



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Relatório Final

**STRESSE OCUPACIONAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DE UM
SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS, EM CONTEXTO PANDÉMICO**

Laura Catarino Gonçalves

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com Relatório

Orientação Científica: Professor Doutor Carlos Laranjeira

Leiria, dezembro de 2022

PARTE I – CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho, da Assembleia da República, 1998) prioriza a prestação de cuidados de saúde mental, na comunidade e/ou no local menos restrito possível, assegurada por equipas multidisciplinares especializadas para dar resposta às necessidades das pessoas assistidas.

Durante muito tempo, a estrutura dos serviços de cuidados de saúde em Portugal passava por centralizar as pessoas com Doença Mental (DM) em instituições psiquiátricas (modelo hospitalocêntrico). Atualmente, existe um plano de reestruturação destes serviços em prol de um modelo que visa a desinstitucionalização e a inserção na comunidade (Ministério da Saúde, 2007; Perera, 2020). A diversidade dos serviços de saúde mental espelha esse objetivo de reestruturação, reabilitação e reintegração social (Frias & Pinto da Costa, 2020). Por outro lado, os profissionais de saúde devem privilegiar a intervenção comunitária, pela proximidade dos clientes, inclusive famílias e cuidadores. Neste sentido, procurei selecionar os contextos dos EC tendo por base a abrangência e a articulação entre as várias instituições, bem como a possibilidade da aquisição de competências, no sentido de alargar possibilidades de ação no contexto onde exerço funções, um serviço de cuidados paliativos.

Os EC concretizaram-se ao longo do segundo e terceiro semestres do curso, através da prática clínica especializada supervisionada. O EC de ESMP (segundo semestre) realizou-se num Hospital de Dia de Psiquiatria num Centro Hospitalar da zona centro no período de 10 de maio a 22 de julho de 2021, e o Estágio de natureza profissional em ESMP com Relatório final (terceiro semestre) realizou-se numa equipa de Intervenção Comunitária e num serviço de Pedopsiquiatria no período de 6 de setembro de 2021 a 21 de janeiro de 2022. Com a consecução destes EC cumpriu-se o objetivo da aquisição do perfil de competências comuns e específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto).

1. ENSINO CLÍNICO I - HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

O EC de ESMP (segundo semestre), decorreu num Hospital de Dia (HD) de Psiquiatria, de um centro hospitalar da zona centro. Um HD de Psiquiatria permite preencher a lacuna entre o internamento hospitalar e o regime de tratamento em ambulatório (consulta externa, por exemplo) – permitindo que as pessoas sem critérios para internamento hospitalar, mas que necessitem de maior acompanhamento por parte de uma equipa especializada, possam aceder a cuidados de saúde personalizados com maior facilidade. A admissão num HD: 1) é uma alternativa (quando possível) ao regime de internamento convencional; 2) permite um acompanhamento de proximidade após o internamento; 3) possibilita a continuidade de cuidados em complementaridade com os serviços de ambulatório básicos; e, 4) possibilita a reabilitação das pessoas admitidas (Heekeren *et al.*, 2020).

O HD de Psiquiatria consiste num serviço de assistência especializada à pessoa em regime de ambulatório (internamento diurno), com Doença Mental Grave¹ (DMG), através do acompanhamento e implementação de um plano de intervenção individual terapêutico em parceria com a equipa multidisciplinar.

A proximidade de contacto entre os profissionais de saúde, o utente e a família/cuidador informal também é uma vantagem, comparativamente, ao internamento hospitalar, tendo a equipa maior possibilidade de intervir com a díade pessoa-família, para além de permitir que a pessoa doente se mantenha integrada no seu contexto familiar (Heekeren *et al.*, 2020). O tratamento em HD permite desenvolver habilidades e competências pessoais e sociais, capacitando a pessoa com estratégias e recursos adequados às suas necessidades, para promover a sua autonomia e, por conseguinte, uma adaptação mais eficaz ao seu contexto após a alta hospitalar.

O HD, para além do espaço interior, apresenta um espaço exterior que permite realizar diversas atividades terapêuticas, destaque para a horta terapêutica, jardins e percursos pedestres para caminhadas. As atividades realizadas ao ar-livre para além de serem promotoras de bem-estar, contribuem para o processo de *recovery*² complementando as

¹ DMG – “doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (Decreto-Lei n.º 8/2010, p. 258).

² *Recovery* - O *recovery* é algo que é experienciado e trabalhado pela pessoa com doença mental. O objetivo dos profissionais de saúde é apoiar a pessoa em processo de reabilitação/recuperação e contribuir com o seu conhecimento para a respetiva recuperação (Macedo, Gomes e Candeias, 2019). Não significa necessariamente que a pessoa fique

restantes atividades psico e socioterapêuticas. Um estudo realizado por Taniguchi *et al.* (2022) revela que a exposição à luz solar, a realização de atividades de lazer em espaços verdes, incluindo atividade física moderada têm um impacto positivo na saúde mental das pessoas envolvidas, incluindo pessoas com depressão e ansiedade.

Em prol de um plano de intervenção personalizado e abrangente, a equipa do HD é multidisciplinar, composta por médicos, uma psicóloga, enfermeiros especialistas ESMP, assistentes operacionais, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional.

O processo de gestão de cuidados, é realizado através do terapeuta de referência, o qual articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços destinados a responder às necessidades da pessoa doente, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para fomentar a qualidade em cuidados de saúde.

A metodologia de gestão de caso organiza-se a partir da equipa multidisciplinar que organiza um modelo colaborativo e articulado transcendendo as áreas de especialização individuais (Lukersmith, 2016). As funções do terapeuta de referência, conforme a Comissão Nacional para a Saúde Mental, englobam: a) ser elo entre a equipa multidisciplinar e o indivíduo/família/pessoa significativa; b) delinear, em conjunto com o indivíduo, o seu projeto terapêutico (plano individual de intervenção) e implementá-lo; c) monitorizar o percurso, resultados e evolução face ao plano estabelecido; e d) identificar os problemas e necessidades do indivíduo (Brito, 2018).

Neste sentido, e de acordo com o Regulamento n.º 515/2018 das Competências Específicas do EEESMP, este profissional está bem posicionado para assumir esta função, e assim produzir ganhos evidentes, quer para a pessoa com doença e comunidade onde esta se insere, quer como ganhos efetivos em saúde.

O processo de referenciação da pessoa para o HD de Psiquiatria acontece durante o planeamento da alta do serviço de internamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital em questão, ou então, através da respetiva Consulta Externa. Após a

assintomática – tem mais que ver com a capacidade que a pessoa desenvolve para satisfazer as suas necessidades, encontrar significado e sentido na sua vida e encontrar estratégias para conseguir lidar com situações de distresse. É considerado um processo pessoal e social (Bjørlykhaug *et al.*, 2021).

alta do HD, habitualmente, a pessoa retoma ou inicia acompanhamento através da Consulta Externa.

A prestação de cuidados no HD tem implícita a envolvência da pessoa com DM, no seu processo terapêutico. Neste sentido, e aquando da admissão na unidade, a pessoa é informada e responsabilizada pelo seu projeto terapêutico, através de um contrato terapêutico³. Para Gallagher *et al.* (2022) são cinco os objetivos dos contratos terapêuticos: a) estimular a mudança comportamental e o desenvolvimento de habilidades; b) modificar crenças e conhecimentos; c) favorecer as relações interpessoais e esclarecer papéis; d) melhorar a qualidade e o processo de cuidados; e e) melhorar os índices de saúde objetivos e subjetivos.

O profissional de saúde assume um papel de facilitação dos processos através da disponibilização de ferramentas necessárias para a pessoa se ajustar às alterações impostas pela DM, potenciar as suas capacidades e permitir a sua integração na comunidade. Não obstante, a pessoa deve assumir uma atitude de compromisso e responsabilidade para com o seu processo de *recovery*. Significa que, apesar do plano de intervenção possa ser customizado às necessidades da pessoa e ao seu contexto, se o próprio não revelar prontidão para a mudança, os ganhos em saúde serão escassos. Neste sentido, e para assegurar que a pessoa admitida no HD tenha capacidade para ser parte integrante do seu projeto terapêutico e participe ativamente na sua elaboração, implementação e (re)avaliação, é critério de exclusão a presença de debilidade mental profunda e de quadros demenciais.

A relação terapêutica entre a pessoa doente e os profissionais de saúde é um ponto fundamental para que o plano terapêutico tenha sucesso. A este propósito, Pereira e Botelho (2014), numa revisão sistemática da literatura, concluíram que quer a dimensão pessoal, quer a dimensão profissional contribuem para a relação terapêutica estabelecida pelo enfermeiro com a pessoa doente. As características pessoais do enfermeiro influenciam a sua performance como profissional – sendo também isto que torna cada um de nós profissionais únicos e diferentes. O cuidado individualizado pressupõe também que o profissional de saúde envolva a pessoa no processo terapêutico, transmitindo o

³ Contrato terapêutico: O contrato terapêutico é um aspeto fulcral no processo de acompanhamento terapêutico. Através da elaboração deste contrato terapêutico, ambas as partes definem os parâmetros que consideram necessários para o estabelecimento de um ambiente seguro, onde possam cooperar entre si e desenvolver uma relação terapêutica, que possa ser benéfica e positiva para o cliente (Baourda e Lakioti, 2020).

papel do enfermeiro como um recurso/suporte para a auxiliar na adaptação às necessidades do seu dia-a-dia face à presença da doença mental. Esta abordagem salienta as competências relacionais e comunicacionais no processo de cuidado, e sublinha os contributos de Hildegard Peplau através da sua teoria das relações interpessoais, e de Phil Backer com o modelo Tidal. Assim a relação terapêutica, a parceria de cuidados e a responsabilização da pessoa doente pelo processo de *recovery*, realçam a centralidade da pessoa no seu processo terapêutico.

Jacob *et al.* (2017), reconhecem que o processo de *recovery* tem diferentes significados consoante a posição que cada pessoa assume. O processo de *recovery* em saúde mental é percecionado pelas pessoas que dele beneficiam, como um processo multidimensional cujo foco se centra em transformar e encontrar sentido para a vida. O processo de *recovery* tem como principais objetivos, ensinar e treinar a pessoa com DM no desempenho de habilidades físicas, intelectuais e emocionais, que se consideram necessárias à sua vida autónoma, promovendo o seu bem-estar e com a menor ajuda possível de profissionais de saúde (Melo-Dias, Rosa e Pinto, 2014).

Na prática diária do cuidar no HD, os registos de enfermagem, bem como a atualização e (re)avaliação dos planos de cuidados são realizados através do sistema informático SClinico. Os principais focos de atenção sensíveis à intervenção do EEESMP, tendo como referência a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), incluem: autocuidado, ansiedade, autocontrolo, *coping* e adesão ao regime terapêutico (ICN, 2019). O perfil do utilizador do HD inclui maioritariamente, pessoas com DMG (esquizofrenia, depressão, doença bipolar e perturbação da personalidade).

O plano de ação deste HD enfoca duas formas distintas de intervenção multidisciplinar: a intervenção individual e de grupo. A intervenção individual pode ser programada ou em crise⁴. A intervenção em crise pode ocorrer, em contexto de HD, planeada e/ou imediata. Sempre que seja possível, privilegia-se que a intervenção individual seja realizada pelo

⁴ Define-se como crise um estado temporário de desorganização. Na crise, a pessoa encontra-se incapaz de resolver o problema por si mesma, de forma adaptativa, tendo necessidade de ajuda. A intervenção em crise constitui uma das primeiras ajudas em saúde mental. Esta intervenção pressupõe que a pessoa que a vivencia receba o suporte adequado para lidar com a situação antes de ocorrer deterioração física ou emocional. É um processo de apoio à família e ao utente que se centra na resolução do problema imediato, através da utilização de recursos pessoais, sociais e ambientais (Sequeira & Sampaio, 2020).

enfermeiro de referência ou outro terapeuta (ex. psicólogo, terapeuta ocupacional), consoante a necessidade multidisciplinar da intervenção.

Existe um planeamento semanal de Atividades Ocupacionais Terapêuticas (AOTs) de natureza individual e grupal, sujeito a validação prévia dos elementos da equipa para uma adequada gestão dos espaços e dos recursos humanos. O planeamento das AOTs é realizado às terças e quintas-feiras de manhã através de reunião informal, sendo, adicionalmente, definidas/partilhadas as intervenções planeadas/realizadas e, se necessário, solicitada a colaboração de outros profissionais.

