo, M., Vieira, M., & Neto, L. (2011). (Re) Descoberta de Esperança na Família da Criança com Doença Crónica através do Genograma e Ecomapa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 20 (2), 349–358. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/22078802-9966-4275-a7db-cacd2a8fa98d>
- Coelho, J. & Sousa, L. (2021). Relaxamento. In Sequeira, C. & Sampaio, S. (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. pp. 202-203. Lidel: Lisboa, Portugal
- Coutinho, L., Silva, M., & Almeida, R. (2024). A influência dos comportamentos aditivos e dependências na saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, 32(3). pp 205-214 Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/51204>
- Decreto-Lei n.º 239/2015, de 14 de outubro. Ministério da Saúde. *Diário da República: I série, n.º 201* (2015). Acedido a março 2025. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/239-2015-70686133>
- Despacho n.º 1250/2020, de 28 janeiro. Ministério da Saúde. *Diário da República: II série, nº 19* (2020). Acedido a março 2025. Retrieved from <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/01/019000000/0012500127.pdf>
- Dinapoli, L., Colloca, G., Capua, B. & Valentini, V. (2021). Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. In *Current Oncology Reports*. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>
- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em Enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6 (2), 102-107. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/16137>
- Freitas, R., Araujo, J., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R., & Monteiro, A. (2019). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamentado no Tidal Model: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 73(2), pp 1-11. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M. & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712010000300002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300002&lng=pt&tlng=pt)
- Fuller, P. (2020). Of gratitude and hope in trying times. *American Journal of Health-System Pharmacy*. Volume 77, Edição 24, p. 2140. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxaa330>
- Galdeano, L., Rossi, L., & Zago, M. (2003). Instructional script for the elaboration of a clinical case study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>

- Goleman, D. (2016). *Trabalhar com Inteligência Emocional (5a)*. Lisboa: Círculo de Leitores
- Gomes, J., Cortez, E., & Damásio, V. (2021a). Saúde Mental em todas as Políticas: Oito Exemplos de como Fazer... In Sequeira, C. & Sampaio, S. (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 49-56). Lidel: Lisboa, Portugal
- Gomes, S., Santos, I., Cabral, E., & Melo, M. (2021b) Genograma e Ecomapa: revisão bibliométrica das publicações globais. *Interamerican Journal of Medicine and Health*. 2021 (4). Retrieved from <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/204/242>
- Gottlieb, Laurie N. (2014). Strengths-Based Nursing. IN *AJN American Journal of Nursing*, 114 (8). agosto 2014. pp 24-33 DOI: 10.1097/01.NAJ.0000453039.70629.e2. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25036663/>
- Guedes, G., Ohara, C., Silva, G., & Franco, G. (2009). Ensino clínico na enfermagem: a trajetória da pr Ensino clínico na enfermagem: a trajetória da produção científica. *Revista Brasileira*, Nº 62 (2). Brasília 2009. Pp.283-286 Retrieved from [https://www.scielo.br/j/reben/a/BY8wJDS3Q58NwP6ScZwG6Xf/?format=pdf&lang=pt&utm\\_source=chatgpt.com](https://www.scielo.br/j/reben/a/BY8wJDS3Q58NwP6ScZwG6Xf/?format=pdf&lang=pt&utm_source=chatgpt.com)
- Haboba, L. (2022) A construção da comunicação terapêutica, a partir da prática do autoconhecimento para o profissional da enfermagem. Retrieved from <https://www.revistaremeccs.recien.com.br/index.php/remecs/article/view/802/804>
- Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau: *Enfermagem Psicodinâmica*. In Tomey & Alligood (Eds). *Teóricas de enfermagem e sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência: Loures, Portugal
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (s.d.) [web site]. Acedido em dezembro 2024. Retrieved from <https://www.icad.pt/>
- Instituto Politécnico de Leiria (2018). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos: Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos académicos na ESSLei*. junho 2018. Retrieved from <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- Instituto Politécnico de Leiria (2023). *Guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas*. Normas APA 7ª edição. Bibliotecas, Serviços de Documentação (Eds) Versão 1.01, setembro 2023. Retrieved from [https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2024/03/Guia\\_APA\\_7Ed\\_06MAR2024.pdf](https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2024/03/Guia_APA_7Ed_06MAR2024.pdf)
- Instituto Português de Oncologia (Ed). (2023). *Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2020*. Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE (IPO-Porto). Novembro 2023. Retrieved from <https://ron.min-saude.pt/pt/biblioteca/publicacoes-ron/ron-2020/>
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2019*. Retrieved from <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Kanade, A. (2018). The effect of Assertiveness Training Program on Nurses. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 15 (2), 19-23. Retrieved from [https://doi.org/10.4103/ijpn.ijpn\\_15\\_19](https://doi.org/10.4103/ijpn.ijpn_15_19)
- Kashani, F.; Vaziri, S.; Akbari, M.; Zeinolabedini, N.; Sanaei, H. & Jamshidifar, Z. (2014). The Effectiveness of creating Hope on Distress of Women with Breast Cancer. In *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 159. 2014. pp. 202-205. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.12.357
- Kennett, C. E. (2000). Participation in a creative arts project can foster hope in a hospice day centre. *Palliative Medicine*, 14(5), 419-425. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11064789/>
