

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA E *MINDFULNESS*– RELATÓRIO FINAL DE
ESTÁGIO

INÊS DOS SANTOS REIS

LEIRIA, NOVEMBRO 2022



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA E *MINDFULNESS*– RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para a obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica

INÊS DOS SANTOS REIS

DOCENTE ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA ANA QUERIDO

LEIRIA, NOVEMBRO 2022

Agradecimentos

Aos meus pais e ao meu irmão, por me permitirem arriscar tudo na vida sabendo que haverá sempre colo para me amparar.

Ao Fuzo, por ser de todas as formas a motivação para continuar e o escape para me distrair, sempre que foi preciso. Ao meu filho Leonardo.

A todos os amigos e colegas que ao longo deste percurso me ouviram, apoiaram e motivaram. Em particular à(s) minha(s) equipa(s) e chefia(s) de serviço(s), e àquelas que me receberam.

À Professora Ana Querido, por ser farol nas noites escuras de navegação.

Pensamento

*"É bastante complicado este meu descomplicar
Eu que vivo pró futuro, a mente sempre a mudar
É difícil esta calma quando eu sou tão urgente
E dizer a esta alma que o qu'importa é o que se sente"*

Catarina Munhá – Sobre leite derramado

Siglas e Acrónimos

ARS – Administração Regional de Saúde

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI – Centro de Repostas Integradas

DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

EC – Ensino Clínico

EESMP - Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EP – Equipas de Prevenção

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ET – Equipas Técnicas

GNR – Guarda Nacional Republicana

MBPECAD - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Comportamentos Aditivos e Dependências

MESMP – Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PMCQCE - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem

PSP – Polícia de Segurança Pública

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

SPSM – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

Resumo

Este relatório apresenta-se como trabalho final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto Politécnico de Leiria. Constitui-se em duas partes de desenvolvimento, referentes às competências adquiridas e desenvolvidas enquanto mestranda desta área.

Na primeira parte analisam-se as atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos e estágio realizados, recorrendo a uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, incorporando as experiências vivenciadas e as estratégias aplicadas em cada momento, que permitiram o desenvolvimento das competências previstas para o Enfermeiro Especialista, quer as comuns a todos estes profissionais, quer as específicas para os profissionais especialistas da área da Saúde Mental e Psiquiátrica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Na segunda parte deste relatório apresenta-se o processo de desenvolvimento de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em contexto de internamento hospitalar cirúrgico, com componentes científica e reflexiva, resultantes de um processo de investigação-ação sobre o foco de ansiedade pré-operatória. O referencial teórico emerge da literatura disponível, e o prático da experiência da equipa e o seu parecer referente ao projeto. Esta fase do relatório permite evidenciar a transladação para o contexto prático dos conhecimentos adquiridos no contexto académico, contribuindo assim para a melhoria contínua fundamentada dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de aprendizagens e competências dos enfermeiros e da própria ciência de enfermagem deve visar as necessidades de cuidados de saúde das pessoas e das populações, e a formação progressiva, contínua e diferenciada dos profissionais deve procurar a excelência dos cuidados, de formas criativas e que simultaneamente satisfaçam o cliente e as instituições prestadoras de cuidados e reguladoras desses. Acredita-se que a formação espelhada neste relatório é congruente com esse princípio e que se traduzirá na melhoria dos cuidados prestados enquanto enfermeira, tendo também contribuído para o desenvolvimento pessoal.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Saúde Mental, Competências, Ansiedade Pré-operatória.

Abstract

This report is presented as the final paper from Health and Psychiatric Nursing Master's degree, taught in Instituto Politécnico de Leiria. The report is based on two development parts, that refer to the acquired and developed skills as master's student in this area.

The first part analyzes the activities developed along the clinical sessions and internship, using descriptive, analytical, and critical-reflective methodology, incorporating the experiences and strategies applied in each moment, that allow the skills' development planned for the specialist nurse, those common to all the specialists, but also those specific to the mental health nurse specialist, stipulated by the Portuguese's Nursing Council (Ordem dos Enfermeiros).

This report's second part presents the development process of a Continuum Improvement for Nursing Care Project, in a hospital's surgical inpatient ward, both scientific and reflexive, coming from an investigation-action process concerning the presurgical anxiety as a focus. The theoretical frame emerges from the literature and the practical emerges from that specific nursing team experiences and evaluation. This allows to evidence the application of the academical learned skills in the practical work setting, improving care in grounded ideas.

Nurses and Nursing need to develop skills and knowledge to attend the person's and population's needs, and nurse's progressive, continuum and specialized skills development must seek the excellence of care, in ways that satisfy both patients and care institutions. This report describes learnings and skills aligned with that principal and it is believed that this degree will translate to the improvement of care provided, as well as it has contributed to self-development.

Keywords: Specialist Nurse, Mental Health, Skills, Anxiety, Pre-surgical

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	12
1.1– CONTEXTO COMUNITÁRIO.....	12
1.2– CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS.....	15
1.3– CONTEXTO HOSPITALAR.....	19
2– COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO	23
2.1– COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	23
2.1.1 – <i>Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:</i>	24
2.1.2 - <i>Domínio da melhoria contínua da qualidade:</i>	30
2.1.3 - <i>Domínio da gestão de cuidados:</i>	31
2.1.4 - <i>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:</i>	35
2.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	38
2.2.1 - <i>Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional</i>	39
2.2.2– <i>Assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental</i>	40
2.2.3- <i>Ajuda na recuperação da saúde mental, de pessoas, grupos e comunidades</i> ..	42
2.2.4– <i>Prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais</i>	44
PARTE II - PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM	48
1-NOME DO PROJETO	48
2-NOTA INTRODUTÓRIA	48
3-CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	50
3.1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO: AS CAUSAS	51

4-REVISÃO DA LITERATURA	54
4.1- A ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA E O SEU AUTOCONTROLO	54
4.2-O <i>MINDFULNESS</i> COMO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NO AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE	56
5-ENUNCIADOS DESCRITIVOS DA QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	58
6-FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS INICIAIS	58
7-METODOLOGIA	59
7.1- POPULAÇÃO-ALVO E SELEÇÃO DA AMOSTRA	59
7.2- PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES DO PROJETO E OBJETIVOS	59
7.3 - FONTES DE DADOS.....	62
7.3.1 <i>Instrumentos de Avaliação</i>	63
7.3.2 <i>Focus Group com a equipa</i>	64
8 - RESULTADOS	66
9- INDICADORES DE QUALIDADE DO PROJETO	74
CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

APÊNDICES*

APÊNDICE I –ATIVIDADE FORMATIVA EQUIPA DA UCC

APÊNDICE II – FORMAÇÃO EM EQUIPA CRI

APÊNDICE III – FORMAÇÃO EM EQUIPA SPSM

APÊNDICE IV – REFLEXÃO SOBRE INTERNAMENTO MISTO

APÊNDICE V – REFLEXÃO SOBRE INTERVENÇÃO EM GRUPO

APÊNDICE VI – INTERVENÇÃO FORMATIVA BOMBEIROS

APÊNDICE VII – INTERVENÇÃO DIA DA SAÚDE MENTAL

APÊNDICE VIII – ESTUDO DE CASO INTERNAMENTO AGUDOS

APÊNDICE IX – SESSÕES PSICOEDUCAÇÃO “ADESÃO AO REGIME
TERAPÊUTICO”

APÊNDICE X – PROGRAMA DE MINDFULNESS INTERNAMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO AGUDA DE DOENÇA

*salvaguarda-se que parte da informação contida nos documentos originais foi omitida, com vista a garantir a privacidade e anonimato das instituições e participantes e a manter a fluidez dos conteúdos apresentados.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de <i>Pareto</i>.....	53
Figura 2 – Fluxograma.....	74

INTRODUÇÃO

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) procura promover a saúde mental das pessoas e comunidades, bem como identificar riscos para a saúde mental destas pessoas e comunidades, prevenindo respostas desajustadas àquelas que são as transições de vida e prevenindo a doença mental (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de Junho, 2015). Cabe ao enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) desenvolver e mobilizar as suas competências científicas e técnicas, mas principalmente humanas e relacionais para se tornar instrumento terapêutico *per se*, aplicando-se nas intervenções diferenciadas que exerce, psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de Agosto, 2018).

Com vista à obtenção de grau de Mestre e enfermeira EESMP, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, apresenta-se este Relatório Final de Estágio, no qual se analisa e reflete criticamente sobre as atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico (EC) e estágio, no sentido de comprovar a aquisição e desenvolvimento das competências Específicas e Comuns previstas e reguladas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de Agosto, 2018; Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019). Da mesma forma pretende-se também evidenciar a aquisição de competências de mestre, nomeadamente de investigação, liderança e comunicação de resultados e partilha de conhecimentos, análise crítico-reflexiva e autoaprendizagem focadas no desenvolvimento da profissão, como determinado pelo Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto, que regulamenta atualmente a Lei de Bases do Sistema Educativo.

É ainda parte integrante deste relatório o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMQCCE), planeado e desenhado em função das necessidades identificadas no serviço onde se exercem funções, cuja realização pretende demonstrar competências de nível académico de Mestrado. A temática selecionada relaciona-se com a Ansiedade Pré-Operatória vivenciada por pessoas que vão ser submetidas a cirurgia eletiva, opção motivada pela experiência enquanto enfermeira de cuidados gerais numa enfermaria de um serviço hospitalar de cirurgia geral, onde frequentemente as pessoas verbalizam ansiedade relacionada com o processo operatório, sem que se evidencie a implementação de intervenções específicas e diferenciadas direcionadas a esse foco. Por ser um projeto de intervenção autónoma de Enfermagem, todas as teorias e fundamentos científicos que o suportam estão alicerçados nesta ciência.

Da estrutura, este trabalho encontra-se dividido em introdução, depois uma primeira parte referente à prática especializada em enfermagem que se distingue na caracterização dos locais de EC e estágio e posteriormente na discriminação das atividades executadas que evidenciam a aquisição de cada competência especializada, comum ou específica, em função dos regulado pela OE. Segue-se uma segunda parte em que se contextualiza o PMCQCE e descreve a metodologia para o seu planeamento, que inclui a realização de um *focus group* junto da equipa do serviço, bem como os resultados do referido *focus group*. Termina-se com as considerações finais do relatório bem como as referências bibliográficas utilizadas para a sua realização.