Para a realização das intervenções em grupo e de pendor socioterapêutico, é mandatória a presença de dois terapeutas para uma adequada monitorização dos participantes. As AOTs têm como foco central o processo de *recovery* da pessoa com DM, permitindo a oportunidade de esta atingir o seu máximo potencial de funcionamento inserido numa comunidade, através do desempenho de habilidades emocionais, intelectuais e físicas necessárias para uma vida autónoma; no nível mais alto possível de bem-estar e com a menor ajuda possível dos profissionais de saúde. As AOTs permitem trabalhar os seguintes domínios: pessoal e doméstico (ex. treino de habilidades, gestão do espaço pessoal), recreação e lazer (ex. atividades que promovam prazer e bem-estar), expressão pessoal (ex. música, jogos, artes plásticas), formação/aprendizagem (ex. sessões psicoeducativas) e relações interpessoais (ex. resolução de problemas, treino de assertividade) (Melo-Dias, Rosa e Pinto, 2014).

Importa, retirar o melhor partido das capacidades e competências de cada um e promover momentos de partilha entre os elementos do grupo. Este aspeto torna-se importante pois permite valorizar os saberes e habilidades de cada um. O treino de habilidades pessoais e sociais, e o incentivo à proatividade no contexto familiar são uma mais-valia para promover a autonomia e a funcionalidade de cada pessoa. A cozinha terapêutica, a horta terapêutica, a terapia pela arte e o *neurofitness* são algumas atividades de natureza socioterapêutica onde os utentes mostram maior interesse e envolvimento.

Diariamente, é realizada uma intervenção psicoterapêutica de relaxamento, com base no treino autogénico de Schultz⁵. Após esta sessão de relaxamento, é dado início ao plano

⁵ Treino Autogénico de Schultz – Através deste método de relaxamento, “pretende-se que a pessoa relaxe progressivamente os vários grupos musculares, levando-o a experimentar um conjunto de cinestésias (sensações de peso e calor), seguidas de sensações de conforto e bem-estar. Por norma, inicia-se a intervenção no sentido céfalo-caudal, alternando 10 segundos de cinestésias com 10 segundos de relaxamento.” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.202)

de atividades terapêuticas do respetivo dia. A repetição sistemática do treino autogénico, para além de ser considerada uma ferramenta na intervenção psicoterapêutica, permite que a pessoa melhore a sua capacidade de induzir um relaxamento cada vez mais profundo e potencia os respetivos benefícios terapêuticos (Ramirez-Garcia *et al.*, 2020). Alguns desses benefícios terapêuticos são: melhorar a insónia, reduzir a ansiedade, treinar estratégias de autocontrolo da ansiedade e capacitar a pessoa para que consiga reproduzir a técnica em situações potenciadoras de stresse (Sequeira & Sampaio, 2020).

A pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 provocou muitas alterações ao nível da organização das instituições de saúde. A utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) passou a ser obrigatória e os grupos de pessoas admitidas passaram a ser limitados a seis indivíduos. Na situação pré-pandémica os grupos atingiam os 16 elementos.

O envolvimento da família e/ou cuidadores informais também foi afetada pela restrição de visitas, decorrente da evolução pandémica. Preferencialmente, a comunicação entre equipa multidisciplinar e família passou a ser realizada por via telefónica. Desta forma a sessão quinzenal de Psicoeducação Familiar encontrou-se suspensa durante o período pandémico.

Vários estudos apontam para a importância da inclusão da família como parte integrante do processo terapêutico da pessoa com DM, com impacto na quantidade e qualidade do suporte social disponível (Bjørlykhaug *et al.*, 2021; Ong *et al.*, 2021). Outros autores envolvendo pessoas com DM a frequentar um HD, concluíram que o reconhecimento da família/pessoa significativa como parceira no processo de cuidar pode produzir vários benefícios quer para a pessoa doente, quer para os próprios familiares (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016; Haselden *et al.*, 2019).

A psicoeducação dirigida às famílias revela-se um contributo relevante para a melhoria do funcionamento familiar bem como para a diminuição das recaídas e reinternamentos dos doentes. Instruir a família sobre a DM, sinais de alerta na descompensação, formas de prevenir o reinternamento, e o suporte social disponível, são tópicos prioritários na psicoeducação realizada pelos profissionais de saúde aos familiares da pessoa assistida (Haselden *et al.*, 2019).

A passagem por esta equipa alertou-me para a importância dos serviços especializados que asseguram a transição entre o meio hospitalar e a comunidade, permitindo a

capacitação de doentes e cuidadores através de estratégias que permitam lidar com o processo de saúde/doença. O contexto pandémico e a redução do número dos utentes diminuem as oportunidades de interação entre os pares e o desenvolvimento de outras competências grupais mais complexas, no entanto possibilitam acompanhar mais de perto cada pessoa e, desta forma, conseguir avaliar as reais necessidades, o que num grupo de maior dimensão, se poderiam diluir.

2. ENSINO CLÍNICO II - PSQUIATRIA DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

O Estágio de natureza profissional em ESMP com Relatório final (terceiro semestre), com a duração de onze semanas, realizou-se de 6 de setembro a 19 de novembro de 2021, numa equipa de Psiquiatria de Intervenção Comunitária, de um hospital central.

A implementação de um modelo focado na intervenção na comunidade vai ao encontro ao recomendado pela Lei de Saúde Mental, que privilegia a prestação de cuidados através de um modelo comunitário (Lei nº 36/98, de 24 de julho). Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) e extensão a 2020⁶, todos os estudos realizados que comparam os serviços dos antigos hospitais psiquiátricos com os atuais serviços nos hospitais gerais e comunitários demonstraram que estes últimos são os mais efetivos e os preferenciais pelos doentes e respetivas famílias.

A intervenção comunitária acompanha a mudança de paradigma de um modelo hospitalar para um modelo comunitário de prestação de cuidados de saúde mental e psiquiátrica⁷. Segundo estudos realizados, a intervenção na comunidade junto da população com DMG favorece a adesão ao regime terapêutico, e a reinserção social com impacto na qualidade de vida (Duncan *et al.*, 2021; Killaspy *et al.*, 2022). Realça-se, ainda, que as pessoas que beneficiam de um acompanhamento organizado e estruturado na comunidade apresentam diminuição no número de internamentos e, quando internados, necessitam de menos dias de internamento até à alta (Fornelos *et al.*, 2018). Firuleasa *et al.* (2017) também corroboram a diminuição significativa nas taxas de internamento e melhoria na qualidade de vida, através do seu estudo que faz evidência ao trabalho complexo que é implicado na intervenção comunitária e o leque de pessoas que beneficiam dos seus cuidados. Para além disso, também, salientam que o modelo comunitário de intervenção em saúde mental melhora a reintegração social, satisfaz as necessidades do cliente e, pelo suporte de maior proximidade, permite uma avaliação constante, um diagnóstico precoce e respetiva intervenção multidisciplinar.

As principais ações da equipa de Psiquiatria de Intervenção Comunitária, incluem a consultadoria em articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e intervenção

⁶ Despacho nº. 1490/2017, de 14 de fevereiro. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/106449626/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA.+1490%2F2017%2C%20de+14+de+fevereiro>

⁷ Decreto Lei nº113/2021, de 14 de dezembro. Estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>

em situações de crise, sempre numa ótica multidisciplinar. A consultadoria com os CSP visa: a) fomentar a articulação entre as estruturas e evitar a utilização inadequada dos serviços (evitar episódios frequentes de ida à urgência e encaminhamentos para a Consulta Externa por motivos passíveis de orientação a nível comunitário); e, b) promover o trabalho interdisciplinar e a gestão de casos clínicos (diagnóstico, terapêutica e referenciação para cuidados especializados) acompanhados nos CSP ou em ambos os níveis de cuidados. A consultadoria é efetivada através de reuniões mensais com a deslocação do psiquiatra e enfermeiro às instalações das diferentes unidades do Agrupamento de Centros de Saúde. De realçar, que decorrente da situação pandémica o recurso aos meios telemáticos permitiu garantir a continuidade das atividades de consultadoria.

A Lei de Bases da Saúde sublinha o dever de se promover, dentro do sistema nacional de saúde, a articulação entre os vários níveis de prestação de cuidados, em prol de um serviço de qualidade, incluindo uma comunicação recíproca e confidencial de informação clínica relevante sobre as pessoas assistidas (Lei nº 48/90, de 24 de agosto). Esta articulação entre CSP e o meio hospitalar tem como principal objetivo potenciar os ganhos em saúde dos indivíduos, família e comunidade, através da continuidade de cuidados. Estudos indicam que apesar dos custos ao nível da promoção da saúde e prevenção de doença serem elevados, a longo prazo os benefícios superam os custos pela diminuição do absentismo no trabalho por doença, diminuição do consumo de medicamentos e cuidados médicos hospitalares (Torres & Monte, 2011).

Outra das atividades realizadas pela equipa de Intervenção Comunitária, como referido anteriormente, são as consultas domiciliárias que têm como principais finalidades: a) avaliação clínica de utentes e famílias, b) promoção e manutenção da adesão à terapêutica; c) prevenção de recaídas; d) reabilitação funcional; e e) avaliação/otimização das respostas clínicas e sociais, com maior proximidade da comunidade. A intervenção multidisciplinar não necessita da presença de um psiquiatra, podendo ser realizadas por dois enfermeiros, ou por um enfermeiro e uma assistente social. A este propósito, a evidência aponta para a importância do trabalho colaborativo nos resultados obtidos face aos vários focos de atenção identificados. É privilegiada uma abordagem multimodal - tratamento farmacológico, intervenções psicossociais e psicoterapêuticas de cariz grupal e/ou individual (Castrillo, Guijarro & Cerviño, 2020).

Dirik *et al.* (2017) apresentam vários modelos de intervenção, com destaque para modelo francês “Equipa de Intervenção Rápida em Crise” o qual se aproxima ao modelo utilizado pela equipa onde estive inserida. Assim, cabe a esta equipa prestar apoio no domicílio do utente, intervindo com a finalidade de conter o episódio de crise. No final, é prestado apoio à família no sentido de fornecer informação de como atuar em crises futuras.

Este tipo de intervenção permite reduzir a deterioração ocasionada pela exacerbação da doença, evitar recaídas e idas ao serviço de urgência, e, conseqüentemente, diminuir o número de (re)internamentos. Sendo uma intervenção programada, a sua realização não deve exceder uma semana após a sua solicitação. As intervenções necessárias em momentos de crise, englobam: avaliação do estado mental, monitorização da toma da medicação, planeamento e gestão de risco, apoio aos cuidadores informais, intervenção em sinais de alerta precoce, e resolução de problemas com suporte prático. A intervenção em crise apresenta benefícios quer para a pessoa assistida, quer para a família. Na esteira desta asserção, Murphy *et al.* (2015) referem que o estado mental das pessoas assistidas (após 3 meses da intervenção em crise), melhora comparativamente a cuidados menos diferenciados. Para além disso, o mesmo estudo faz referência aos custos das intervenções em crise serem menos onerosas que a prestação de cuidados em meio hospitalar, para além de minimizarem o sofrimento dos doentes e famílias. Uma intervenção em crise bem-sucedida implica o conhecimento do historial de saúde/doença e do próprio processo terapêutico do utente, o estabelecimento de uma relação positiva entre as partes, a discussão/reflexão com o próprio utente sobre o evento da crise e, por último, oferecer apoio emocional (Wang & Gupta, 2022). Estes autores, apresentam um modelo de intervenção designado por SAFER-R, que é comumente utilizado após situações de crise para o restabelecimento da linha de base mental, consistindo em: estabilização (S - *stabilization*), reconhecimento (A - *acknowledgment*), facilitação da compreensão (F - *facilitate understanding*), encorajamento (E - *encouragement*), *recovery* (R) e encaminhamento (R - *referral*).

Os critérios de inclusão para a admissão no serviço de Psiquiatria de Intervenção Comunitária, incluem: 1) pessoas com DMG já acompanhadas pelo serviço de psiquiatria do respetivo hospital; 2) e outros casos que cumpram critérios para acompanhamento. Como critérios de exclusão: pessoas com síndrome demencial, incapacidade intelectual, patologia aditiva e pessoas com alterações graves do comportamento com auto e hétero-

agressividade que necessitem de ser conduzidos ao Serviço de Urgência para avaliação clínico-psiquiátrica ao abrigo da Lei de Saúde Mental.

O acompanhamento realizado, pela equipa multidisciplinar do serviço à pessoa com DM, inicia-se após alta do internamento hospitalar em complementaridade com as consultas externas agendadas e/ou através de pedido de colaboração dos CSP. Com este acompanhamento mais próximo da pessoa doente e família [se aplicável] é possível, em colaboração, perceber as dificuldades encontradas em contexto comunitário, delinear um plano de intervenção e prevenir idas recorrentes ao serviço de urgência; ou, caso o plano de intervenção estipulado não tenha sucesso, é possível encaminhar a pessoa para o internamento [numa fase mais precoce].