- Laranjeira, C. & Querido, A. (2020). Commentary on A brief hope intervention to increase hope level and improve well-being in rehabilitating cancer patients: A feasibility test. *SAGE Open Nursing* Vol 6. DOI: 10.1177/2377960820935020
- Laranjeira, C. & Gomes, J. (2024) *Planeamento dos Ensinos Clínicos*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 4ª edição 2023-2025. Leiria. Retrieved from [https://ead.ipleiria.pt/2023-24/pluginfile.php/196693/mod\\_resource/content/3/Planeamento%20ECs%20MESMP\\_4%C2%AAED.pdf](https://ead.ipleiria.pt/2023-24/pluginfile.php/196693/mod_resource/content/3/Planeamento%20ECs%20MESMP_4%C2%AAED.pdf)
- Lei nº156/2015, de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: Série I*, nº181 (2015). Retrieved from [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

- Liga Portuguesa Contra o Cancro (Ed) (s. d.). Direitos Gerais do Doente Oncológico: Viva Informado - Viva Melhor. 3ª edição. Lisboa, s.d. Retrieved from [https://www.ligacontracancro.pt/www/uploads/sede/guia-direitos\[1\]doente-oncologico-v7-39.pdf](https://www.ligacontracancro.pt/www/uploads/sede/guia-direitos[1]doente-oncologico-v7-39.pdf)
- Macedo, A.; Augusto, C.; Silva, M. & Rosário, H. (2013). Supervisão em Enfermagem: o contributo das narrativas reflexivas no contexto clínico. In S. Fernandes.; I. Soares, M. Barreiro & E. Martins (Eds.) Série Praxis e Docência Universitária Volume II – Ensino para a autonomia inovando a formação profissional (pp. 191- 216). Brasil: Universidade do Estado da Baía – UNEB. Retrieved from <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/28254/1/cappraxis.pdf>
- Macedo, E.; Candeias, A.; Gomes, F.; Duarte, A.; Pires, B.; Azevedo, C.; Peixoto, S.; Iglésias, C.; Silva, I. & Garcia, A. (2019). Guião de Intervenção na Promoção do *Recovery* para a Pessoas com Doença Mental. Braga, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Março 2019. Retrieved from <https://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/59637/1/Gui%C3%A3o%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o%20na%20promo%C3%A7%C3%A3o%20do%20Recovery%20da%20pessoa%20com%20doenla%20mental.pdf>
- Machado, N. (2013). Gestão da qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um Modelo de Melhoria Contínua Baseado na Reflexão-Ação. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1/101271395.pdf>
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company
- Mendes, A. (2021). Investigação em Saúde Mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds). Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções. pp. 31-37. Lidel: Lisboa, Portugal
- Ministério da Saúde (2024) BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. [site web]. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/938/30035/2101551/Pages/default.aspx>
- Morgado, T., Simões, C., Seabra, S. & Mendes, A. (2019). Tradução, adaptação e validação transcultural do Algoritmo de Tomada de Decisão Ética de Enfermagem: Contributos de um Painel de Peritos. Conference: II Simposium de Investigação em Enfermagem: Da Visão à Implementação. Novembro de 2019. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.27446.31045>
- Nunes, L. (2013). Competências Morais dos Profissionais de Enfermagem: “Cinco Estrelas Revisitadas”. Comunicação apresentada no VIII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem\\_LN%20Out%202013.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf)
- Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens D. (2015). SQUIRE 2.0 -Standards for Quality Improvement Reporting Excellence: revised publication guidelines from a detailed consensus process. Retrieved from <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/squire/>
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem: Enquadramento Concetual. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição. Conselho Directivo. Lisboa, 26 de Abril. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from [Guião para elaboração projetos qualidade SRS.pdf](#)
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroclj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroclj_deontologia_2015_web.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de cuidados de enfermagem especializados na Recuperação da pessoa com doença mental grave. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from [guiabp\\_cuidenfesprecuppessoadoençamentalgrave\\_orderferm\\_ok.pdf](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. 1ª edição digital: junho 2023. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp\\_intervencaoopsicoterapeutica\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf)
- Patrício, L. (2009) Tratamento da Dependência de Heroína – Manutenção Opioide. 1ª edição. Edição: Dias Patrício, Psiquiatria e Medicina Lda. Lisboa. ISBN 978-989-96134-0-9
- Pereira, R., & Rito, M. (2013) A análise SWOT como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. Artigo. E-Book – II Congresso. Retrieved from [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/33845/1/Artigo\\_SWOT.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/33845/1/Artigo_SWOT.pdf)
- Pereira, P. & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão da Literatura. Pensar Enfermagem, 18(2), 61-73. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4\\_61\\_73%20%281%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf)
- Petronilho, F. A. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. Formasau. 1ª edição ISBN 978-989-8269- 17-1
- Pinto, S., Caldeira, S. & Martins, J.C. (2012). A esperança da pessoa com cancro – estudo em contexto de quimioterapia. Revista de Enfermagem Referência, IIIª série (7), 23-31. Retrieved from [https://web.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2298&id\\_revista=9&id\\_edicao=46](https://web.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2298&id_revista=9&id_edicao=46)