As atividades desenvolvidas constantes deste relatório são referentes ao período de setembro de 2019 a maio de 2022, ao longo do qual se desempenhou o papel de mestranda de ESMP.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

A formação do enfermeiro EESMP consolida-se em ensino clínico/estágio em diversos contextos, tendo sido realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Centro de Saúde da Região Centro do País, entre setembro e novembro de 2019; num Centro de Respostas Integradas (CRI) da Região Centro, de março a maio de 2021 e finalmente num Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) de um Hospital da mesma região, entre maio e julho de 2021. Ressalva-se desde já que o (extenso) intervalo temporal ao longo do qual foi realizado este processo formativo foi uma mais-valia, já que permitiu consolidar o autoconhecimento e foi promotor do desenvolvimento e maturação da identidade profissional, fundamentais na formação do enfermeiro EESMP. As competências desenvolvidas são as definidas no Regulamento de Competências Específicas do ESMP (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de Agosto, 2018), bem como as Competências Comuns esperadas para os Enfermeiros Especialistas, também definidas em regulamento (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019).

1- OS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

Este capítulo apresenta a descrição, caracterização e reflexão sobre o modelo de organização e funcionamento dos diferentes locais de ensino clínico e estágio e em que medida contribuíram para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas.

1.1 – CONTEXTO COMUNITÁRIO

O EC em contexto comunitário foi realizado numa UCC do Centro em 2019 e os dados que se seguem são referentes a essa data. A UCC em causa abrange quase 54 000 indivíduos e uma área geográfica de superior a 600 km², que se divide em mais de uma dúzia de freguesias (UCC P., 2019). Da população, cerca de 27% dos utentes têm idade superior a 65 anos e 22% idade igual ou inferior a 25 anos (Sistema de Informação da Região de Saúde como referido por UCC P., 2019).

Da estrutura física, esta unidade está centralizada num Centro de Saúde, no piso de rés-do-chão, em ala individualizada. É composta pelos serviços administrativos, primeira área onde o utente chega, e num corredor adjacente e contínuo existem três salas de trabalho: a sala de trabalho dos enfermeiros, em *openspace*, em que cada um tem a sua secretária e que se subdivide na área da enfermeira coordenadora; e no lado oposto um gabinete de saúde oral e um gabinete de serviço social, que também é

utilizado para intervenções individuais quando necessário. Os profissionais utilizam gabinetes livres sempre que necessário.

Integram a equipa desta UCC 20 elementos, sendo que no período do EC alguns se encontravam ausentes por motivos de saúde e parentalidade. Do organigrama da UCC, destaca-se a sua coordenação por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (o elemento da equipa de enfermagem mais experiente), sendo a única naquela unidade com essa especialidade, verificando-se a existência de mais 10 Enfermeiros: três generalistas, dois especialistas em Enfermagem Comunitária, duas especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstétrica e uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (UCC P., 2019). Da equipa faziam ainda parte quatro médicos (dois de saúde pública e dois de medicina geral e familiar), uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma higienista oral, uma psicóloga e uma assistente social (UCC P., 2019), que trabalhavam em proximidade. Da vasta carteira de serviços da unidade destacam-se o Projeto de Saúde Mental, a Equipa de Cuidados Integrados e a Saúde Escolar (UCC P., 2019), em que foi possível e pertinente o envolvimento no papel de estudante de mestrado.

O organigrama desta unidade está de acordo com os pressupostos do documento de Proposta de Modelo Organizacional das UCC pela Ordem dos Enfermeiros, de maio de 2008, que integra o preconizado no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, já que esta UCC é uma unidade funcional integrante do Agrupamento de Centros de Saúde da Região, monitorizada e avaliada por esse, autónoma do ponto de vista organizativo, funcional e técnico, que integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Segundo a OE o coordenador destas unidades deve ser o enfermeiro da equipa que reúna condições, desde título de especialista a experiência profissional significativa, tal como se verifica na UCC identificada. Esta unidade é direcionada para a intervenção comunitária, assente em cuidados de proximidade de equipas multidisciplinares compostas por “enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais,...”(Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2008). A OE acrescenta que as UCC devem ainda intervir de forma orientada para a execução dos Planos Nacionais de Saúde em diferentes *settings*, comunitários e domiciliários, com a missão de prestar cuidados de saúde, física, mental e social, nomeadamente a famílias ou grupos vulneráveis ou em risco, atuando ativamente na educação para a saúde das comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Neste documento, a OE indica ainda que elementos devem constar no

compromisso assistencial da UCC nomeadamente a carteira de serviços e horários de funcionamento, sugere parâmetros que devem definir a área de influência da UCC e assume que para além das Equipas de Cuidados Continuados Integrados deve ainda verificar-se a constituição de equipas Intervenção Comunitária e de Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Salienta-se que parte das orientações da OE foram concretizadas por via da legislação, no Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (Despacho n.º 10143/2009, 2009). Desta forma conclui-se que a UCC em causa obedece ao modelo organizacional preconizado para unidades desta natureza, respondendo na sua missão àquela que é a proposta, prestando assistência a pessoas, famílias e grupos de forma abrangente e integrada em comunidade, desde o domicílio a escolas ou outros locais comunitários.

À referida data, a equipa organizava-se por áreas de intervenção de referência, em função das vertentes de saúde: saúde mental e psiquiátrica, saúde escolar, pediatria, saúde materna e obstétrica ou médico-cirúrgica e reabilitação, quer nas áreas interventiva quer preventiva. Realizavam-se, por exemplo, ações de sensibilização para a saúde mental nas escolas, envolvendo simultaneamente as áreas de saúde mental e de saúde escolar. Cada enfermeiro ou conjunto de enfermeiros de cada especialidade intervinha como enfermeiro de referência na sua área de especialidade, podendo estar integrado em equipa multidisciplinar, e a equipa participava ainda ativamente em intervenções e reuniões pluri institucionais, por exemplo com o município ou com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Quando a intervenção era específica de uma área da enfermagem – por exemplo da saúde mental ou reabilitação – era(m) o(s) enfermeiro(s) dessa área que assumia(m) o papel de enfermeiro de referência. A atuação da equipa acontecia quer no serviço, quer no domicílio, mas também em organizações ou instituições quando necessário, sendo assim *indoor* ou *outdoor*. Os resultados da equipa eram avaliados em função dos objetivos anuais estabelecidos e dos indicadores avaliados, definidos previamente, considerado valores esperados e valores obtidos. Anualmente a equipa produz um relatório de atividades em que avalia os resultados obtidos e os constrangimentos identificados.

Das atividades desenvolvidas enquanto estudante de mestrado e especialidade nesta UCC importa destacar a intervenção com os elementos da Corporação dos Bombeiros Voluntários da região, intervenção em escolas e intervenção com pessoas e famílias referenciadas por outras unidades (hospitalares, escolares, outras unidades dos centros de saúde e ainda por freguesias), que em tudo correspondem ao expectado e

legislado para UCC, e que foram identificadas como prioritárias na área da saúde mental e psiquiátrica no período em que decorreu o EC.

De acordo com a OE, em UCC deve existir pelo menos 1 enfermeiro por cada 5 mil habitantes (OE, 2014), rácio este que apenas estava assegurado neste caso se se ignorar a ausência provisória de alguns dos elementos, como se confirmava à data. Verifica-se então alguma carência de recursos, considerada a vasta área de abrangência e o rácio de 11 enfermeiros (com pelo menos duas ausências provisórias e um terceiro elemento em funções de coordenação) para uma população de quase 54 mil pessoas. Especificamente, no que concerne à saúde mental, a unidade dispunha de uma psicóloga e uma enfermeira especialista ativa à data do EC. Considerando que os modelos de saúde atuais e expectáveis para o futuro indicam que os cuidados de saúde primários devem, necessariamente, ser a primeira linha de resposta a problemas de saúde das pessoas e comunidades, ressalva-se a importância do investimento em unidades desta natureza, por forma a garantir cuidados especializados à pessoa que enfrenta problemas de vida sem a remover do seu contexto de vida diária.

Durante a estadia neste contexto de cuidados foi possível desenvolver competências relacionais e clínicas perante a pessoa em condição crónica de doença e pessoa saudável, bem como competências de gestão, articulação e organização de cuidados em comunidade, a explorar mais à frente.

1.2 – CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O estágio clínico em contexto de respostas diferenciadas foi realizado num CRI da região Centro, uma unidade de intervenção local de cariz operativo que contempla (à semelhança de todos os CRI) dois tipos de equipas: Equipas Técnicas Especializadas De Tratamento (ET), que são equipas multidisciplinares que atuam no sentido do tratamento e reabilitação da pessoa com comportamentos aditivos e dependências (CAD); e Equipas de Intervenção Comunitária (ou Equipas de Prevenção - EP), direcionadas para a educação em saúde e prevenção de CAD (ARS Centro, 2022). O referido CRI está integrado na ARS Centro, entidade responsável pela organização e coordenação (administração indireta) deste serviço, bem como pela operacionalização das políticas de saúde nesta região (Despacho n.º 2976/2014, 2014), porém é através do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) que o Ministério da Saúde promove o conhecimento científico, políticas e diretrizes nacionais para a orientação da intervenção dos serviços que respondem a pessoas com CAD (Decreto-Lei Nº 17/2012 de 26 Janeiro, 2012), e é através da Divisão de

Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) do Centro que os supervisiona e assegura o seu cumprimento.