De entre os focos de atenção sensíveis à intervenção do EEESMP mais utilizados, estão: o conhecimento sobre a doença, a adesão ao regime terapêutico ou medicamentoso, a ansiedade, a alteração do comportamento, delírios e alucinações, o stresse do cuidador e a sobrecarga do cuidador.

A evidência mostra que a intervenção do EEESMP contribui com ganhos em saúde para a pessoa que se encontra num processo de sofrimento, alteração ou perturbação mental (Regulamento 515/2018, de 7 de agosto). A título de exemplo, existem estudos que evidenciam a eficácia a curto prazo da intervenção do EEESMP em adultos com diagnóstico de ansiedade (Sampaio *et al.*, 2017).

Para que o EEESMP auxilie a pessoa a atingir o seu máximo potencial de funcionamento com ganhos na capacidade de realizar as suas capacidades, é necessário que o profissional mobilize cuidados psicoterapêuticos, psicoeducacionais, psicossociais e sócio terapêuticos, através de diversos contextos e dinâmicas de cariz individual, familiar, de grupo e comunitário – consoante as necessidades identificadas em conjunto com a pessoa e em equipa (Regulamento 515/2018, de 7 de agosto).

O principal propósito da equipa que constitui o serviço de Psiquiatria de Intervenção Comunitária, relativamente ao modelo de prestação de cuidados, é que a cada pessoa seja atribuído um terapeuta de referência. Contudo, devido ao elevado número de pedidos de acompanhamento e ao limitado número de recursos humanos, não tem sido possível implementar esta metodologia de trabalho na sua completude. Como forma de colmatar esta dificuldade, a equipa tenta organizar a intervenção dos enfermeiros por áreas de

influência geográfica, com recurso ao método de trabalho em equipa, entre os vários elementos da equipa multidisciplinar.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e extensão a 2020 contempla, como um dos objetivos para promover o desenvolvimento de equipas multidisciplinares de saúde mental comunitárias, a criação de programas integrados para DMG, com gestão de casos por terapeutas de referência⁸. Segundo Brito (2018), o principal contexto para a prestação de cuidados com o modelo de Terapeuta de Referência é a comunidade, tendo este que se centrar quer na pessoa, quer no seu ambiente. A continuidade de cuidados, em contexto comunitário, permite que a pessoa se encontre inserida no seu meio social, e desenvolva estratégias de adaptação inerentes à sua condição de doença (sintomatologia, perda de funcionalidade e autonomia).

Este processo de *recovery* engloba uma parceria entre a equipa de saúde, a própria pessoa e a respetiva família/pessoa significativa na estruturação de um plano de intervenção que vise maximizar a esperança e a qualidade de vida (American Psychiatric Association, 2011; Thomas *et al.*, 2018). O *recovery* pode contribuir de forma decisiva para o bem-estar, para a redução do estigma e, por conseguinte, uma mais-valia na melhoria da autoestima e promoção do *empowerment*⁹ (Carvalho & Cordeiro, 2018). A degradação funcional da pessoa com DMG pode contribuir negativamente para o seu processo de *recovery*. Estudos comprovam que disponibilizar cuidados de saúde orientados para o *empowerment* da pessoa assistida pode tornar mais eficaz os seus processos de recuperação (Lee *et al.*, 2021). Carvalho e Cordeiro (2018) acrescem que os profissionais de saúde devem orientar a sua atenção e os seus esforços para: a) o uso de uma linguagem promotora de esperança e *empowerment*; b) a tomada de decisão partilhada na definição de objetivos; c) valorizar as capacidades, potencialidades, interesses dos utentes; e por fim d) desenvolver uma prática centrada na pessoa e no seu projeto terapêutico.

Quando os objetivos delineados são atingidos, existe um maior espaçamento entre as visitas e, caso a pessoa se mantenha estável e funcional é dada alta clínica do

⁸ Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

⁹ Segundo o Regulamento nº 356/2015, da Ordem dos Enfermeiros, *empowerment*, em termos individuais, define-se por um processo em que a pessoa adquire maior capacidade para tomar decisões sobre si mesma e exercer controlo sobre a sua vida pessoal.

acompanhamento pela equipa de Psiquiatria de Intervenção Comunitária. Após a alta a maior parte das pessoas mantêm acompanhamento em consulta externa no mesmo hospital.

Percebendo que o suporte social é considerado um fator facilitador no processo de *recovery* da pessoa com DM (Bjørlykhaug *et al.*, 2021), a família é frequentemente envolvida na prestação de cuidados e, em alguns casos, é a própria que mantém a ligação com a equipa do serviço de Psiquiatria e Intervenção Comunitária para *feedbacks* pontuais e com abertura para contactar, sempre que sintam necessidade.

A integração nesta equipa permitiu-me ampliar a visão da atuação em saúde mental, e compreender a importância da ação realizada em contexto natural, com impacto positivo na diminuição do número de (re)internamentos hospitalares. A equipa, por ter uma área geográfica de abrangência extensa, carece de um número maior de recursos materiais e humanos. Em alternativa, e porque muitos dos profissionais acumulam outras funções, seria importante a inclusão de elementos com dedicação exclusiva. Não obstante, e pelo facto desta equipa estar integrada num hospital permite um acompanhamento de proximidade quer na intervenção comunitária, quer no internamento.

3. ENSINO CLÍNICO III - SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

O estágio referente ao contexto de respostas diferenciadas, foi realizado no período de 22 de novembro de 2021 a 21 de janeiro de 2022, num serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (internamento de pedopsiquiatria), num hospital central.

O serviço em questão tem a capacidade para internar 16 crianças e adolescentes, podendo a sua admissão ser programada ou urgente. A admissão pode ser realizada através do Serviço de Urgência, do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, transferido de outra Unidade Hospitalar, unidades de ambulatório ou transferência intra-hospitalar.

Ao longo do presente estágio, a população internada no serviço de pedopsiquiatria apresentou, na sua maioria, os seguintes diagnósticos médicos: Perturbações de Comportamento Alimentar (anorexia nervosa e bulimia nervosa), Comportamentos da esfera suicidária, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação do Humor, Disforia de Género e Perturbações do Espectro do Autismo. O tempo médio de internamento corresponde a 8 semanas, sendo os internamentos dos jovens com perturbações alimentares (ex. Anorexia Nervosa), habitualmente, os mais prolongados.

De acordo com Membride (2016) cerca de 10% das crianças e jovens, entre os 5 e os 16 anos, desenvolvam problemas de saúde mental tão significativos que, caso não recebam tratamento adequado, podem prolongar-se para a idade adulta. Nestes casos, as consequências da DM repercutem-se na saúde física, educação, emprego e, em última análise, esperança de vida (Membride, 2016). Também Barican *et al.* (2022), realçam que 1 em cada 8 crianças desenvolvem uma perturbação mental em algum momento da sua infância e/ou adolescência com necessidade de tratamento.

Mais de metade de todos os adultos com problemas de saúde mental foram diagnosticados na infância ou adolescência e, destes, menos de 50% receberam tratamento especializado e apropriado a partir do primeiro diagnóstico. Estudos confirmam que quanto mais precoce for realizado o diagnóstico e respetivo tratamento, melhores serão os *outcomes* para a criança e respetiva família (Membride, 2016).

Segundo a OMS (2012), crianças e jovens felizes e confiantes, serão adultos mais resilientes face às adversidades da vida. A pandemia COVID-19 teve, igualmente, impacto na saúde mental das crianças, com um aumento exponencial dos problemas

mentais (Barican *et al.*, 2022). Estudos realizados para perceber o efeito da COVID-19 no estilo de vida das crianças e nos seus níveis de ansiedade, concluíram que 91,9% dos participantes reportaram mudanças drásticas na sua rotina diária, designadamente, alterações no padrão alimentar, sono, utilização do telemóvel e internet, sucesso escolar, entre outras (Zengin *et al.*, 2021).

Tendo por base a taxonomia CIPE (ICN, 2019), entre os focos de atenção mais prevalentes, destacam-se: ansiedade, angústia, tristeza, esperança, comportamento agressivo, comportamento autodestrutivo, comportamento compulsivo, ideação suicida, autoestima, autoimagem, *coping*, autocuidado, conhecimento sobre regime medicamentoso e processo familiar.

De acordo com Sequeira e Sampaio (2020), alguns dos focos identificados vão ao encontro aos diagnósticos mais frequentes na infância e adolescência, a saber: perturbação do sono; dificuldade de separação; intolerância à frustração; alteração do pensamento e/ou da perceção; alteração da imagem corporal; dificuldades nas aquisições e perdas da adolescência; rejeição; dificuldades no papel parental; adesão terapêutica; e, gestão do regime terapêutico.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012), cerca de 25% dos adolescentes que realizaram tentativa de suicídio tiveram, pelo menos, uma tentativa de suicídio prévia. Estima-se, ainda, que até 11% dos adolescentes que realizam tentativa de suicídio através de intoxicação irão suicidar-se nos próximos anos. O risco de os jovens repetirem a tentativa de suicídio é maior nos próximos 3 meses subsequentes à primeira tentativa. A própria presença de ideação suicida representa um fator de risco para a tentativa de suicídio, estando associada também ao risco de suicídio.

Neste sentido, decorrente da avaliação de pelo menos um dos seguintes riscos [risco de suicídio, risco de comportamentos violentos e/ou autolesivos, risco de fuga e risco associado a patologia orgânica] como alto ou muito alto; a maioria dos jovens apresenta necessidade de vigilância permanente realizada por um profissional de saúde. Inclusivamente, determinados jovens têm a indicação para ser acompanhados à casa de banho por risco de comportamento purgativo, risco de comportamentos autolesivos e risco de suicídio muito elevado.

A equipa de enfermagem é, maioritariamente, constituída por enfermeiros especialistas em ESMP. Neste sentido, a metodologia de gestão de caso domina nesta unidade, através

da existência dos enfermeiros de referência (cada jovem tem atribuídos dois enfermeiros especialistas de referência). Contudo, e dada a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, o método baseado no trabalho em equipa é igualmente utilizado. Pretende-se com este método: minimizar os eventos adversos e, além disso, aumentar a adesão à medicação e o conhecimento acerca do regime medicamentoso de cada criança e jovem. A este propósito, Dias e Carvalho (2017) referem que a gestão do regime medicamentoso deve ser sempre acompanhada de um momento explicativo em que se aborde o objetivo e se obtenha a colaboração do indivíduo.

Por outro lado, a dinâmica da equipa de enfermagem na interação com os jovens preocupa-se com o *setting* terapêutico, baseando a sua intervenção na terapia de *Milieu*. Esta abordagem integra o impacto positivo que um ambiente terapêutico pode ter na intervenção junto do indivíduo, inserido num determinado contexto controlado (Belsiyal *et al.*, 2022). Desta forma, é possível manipular o próprio ambiente onde se prestam cuidados (*setting* terapêutico – internamento), através de intervenções terapêuticas individuais ou grupais, planeadas ou em crise, realizadas pelo enfermeiro [como mediador da relação entre pares ou jovem-família], de forma a potenciar mudanças positivas de comportamento e, por essa via, otimizar os ganhos em saúde (Pereira, 2014). Millard *et al.* (2020) acrescentam que em pedopsiquiatria, a terapia de *Milieu* integrada num plano interdisciplinar resulta num impacto positivo durante o internamento hospitalar de crianças e jovens adolescentes. De referir que a aliança terapêutica é condição *sine qua non* para o sucesso desta abordagem (Hartley *et al.*, 2020).

Neste serviço de pedopsiquiatria é notória a influência dos referenciais de Hildegard Peplau e de Phil Backer, seja pela valorização da relação interpessoal, seja pelo caráter holístico na abordagem do jovem/adolescente situado na sua circunstância (Marriner Tomey & Alligood, 2004). Privilegia-se ainda a parceria de cuidados, o que permite otimizar os ganhos em saúde, com base no respeito mútuo, confiança e respeito entre as partes envolvidas (Clark *et al.*, 2018). Desta forma, é possível, abertura por parte do jovem para partilhar as suas preocupações, os seus medos, expressar as suas emoções, sentimentos e pensamentos – sem esta relação terapêutica preestabelecida a intervenção em si, ficaria comprometida.

Uma das preocupações da equipa de enfermagem centra-se no respeito pela singularidade e idiosincrasia de cada indivíduo conferindo-lhe um papel ativo no seu processo

terapêutico e na procura por estratégias adaptativas que lhe façam sentido no seu contexto natural (fora do meio hospitalar). Percebendo que a trajetória de doença é por vezes acompanhada por fenómenos de desesperança, angústia e tristeza, torna-se basilar a capacitação, seja através de intervenção individual ou grupal – numa ótica de valorização das “pequenas-grandes” conquistas, e que nem sempre estão ao alcance imediato do jovem, mas que são essenciais no seu percurso.