- Querido, A. (2012). A Promoção da Esperança em Fim de Vida: Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva. Tese doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/entities/publication/76e57d20-584e-4fd3-a64d-7922485c7e0b>
- Querido, A. (2015). A Esperança na Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Relatório de Estágio. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria. Setembro. 2015. Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/entities/publication/950587bc-fc5f-4285-972f-964ed86e5cd6>
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem se saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe. 6), pp 6-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.19131/rpasm.0206>
- Querido, A. (2021). Promoção da Esperança em saúde Mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds). Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções. pp. 243-246. Lidel: Lisboa, Portugal
- Querido, A; Marques, R. & Dixe, M. (2011). Exercitar a Esperança – Um Guia Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada. Volume I. 1ª edição. Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde. Finepaper. Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/entities/publication/88b103c9-f90a-454d-948d-e3c81c33430f>
- Querido, A., Tomás, C. & Laranjeira, C. (2019). Evidências em Saúde Mental: da Conceção à Ação – Avaliação Objetiva e Subjetiva do utente. 1ª edição. 2019. Escola Superior de Saúde de Leiria Departamento de Ciências de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Instituto Politécnico de Leiria. Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/entities/publication/bbc3c03a-a415-4199-8964-69f9d03d20c6>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série, N.º26 (2019). pp. 4744-4750. Retrieved from <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República 2ª série, n.º 122/2015. Retrieved from: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República: II Série, N.º 151 (2018). pp. 21427- 21430. Retrieved from <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Regulamento n.º 567/2015 de 25 de junho. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República: II Série, N.º 122 (2015). pp 17034-17041. Retrieved from

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_356\\_2015\\_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf)

- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro. Regulamento da norma para cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: II Série, Nº184 (2019). Acedido a 12 jan. 2024. Retrieved from <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/18400000/0012800155.pdf>
- Ribeiro, J. (2007). Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em Português. Coimbra: Quarteto
- Rustøen, T. (2021). Hope: A health promotion resource. Health Promotion In Health Care – Vital Theories and research. pp 61- 70. Recuperado de: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_6)
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 16 (16), 11–18. Retrieved from <https://doi.org/10.19131/rpesm.0152>
- 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, pp. 77-84. Retrieved from <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n19/n19a10.pdf>
- Santos, A. S., Morais, D., Ferreira, G., Coelho, J. D., & Garcia, L. M. (2022). A influência dos estilos de liderança em enfermagem na dinâmica da equipa: uma revisão sistemática. *Germinare — Revista Científica Do Instituto Piaget*, (2), 70–82. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6467213>
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: a central concept in nursing. In A. I. Meleis , *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice* (pp. 38-51). New York: Springer Publishing Company
- Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lisboa. Lidel
- Sequeira, C. (2021). Treino da Assertividade. In Sequeira, C. & Sampaio, S. (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. pp. 199-201. Lidel: Lisboa, Portugal
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2021). Intervenções em Saúde Mental e Psiquiátrica. In Sequeira, C. & Sampaio, S. (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. pp. 167-170. Lidel: Lisboa, Portugal
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2025). ULS [website]. Retrieved from <https://www.ulsrl.min-saude.pt/especialidades-medicas/psiquiatria/>
- Sousa, M., Martins, T. & Pereira F. (2015). Reflecting on the practices of nurses in approaching the person with a chronic illness. *Revista de Enfermagem Referência*, (6), pp. 55-63. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>
- Stuart, G. (2001). Evidence-Based Psychiatric Nursing Practice: Rhetoric or Reality. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, Volume 7. Edição 4. Pp 103-114. Retrieved from <https://doi.org/10.1067/mpn.2001.116352>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª ed.). Loures: Lusociência
- Torrado, M. (2013). Alexitimia e toxicodependência: contributos para o estudo de processos emocionais, da regulação afectiva e das interacções parentais precoces em indivíduos toxicodependentes. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa Retrieved from <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/10522?locale=en>
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- World Health Organization [WHO] (2024). International Agency for research on cancer. Acedido em janeiro 2024. Retrieved from <https://www.iarc.who.int/cancer-type/breast-cancer/>
- Yin, R. (2010). Estudo de caso: Planejamento e Métodos. 4ª edição. Porto Alegre (RS): Bookman
- Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zhu, W.; Gao, J.; Guo, J.; Wang, L. & Li, W. (2023). Anxiety, depression, and sleep quality among breast cancer patients in North China: Mediating roles of hope and medical social support. *Supportive Care en Cancer* (2023). Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07972-4>