O espaço físico integra dois pisos de um prédio, funcionando no rés-de-chão os serviços administrativos, sala de espera, sala de dispensa de medicação, e dois gabinetes; no andar superior para além do espaço de refeições dos profissionais existem vários gabinetes de ação social, psicologia e médico, sendo a comunicação otimizada por via telefónica, através de sistema de contacto interno. Este prédio existe numa zona de habitação que dispõe de alguns serviços e pequenos negócios, próxima do centro da cidade e da sua principal avenida. É, portanto, um espaço integrado na cidade, não acarretando esta localização geográfica nenhuma conotação de “zona de consumo” ou estigma acrescido. Simultaneamente, trata-se de um local discreto, o que permite aos seus usuários recorrer a estes serviços de forma quase impercetível para aqueles que não conheçam a natureza dos serviços prestados, protegendo a privacidade das pessoas.

A equipa multidisciplinar deste CRI dispõe de três enfermeiras especialistas, sendo que apenas uma é enfermeira EESMP, e cada uma delas é enfermeira de referência de um utente, definindo o plano de cuidados e articulando com a equipa multidisciplinar em função das necessidades de cada pessoa. A cada utente é ainda atribuído um gestor de caso, que pode ser qualquer elemento da equipa multidisciplinar (enfermeiro, assistente social, médico ou psicólogo). Deste modo, são assegurados cuidados no domínio multidisciplinar, por forma a maximizar a resposta às necessidades de cada pessoa acompanhada naquele serviço, em função das especificidades da sua situação. Este serviço faz ainda a articulação com outras estruturas da comunidade, nomeadamente Centros de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos Prisionais da região, Comunidades Terapêuticas e forças policias (SEF, PSP e GNR), ou ainda entre os CRI de diferentes regiões sempre que há mobilização dos utentes, permitindo a continuidade dos cuidados e assegurando os tratamentos e acompanhamento dos utentes. Esta articulação é promovida pela equipa multidisciplinar com os profissionais de saúde ou prestadores de cuidados de serviços na comunidade (podendo partir de qualquer uma das partes), em função de cada caso específico. Geralmente, o gestor de caso está envolvido no processo e estabelece contacto com outro profissional da equipa multidisciplinar (pessoalmente, por telefone ou via e-mail) para agilizar procedimentos necessários – por exemplo, na dispensa de medicação para terapêutica de substituição de opióides a equipa de enfermagem é sempre envolvida, preparando e disponibilizando a medicação, e quando a pessoa não se pode deslocar ao CRI para a recolha da medicação por se

encontrar, por exemplo, numa instituição hospitalar ou de detenção, verifica-se contacto por via telefónica ou através de e-mail com a instituição em causa e é agilizado o transporte, geralmente a cargo dessa outra instituição, sendo a informação registada no programa Sistema de Informação Multidisciplinar (que pode ser consultada por outros CRI). Estes contactos e estes encaminhamentos são esporádicos e acontecem em função das necessidades dos utentes.

Relativamente ao funcionamento das equipas, pode-se considerar que há uma estrutura organizacional funcional, em que apesar de se verificar um coordenador do CRI desta região, cada equipa (ET e EP) é autónoma na sua organização interna, sendo todos os colaboradores responsáveis pela contribuição para o melhor funcionamento de cada equipa. Mais ainda, a Chefia de Enfermagem funciona a nível regional, neste caso do centro do país, e a equipa de Enfermagem deste CRI responde a essa chefia, nomeadamente através da pessoa que se assume como coordenador de Enfermagem. Desta forma, cada colaborador responde perante várias chefias e nenhum chefe de setor é absolutamente responsável nem detém a palavra final perante o funcionamento de cada departamento. Assim, valoriza-se a especialização e promove-se a aplicação das competências de cada profissional e promove-se a colaboração dentro da equipa e interdisciplinar.

A 31/12/2020 eram acompanhados, pela totalidade das equipas mais de 1000 utentes. A ET com a qual foi realizado o estágio, acompanhava quase 500 utentes a essa data. O regime de acompanhamento é variável, para cada pessoa e em cada momento, podendo ser desde diário até mensal, acordado em função da necessidade e disponibilidade dos utentes, mas também do CRI (que funciona em dias úteis).

Do Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Comportamentos Aditivos e Dependências (MBPECAD) na ARS Centro, IP. V 05 (DICAD Centro, 2018), considera-se o modelo adequado de gestão de cuidados como sendo o modelo de enfermeiro de referência, em prática neste CRI. Entende-se que o Enfermeiro de Referência é responsável pelo planeamento, coordenação e execução do plano de cuidados da pessoa, bem como pela avaliação dos resultados das intervenções e nas unidades pertencentes ao DICAD Centro é o Enfermeiro de Referência que integra a Equipa Terapêutica Multidisciplinar da pessoa em consideração, podendo desempenhar também o papel de Gestor de Cuidados de Saúde (DICAD Centro, 2018). Importa referir que este modelo corresponde ao método do enfermeiro responsável, caracterizado pela tomada de decisão realizada por esse mesmo profissional, e é considerado o método de cuidados em enfermagem em que a

qualidade dos cuidados é melhor assegurada, já que o enfermeiro responsável detém total conhecimento sobre a pessoa e o seu processo terapêutico, o que se traduz em ganhos para a saúde (Silva, 2017). Particularmente na área da saúde mental e psiquiátrica, este método promove a relação enfermeiro-pessoa (Silva, 2017), que se sabe ser a base das intervenções diferenciadas do enfermeiro EESMP. Salvaguarda-se que o enfermeiro responsável articula com os enfermeiros associados para assegurar cuidados naqueles que são os seus períodos de ausência, permanecendo, no entanto, como responsável por orientar e direcionar a ação dos associados, o que pressupõe a concordância do profissional em assumir o papel de responsável (Silva, 2017).

Como fundamentos da intervenção do profissional de saúde em pessoas com CAD destacam-se a mobilização de competências de comunicação e de relação de ajuda, a participação na promoção da adesão ao regime terapêutico e na prevenção da recaída em consumos de substâncias (DICAD Centro, 2018). É área fundamental da intervenção do Enfermeiro no CRI a promoção da Adesão ao Regime Terapêutico e Medicamentoso e a gestão do regime medicamentoso deve ser feita pelo enfermeiro, não descurando, nunca, a capacitação da pessoa para tal, contribuindo assim para o processo de reabilitação e transição para a autonomia da pessoa, que é um dos pressupostos dos cuidados à pessoa com CAD (DICAD Centro, 2018). Assim se justifica a variabilidade nos regimes de acompanhamento, que procuram ser mais espaçados à medida que a pessoa for demonstrando maior capacidade para a gestão do regime medicamentoso, atuando simultaneamente como fator motivador para o tratamento.

Resgata-se o modelo de *Lazarus e Folkman (1984)*, como referido por Dias e Pais-Ribeiro (2019), para contextualizar a emoção como conceito organizador numa tríade stress-emoção-*coping* e considerando os CAD como respostas não-adaptativas a emoções negativas, há que capacitar a pessoa para o *coping* eficaz das situações desagradáveis ou adversas. Assim, acrescenta-se que o MBPECAD devia também distinguir a atuação do enfermeiro EESMP, nomeadamente na área das intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, como diferenciadora na qualidade dos cuidados à pessoa com CAD, considerando que o regime terapêutico é muito mais abrangente do que o regime medicamentoso e que essa intervenção poderia ser preventiva de respostas não adaptativas da recaída em CAD, independentemente do acompanhamento por outros profissionais da equipa multidisciplinar de saúde mental e psiquiátrica.

Os resultados obtidos da intervenção neste contexto de cuidados foram partilhados em congresso sob o tema da capacitação de populações vulneráveis, desenvolvendo assim competências de mestre de partilha de resultados e conhecimento, assunto explorado mais à frente neste relatório.

1.3 – CONTEXTO HOSPITALAR

O período de estágio foi encerrado em cuidados hospitalares, num serviço de internamento de pessoas em situação aguda de doença psiquiátrica de um hospital localizado na região centro do país. O SPSM deste hospital apresenta uma vertente de internamento de pessoas em situação aguda de doença. As salas de trabalho estão fechadas, e o serviço funciona à porta fechada com entradas e saídas controladas. Desta forma, previne-se a evasão de pessoas internadas em situação aguda de doença mental e psiquiátrica, particularmente em regime compulsivo, e é possível fazer o controlo dos bens dos utentes, supervisionados pela equipa – nomeadamente os artigos trazidos pelos familiares e visitantes - com o objetivo de garantir a segurança de todos e despistar a entrada de objetos perigosos, nomeadamente álcool, drogas ilícitas, ou objetos passíveis de serem utilizados em situação de auto ou heteroagressão. Embora os princípios da proteção da pessoa internada escudem este tipo de funcionamento das unidades de saúde mental e psiquiatria, considere-se por exemplo o Modelo de Promoção da Saúde (revisto) proposto por Nola Pender (Tomey e Alligood, 2004): os pressupostos base para o modelo desta autora referem que as pessoas detêm consciência e reflexividade para analisar e apreciar as suas competências e procuram evoluir positivamente e regular os seus comportamentos; ao mesmo tempo esta teórica postula que as barreiras percebidas pela pessoa podem inibir o seu compromisso com os comportamentos. Pode-se inferir destes dados que a imposição de regras confinantes às pessoas internadas pode resultar como elemento dissuasor de comportamentos promotores de saúde, muito em particular para aquelas pessoas que, estando internadas, detêm plena consciência do seu estado de saúde e estão empenhadas na recuperação. Considere-se ainda nesta análise a Carta dos Direitos do Doente Internado, que indica no seu ponto 14 que a pessoa doente internada tem direito à liberdade individual, referindo especificamente que tal se aplica à pessoa com transtorno mental internada voluntariamente (DGS, s.d.), que configura a maioria das situações de internamento.

À data do estágio, e por força das restrições motivadas pelo contexto pandémico, o local de estágio tinha uma capacidade expectada para 16 pessoas internadas, homens e mulheres, sendo por vezes necessário o internamento de mais pessoas. Os rácios

de enfermeiros por turno eram de dois enfermeiros na manhã, dois na tarde e um na noite, num total de 12 enfermeiros na equipa, dos quais 5 eram enfermeiros EESMP. Estava ainda presente um auxiliar em cada turno, um vigilante no período das 20h às 8h da manhã, e um administrativo entre as 9h e as 17h dos dias úteis. No turno da noite sendo necessária a intervenção de dois enfermeiros deve ser solicitada a presença do colega da outra ala, fisicamente contígua. A equipa de enfermagem faz ainda a articulação com a equipa da consulta externa, garantindo o encaminhamento (útil e atempado) das pessoas após a alta do internamento.