No que concerne à organização das dinâmicas do serviço relativamente aos cuidados prestados aos jovens: existe um plano semanal de atividades terapêuticas grupais, que abrange algumas das seguintes áreas de intervenção – dança e movimento¹⁰, terapia pela arte¹¹, psicoeducação, cozinha terapêutica, cineterapia, autocuidado e relaxamento – sendo que todos os dias se realiza uma destas atividades.

Os jovens apresentam visitas em tardes intercaladas, excetuando reuniões familiares que podem ocorrer fora do horário das visitas. As visitas têm, previsivelmente, o período de 1 hora – sendo que apenas um familiar pode entrar de cada vez. As visitas são supervisionadas por um enfermeiro (vigilância de interação e comportamento, e apoio às visitas). Durante os contactos com as famílias, o enfermeiro deve atentar ao sofrimento demonstrado por parte dos pais/pessoas significativas, incluindo a culpabilidade, o luto do “filho idealizado” e deceções na função parental. É igualmente importante o enfermeiro reforçar-lhes o papel significativo que os mesmos apresentam na vida dos filhos, escutá-los e ajudá-los a desenvolver novas estratégias adaptativas com os filhos (Dias & Carvalho, 2017).

Ter a oportunidade de vivenciar e acompanhar a intervenção em contexto de pedopsiquiatria permitiu-me aumentar o meu leque de competências de intervenção com um grupo-alvo específico e complexo, enriquecendo a minha experiência pessoal e profissional. Deparei-me com um serviço organizado e funcional e com uma equipa especializada que pauta a sua ação pelo rigor e dinamismo.

¹⁰ Dança e Movimento: são processos terapêuticos, enquadrados no âmbito das intervenções psicoterapêuticas e que abrangem diferentes abordagens, aplicadas num *setting* terapêutico. Esta atividade terapêutica tem por base os movimentos corporais permitindo explorar as reações, emoções e comportamentos da pessoa (Brito *et al*, 2019).

¹¹ Terapia pela Arte (Arterapia): É uma ferramenta de intervenção psicoterapêutica em que se utiliza a construção artística com finalidade terapêutica. É considerado um recurso no processo terapêutico para a promoção da saúde e qualidade de vida em pessoas com sofrimento psíquico (Barros & Ferreira, 2016).

PARTE III – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1998), no seu artigo 9º, faz referência à contribuição dos enfermeiros na realização e participação em trabalhos de investigação que contribuam para o progresso da enfermagem e a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Também o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento nº515/2018) evidencia a importância de incorporar os resultados da investigação na prática dos cuidados e participar em projetos de investigação com o objetivo de aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências na área de especialização.

O presente projeto de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem intitulado “Stresse ocupacional nos profissionais de saúde de um serviço de Cuidados Paliativos, em contexto pandémico”, teve aproximação os princípios da investigação-ação e recorreu ao *Ciclo de Qualidade de Deming*²¹ como metodologia para a sua estruturação.

²¹ O *Plan-Do-Check-Act* ou *Ciclo de Deming* é um método de gestão que visa a melhoria contínua dos processos (Pan *et al.*, 2022).

7. STRESSE OCUPACIONAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS, EM CONTEXTO PANDÉMICO

A Organização Mundial de Saúde (2020) definiu os Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem que tem por objetivo principal melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentem problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais. Wantonoro *et al.* (2022) acrescentam que os CP: 1) aceitam a morte como um processo natural; 2) têm como objetivo principal a qualidade de vida e o bem-estar do doente e família; 3) promovem uma abordagem global e holística do sofrimento; e, por fim, 4) são centrados nas diversas necessidades do doente e família, inclusive durante o período de luto. De realçar, que a relação com o doente e família é o *core* dos CP (Neto *et al.*, 2021). Pelo que a equipa multidisciplinar deve desenvolver uma intervenção ativa nas esferas existencial, espiritual, religiosa, social e cultural, intervindo de forma holística no controlo sintomático e no apoio às respetivas famílias.

Nas unidades de CP, as perdas são múltiplas e decorrem num curto espaço de tempo. De referir que as perdas resultam de diferentes causas, nomeadamente: a morte do doente, a quebra da relação e o contágio emocional com a dor da família; a quebra de expectativas; a descrença/desesperança; e, a antecipação de perdas futuras (Barbosa *et al.*, 2016; Clayton *et al.*, 2022). Daqui podem resultar um conjunto de manifestações de stresse ocupacional nas equipas, designadamente: a presença de sintomas depressivos, sentimento de culpabilidade; frustração e insegurança; despersonalização; crítica destrutiva; falta de iniciativa; comportamento de evitamento; perda de interesse; cinismo; inflexibilidade; distanciamento; desespero e angústia; irritabilidade; luto complicado e conflitos interpessoais na equipa (Barbosa *et al.*, 2016; Joshi *et al.*, 2022).

A personalidade, o apoio social, a atitude face ao trabalho e os acontecimentos stressantes de vida são preditores que podem elevar o risco de stresse ocupacional (Shoman *et al.* 2021). Assim, quanto mais jovens forem os elementos da equipa, menos estratégias de *coping* desenvolverão; pessoas motivadas constituem um fator de menor risco ao stresse, mas também de maior vulnerabilidade; o apoio dos amigos e família configura um fator

protetor; e acontecimentos de vida stressantes não/mal resolvidos constituem um risco acrescido de stress ocupacional (Barbosa *et al.*, 2016).

Outro aspeto importante que Barbosa *et al.* (2016) descrevem, são os estímulos responsáveis pela ativação de respostas emocionais que podem provocar *burnout* em CP, destaque para: o medo da própria morte, o medo de causar danos ao doente, o medo de ser agredido (tanto física como psicologicamente), e o medo de ser absorvido pela grande implicação emocional.

Diante do cenário apresentado, os profissionais estão expostos a um risco acrescido de stress ocupacional com implicações a nível individual e organizacional, sendo que a prevenção (Quick & Henderson, 2016; Shoman *et al.*, 2021) tem sido descrita como a melhor estratégia para lidar com o fenómeno.

7.1. O IMPACTO DA COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Com a pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, toda a população teve de enfrentar alterações nos seus hábitos de vida, e os contextos de trabalho não foram exceção. Neste sentido, os profissionais de saúde tiveram de se adaptar num curto espaço. A adaptação laboral contemplou alterações na organização dos cuidados, na interação com os utentes e pares, no reforço da higienização das mãos e nas regras de etiqueta respiratória, na redefinição dos circuitos dos utentes, no manuseamento de roupas e materiais, e no medo do desconhecido pela falta de conhecimento científico disponível sobre o vírus (Parreira *et al.*, 2020).

A somar à restrição de visitas a que os utentes e famílias estiveram sujeitos, também o distanciamento físico e o recurso a EPIs tiveram impacto na comunicação verbal e não-verbal, reduzindo a possibilidade do abraço e, até mesmo, do toque terapêutico. Também a expressão facial foi limitada, contribuindo para a ocorrência de alguns obstáculos na transmissão da informação (Neto *et al.*, 2021). Estas fontes stressoras geraram nos doentes paliativos o agravamento da ansiedade e exacerbação de outros sintomas, o que exigiu maior atenção por parte da equipa multidisciplinar. Concomitantemente, os profissionais de saúde foram confrontados com uma elevada exigência laboral no cumprimento de regras restritas, receio de contágio pela exposição a casos positivos, maior tensão

experienciada durante o período laboral, e possível sensação de incapacidade ou de dever não cumprido (Neto et al., 2021).

7.2. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

O Stresse Ocupacional pode ser definido como uma incapacidade da pessoa em se adaptar, de forma satisfatória, às constantes mudanças e exigências impostas no seu local de trabalho (Santos, 2011; Nowrouzi *et al.*, 2017). Segundo Ramos (1999, citado por Santos, 2011, p.18), as fontes de stresse ocupacional dividem-se em 3 categorias:

“1) nível organizacional, que diz respeito a fatores relacionados com o trabalho – cultura da empresa, estrutura organizacional; clima laboral e características do posto de trabalho; 2) nível grupal, que está relacionado com fatores externos ou não relacionados com o trabalho – relações interpessoais negativas; falta de participação e colaboração, rivalidade interdepartamental e escasso trabalho em equipa; e, por último, 3) nível individual, relacionado com características individuais ou pessoais – ambiguidade e conflito de papéis, desenvolvimento da carreira profissional, trabalho limitado, trabalho monótono, trabalhos temporais repetidos, desemprego e reforma.”.

Santos (2011), acrescenta outros fatores relacionados com a terceira fonte de stresse ocupacional apresentada anteriormente (nível individual), sendo estes: baixo salário, trabalhar com pessoas agressivas, exigentes ou não colaborantes; o medo da morte; o medo de errar; bem como a perceção de não estar apto profissionalmente.

O stresse ocupacional afeta quer a saúde dos funcionários, quer da organização. Assim, considera-se que os trabalhadores que enfrentam níveis de stresse elevados apresentam-se menos motivados no trabalho, menos produtivos e desenvolvem o seu trabalho com menor segurança (Martiniano, 2017; Mopkins, 2022).

Silva e Neto (2018) referem que os profissionais de saúde em CP são, atualmente, considerados um grupo de risco por estarem expostos a diferentes fatores de stresse ocupacional com impacto no seu bem-estar: sofrimento (físico, psicológico e espiritual), dor, desespero dos familiares, comunicação de más notícias e morte. Quando os mecanismos de *coping* adotados não são eficazes, pode conduzir ao desenvolvimento de *burnout*.

Segundo Salman e Costa (2019), a assistência em CP caracteriza-se por contactos repetidos com o sofrimento, a finitude e a vulnerabilidade, sendo, por si só, um trabalho exigente e exaustivo. Estes contactos constantes levam a que o próprio profissional vivencie os seus próprios medos e incertezas e, em conjunto com decisões éticas difíceis, podem surgir sentimentos de frustração, impotência e revolta. Portanto, os profissionais de CP são considerados, uma população de risco no desenvolvimento de *burnout*²² e/ou fadiga por compaixão (Costeira *et al.*, 2022). Com efeito, torna-se necessário vigiar a ocorrência destes riscos psicossociais e implementar estratégias de autocuidado, protegendo e capacitando os profissionais a conduzirem o seu trabalho da melhor maneira possível (Vargas *et al.*, 2016).

Apesar das elevadas taxas de stresse ocupacional em CP, a evidência aponta que estes níveis são iguais ou inferiores, comparativamente, a outras áreas de intervenção (Simões, 2013; Dijkhoorn *et al.*, 2021). Dentre os fatores protetores, sublinham-se: i) a interiorização da filosofia dos CP; ii) a realização e enriquecimento pessoal [relacionado com a gratificação de cuidar da pessoa em fim de vida e ajudar os respetivos familiares]; iii) satisfação laboral; iv) reconhecimento prévio do potencial de stresse ocupacional em CP; v) reconhecimento precoce dos fatores facilitadores/desencadeadores de *burnout*; vi) desenvolvimento de estratégias pessoais e organizacionais adequadas; e, vii) implementação precoce de programas de apoio e suporte social/psicológico à equipa multidisciplinar (Sapeta *et al.*, 2022).

Vargas *et al.* (2016) enumeram, no seu estudo, algumas estratégias de autocuidado utilizadas pelos profissionais de saúde de CP entrevistados: a) estar atento à necessidade de autocuidado; b) ter momentos para refletir; c) reconhecer os sentimentos e ter a capacidade de autocontrolo; d) conhecer os próprios limites/vulnerabilidades; e) desenvolver competências comunicacionais; f) treino especializado; e, g) desenvolver *hobbies* e “desligar do trabalho” durante os tempos livres.

Estudos revelam a necessidade de implementação de estratégias individuais e organizacionais para a gestão do stresse ocupacional e a prevenção de *burnout* nos CP (Garcia *et al.*, 2022). Salientam ainda a necessidade de os profissionais não descurarem

²² Englobado no stresse ocupacional, encontra-se o *burnout*, que se define como uma resposta emocional ao stresse crónico e engloba 3 componentes: a exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, com impacto negativo na esfera individual, profissional, familiar e social (Dall’Ora *et al.*, 2020).

o seu autocuidado para a manutenção da qualidade dos cuidados prestados (Buonaccorso *et al.*, 2022). É ainda referido que os serviços de CP devem promover a prática reflexiva em equipa, a autorização do luto profissional e a existência de espaços adequados para reconhecimento e partilha de sentimentos. As instituições devem fomentar e/ou aprimorar ferramentas na gestão do stresse e fortalecer o apoio psicossocial (Salman & Costa, 2019). Segundo Silva e Neto (2018), o profissional de CP, deve ainda ser dotado de competências específicas que resultam da formação avançada e das aprendizagens adquiridas. A sua ausência pode ocasionar sentimentos de não proporcionar cuidados de qualidade e, conseqüentemente, gerar a diminuição dos índices de realização pessoal e falta de reconhecimento pelo seu trabalho.