Em cada turno o enfermeiro assume um grupo de pessoas internadas, grupo esse que tende a manter-se a cada semana, sendo o método de trabalho preconizado neste regime de cuidados o método de trabalho individual, em que cada enfermeiro centra a sua atenção nas necessidades que identifica para a pessoa, responsabilizando-se pelo plano de cuidados para o turno, valorizando a personalização e individualização dos cuidados (Silva, 2017). Neste método de trabalho a responsabilidade última é assumida pelo enfermeiro-chefe, responsável pelo serviço, que supervisiona e avalia os cuidados (Silva, 2017), prestando-se ainda a aconselhar os elementos da equipa profissional sempre que solicitado, o que nesta unidade era frequente e a enfermeira-chefe apoiava a equipa e pessoas internadas sempre que solicitada ou quando pela sua avaliação determinava essa necessidade (principalmente através da supervisão de cuidados mas também facilitando reuniões de equipa, formais e informais, quando oportuno). As vantagens do método de trabalho individual, evidenciam-se também na satisfação dos profissionais por via da individualização dos cuidados e responsabilização pelo processo de decisão (Silva, 2017), no entanto diluem-se neste caso específico pela insuficiência do rácio enfermeiro-pessoa internada (1 profissional para 8 utentes na manhã e na tarde). O Regulamento n.º 743/2019 “Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, publicado em Diário da República, estipula que não havendo informação nacional atualizada sobre as horas de cuidados em enfermagem em internamento de SPSM, “devem existir pelo menos 2” enfermeiros EESMP por cada 3 elementos de enfermagem, e “pelo menos 1” EESMP em cada turno (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de Setembro, 2019). Confrontando com os dados do serviço, 12 enfermeiros dos quais 5 EESMP, conclui-se que se obedece à proporção de 2 EESMP por cada 3 enfermeiros (totalizando 7 generalistas e 5 especialistas) e os números seriam suficientes para assegurar 1 EESMP em cada turno (5 EESMP fazem em média 35 turnos semanais, não considerando férias, e considerando que a semana tem 21 turnos a serem assegurados), se não fossem as restrições de horários dos elementos, nomeadamente

dos que estão dispensados de trabalhar o turno da noite. Mais, para os 16 utentes em internamento, 1 enfermeiro para cada oito utentes corresponde a menos de uma hora de cuidados para cada utente, no turno da manhã e da tarde. A última referência normativa para o cálculo destas dotações data de 2006 e refere-se a um mínimo de 2,85 horas de cuidados necessárias por doente internado em contexto de psiquiatria agudos, por ser semelhante a referências internacionais, nomeadamente aquela em vigor em Espanha, no entanto a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sugere, fundamentadamente, que esse valor seja atualizado para 3,4 horas (MCEESMP, 2019). Em qualquer dos casos, o rácio de 2 enfermeiros na manhã, 2 na tarde e 1 na noite para 16 pessoas internadas neste contexto fica abaixo desta recomendação, realizada por iniciativa espontânea da mesa de colégio desta especialidade por não haver melhores quadros de classificação em psiquiatria, realidade reconhecida pela OE desde 2014. Há uma relação direta amplamente estabelecida na literatura sobre os rácios enfermeiro-doente e os níveis de *burnout* nos enfermeiros, que acarretam como consequências a diminuição da satisfação e produtividade das equipas e a segurança e a saúde dos doentes, aumentando riscos para ambos como erros de tratamento ou de medicação ou aumento de infeções, bem como o aumento da readmissão de doentes (Bakhamis et al., 2019; Gutsan et al., 2018), favorecendo o problema de “porta-giratória”, frequentemente associado à psiquiatria .

Importa ainda referir que os registos de informação são efetuados no programa *SClínico* com recurso à linguagem preconizada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este programa é amplamente utilizado nos hospitais portugueses, estando presente em 50 unidades de cuidados de saúde no país, segundo dados partilhados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2020). Por ser uma aplicação partilhada por diferentes profissionais de saúde, permite sistematização da informação sobre a pessoa de forma integrativa e que facilita o trabalho multidisciplinar, já que permite a interligação com software de patologia clínica, imagiologia e outras funcionalidades.

À data do estágio, não estava a ser implementado nenhum Programa de Intervenção naquele serviço, pelo que no papel de estudante de mestrado de ESMP (MESMP), se definiu como prioritário a implementação de um Programa de Intervenção que permitisse responder a algumas necessidades das pessoas internadas.

A noção da Saúde Mental e Psiquiátrica como “parente pobre da saúde” é geral e é uma ideia frequentemente veiculada, inclusive nos *media*. Aquando da reestruturação

dos serviços de saúde para resposta à pandemia verificou-se alguma *hiper focalização* (quase autística, permita-se a utilização dos termos) nas necessidades de prevenção de contaminação e disseminação do vírus, por via do desconhecimento e do medo, das populações em geral, mas também necessariamente dos profissionais de saúde, dos responsáveis pelo funcionamento das instituições e até pelas entidades reguladoras da saúde. As medidas necessárias do ponto de vista da infeciologia, tais como utilização de equipamentos de proteção individual, restrições de visitas e de pessoal não essencial, restrições de atividades de grupo, limitações nas horas de refeição, a criação de áreas de isolamento acrescentadas nas unidades e alterações nas atividades de grupo, aplicadas a nível global nos contextos de internamento hospitalar, e ainda as limitações nos cuidados de hospital de dia, contribuíram para *settings* de maior isolamento das pessoas com doença mental, nomeadamente das internadas em contexto agudo de cuidados, altamente desfavorecedores do plano de cuidados destas pessoas, sendo apontadas ainda como causas prováveis de diminuir a eficácia de intervenções terapêuticas realizadas, realçando-se a probabilidade de virem a contribuir para o número de internamentos num contexto pós-pandémico (Bojdani et al., 2020).

Na tentativa de definir planos de resposta diluíram-se muitas outras necessidades, das pessoas doentes e dos profissionais, e a resposta de enfermagem, viu-se gravemente limitada. Um estudo conduzido no Reino Unido, especificamente entre enfermeiros de saúde mental, aponta que 37,5% destes profissionais em contextos de internamento reportam a noção de ter trabalhado mais horas como resultado direto da pandemia e 44% referem que a carga de trabalho também tinha aumentado, durante a primeira vaga da epidemia (Foye et al., 2021). Considera-se que estes dados podem parcialmente ser alargados à unidade em questão, bem como à realidade portuguesa no geral, e à data da realização deste relatório, volvidos dois anos do início da pandemia na Europa, começa a ser evidente – e possível afirmar com algum distanciamento – que o turbilhão de medidas tomadas no sentido de responder à pandemia causaram danos, muitos ainda não reparados, nas respostas de saúde mental e psiquiátrica, em particular nos profissionais em contextos hospitalares.

Da experiência pessoal profissional reflete-se: mais uma vez, houve desdobramento de todas as equipas e asseguraram-se cuidados de urgência e cuidados cirúrgicos - em 2021 foram realizadas em Portugal 613690 cirurgias programadas face a 602760 em 2019, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde (2022) publicados no site do SNS, no separador “transparência” - mas promulga-se a escassez de resposta em saúde mental. Sabe-se haver uma agudização dos problemas da saúde mental,

nomeadamente depressão, ansiedade e stress (Paulino et al., 2021) (promovidos pelo medo e pelo isolamento social mas também, necessariamente, pela diminuição de resposta atempada em períodos de confinamento a pessoas já identificadas como portadoras de doença mental) mas insiste-se numa não agudização da resposta, não se verificando o reforço das equipas nem dos serviços.

Neste estágio optou-se por trabalhar a ansiedade apresentada por várias pessoas internadas. Desta forma, foi possível desenvolver competências de avaliação de sinais e sintomas de ansiedade e da aplicação de técnicas psicoterapêuticas dirigidas à ansiedade (nomeadamente *Mindfulness* em contexto de grupo) e avaliação dos seus resultados. Mais, foi possível partilhar os resultados dessa intervenção em contexto de formação em equipa e desta forma integrar o *insight* dos profissionais da equipa no PMCQCE, aprimorando-o e treinando simultaneamente competências de mestre da partilha de conhecimento e evidência científica.

2 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

O principal objetivo da componente clínica do MESMP é garantir que o estudante desenvolve Competências definidas no Regulamento de Competências Específicas do ESMP (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de Agosto, 2018), bem como Competências Comuns expectadas para os Enfermeiros Especialistas, também definidas em regulamento (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019). Seguindo o princípio de partir do geral para o particular, analisam-se primeiramente as justificativas que demonstram a aquisição e desenvolvimento de competências comuns aos enfermeiros especialistas, para posteriormente se analisarem as competências específicas do enfermeiro EESMP. Opta-se por organizar as competências pela ordem em que são enunciadas nos respetivos regulamentos, primeiramente focando as competências comuns dos enfermeiros especialistas e posteriormente as competências específicas do enfermeiro ESMP.

2.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns aos enfermeiros especialistas esperam-se potenciadoras da intervenção destes profissionais nos domínios da conceção, gestão e supervisão dos cuidados, bem como nos domínios da investigação, formação e assessoria, sustentando assim o exercício profissional especializado e diferenciando-o do generalizado (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019).

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

O primeiro domínio de competências comuns identificado prende-se com a responsabilidade profissional, ética e legal, e distingue-se em duas competências: “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019).

Para além da ação guiada pelo disposto no Código Deontológico dos Enfermeiros, a intervenção em cuidados de saúde mental acarreta muitas vezes a importância do conhecimento e (atualização da) consulta dos predispostos legais. Há exceções que se aplicam exclusivamente a esta área de cuidados, como é por exemplo o Internamento Compulsivo, legislado e supervisionado pelas instituições de justiça. A contenção mecânica é outro exemplo de uma intervenção muitas vezes incompreendida pela sociedade e pelas famílias, mas regulada por entidades responsáveis, que se justifica na medida de salvaguardar a segurança do utente e dos outros. Estas são medidas frequentes nos cuidados de saúde mental e psiquiátrica em que se deve sempre avaliar os prós e contras em cada aplicação e reavaliar frequentemente no sentido de assegurar a sua aplicabilidade pelo tempo mínimo possível (DGS, 2011).

O cumprimento das medidas éticas e legais deve ser acompanhado de uma reflexão pessoal de cada profissional em que se considere, novamente, as vantagens e desvantagens em cada caso. Mesmo prescritas, por exemplo no caso da contenção mecânica enquanto atitude terapêutica, compete ao enfermeiro deliberar sobre a necessidade da sua aplicação.

Neste contexto surgiu uma situação digna de reflexão e discussão, no domínio ético-legal: o isolamento com restrição de contacto e minimização de estímulos, por prescrição médica, de uma pessoa internada. A pessoa em causa tinha um internamento recente, motivado por comportamentos desadequados motivados por um quadro de “Transtorno de Personalidade Dependente” segundo diagnóstico médico, que se caracterizava por humor deprimido, comportamentos de choro frequente e labilidade emocional, procura de apoio constante, nomeadamente dos profissionais, recusa ou renitência em se autocuidar, e voltava com agravamento dos sintomas. O profissional médico de referência realizou a prescrição e a pessoa ficou restrita ao quarto (individual), onde realizava inclusivamente as refeições. No domínio de práticas que respeitem os direitos humanos, esta situação torna-se relevante. Ora, as medidas

de contenção, sejam físicas, mecânicas, químicas ou ambientais, com intuito terapêutico, são maioritariamente indicadas para situações em que a pessoa represente um risco para si ou para os outros (DGS, 2011), estando previstas no Padrão de Documentação ESMP para essas situações (Ordem dos Enfermeiros, 2018), e não se verificando neste caso específico. Esta situação foi debatida com a enfermeira orientadora e houve oportunidade de refletir sobre este caso, que se configurava numa tentativa *punishment* (castigo) aos comportamentos da pessoa com intuito terapêutico. Acontece que para este tipo de distúrbio da personalidade, reconhecido e identificado na DSM-5 como um transtorno de personalidade de Grupo C (American Psychiatric Association, 2014) o tratamento mais indicado na literatura, para além de farmacológico, parece ser o psicoterapêutico (Mazer et al., 2017), eventualmente sob a forma de terapia cognitivo comportamental (Zanin & Valerio, 2004). Mais, as pessoas em fases de depressão parecem ter dificuldade em processar o castigo e o reforço, podendo responder de forma mal adaptativa ao *punishment* (Eshel & Roiser, 2010). Ao pesar os princípios de beneficência e não maleficência da ética, e mesmo considerando a intenção terapêutica da intervenção na ótica da beneficência, a evidência aponta que medidas restritivas ou punitivas provocam stress, sentimentos de negligência e rejeição, não aliviam o sofrimento e promovem o humor deprimido e ansiedade, ao mesmo tempo que há um sentimento de desumanização da pessoa (Hem et al., 2018), portanto a intervenção causa dano e eticamente não se enquadra no princípio da não maleficência.

Embora parte da equipa de enfermagem concordasse com o tratamento implementado, em debate com a enfermeira orientadora houve possibilidade de refletir sobre prós e contras e embora se compreendesse a intenção terapêutica não se concordava que fosse esse o percurso terapêutico indicado. A pessoa em causa apresentava comportamentos de procura de contacto com os profissionais, o que foi interpretado como “dependência”. O tratamento prescrito de isolamento no quarto pretendia desincentivar de alguma forma o efeito de “porta-giratória” e regresso ao internamento, local onde a pessoa aparentemente procurava regressar rapidamente por encontrar conforto e segurança. Das considerações relevantes que resultaram deste debate com a orientadora, entende-se que a necessidade de suporte que a pessoa apresentava deveria ser atendida até que ela demonstrasse capacidade de autorregulação, diminuindo os momentos de procura de suporte nos outros. Por condições adversas de vida a pessoa estava naquela fase fragilizada e a necessitar efetivamente de apoio e atenção para recuperar o seu estado anterior de saúde. Estas considerações não foram, no entanto, expostas ao profissional prescritor. Apesar de

se verificar uma relação de cooperação entre os elementos daquela equipa multidisciplinar, e negociação e validação da prescrição de intervenções interdependentes, naquela situação específica tal não aconteceu. Apesar do papel ativo dos EESMP naquele serviço, na liderança e gestão dos cuidados no sentido de garantir a sua qualidade, ainda há situações em que as prescrições de intervenções de cariz interdependente não são discutidas, muito por nem sempre existir um espaço temporal oportuno para esse fim (por exemplo, reuniões multidisciplinares formais periódicas: este debate ou discussão tende a acontecer em momentos informais - se estes surgirem de forma espontânea ou uma das partes procurar condições para tal). Um dos parâmetros determinantes para qualidade dos cuidados é precisamente a comunicação multidisciplinar, especificamente entre enfermeiro e médico, que permite e promove a decisão colaborativa e centrada na pessoa e promotora de resultados positivos (Pattabi et al., 2018). Considera-se que uma comunicação eficaz entre as equipas multidisciplinares sobre a implementação de medidas de contenção ambiental poderia ter sido benéfica, porém as dificuldades de comunicação entre enfermeiros e médicos estão descritas na literatura, apontando-se características pessoais dos profissionais bem como a carga de trabalho situações que podem dificultar essa comunicação (Pattabi et al., 2018). A solução para estes problemas comunicacionais poderá passar pela educação integrativa e interprofissional a nível académico (Tan et al., 2017). Ainda assim, em retrospectiva, deveria ter sido utilizada a comunicação assertiva para promover a reflexão e debate entre os diferentes elementos da equipa. Outra sugestão relevante será precisamente a implementação de reuniões de equipa formais periódicas que permitam a reflexão crítica e formulação de propostas de intervenção baseadas na partilha interdisciplinar.

No âmbito do último estágio surgiu inicialmente alguma estranheza relacionada com o contexto de internamento misto: da experiência pessoal e profissional anterior sempre se contactou com serviços de internamento em que as pessoas estavam separadas por sexo, com intenção de melhor atender às necessidades de privacidade das pessoas, mas também de evitar interações de registo romântico ou sexual. Por ter sido anteriormente integrado que interações românticas ou sexuais poderiam ser prejudiciais à recuperação das pessoas internadas, ajuizou-se imediatamente que o internamento misto poderia ser uma barreira a essa recuperação, não se aprofundando de imediato a reflexão sobre o assunto. Este juízo e estas dúvidas são partilhadas, no Reino Unido desde 1990 que existem políticas no sentido de separar internamentos de psiquiatria por sexo, embora a evidência não seja clara quanto aos benefícios de cada sistema, e salienta-se a pouca investigação referente ao assunto

(Hawley et al., 2013). Para os enfermeiros que trabalham nestes serviços, a experiência em serviços mistos revela-se mais desafiadora e stressante (Thomas et al., 2009). Relativamente às preferências das pessoas internadas, a evidência aponta que após experiências em serviços mistos, apenas 9% dos internados optaria por serviços do mesmo sexo, havendo alguma diferença entre as opções dos homens e das mulheres, sendo maioritariamente destas a preferência por serviços do mesmo sexo (Spießl et al., 2001). Após pesquisa sobre a natureza ideal dos internamentos em psiquiatria e oportunidade espontânea de discutir com colegas EESMP de instituições psiquiátricas do norte do país sobre esta questão, formularam-se novas opiniões: se inicialmente se considerava que poderia haver alguma limitação dos direitos das pessoas internadas em situação aguda de doença mental, e que tal poderia resultar nalgum tipo de risco para essas, pelo facto do internamento decorrer em contexto misto, concluiu-se que provavelmente a separação das pessoas por sexo será muito mais limitativa dos direitos e dignidade das pessoas internadas nestas condições de doença. Aliás, a evidência aponta como principal motivo de oposição aos serviços de mesmo sexo em psiquiatria o facto de serem considerados não-naturais e díspares da realidade social ou do mundo exterior (Felton & Abu-Kmeil, 2012), onde se encontram homens e mulheres de diversas orientações sexuais. Até no sentido de garantir uma sociedade igualitária e justa do ponto de vista da orientação sexual de cada um, os internamentos mistos em psiquiatria acabam por ser mais inclusivos e mais representativos daquilo que é a vida em sociedade em condições externas ao internamento hospitalar. Compete aos enfermeiros e restantes profissionais estarem atentos a comportamentos desajustados que possam acontecer por parte das pessoas doentes, mas tal aplica-se em qualquer contexto de cuidados e a internamentos de qualquer área. Mais, estes acontecimentos devem ser encarados como oportunidades para intervir na capacitação da pessoa para as competências sociais, de relação interpessoal e de comunicação em grupos mistos.

As situações descritas são recordadas como situações que provocaram alguma fricção interna, por se entender levantarem questões relacionadas com os princípios éticos fundamentais da enfermagem, nomeadamente da não-maleficência e da integridade no primeiro caso (já que se pretendia desmotivar a pessoa de procurar o apoio que esta manifestava necessitar e a resposta para tal seria confiná-la a um espaço mais restrito), e da justiça e dignidade no segundo caso (em que os serviços de internamento de psiquiatria deverão ser o mais equiparados possível aos serviços de internamento no geral e tal inclui a existência de internamentos mistos). Considera-se ainda que, nas situações descritas, foi possível refletir sobre o papel dos princípios

referidos na Declaração de Barcelona: respetivamente da integridade e vulnerabilidade no primeiro caso, que implica a capacidade da pessoa compreender a sua situação de doença e a forma como a integra na sua narrativa numa fase em que está mais fragilizada e suscetível à ação de outros (Kemp & Rendtorff, 2007); e da autonomia no segundo, entendendo-se que a responsabilidade pessoal e a capacidade de avaliar moralmente as questões são valores que se colocam para as pessoas internadas em serviços de psiquiatria, e separá-las por género com o intuito de limitar, por exemplo, relações românticas, é restritivo da sua autonomia e dignidade (Kemp & Rendtorff, 2007). A literatura também descreve que considerações desta natureza, em que os enfermeiros questionam (ainda que internamente) as suas práticas, são frequentes quando estes profissionais reconhecem uma via de intervenção como adequada, mas por limitações, sentimentos de impotência, falta de apoio, barreiras institucionais não conseguem agir em conformidade com a sua opinião (Ventura et al., 2021). Consideram-se estes exemplos pertinentes, que comprovam uma reflexão sobre a reflexão na ação, ponderada e fundamentada, que apoia o contínuo desenvolvimento de uma prática especializada nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal. Acrescenta-se que as aprendizagens refletidas devem ser tidas em conta no futuro por forma a favorecer práticas que promovam a segurança e bem-estar das pessoas internadas, e devem ser ainda construtos definidores no desenvolvimento da identidade profissional.