Em contraponto, surge o *coping* como modo consciente de lidar com o stresse. As idiosincrasias individuais podem influenciar a tipologia de estratégias de *coping* apresentadas por cada um. Assim, quando são aplicadas estratégias de *coping* eficazes, as emoções podem ser ajustadas e a situação de stresse resolvida. Pelo contrário, quando o indivíduo utiliza estratégias de *coping* não adaptativas, estas podem conduzir a níveis elevados de stresse e respetivos efeitos negativos (Pacheco, 2013; Greer *et al.*, 2020).

7.3. ANÁLISE DO PROBLEMA

Tal como enunciado anteriormente, as causas do stresse ocupacional podem estar presentes a nível organizacional, grupal ou individual. Tendo por base as influências de Betty Neuman (Teoria dos Sistemas) e de Callista Roy (Teoria da Adaptação) o desenvolvimento humano dá-se por via da interação entre o sistema individual e os outros, objetos e símbolos no seu ambiente, sendo relevante considerar-se estas interações nos processos adaptativos. A aplicação do conceito de pessoa como sistema adaptativo permite aos enfermeiros dirigir a sua intervenção aos comportamentos de risco e assim promover a mudança.

Com base na pesquisa bibliográfica e após *brainstorming* com a equipa, foram identificadas algumas causas para a ocorrência de stresse ocupacional em CP, as quais podem estar relacionadas com a: 1) a pessoa doente (altos níveis de sofrimento, dor, a morte, o desespero dos familiares e a comunicação de más notícias); 2) múltiplos lutos relacionados com a morte do utente, perdas não resolvidas, perda face à expectativa criada, identificação com a dor da família, perda de relação com o utente, antecipação de

perdas futuras e morte do próprio, e/ou luto relativo a crenças e conceções sobre a vida; 3) acontecimentos de vida stressantes, tais como problemas familiares, doença e invalidez; 4) medo da própria morte, de causar dano ao utente, da implicação emocional, de ser agredido e da expressão de sentimentos; 5) défice de formação (diminuição de realização pessoal e falta de reconhecimento) e, por último, variáveis relacionadas com 6) o contexto pandémico por SARS-CoV-2, destaque para - o desconhecido, utilização de EPIs, receio de contágio, readaptação laboral e respetivas regras/normas, restrição de visitas e restrição de afeto/toque.

Na figura 3, é possível identificar as causas para o stress ocupacional nos profissionais de saúde de CP, através do diagrama de espinha de *Ishikawa*.

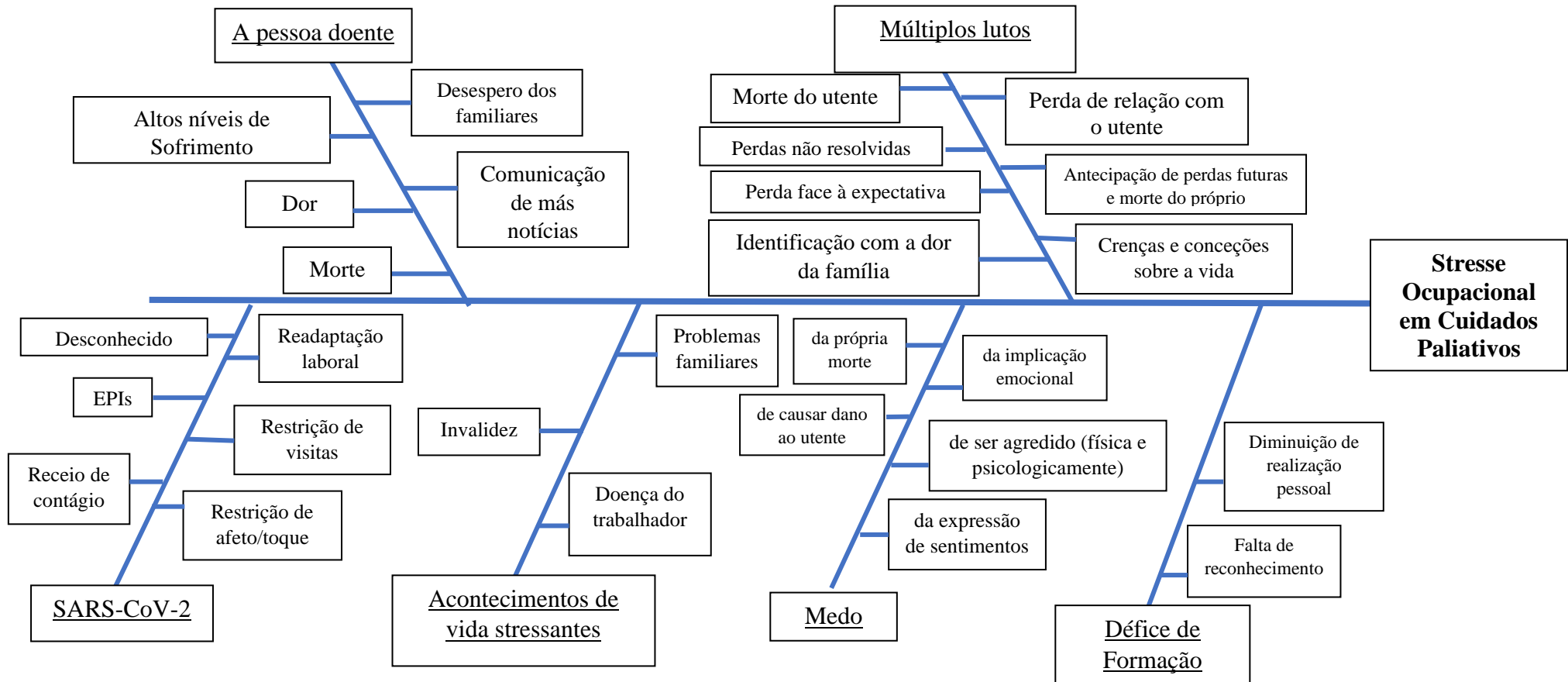


Figura 2: Representação das causas do stress ocupacional no serviço de CP, através do diagrama de *Ishikawa*

7.4. PROPOSTA DE MELHORIA

É neste contexto que se justifica o presente projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem com enfoque no stresse ocupacional em contexto pandémico nos profissionais de saúde de um Serviço de Cuidados Paliativos (Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos [EIHSCP] e Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos [UICP]).

Com efeito, foram identificados os seguintes focos de enfermagem: Saúde Ocupacional, Stresse, *Coping* e Autocuidado. De acordo com a taxonomia CIPE, a Saúde Ocupacional resulta num “*estado em que um trabalhador é capaz de funcionar num nível ótimo de bem-estar no local de trabalho*” (ICN, 2019).

Já o Stresse refere-se ao:

“Sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo” (ICN, 2019).

Coping é descrito como “*Atitude: gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico*” (ICN, 2019). Por último, o Autocuidado é definido pela CIPE como a: “*atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diárias*” (ICN, 2019).

No que concerne aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2015), este projeto inclui-se nas seguintes categorias de enunciados descritivos: 1) a promoção da saúde, 2) a prevenção de complicações, e 2) o bem-estar e o autocuidado. Estes enunciados, permitem a implementação de ações de prevenção dos problemas relacionados com o stresse, bem como a promoção da saúde mental.

7.5. OBJETIVOS

Com a implementação do presente projeto de melhoria contínua da qualidade definiu-se como objetivo geral:

- Melhorar os níveis de stresse ocupacional, em contexto pandémico, dos profissionais de saúde de um serviço de CP, com recurso a intervenção especializada em ESMP.

Objetivos específicos:

- Determinar as características profissionais e sociodemográficas dos profissionais;
- Caracterizar os estilos de vida adotados pelo grupo de participantes;
- Avaliar os níveis *baseline* de stresse ocupacional e *coping* resiliente;
- Desenvolver um programa de intervenção no âmbito da prática especializada em ESMP com o propósito de capacitar os profissionais com estratégias de *coping* adaptativas face aos fatores stressores identificados;
- Reavaliar os níveis de stresse ocupacional, *coping* resiliente, e estilos de vida adotados após a intervenção especializada;
- Propor medidas preventivas e/ou corretivas face aos resultados obtidos.

O presente projeto tem, ainda, como finalidade contribuir para a elaboração de um plano formal de prevenção do *burnout* , dado ser um indicador de qualidade prioritário para os serviços de CP (Capelas, 2018).

7.6. PERCEBER AS CAUSAS

A *checklist* de Heather Palmer foi usada para uma avaliação da qualidade do projeto. Esta *checklist* é constituída por 10 itens: 1) identificação das dimensões em estudo; 2) unidades de estudo; 3) tipo de dados; 4) fonte dos dados; 5) tipo de avaliação; 6) critérios de avaliação; 7) colheita de dados; 8) relação temporal; 9) seleção da amostra e 10) medidas corretivas passíveis de ser usadas (Conselho de Enfermagem Regional, 2013).

Identificação das dimensões em estudo

As dimensões em estudo são: adequação técnico-científica (capacidade de recorrer a conhecimentos com características técnicas capazes de favorecerem/otimizarem os cuidados prestados. Relaciona-se com a investigação/estudo com vista à produção e

divulgação de saberes técnico-científicos); e satisfação/aceitabilidade (entendida como o resultado diferença entre as expectativas do cliente em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos).

Unidades de estudo

A unidade de estudo é a equipa de profissionais de saúde de um serviço de CP, de um hospital da região Centro. A identidade dos participantes e todas as informações recolhidas no decurso da participação foram mantidas na mais estrita confidencialidade, registadas num ficheiro ao qual apenas teve acesso o investigador. Adicionalmente, foi obtido parecer favorável da direção do serviço para a realização do projeto de melhoria.

Tipos de dados

Indicadores de estrutura – existência de *workshops* e respetivos materiais de apoio.

Indicadores de processo - taxa de presença (% de profissionais envolvidos) e taxa de adesão (% de profissionais que cumpriram programa na sua totalidade).

Indicadores de resultado - centram-se nos *outcomes* obtidos através da realização das intervenções de enfermagem. Neste caso, é expectável a redução dos níveis de stresse ocupacional e a melhoria dos níveis de *coping* resiliente e dos estilos de vida adotados pelo grupo-alvo.

Indicadores de qualidade - satisfação do grupo-alvo através da aplicação de questionário de satisfação (com recurso a escala de tipo *Likert*).

Fonte de dados

Os instrumentos de avaliação a implementar, incluem o: Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde (QSPS), na versão de 25 itens, validada por Gomes e Teixeira (2016); a Escala Breve do *Coping* Resiliente de Pais Ribeiro e Morais (2010), e o Questionário “Estilo de Vida Fantástico” (EVF), constituída por 30 itens, validado para a população portuguesa por Silva, Brito e Amado (2011). Adicionalmente foi desenvolvido um breve questionário com dados sociodemográficos e profissionais.

O QSPS é constituído por duas partes. A primeira parte inclui uma questão geral sobre como a pessoa caracteriza o stresse que a sua atividade profissional lhe provoca. Na segunda parte são avaliados 25 itens, com 5 possibilidades de resposta (0=nenhum stresse; 2=moderado stresse; 4=elevado stresse), em que se apresentam seis fontes

potencialmente geradoras de stresse na atividade profissional, são elas: lidar com o cliente, excesso de trabalho, carreira e remuneração, relações profissionais, ações de formação e problemas familiares. Scores mais elevados significam maior perceção de stresse.

A Escala breve de *Coping* Resiliente permite avaliar a resiliência como uma estratégia de *coping*, uma vez que nos permite perceber a capacidade de o sujeito lidar com o stresse de forma adaptativa. É composta por quatro itens, avaliados por uma escala de tipo *likert* de 5 pontos (5-Quase sempre, 4-Com muita frequência, 3-Muitas vezes, 2-Ocasionalmente, 1-Quase nunca). O score final varia entre 4 e 20. Não existem itens com cotação invertida. Segundo os autores da escala original consideram-se com baixa resiliência os sujeitos com uma pontuação inferior a 13 e os com resiliência forte, cuja pontuação seria superior a 17 (Pais Ribeiro & Morais, 2010).

O Questionário EVF avalia, através de 30 itens, os comportamentos adotados, no dia-a-dia, relativamente aos seguintes domínios: família e amigos, atividade física/associativismo, nutrição, tabaco, álcool e outras drogas, sono e stresse, trabalho/tipo de personalidade, introspeção, comportamentos de saúde sexual e outros comportamentos. Cada item dispõe de três alternativas de resposta dispostas em três linhas para facilitar a atribuição do valor numérico de 2, 1 ou 0 pontos, respetivamente. A primeira linha é sempre a de maior valor ou de maior relação com um Estilo de Vida saudável (Silva *et al.*, 2011).