Outra questão que merece consideração prende-se com o respeito pela privacidade das pessoas. No contexto comunitário, a prática no domicílio da pessoa permitiu assegurar essa privacidade sem dificuldades (particularmente no caso da pessoa acompanhada enquanto gestora de caso, que vivia sozinha) mas em outras situações como por exemplo as ações em contexto escolar implicam uma especial sensibilidade na abordagem das crianças/jovens consoante os assuntos abordados. Embora as ações desenvolvidas em contexto escolar fossem de carácter preventivo com intuito de sensibilizar esta população para as questões da saúde mental, houve alguns alunos que manifestaram dificuldades, relacionadas, por exemplo, com a ansiedade. Os alunos tinham sido abordados em pequenos grupos e cada um dos que manifestaram problemas de vida fizeram-no por alta recreação. Estando-se consciente de que os jovens são um grupo particularmente sensível às considerações dos pares e que é determinante que a sua privacidade e intimidade sejam respeitadas por forma a não os expor ao escrutínio dos pares, houve uma atenção redobrada para conduzir as conversas de forma a ajudar que os alunos não sentissem impulso de partilhar coisas em grupo que os sensibilizasse. Foram ainda disponibilizados *post-its* para que

expusessem de forma anónima considerações, opiniões ou dificuldades. Esta proposta de partilhar por escrito e de forma anónima considerações e dificuldades foi também implementada em contexto de internamento, em atividades de grupo formais, tendo sido negociadas as regras do grupo e as garantias de confidencialidade. Nas intervenções em grupo, salvaguardou-se sempre que se tratava de um círculo de confiança e que cada pessoa deveria partilhar apenas o que entendesse e que todos tinham responsabilidade de se abster de comentar o que acontecia nas intervenções dentro do grupo, para fora do mesmo. No internamento onde se realizou o estágio clínico, a existência de gabinetes permitia intervir individualmente garantindo a privacidade das pessoas, gerindo em função da disponibilidade das salas e das necessidades de cada pessoa internada. Houve ainda possibilidade de intervir em contexto comunitário com uma outra pessoa, nas instalações da UCC. Neste caso, as sessões foram conduzidas em gabinete à porta fechada. Também no CRI cada sessão individual ocorreu em gabinete, à porta fechada, princípios que também eram orientadores de cada consulta em enfermagem ou dispensa e administração de medicação. Na passagem de turno e partilha de informação com as equipas, as questões da dignidade da pessoa também têm de ser consideradas. Os pacientes têm de saber que a informação veiculada entre a equipa multidisciplinar vai ser utilizada apenas com fins terapêuticos e cada profissional deve integrar a experiência, conhecimento, intuição e intenção genuína de fazer o bem pela pessoa cuidada, numa capacidade de sentido pela moralidade aplicada a cada situação específica (Ventura et al., 2021). Acrescenta-se ainda que cada enfermeiro deve partilhar apenas o estritamente necessário, respeitando os privilégios terapêuticos que cada pessoa cuidada lhe confia, já que é comum que a dignidade das pessoas com doença mental nem sempre seja promovida em contextos de cuidados (Ventura et al., 2021), situações que se reconhecem da prática.

Sendo a relação enfermeiro-pessoa uma das bases da saúde mental e o enfermeiro EESMP ferramenta terapêutica *per si*, mais do que a ação que esse profissional deve adotar, considera-se determinante que desenvolva virtudes como compromisso, empatia e ser confiável, para cultivar um carácter que permita agir pelo interesse da pessoa em situação de vulnerabilidade, advogando-a, particularmente pelos potenciais abusos perante os direitos da pessoa doente que esta área específica acarreta, destacando-se a discussão (multidisciplinar) em equipa como fator promotor dos direitos dos utentes (Ventura et al., 2021).

As pessoas em situação aguda de doença mental internadas em hospitais respondem a um conjunto de regras e normas, nomeadamente dos contactos com o exterior, da

mobilidade e saídas ao exterior, da posse de determinados bens pessoais que de alguma forma contrariam os princípios considerados na Declaração de Barcelona. A privação destas pessoas de bens que lhes pertencem – considere-se, por exemplo, o telemóvel – é de alguma forma contradicente aos princípios da dignidade e da autonomia. A pessoa voluntariamente internada deve gozar de todos os direitos e liberdades e se noutros serviços de internamento as pessoas podem circular livremente pelas instalações hospitalares e manter os seus bens pessoais para contactar com quem entenderem, verifica-se que o que acontece nos serviços de psiquiatria configura formas mais ou menos ténues de discriminação, tão amplamente normalizadas quando o tema é a saúde mental. Questiona-se assim a legitimidade destas normas e a perpetuação do estigma perante a doença mental, nas unidades que deveriam ser linha da frente no combate deste estigma. Verifica-se a necessidade de alteração dos paradigmas da saúde mental desde o seio dos internamentos, e embora se reconheçam esforços neste sentido mantem-se a urgência de promover o debate das questões éticas entre equipas e instituições no sentido de combater preconceitos normalizados para as populações que enfrentam dificuldades na sua saúde mental.

O confronto com as questões éticas ao longo da prática clínica conduziu ao questionamento crescente das situações e imposições e à desconstrução de ideias preconcebidas. Mobilizando os modelos de enfermagem aprendidos, especificamente o Modelo de *Recovery*, importa permitir às pessoas internadas que corram riscos, e do ponto de vista ético, importa que, enquanto profissional, se seja capaz de aceitar o direito das pessoas internadas de correrem riscos.

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade:

O segundo domínio das competências comuns aos EE refere-se à Melhoria Contínua da Qualidade. Enumeram-se como competências: “B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019). A justificativa que comprova a aquisição destas competências será desenvolvida na segunda parte final deste relatório, referente ao PMQCCE.

Outra prática que deve ser referida que evidencia a melhoria contínua da qualidade e a promoção de boas práticas é a realização de visita domiciliária em contexto de cuidados diferenciados - CRI. Para essa visita foi elaborado um guião de visita

domiciliária, orientador e definidor dos parâmetros a observar e avaliar, onde constavam as intervenções pré-visita (como confirmação da data e hora da visita, confirmação dos dados da morada, validação com a pessoa os objetivos da visita e planeamento e preparação dos materiais necessários) e os objetivos da visita (como conhecer as condições de habitação, avaliar os fatores de risco ambientais e identificar potenciais obstáculos ao processo de desabituação de consumos da pessoa e realizar exame mental). Esta visita foi inteiramente da responsabilidade da equipa de enfermagem, tendo dela participado a enfermeira gestora de caso, a enfermeira orientadora e a enfermeira em estágio de especialidade. Destaca-se esta prática pois não se configura como prática habitual do serviço, tendo sido uma experiência enriquecedora para todos os participantes (profissionais e utente), tendo inclusive contribuído para fortalecer a relação de confiança entre as profissionais e a pessoa em causa, segundo a pessoa referiu na altura, tendo-se verificado melhoria na motivação e adesão ao tratamento por parte da pessoa. Simultaneamente, e embora não tenha ficado implementada esta intervenção de visita domiciliária, a sua realização facilita que seja novamente aplicada no futuro, de acordo com a avaliação da necessidade por parte dos profissionais.

2.1.3 Domínio da gestão de cuidados:

Ainda das competências comuns aos EE, o terceiro domínio refere-se à gestão dos cuidados, assumindo-se que o EE “C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019).

Em todos os contextos foi possível observar enfermeiras orientadoras com amplas competências de gestão assistencial, de cuidados à pessoa, mas também de gestão administrativa, orientadas para a organização de trabalho e de recursos humanos, como distinguem Mororó et al. (2017). Estes autores definem gestão de cuidados em enfermagem como a articulação integrada entre as ações assistenciais e administrativas, promovendo relações interativas, comunicativas e cooperativas assumidas pelo enfermeiro para com os seus pares, demais profissionais mas também para com a pessoa cuidada, mediante atitudes e comportamentos de liderança facilitadoras das interações individuais e grupais, com vista à satisfação com os cuidados e redução de stress no processo de trabalho (Mororó et al., 2017). Considera-se que as características específicas dos ESMP devem ser facilitadoras

desta gestão, já que se espera destes enfermeiros competências comunicacionais e relacionais exímias.

Em função da especificidade de cada contexto específico, comunitário, diferenciado ou hospitalar, verificaram-se disparidades na organização da gestão de cuidados em enfermagem. O que todos os serviços partilham em comum é a existência de um Enfermeiro Gestor. No contexto de UCC e hospitalar este profissional pertence à unidade de serviço - no hospital a enfermeira-chefe e na UCC a enfermeira coordenadora - enquanto no CRI estas funções estão alocadas à chefia de enfermagem do DICAD da ARS Centro. Na UCC cada equipa (de enfermagem ou multidisciplinar) de especialistas gere a intervenção e cuidados na sua área, enquanto no CRI existe um Responsável de Enfermagem, cujo papel pode ser comparado ao do enfermeiro responsável de turno hospitalar.

Na UCC, a enfermeira coordenadora (gestora) participa na elaboração e supervisiona o cumprimento do plano anual de ação, que estipula o programa de atividades de cuidados específicos a implementar no ano, objetivos, metas e indicadores a considerar e atingir, definido em função do orçamento previsto; reúne periodicamente com o ACES para esclarecer o ponto de situação da UCC; reúne periodicamente com a equipa (de enfermagem e multidisciplinar) para auscultar e avaliar necessidades e dificuldades, bem como fazer o ponto de situação do cumprimento dos objetivos e desempenho da equipa na UCC e em equipas que implicam outros órgãos funcionais, ao mesmo tempo que procura garantir a satisfação dos profissionais e o seu envolvimento proativo e crítico nas atividades. Para além disso, a enfermeira coordenadora delega nos restantes enfermeiros especialistas funções ou tarefas, sempre que necessário, selecionando por especialidade e tempo de funções o elemento que considera mais adequado, estando este ponto previsto no Regulamento Interno da UCC. A equipa de enfermagem tem acesso ao plano diário previsto por atendimentos através do sistema informático, e dispõe de flexibilidade para gerir os atendimentos em função daquelas que são as atividades previstas, bem como agendar novos atendimentos e realizar registos. Verificam-se ainda reuniões semanais entre enfermeiros para assegurar e otimizar cuidados. Pode-se considerar uma gestão participativa ou democrática, em que todos os elementos da equipa dispõem de flexibilidade e poder de decisão, mas também uma gestão por competências, já que cada profissional pode ser responsável por áreas de atuação específicas como o caso da saúde mental (que por exemplo organizou e implementou autonomamente uma intervenção com a comunidade de bombeiros), sendo que a posição hierárquica da coordenadora não implica que apenas esta se responsabilize pelos resultados das

equipas. A centralidade na pessoa cuidada é promovida neste modelo de gestão, pois quando a equipa tem flexibilidade de ação ajusta-se às necessidades da pessoa, por exemplo, na urgência ou horário da intervenção mas também na própria intervenção, no acompanhamento e encaminhamento da pessoa dentro do serviço de cuidados na comunidade – por exemplo, a pessoa/família acompanhada no domicílio por doença e dependência grave pode ser encaminhada para a saúde mental para facilitar o processo de luto (situação que se verificou). Um dos modelos que se pode identificar na intervenção desta equipa é o Modelo Humanista, centrado na pessoa ou família (entenda-se, o cliente da intervenção), como um todo, em que a intervenção multidisciplinar especializada permite elaborar respostas que abordem a pessoa/cliente de forma holística - veja-se novamente o exemplo da pessoa que estava a ser acompanhada por dependência em final de vida e após a sua morte verificou-se o acompanhamento da família no processo de luto.

A observação e integração nas dinâmicas desta equipa permitiu participar deste sistema de gestão, em que o todo é realmente mais do que a soma das partes, já que o envolvimento de todos os enfermeiros permite diferentes visões e opiniões, e as reuniões periódicas permitem o envolvimento de cada elemento no trabalho de equipa, analisando e avaliando os colegas ao mesmo tempo que estes o avaliam, facilitando um ambiente de crítica construtiva, empatia e reflexão, que promove a qualidade da intervenção de cada um. Ao mesmo tempo, permite que todas as especialidades discutam casos, favorecendo a assessoria e facilitando momentos de referenciação para outras especialidades, embora no período de estágio não se tenha verificado oportunidade de vivenciar essa experiência. Considera-se ainda relevante que em UCC se tenha realizado uma intervenção prática que consistia em atividades que desafiavam a comunicação e o trabalho em equipa (APÊNDICE I), mobilizando os princípios de uma gestão participativa com vista à resolução dos problemas criados pela atividade.

No CRI, como foi referido, a Enfermeira Responsável da unidade local assume a responsabilidade da gestão de recursos materiais, supervisiona o cumprimento dos pressupostos normativos e legais, apoia e esclarece a equipa relativamente a cuidados prestados e neste contexto concreto, motiva a equipa para a formação contínua e discussão de conhecimentos e experiências. É ainda esta profissional que faz a ligação com os serviços centrais em reuniões periódicas e partilha com a equipa o que resulta dessas reuniões.

Neste contexto destaca-se o modelo do *Recovery*, como modelo orientador da prática, em que a pessoa se torna o elemento promotor da recuperação. A terapia de substituição de opiáceos é uma das estratégias que permite às pessoas gerir os sintomas da dependência de substâncias e assim recuperar o controlo da sua vida, melhorando a sua autoestima, noção de eficácia e saúde mental (e física) no geral.

Neste serviço a gestão por competências acontece desde a contratação (apenas enfermeiros especialistas integram este serviço), destacando-se o EESMP como coordenador interno da equipa de enfermagem, à qual são alocadas responsabilidades específicas como, por exemplo, a gestão do regime terapêutico das pessoas. Os restantes membros da equipa multidisciplinar focam-se na sua área de intervenção, funcionando a equipa multidisciplinar de forma interfuncional, sem que haja particular evidência de uma hierarquia, já que os contributos vêm da área de especialidade de cada profissional e se procura a resposta mais adequada para cada pessoa – pode acontecer ser mais relevante a intervenção do serviço social ou da psicologia do que médico ou de enfermagem, por exemplo. A EESMP deste serviço atua como enfermeira perita, de acordo com a Teoria de Patrícia Benner (Tomey e Alligood, 2004), valendo-se do seu conhecimento, experiência e intuição para conduzir a intervenção, tem amplo conhecimento das pessoas a quem presta cuidados (mesmo quando não é gestora de caso dessa pessoa) e é reconhecida pela equipa multidisciplinar pela qualidade e eficácia da sua intervenção, executando assim uma liderança técnica, operacional ou através do exemplo, sendo respeitada e as suas opiniões valorizadas.

No contexto hospitalar, a enfermeira chefe gere e supervisiona todo o funcionamento do serviço, correspondente a um modelo de gestão centralizada com uma hierarquia bem definida, sendo também um elemento de referência a ser chamado sempre que se justifica a sua intervenção noutros serviços, por exemplo no serviço de urgência, dado que toda a unidade hospitalar lhe reconhece competências profissionais e humanas, aliadas a uma longa experiência profissional, e por isso esta profissional assume uma liderança por exemplo ou operacional. Novamente, é verdadeiramente aquilo que Patrícia Benner classifica como enfermeira perita (Tomey e Alligood, 2004). Relativamente ao enfermeiro coordenador de turno, geralmente é selecionado pela chefia por ser o que reúne mais competências para o efeito, mas não se exclui o apoio da restante equipa, verificando-se a liderança e gestão de recursos adaptada ao contexto, já que o enfermeiro em questão tem sempre um grupo de pessoas doentes atribuído e das quais cuida. Aqui, aplica-se um modelo de gestão mais democrático ou horizontal, em que todos os profissionais do turno tendem a participar da tomada de

decisões, sendo a responsabilidade final do coordenador. Assim, esta intervenção em equipa exige uma comunicação entre os profissionais, mas facilita os processos de resposta a cada situação que surge e é uma forma de (procurar) colmatar a carga excessiva de trabalho. A verificação de stocks de medicação e outro material, a preparação de admissões e a resolução de situações pontuais de maior complexidade são geralmente realizadas ou discutidas em equipa e sempre reportadas à chefia. Neste contexto, a enfermeira orientadora assumia um papel muito ativo de organização e gestão, orientava, coordenava e esclarecia frequentemente os colegas (que lhe reconheciam competências especializadas), utilizava estratégias criativas para maximizar os recursos, reportava dificuldades e sucessos diretamente à chefia, utilizando sempre uma postura confiante e bem-humorada que aliviava todos os colegas em situações de maior *stress* e estimulava simultaneamente o bem estar das pessoas internadas, que a procuravam frequentemente. Mais do que funções de coordenação, esta profissional era um exemplo de liderança carismática em enfermagem, correspondendo à classificação de perita, focando-se na assistência integrada e humanizada à pessoa internada e à sua família, promovendo, na medida do possível, a discussão disciplinar e multidisciplinar e introduzindo alguma mudança do paradigma naquele serviço, de forma criativa e intuitiva.

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

No quarto domínio das competências comuns dos EE destaca-se, primeiramente, o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, 2019). Estas, apesar de competências comuns a todos os especialistas, são novamente fundamentais para o EESMP.

Ao longo dos EC enfrentaram-se obstáculos díspares, e se este processo foi iniciado com a perceção de que seria facilmente terminando, os obstáculos que foram surgindo motivaram várias vezes dúvidas e medos. Considera-se que se partiu de uma noção de autoeficácia algo exacerbada, que em determinados momentos deu lugar a uma noção de incapacidade total para a consecução do processo formativo. Estas dúvidas e medos foram sempre maiores em contexto hospitalar: à data de conclusão do estágio hospitalar, a experiência hospitalar era de dois anos, metade desse tempo em contexto de pandemia, sendo a experiência anterior sempre em contexto comunitário o que facilitava a identidade profissional e confiança nos EC anteriores. Ademais, mesmo enquanto estudante de licenciatura, nunca foram os contextos hospitalares os preferidos. Entende-se que não há necessidade de mudar preferências, mas é necessário gerir estas idiosincrasias por forma a otimizar o desempenho em todos os

contextos, reconhecendo recursos e limites. Após um período de pausa no processo formativo, decidiu-se retomar o caminho, enfrentando o mesmo serviço em que não se tinha sucedido à primeira vez e com o objetivo claro de suceder numa nova tentativa, objetivo esse que foi finalmente atingido. Considera-se que todo este percurso favoreceu o autoconhecimento, no sentido de se saber quem se é, que padrões de comportamento se tende a assumir e como os modificar quando desfavorecedores, através de práticas reflexivas, meditativas e de *Mindfulness*, e as respostas de adaptabilidade, procurando ainda aumentar a autonomia nas intervenções e decisões ao longo do tempo, e em cada contexto de EC. Reconhecendo os contextos de EC como causadores de desconforto e dificuldade em responder ao papel de estudante (em parte pelas expectativas pessoais que se cria), sabe-se que se tende a vivê-lo com grande ansiedade e medo de errar, e as estratégias aplicadas para promover o autoconhecimento e melhorar a ansiedade e o seu autocontrolo (como acompanhamento em psicoterapia) nem sempre tiveram os resultados desejados, sendo este um trabalho de melhoria progressivo e em progressão. Da literatura, sobressai que na mudança de papéis no contexto profissional é frequente a vivência de sentimentos de ansiedade e um choque de transição, que inclui mudanças físicas, intelectuais, emocionais, desenvolvimentais e socioculturais, particularmente em enfermeiros mais inexperientes, que têm menos recursos para lidar com as dificuldades (Arrowsmith et al., 2016). Numa fase em que se abandonam antigos papéis enquanto os novos papéis ainda não estão incorporados, os enfermeiros menos experientes vêm-se num período de limbo, ou “terra de ninguém” como referem Arrowsmith et al. (2016, p.1746), sendo fundamental o papel de enfermeiros orientadores (Arrowsmith et al., 2016; Irwin et al., 2018) na promoção da confiança e competência dos estudantes, e sendo mais evidentes esses benefícios a nível da confiança (Irwin et al., 2018).