A codificação das questões pode ser realizada da seguinte forma: 2 pontos para a 1ª linha, 1 ponto para a 2ª linha e 0 pontos para a 3ª linha. Somando-se todos os valores e multiplicando-os por dois, obtém-se o valor correspondente para cada domínio (Silva, *et al.*, 2011). Posteriormente, a soma de todos os pontos resultantes de todos os domínios, permite chegar a um valor global que classifica os indivíduos de 0 a 120 pontos, identificando-se cinco níveis de classificação que estratificam o comportamento em: de 0 a 46 (Necessita melhorar); de 47 a 72 (Regular); de 73 a 84 (Bom); de 85 a 102 (Muito bom) e de 103 a 120 (Excelente) (Silva *et al.*, 2011).

A Escala de Avaliação da Implementação de Programas (EAIP), adaptada de Jardim & Pereira (2006) foi usada com o objetivo de recolher a apreciação dos participantes face aos aspetos mais relevantes do programa.

Tipo de avaliação

A avaliação dos dados obtidos será realizada em auditoria interna (enfermeira do próprio serviço), tendo por base o impacto descrito pelos participantes do programa.

Critérios de avaliação

No quadro 1 encontram-se os tópicos essenciais que irão constituir o programa de intervenção a implementar:

Quadro 1: Critérios de avaliação do projeto de melhoria

Critério	Exceção	Esclarecimentos
<p>A enfermeira responsável apresenta o projeto com o respetivo planeamento na sessão 0. Solicitado o consentimento informado para a participação.</p> <p>Aplicação dos questionários: Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde (QSPS), na versão de 25 itens, validada por Gomes e Teixeira (2016); Escala breve do <i>Coping</i> Resiliente e Pais Ribeiro e Morais (2010) e Questionário “Estilo de Vida Fantástico”, constituída por 30 itens, validado para a população portuguesa por Silva, Brito e Amado (2011).</p>	Todos os que não quiserem participar.	Construção do modelo de consentimento.
<p>Cinco sessões de grupo customizadas aos resultados provenientes da avaliação dos instrumentos de medida. Destaque para as: 1) stresse ocupacional; 2) estratégias de autocuidado e bem-estar; 3) gestão de emoções e relações interpessoais; 4) <i>coping</i> e resiliência; e, 5) autoconhecimento.</p> <p>Aplicação de questionário de satisfação, em escala de <i>likert</i>, sobre as seguintes dimensões: tempo de sessão, metodologia, domínio da temática, relação estabelecida, contributo para o bem-estar e satisfação global.</p>	Todos os que não quiserem participar.	<p>Construção de plano para cada sessão nomeadamente: objetivos de sessão, domínios a trabalhar, conteúdos a abordar, intervenções a desenvolver e avaliação de sessão.</p> <p>Cada uma das sessões terá a duração de 30 a 45 minutos com duas opções de horário. Os participantes escolhem o horário que melhor se adequar à sua disponibilidade.</p>
<p>Sessão 6 - reaplicação dos questionários iniciais e análise SWOT do projeto implementado.</p> <p>Aplicação do instrumento: Escala de Avaliação da Implementação de Programas (EAIP), adaptada de Jardim & Pereira (2006).</p>	Todos os que não quiserem participar.	Não aplicável.
<p>Divulgar e partilhar os dados obtidos com a implementação do programa.</p>	Sem exceções	Partilha de dados internamente e em contexto académico.

Fonte: Elaboração própria

Colheita de dados

A colheita e tratamento de dados é interna e da responsabilidade do enfermeiro dinamizador do projeto.

Relação temporal

Este programa tem uma relação temporal prospetiva, na medida que as intervenções são construídas no presente e avaliadas no final do programa.

Definição da população e seleção da amostra

A seleção da amostra teve por base institucional, todos os profissionais de saúde do serviço de CP, do referido hospital.

Foi critério de exclusão: a) profissionais ausentes do serviço por motivo de férias ou baixa médica; e, b) profissionais com funções de gestão em exclusividade.

A amostra é intencional e seletiva sendo constituída por 24 profissionais de saúde do serviço de Cuidados Paliativos (equipa intra-hospitalar e equipa do internamento), de um hospital da zona centro. Na análise descritiva dos dados sociodemográficos foram utilizados: número (n), percentagem (%), a média (M), o desvio padrão (Dp), mínimo (Min) e o máximo (Max). Os dados foram tratados com recurso ao software *SPSS* (versão 19.0).

O grupo-alvo foi constituído, somente, por profissionais do sexo feminino, com uma média de 38 anos (Min=21; Max.=53) e um desvio-padrão de 9,18. A maioria dos participantes são casados ou em união de facto (n=14), e com grau académico igual ou superior à licenciatura (n=18).

As áreas profissionais dos participantes, incluem: enfermagem (n=14), assistente operacional (n=5), assistente técnica (n=1), medicina (n=1), psicologia (n=1) e serviço social (n=2). Catorze dos profissionais trabalhavam na área dos CP há menos de 1 ano, treze exercem horário *roulement* e onze acumulavam mais de um emprego. Do total dos inquiridos, a maioria trabalha entre 35 a 40h/semanais (n=21) e os restantes mais de 40h/semanais. Vinte dos profissionais apresentam um contrato de trabalho sem termo, e os restantes apresentam um contrato de trabalho a termo certo ou incerto. Apenas um participante referiu ter uma doença profissional.

Medidas corretivas passíveis de ser usadas

Medida educacional baseada num programa de intervenção especializada em ESMP, de cariz cognitivo-comportamental, tendo em vista capacitar a equipa com estratégias de *coping* que reduzam o stresse ocupacional.

7.7. PLANEAR E EXECUTAR AS ATIVIDADES

As intervenções do EEESMP têm por objetivo otimizar as respostas da pessoa face a um, ou mais, problemas relativos à saúde mental, tal como se enquadra o stresse. O objetivo último das intervenções especializadas por parte do EEESMP será o não agravamento da situação e a promoção da qualidade de vida dos envolvidos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Intervenções como: ensinar sobre o stresse, instruir sobre estratégias de redução de stresse, executar apoio emocional, executar intervenção psicoeducativa, executar técnica de relaxamento, executar relação de ajuda, executar técnica de resolução de problemas e avaliar a evolução do stresse [com apoio do indicador NOC para avaliar o nível de stresse], são intervenções preconizadas pelo Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, relativamente ao diagnóstico de Stresse (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O programa foi estruturado em 5 sessões grupais, nos quais foram abordados os seguintes focos de atenção: 1) stresse ocupacional; 2) estratégias de autocuidado e bem-estar; 3) gestão de emoções e relações interpessoais; 4) *coping* e resiliência, e, por fim, 5) o autoconhecimento (ICN, 2019). Trata-se de um programa formativo com aproximação aos princípios da intervenção psicoeducacional e com recurso à sequência cognitivo-comportamental (apêndice VIII).

O grupo foi fechado, não havendo entrada de novos elementos, permitindo, assim, um maior comprometimento e abertura entre eles, para se trabalhar ativamente sobre os seus problemas e facilitar o seu desenvolvimento e coesão grupal.

Na sessão inicial (sessão 0) foi apresentado o programa – estrutura, dinâmicas, metodologias, responsáveis e cronograma. Foram igualmente obtidos os consentimentos e aplicado um questionário sociodemográfico bem como os instrumentos selecionados. A última sessão (sessão 6) objetivou reavaliar o stresse e o *coping* resiliente através dos instrumentos utilizados na sessão inaugural. Para além disso, avaliou-se a satisfação das participantes com o programa, bem como a análise SWOT decorrente da sua implementação.

A implementação do programa decorreu sempre em formato presencial (cada sessão foi reproduzida no serviço de internamento e na equipa de suporte em cuidados paliativos), com possibilidade de acontecer por via telemática (com recurso a plataforma digital *zoom*).

Cada sessão teve uma periodicidade semanal, no período compreendido entre dezembro de 2021 e fevereiro de 2022.

Segundo o Padrão de documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), um programa de intervenção deve respeitar uma estrutura, pelo que deve reger-se por um guia orientador de estruturação de fases (início, desenvolvimento e conclusão). As sessões a seguir apresentadas estão englobadas na fase 2, definida como a fase de desenvolvimento do programa.

De referir que todas as sessões foram coadjuvadas por uma EEESMP e tiveram uma componente educativa com o objetivo de dar conhecimento sobre os recursos e estratégias disponíveis para ultrapassar as dificuldades sentidas; e uma componente de suporte com o propósito de ajudar a gerir emoções e a usar estratégias para lidar com as principais dificuldades, bem como facilitar a partilha de experiências e sentimentos com profissionais que se encontram em situação semelhante (Sequeira & Sampaio, 2020).

Sessão 1 - Stresse Ocupacional

A experiência de stresse ocupacional e *burnout* tem vindo a ser identificada como uma das áreas de impacto negativo no bem-estar físico e mental dos profissionais de saúde. Neste sentido, torna-se necessário identificar a ocorrência destes riscos psicossociais e implementar estratégias promotoras de autocuidado (Vargas *et al.*, 2016).

As instituições e os próprios profissionais devem, assim, desenvolver e/ou aprimorar ferramentas pessoais na gestão do stresse e fortalecer o apoio psicossocial. O conceito de literacia em saúde mental, defendido pela OMS, preconiza a alfabetização em saúde, capacitando a pessoa nas suas tomadas de decisão e potenciando-a como sendo a sua própria cuidadora, obtendo ganhos em saúde. A alfabetização em saúde concentra-se na necessidade de as pessoas desenvolverem o seu conhecimento, atitudes e competências de que precisam para se tornarem agentes eficazes nos seus próprios cuidados de saúde (Sequeira & Sampaio, 2020).

Assim, a intervenção compreendeu uma dimensão cognitiva, tendo sido privilegiadas estratégias educativas como o *brainstorming* e *case-based learning* – permitindo a análise dos sinais, causas e efeitos do stresse ocupacional e respetivas medidas antecipatórias, preventivas e curativas deste fenómeno – bem como, uma dimensão comportamental com recurso a técnica respiratória - relaxamento superficial (Payne, 2003). O foco nas sensações corporais permite aos participantes escapar aos pensamentos ruminativos e das emoções negativas (Sequeira & Sampaio, 2020).

Sessão 2 - Estratégias de autocuidado e bem-estar

O Autocuidado, segundo a CIPE, é definido como a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (ICN, 2019).

Para otimizar o autocuidado é importante que a pessoa desenvolva estratégia nas várias dimensões do seu bem-estar físico, mental, social e espiritual (Lewis *et al.*, 2022).

No domínio cognitivo, e para cada dimensão foram apresentadas e discutidas estratégias de autocuidado com recurso ao *case-based learning* e ao *team-based learning*, a saber:

- 1) Autocuidado Mental - praticar o autoconhecimento e a autoconsciência, praticar a gratidão e a atenção plena, realizar exercícios de relaxamento, meditação, aumentar/regular o sono e expressar sentimentos (Paludo, 2008; White *et al.*, 2019).
- 2) Autocuidado Físico - alimentação saudável, ingestão de água, exercício físico, exposição solar [com benefícios para melhorar a agilidade mental, os níveis de energia e o estado de humor], e ainda hábitos de higiene pessoal e exames de rotina (Townsend, 2011; DGS, 2017; Cunha, 2019; Oliveira *et al.*, 2019; White *et al.*, 2019).
- 3) Autocuidado Social – relações sociais [amigos e familiares], voluntariado e sair com os amigos (White *et al.*, 2019; Lewis *et al.*, 2022).
- 4) Autocuidado Espiritual – cultivar a espiritualidade/transcendência (procura de significado, sentido para a vida e bem-estar pleno – o que pode estar [des]ligado da religiosidade), e conectar-se com a natureza (de Diego-Cordero *et al.*, 2022; Sist *et al.*, 2022).

No domínio comportamental recorreu-se uma atividade de relaxamento profundo, tendo por base o treino autogénico de Schultz o qual pretende que a pessoa relaxe progressivamente vários grupos musculares, conduzindo-a a experimentar um conjunto de cinestésias (sensações de peso e calor), seguidas de sensação de conforto e bem-estar (Sequeira e Sampaio, 2020) com potencial para afastar pensamentos negativos geradores de stresse.

Sessão 3 - Gestão de Emoções e Relações Interpessoais

Enquanto o conhecimento sobre as emoções facilita a aceitação e reduz a probabilidade de críticas negativas sobre as mesmas, a aceitação das emoções requer também que os indivíduos compreendam que elas têm funções importantes nas suas vidas. As emoções servem para influenciar outras pessoas e também para preparar o indivíduo para interagir

com o meio, desempenhando um papel muito significativo na motivação humana (Melo, 2014). As emoções são indicadoras das reações a situações, pelo que a inibição da sua expressão constitui um importante sinalizador de sofrimento e adoecimento psíquico. Identificar, aceitar e conviver com as emoções é promover a saúde mental (Melo, 2014). Também as relações sociais satisfatórias são vitais para uma boa saúde mental e física, tendo um papel importante na prevenção e/ou alívio da doença (Ma *et al.*, 2022). Desta forma, a presença de suporte social é um fator atenuante dos efeitos do stress. Por outro lado, a existência de relações positivas propicia bem-estar individual com repercussões positivas no aumento da capacidade de envolvimento no trabalho.

Com o intuito de promover a gestão de emoções e os relacionamentos interpessoais positivos, foram privilegiadas estratégias educativas como o *role-playing* (treino da comunicação assertiva no âmbito da autoafirmação e expressão de sentimentos positivos e negativos) e o *team building* (conjunto de técnicas e atividades destinadas a fortalecer os laços entre os integrantes de um grupo, com o objetivo de transformá-lo num grupo coeso, que trabalha de forma colaborativa, tem objetivos comuns e compartilha informações e conhecimentos). Posteriormente, foi usada a técnica de PROARR (Queirós, 2014) – trata-se de uma técnica de autocontrolo que permite o relaxamento em situações emocionais extremas, ajudando à não ocorrência de reações desajustadas. Esta técnica consiste em Parar, Relaxar, Observar, Analisar, Refletir e Responder (PROARR).

Sessão 4 - Coping e Resiliência

O *Coping* pode ser definido como um conjunto de estratégias de confronto e formas de “lidar com” ou mecanismos que as pessoas utilizam para lidar com os agentes stressores do dia-a-dia (Pereira, 2014). São diversas as funções que lhe estão associadas, particularmente: a) manter o equilíbrio e a harmonia pessoal; b) salvaguardar o bem-estar; e, por fim c) promover a saúde e evitar a doença. De realçar, que o *coping* pode ser adaptativo ou não adaptativo. É classificado como adaptativo quando é eficaz, e não adaptativo quando o conflito experienciado não é resolvido ou se intensifica (Townsend, 2011). Exemplos de estratégias de *coping* adaptativo na gestão do stress são: a sensibilização (reconhecer o que causa o stress e os sentimentos associados à resposta stressante), relaxamento e meditação, animais de estimação, recorrer a pessoas de referência, resolução de problemas e música (Townsend, 2011). As estratégias de *coping* utilizadas advêm das preferências individuais e dos recursos pessoais (crenças, valores,

competências e experiências de vida), recursos externos (rendimentos, habitação, estatuto sociodemográfico) e suporte social (redes de suporte) (Pereira, 2014).

A resiliência é considerada um processo de exposição à adversidade e uma adaptação positiva às situações (Hiebel *et al.*, 2021). Está relacionada com as características pessoais e com a presença ou ausência de recursos de natureza ambiental e pessoal (Pereira, 2014). Assim, a resiliência envolve comportamentos, pensamentos e ações, e competências que podem ser aprendidas e desenvolvidas por qualquer pessoa (McDonalds *et al.*, 2012). Zanatta *et al.* (2020), numa revisão sistemática da literatura, consideraram a resiliência como um modulador de processo e um fator protetor entre os profissionais em CP. Neste sentido, a sua avaliação e respetiva promoção parecem contribuir para o bem-estar destes profissionais.

O perfil dos profissionais mais resilientes é caracterizado por utilizarem estratégias na procura de soluções para os problemas, boa capacidade de resolução de conflitos, uma atitude assertiva nas suas relações interpessoais, otimismo, baixo absentismo e elevada motivação (Pereira, 2014).

Com o intuito de trabalhar o *coping* e a resiliência, foi dado protagonismo à técnica de resolução de problemas (consciencialização de potencialidades e competências pessoais) operacionalizada pelo *brainstorming*, *case-based learning* e *team-based learning*. Recorreu-se ao plano de resiliência (4 S's), da autoria de Lucinda Poole e Hugo Alberts (Alberts, 2019) o qual permite explorar e refletir sobre os recursos internos, ajudando a construir um plano de resiliência que funcione como um recurso perante a adversidade. Assim, os participantes foram levados a refletir sobre uma situação difícil e a recordar-se sobre: 1) o suporte que tiveram (*supports*); 2) as estratégias de *coping* que utilizaram (*strategies*); 3) o que lhes transmitiu conforto e esperança (*sagacity*); e, 4) que soluções procuraram e que comportamentos desenvolveram face ao problema (*solution-seeking*).

Paralelamente, foi oferecido um “frasco da gratidão” a cada participante com o intuito de, no seu dia-a-dia, irem escrevendo e guardando pensamentos e/ou acontecimentos pelo qual são gratos para que, em momentos difíceis e stressantes os possam mobilizar. Apesar de conceptualmente nebulosa, a gratidão tem sido assumida como uma emoção ou atitude associada a sentimentos positivos como a felicidade, o orgulho e a esperança. Estudos concluem que a gratidão contribui para resultados físicos e psicológicos positivos com impacto a nível individual, interpessoal e social na promoção da resiliência (Paludo, 2008; Dias, Alves & Menezes, 2014).

Sessão 5 - Autoconhecimento

A definição de autoconhecimento é vasta, tendo Bastos (2019), compilado algumas destas definições na sua tese de mestrado. Desta forma, considera-se que autoconhecimento é conhecido como consciência refletida. A forma como a pessoa reúne conhecimento sobre si mesma é sempre através dos outros. O autoconhecimento está relacionado com o “verdadeiro eu” e com quem a pessoa realmente é – sendo a autotransformação fruto do autoconhecimento. O autoconhecimento para além de englobar o conhecimento que a pessoa tem de si mesma no geral (nas várias dimensões do eu), engloba também conhecer-se em diferentes momentos/situações (diversas realidades do “eu”).

Assim, a intervenção compreendeu uma dimensão cognitiva – através do modelo de tomada de consciência de si (Janela Johari). Esta estratégia visa: 1) ampliar o autoconhecimento ou consciência de si próprio; 2) potenciar a autorrevelação; 3) identificar competências pessoais e emocionais a melhorar; e, 4) promover a compreensão das relações interpessoais (Albuquerque *et al.*, 2016). Na dimensão comportamental foi feito recurso a uma atividade onde se apela à tomada de consciência do EU – árvore da vida. Esta atividade baseia-se nos princípios da terapia narrativa e utiliza artes visuais como método para uma descrição mais rica. Pretende-se a construção de um território de identidade seguro, no qual a pessoa reflita sobre as suas raízes, as suas características e qualidades, os seus sonhos e desejos e sobre as pessoas importantes da sua vida (Scavacini *et al.*, 2021). Segundo Denborough e Ncube (2016), a abordagem da “Árvore da Vida” encontra-se integrada na parte I de uma metodologia mais complexa, composta por 4 partes (I - Árvore da Vida, II – Floresta da Vida, III – Quando a tempestade chega e IV – Certificado e Música).

7.8. VERIFICAR RESULTADOS

De seguida são apresentados os resultados pré e pós-intervenção.

Resultados *baseline* (pré-intervenção)

No que diz respeito à perceção geral do estado de saúde física e mental [numa escala de tipo *likert* de 1 a 10, em que 1 é o mais negativo e 10 o mais positivo], três pessoas referiram encontrar-se no nível 10, e nenhuma pessoa se encontrava no valor mais negativo (1). A maioria dos profissionais percecionaram o seu estado de saúde, como igual ou superior a 7 (n=17).

Relativamente ao Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde (QSPS), foi possível perceber que dezoito participantes referem que a sua atividade laboral lhes provoca “moderado stresse” (n=13) ou “bastante stresse” (n=5) – ver tabela 1.

Tabela 1: QSPS – Nível de Stresse provocado pela atividade laboral

Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-se...	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Pouco Stresse	4	16,7	18,2
Moderado Stresse	13	54,2	59,1
Bastante Stresse	5	20,8	22,7
Total	22*	91,7	100

Fonte: Elaboração própria; * Dois casos omissos

Através do QSPS foi ainda possível avaliar 6 subescalas distintas: 1) lidar com os clientes, 2) excesso de trabalho, 3) carreira e remuneração, 4) relações profissionais, 5) ações de formação, e 6) problemas familiares.

Ao nível da subescala relativa ao “lidar com os clientes”, 70,9% (n=17) da amostra refere bastante (41,7%; n=10) ou elevado stresse (29,2%; n=7). Cerca de 12,5% (n=3) da amostra apresenta “moderado stresse”, e apenas quatro participantes referem pouco stresse.

Acerca das questões relativas ao “excesso de trabalho”, foi possível concluir que 95,8% (n=23) da amostra apresenta moderado stresse (33,3%; n=8), bastante stresse (45,8%; n=11) ou elevado stresse (16,7%; n= 4).

No que concerne às questões relacionadas com a carreira e remuneração, 66,7% (n=16) da amostra demonstra moderado stresse (29,2%; n= 7), bastante stresse (33,3%; n=8) ou elevado stresse (4,2%; n=1).

Ao nível das questões sobre as relações profissionais, foi possível identificar que 50% (n=12) da amostra apresenta moderado stresse (20,8%; n=5), bastante stresse (25%; n=6) ou elevado stresse (4,2%; n=1).

No que respeita às questões relacionadas com as ações de formação, 58,3% da amostra apresenta moderado stresse (33,3%; n=8), bastante stresse (16,7%; n=4) ou elevado stresse (8,3%; n=2).

Relativamente às questões direcionadas para os problemas familiares, 54,1% da amostra demonstra apresentar moderado stresse (12,5%; n=3), bastante stresse (20,8%; n=5) ou elevado stresse (20,8%; n=5).

No que concerne à avaliação do *coping* resiliente (tabela 2), catorze profissionais revelam fraca resiliência (58,3%), enquanto 41,7% apresentam resiliência moderada (n=10). Nenhum participante apresentou elevados níveis de resiliência.

Tabela 2: Resultados da Escala Breve de *Coping* Resiliente, na amostra inicial

Escala Breve do <i>Coping</i> Resiliente	Frequência
Baixa resiliência (score 4-13)	14
Resiliência moderada (score 14-17)	10
Total	24

Fonte: Elaboração própria

Quando analisados os resultados do Questionário “Estilo de vida Fantástico” (tabela 3), os dados pré-intervenção revelam, maioritariamente, um comportamento muito bom (65,2%; n=15), sendo que 21,7% apresenta um comportamento bom, e 8,7% tem um comportamento regular. Apenas 1 participante apresenta um comportamento excelente.

Tabela 3: Resultados do Questionário EVF, na amostra inicial

Questionário Estilo de Vida Fantástico	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Comportamento regular (47 a 72 pts)	2	8,3	8,7
Comportamento bom (73-84 pts)	5	20,8	21,7
Comportamento muito bom (85-102 pts)	15	62,5	65,2
Comportamento excelente (103-120 pts)	1	4,2	4,3
Total	23*	95,8	100

Fonte: Elaboração própria; *Um caso omissio

Resultados pós-intervenção

Após a implementação do programa de intervenção foram novamente implementadas as escalas acima mencionadas. Foram excluídos 5 participantes por não terem frequentado nenhuma sessão. Por outro lado, a maioria dos participantes (n=17) não completou o número de total de sessões. A baixa taxa de adesão deveu-se essencialmente ao contexto pandémico com vários profissionais ausentes devido à infeção por SARS-CoV-2, acrescido da elevada sobrecarga de trabalho e das múltiplas alterações das escalas de trabalho que motivaram a ausência dos participantes em diversas sessões. Desta forma, optou-se por não proceder à avaliação das diferenças entre o momento *baseline* e o pós-intervenção pelo elevado risco de viés. Com efeito, apenas serão apresentados os dados descritivos.

Avaliando a amostra final (N=19)²³, é possível perceber que relativamente à primeira questão do QSPS – “em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me...”:

- ✓ 5,6% (n=1) refere pouco stresse, 61% (n=11) refere moderado stresse, 27,8% (n=5) refere bastante stresse e 5,6% (n=1) elevado stresse. Ou seja, 94,4% da amostra refere sentir moderado, bastante ou elevado stresse. Existe um aumento de 12,6% relativamente à avaliação inicial, o que revela uma aparente intensificação das fontes stressoras.

No que se refere à subescala do QSPS – Lidar com os clientes:

- ✓ 16,7% da amostra final apresenta bastante stresse (n=3). 55,6% (n=10) apresentam moderado stresse e 27,8% (n=5) pouco stresse. Nenhum elemento apresentou elevado stresse nesta subescala.

No que se refere à subescala do QSPS – Excesso de trabalho:

- ✓ 94,5% da amostra final apresenta moderado stresse (38,9%; n=7), bastante stresse (27,8%; n=5) ou elevado stresse (27,8%; n=5). Os restantes participantes referem pouco stresse.

No que concerne à subescala de QSPS – Carreira e Remuneração:

- ✓ 83,4% da amostra final apresenta moderado stresse (38,9%; n=7), bastante stresse (27,8%; n=5) ou elevado stresse (16,7%; n=3). Os restantes participantes referem pouco stresse.

Relativamente à subescala de QSPS – Relações Profissionais:

- ✓ 77,7% da amostra final apresenta moderado stresse (33,3%; n=6), bastante stresse (33,3%; n=6) ou elevado stresse (11,1%; n=2). Os restantes participantes referem pouco stresse.

No que diz respeito à subescala de QSPS – Ações de Formação:

- ✓ 83,3% da amostra final apresenta moderado stresse (44,4%, n=8), bastante stresse (33,3%; n=6) ou elevado stresse (5,6%; n=1). Os restantes participantes referem pouco stresse.

²³ Com um caso omissos na escala QSPS.

No que se refere à subescala do QSPS – Problemas Familiares:

- ✓ 55,5% da amostra final apresenta moderado stress (22,2%; n=4), bastante stress (22,2%; n=4) ou elevado stress (11,1%; n=2). Cerca de 44,5% (n=9) da amostra tem pouco stress neste subdomínio.

Na reaplicação da Escala Breve de *Coping* Resiliente à amostra final (N=19), foi possível verificar que 21,1% (n=4) apresenta fraco *coping* resiliente, 63,1% (n=12) apresenta moderado *coping* resiliente e que 15,8% (n=3) apresentam forte *coping* resiliente. Verifica-se que o número de participantes com resiliência moderada a elevada foi superior à avaliação *baseline*.

Após a aplicação do Questionário EVF à amostra final (N=19), foi possível determinar que 52,7% da amostra apresenta um comportamento muito bom (47,4%; n=9) ou excelente (5,3%; n=1), 41,4% apresenta um comportamento bom e 5,9% um comportamento regular. De referir uma aparente diminuição da % de participantes com comportamento muito bom e excelente, relativamente ao momento *baseline*, situação justificada pela crise pandémica e do seu impacto na adoção dos estilos de vida saudáveis.

Após a implementação de cada sessão foi realizada uma avaliação anónima da satisfação, através de 6 itens (tempo, metodologia, domínio da temática pelo dinamizador, relação criada entre dinamizador e participantes, contributo para o bem-estar pessoal e satisfação global), onde cada participante tinha de atribuir um valor entre 1 e 10, consoante a sua avaliação (1 correspondia a nada satisfeito e 10 correspondia a extremamente satisfeito).

Tabela 4: Avaliação da satisfação, por sessão.

Avaliação da satisfação por sessão (\bar{x} - média de pontuação)	Tempo da sessão	Metodologia	Domínio da temática	Relação estabelecida	Contributo para o bem-estar	Satisfação Global
Stresse Ocupacional	\bar{x} :9,57	\bar{x} :9	\bar{x} :10	\bar{x} :10	\bar{x} :9,07	\bar{x} :9,64
Autocuidado e Bem-estar	\bar{x} : 9,43	\bar{x} :10	\bar{x} :10	\bar{x} :10	\bar{x} :9,71	\bar{x} :10
Gestão de Emoções e Relações Interpessoais	\bar{x} : 9,86	\bar{x} :10	\bar{x} :9,86	\bar{x} :10	\bar{x} :9,86	\bar{x} :10
<i>Coping</i> e Resiliência	\bar{x} :10	\bar{x} :10	\bar{x} :10	\bar{x} :10	\bar{x} :10	\bar{x} :10
Autoconhecimento	\bar{x} :9,43	\bar{x} :9,86	\bar{x} :9,57	\bar{x} :10	\bar{x} :9,57	\bar{x} :9,57

Fonte: Elaboração própria

Após a análise dos resultados (tabela 4), a sessão com melhor *score* total foi a sessão do *Coping* e Resiliência e a sessão com menor *score* foi a sessão sobre o Stresse Ocupacional - indo de encontro à avaliação qualitativa apresentada de seguida.

Para a avaliação do programa de intervenção, foi aplicado um questionário com 6 questões de resposta aberta, sujeita a uma análise qualitativa das respostas (Braun & Clarke, 2006).

O programa de intervenção foi útil, porque permitiu “o autoconhecimento/reflexão sobre o “eu” e reflexão sobre “capacidades, competências e atitudes”; “no reforço do trabalho de/em equipa e na importância da tomada de consciência de alguns aspetos relacionados com o stresse ocupacional” e “deu ferramentas para lidar melhor com o stresse e como minimizar este último”.

O programa de intervenção correspondeu ou superou as expectativas iniciais, “por ter ajudado na melhoria de uma comunicação assertiva e na relação com o doente/família e restante equipa”. Para além destes motivos, também focaram a “abrangência de temas”, “a componente prática e interativa” e “a importância da realização da lista de estratégias de autocuidado para os profissionais de saúde” (sic).

Qual foi a sua sessão preferida? E a que gostou menos? Porquê? A maioria dos profissionais referem ter apreciado todas as sessões. No entanto, especificaram a sessão da Gestão de Emoções e Relações Interpessoais, como a preferida; e, a sessão sobre o Stresse Ocupacional como a que menos gostaram, por ser a mais teórica do programa.

Qual a sua opinião sobre o número de sessões e sobre a duração das mesmas? As respostas foram sintónicas ao considerarem que os conteúdos foram apresentados de forma clara e objetiva, e que foram uma mais-valia no trabalho de equipa, refletindo-se na melhoria dos cuidados prestados ao cliente e família.

Qual considera ter sido o impacto das sessões a nível pessoal e profissional? O impacto foi referido como muito positivo. A nível profissional foi referida “a melhoria na comunicação assertiva e a reflexão sobre as atitudes e comportamentos a ter a nível profissional” para um agir “sem stresse” (sic). Relativamente ao impacto a nível pessoal, foi referido: “Reflexão pessoal sobre a gratidão” e “reflexão sobre as prioridades”; a “tomada de consciência” (sic).

Sugestões de melhoria e outras observações: a continuação e replicação do programa de intervenção em mais equipas.

Por fim, foi implementada a Escala de Avaliação de Implementação de Programas (EAIP), para a apreciação global do projeto, objetivos, conteúdos, atividades, participação, recursos e desenvolvimento, Na tabela 5 encontram-se as pontuações máximas possíveis, as médias e medianas das diferentes dimensões da escala.

Tabela 5: Resultados da EAIP

Dimensões da EAIP	Pontuação máxima possível	Média	Mediana	Desvio Padrão
Apreciação Global do projeto	35	31,89	32	2,558
Objetivos	20	19,42	20	1,305
Conteúdos	50	47,47	48	2,716
Atividades	25	22,95	24	2,147
Participação	20	17,37	19	2,712
Recursos	30	28,32	29	1,600
Desenvolvimento	15	12,68	13	1,003

Fonte: Elaboração própria

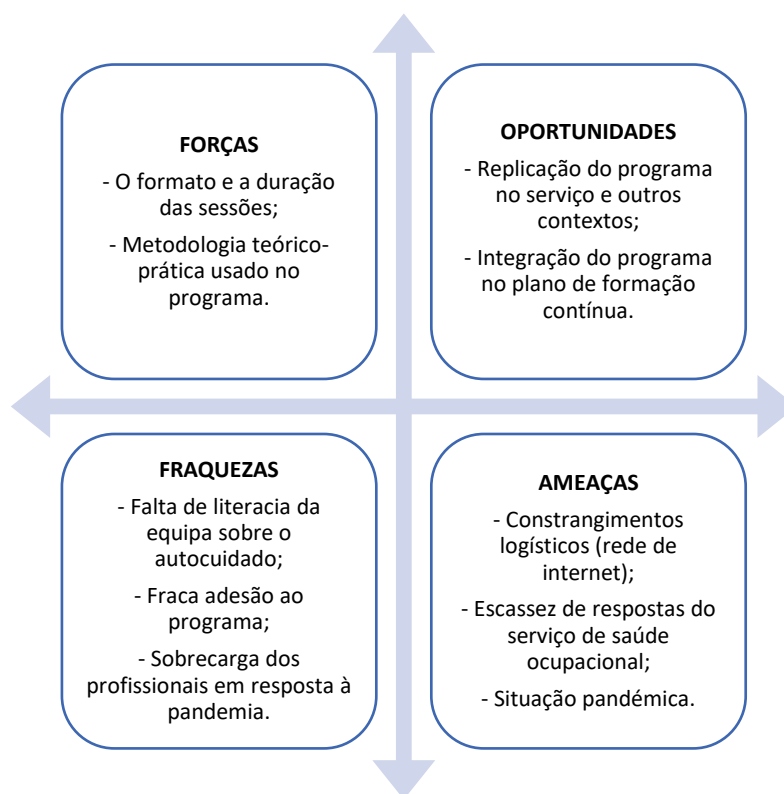
7.8.1. Propor medidas corretivas, padronizar e treinar a equipa; reconhecer e partilhar o sucesso

Os resultados foram partilhados com a equipa, percebendo que o seu envolvimento é um fator preponderante para a mudança [implícita nos processos de melhoria da qualidade], o pode contribuir para o crescimento da cultura organizacional. Através da análise SWOT realizada com os participantes (figura 2), foi possível a análise interna do programa com o intuito de definir alternativas para os pontos fracos e para as ameaças identificadas.

Os participantes reconhecem as potencialidades deste tipo de programa e consideram benéfico replicá-lo noutros serviços do centro hospitalar, ou até mesmo a sua divulgação noutros contextos. Não obstante, são necessárias algumas medidas corretivas que permitam aumentar a taxa de adesão e otimizar o plano de sessões.

Dado que a sobrecarga de trabalho dos profissionais [em resposta à pandemia], condicionou de sobremaneira a sua participação, foi sugerida a possibilidade de dilatar o espaço temporal entre sessões e de ser disponibilizado tempo de serviço para o efeito. Foi ainda apontada a necessidade de integrar o programa no plano de formação contínua do serviço, potenciando assim melhores taxas de adesão.

Figura 3: Análise SWOT do projeto de melhoria contínua



Fonte: Elaboração própria

Por outro lado, foi ainda pontuada a falta de conhecimento prévio dos profissionais sobre as estratégias de autocuidado, talvez porque os processos de autoanálise no seio das equipas raramente acontecem, além de que o desenvolvimento pessoal continua a ser secundarizado nos planos formativos institucionais em detrimento dos aspetos técnicos e instrumentais. Acresce o facto de o serviço de saúde ocupacional não ter respostas suficientes às necessidades dos funcionários, sem esquecer que a crise sanitária alterou as dinâmicas funcionais da unidade. Ressalva ainda, para os constrangimentos logísticos que configuraram uma ameaça relevante na concretização do programa, isto porque alguns profissionais poderiam ter frequentado as sessões por via telemática, caso as condições o tivessem permitido.

No entanto, o *feedback* do grupo-alvo foi muito positivo, no que se refere à estrutura do programa e às áreas que foram trabalhadas. Acresce a metodologia usada que recorreu a técnicas ativas de ensino-aprendizagem, que permitiram fomentar o estímulo à partilha e à procura de soluções. Aproveito ainda para realçar a importância da presença da EEESMP que me acompanhou, e que não sendo membro integrante da equipa, pelo seu olhar crítico, facilitou a introdução de alguns ajustes no desenvolvimento das sessões.

7.8.2 Implicações para a prática

Com a implementação do programa de intervenção foi possível dar corpo a um dos objetivos do plano anti-*Burnout* preconizado para os Serviços de Cuidados Paliativos portugueses. Outra implicação resulta na necessidade de investimento em espaços físicos com recursos telemáticos adequados para a realização de sessões formativas em formato híbrido.

Em termos de contributos para a educação e investigação, o desenvolvimento de um projeto permite desafiar-nos na procura da melhor forma para transmitir o conhecimento e adaptá-lo às necessidades do público-alvo. Cada público é diferente, e por isso, ainda que este projeto possa ser transferível, os conteúdos terão de ser revistos e ajustados de acordo com as características das equipas.

Também os *curricula* das diferentes áreas de formação, necessitam de ser atualizados por forma a complementar a formação inicial, com a introdução de competências de desenvolvimento intra e interpessoal. No domínio da investigação, torna-se necessário a implementação de estudos experimentais e *quasi*-experimentais que permitam avaliar a efetividade de programas psicossociais que previnam o stresse em contexto laboral.

Do ponto de vista das políticas de saúde, a aposta no bem-estar dos profissionais de saúde configura uma prioridade emergente, apesar da manifesta escassez de respostas. As empresas que investem na saúde e no bem-estar dos seus colaboradores são mais conscientes, com maior probabilidade de reter e fidelizar, prevenir ausências por doença, melhorar a produtividade e o ambiente geral de trabalho. Portanto, os programas de intervenção na área da saúde mental devem integrar os planos formativos institucionais por forma a criar organizações amigas da saúde mental.