Para além das competências pessoais, este domínio destaca também a prática baseada na evidência científica. Ao longo de toda a formação prática recorreu-se ao estudo da literatura recente pertinente, devidamente identificada em cada trabalho apresentado. Em todos os EC foram realizadas intervenções formativas à equipa, sobre temas oportunos e devidamente justificados: em UCC, optou-se pela já referida formação prática focada na comunicação (APÊNDICE I); no CRI, optou-se por formação sobre modelos de análise e intervenção em comportamentos aditivos (APÊNDICE II); e em contexto hospitalar optou-se por formação sobre a aplicabilidade e resultados da Atenção Plena/*Mindfulness* para a Ansiedade (APÊNDICE III), que

incluía os resultados do um programa implementado no serviço. Estas ações permitiram ir de encontro às unidades de competência previstas para este domínio.

Considera-se relevante acrescentar que segundo Queirós (2014) não se pode restringir o conhecimento de enfermagem ao saber proveniente da investigação teórica, uma vez que o conhecimento é desenvolvido na clínica, na *praxis*, revestida de aspetos pessoais, culturais, éticos, relacionais, processuais, estéticos, intuitivos e tácitos. Esta afirmação reforça a importância do EC em enfermagem e da prática baseada na evidência devidamente esclarecida e publicada. A “espiral hermenêutica” do conhecimento em enfermagem, que resulta “movimento vaivém” da prática para a teoria e novamente para a prática, em função do contexto específico e da experiência de saberes do enfermeiro (saber-saber, saber-ser e saber-fazer) é que determina a interpretação da situação clínica e a aplicação das soluções encontradas (Queirós, 2014). Na enfermagem, enquanto ciência humana prática, é sobretudo na ação que o conhecimento acontece e se estrutura, afastando uma ideia de investigação-aplicação e aproximando a ideia de investigação-aplicação-análise-reaplicação (que remete para a importância da reflexão sobre a ação, promovida em cada análise crítico-reflexiva de EC, mas também da aplicação de intervenções de *Mindfulness* em estágio para facilitar o planeamento do PMCQCE apresentado mais à frente neste trabalho), e que conduz a maior eficácia e eficiência, por compatibilizar padrões de conhecimento que atribuem à enfermagem o seu carácter genuíno e identitário (Queirós, 2014). Destaca-se novamente o momento formativo em contexto hospitalar, que permitiu a análise e comentários de uma equipa de especialistas experientes ao programa implementado na área da Atenção Plena/*Mindfulness* aplicada à ansiedade. Pessoalmente o contacto com a meditação e atenção plena surgiu há alguns anos, numa fase de ansiedade e frustração pessoal. Através da aplicação destas técnicas foi possível modificar a perspetiva de observação das situações, potenciando algumas mudanças e a aceitação de situações que não careciam de mudança. Por se reconhecer a eficácia da sua utilização optou-se por aplicar esta intervenção a grupos em estágio e no PMCQCE, considerando que já se possuía alguns conhecimentos e prática sobre o tema. Apresentar os resultados desta aplicação num momento formativo à equipa de enfermagem do serviço permitiu o contacto com vários enfermeiros especialistas que também praticavam meditação ou atenção plena e tinham, eles próprios conhecimentos, experiências, perspetivas e expectativas em relação ao papel destas intervenções nos cuidados de saúde para partilhar. Ressalva-se que é da continuidade e da frequência do treino da meditação ou da atenção plena que advêm os resultados

e a consistência é a chave para os obter, sendo facilmente eclipsados os benefícios quando se suspende a prática.

Ainda neste domínio é relevante referir novamente a participação num congresso sob o tema “Mais acesso, melhor saúde: capacitar populações vulneráveis”, em que foram partilhados os resultados obtidos em contexto de ensino clínico no CRI. Foi possível divulgar os modelos referenciais utilizados: Modelo das Transições de Afaf Meleis (McEwen & Wills, 2014); Modelo de Tidal (Barker & Buchanan-Barker, 2007) ; Modelo Motivacional (Prochaska, DiClemente e Norcross *as cited in* Sequeira e Sampaio, 2020); as estratégias e ferramentas aplicadas para recolha de dados: Entrevista Semiestruturada; Exame Mental; Escala de Rosenberg para a Autoestima; Inventário STAI-Y de Spielberger para Ansiedade; os problemas de vida humana identificados e os diagnósticos prioritários de intervenção: Baixa autoestima, Ansiedade [presente], Dependência de drogas e Comportamento alimentar comprometido; as intervenções-chave aplicadas, destacando-se a relação e ajuda e o treino de competências, e por fim os resultados obtidos. Identificaram-se ainda as implicações desta intervenção para a prática futura e apresentaram-se sugestões de melhoria para uma eventual replicação. Esta participação permitiu atingir as competências de organização, interpretação e divulgação de resultados previstas, bem como as de discussão de implicações da prática para o conhecimento global.

2.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

As competências específicas do ESMP permitem ao enfermeiro compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa bem como as implicações para o seu projeto de vida, desenvolvendo assim o profissional um juízo clínico singular e uma prática distinta das restantes especialidades (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de Agosto, 2018). Compete a este profissional promover a saúde mental, prevenir a doença mental, participar do seu tratamento e ainda da reabilitação psicossocial das pessoas doentes e das suas famílias, visando a adequação de respostas das pessoas e grupos ao problema de vida humana que enfrentam, promovendo a sua qualidade de vida (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de Agosto, 2018). É através de saberes e conhecimentos técnicos, científicos, mas particularmente humanos, que o enfermeiro EESMP procura possibilitar que durante o processo terapêutico a pessoas vivenciem experiências gratificantes e potenciadoras da relação consigo mesmas e com os outros (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de Agosto, 2018).

De seguida, discriminam-se as competências específicas do EESMP e a forma como o ensino clínico e o estágio permitiram que fossem atingidas.

2.2.1 - Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional

Ao longo do processo formativo e de EC recorreu-se a estratégias que permitissem promover o autoconhecimento e as vivências de desenvolvimento – a autorreflexão, exercícios de autoanálise (como aplicação do modelo de dominância cerebral ou testes de personalidade) ou a partilha com os pares e com orientadores (professores e enfermeiros). Em particular, realça-se a experiência de psicoterapia no papel de cliente. Embora esta situação não decorra diretamente do EC, foram as dificuldades encontradas anteriormente em EC relativas à noção de autoeficácia que motivaram a procura desta ajuda, e considera-se pertinente apontá-la já que promoveu o autoconhecimento e a experiência pessoal no papel de pessoa que recebe os cuidados, ao mesmo tempo que facilitava a identificação de emoções, reações e outros comportamentos, particularmente de evitamento, que conduziram à desmotivação perante o papel de estudante de mestrado. Permitiu também trabalhar e desenvolver competências de inteligência emocional, capacidade de reconhecer sentimentos próprios e do outro e de gerir emoções por forma a responder adequadamente a situações, fundamentais na relação terapêutica em enfermagem (Lu & Shorey, 2021).

A origem da inteligência emocional é discutida pelos enfermeiros, alguns creem ser inata, outros resultado da experiência, sendo facto que têm impacto na qualidade do serviço prestado, na satisfação da pessoa cuidada, nos resultados do plano de cuidados, podendo ser considerado um preditor da satisfação, desempenho e sucesso do profissional (Lu & Shorey, 2021). Pessoalmente, acredita-se que a(s) experiência(s) pode(m) ter grande impacto na inteligência emocional e na capacidade de responder às situações, até porque se reconhece ter tido diferentes níveis de capacidade ao longo da vida profissional, e (lamenta-se) nem sempre num registo crescente. Esta crença é suportada pela evidência, na medida em que pode haver uma inconsistência na manifestação da inteligência emocional, relacionada com características do contexto (como rácios profissional-pessoa cuidada) ou do profissional (como procurar proteger o seu bem-estar mental) (Lu & Shorey, 2021).

Trabalhar a inteligência emocional parece potenciar o bem-estar e capacidade dos enfermeiros, melhorando os seus cuidados e a sua relação com a organização, e deve ser considerada nos programas formativos das instituições (Lu & Shorey, 2021). Não

obstante, compete a cada um desenvolver-se pessoalmente e acredita-se que os processos de reflexão e acima de tudo o desenvolvimento de características de reflexividade, muito aplicadas em EC e estágio (exemplificado nos APÊNDICES IV e V), aliadas a outros comportamentos pessoais de autoconhecimento e autodesenvolvimento, se traduzem na qualidade da relação estabelecida com as pessoas cuidadas em todos os EC, independentemente das dificuldades que se enfrentava. O autoconhecimento do profissional é determinante na relação terapêutica na medida em que este tem de identificar aquilo que sendo seu limita as suas respostas às necessidades do outro, alterando atempadamente essa resposta. Reconhece-se uma situação em grupo em que um participante partilhou a perspetiva de um acontecimento traumático na sua vida, pouco relevante para o tema em debate no grupo, e a pessoa não foi reconduzida no seu diálogo em prol do interesse do grupo (que ficou perturbado) tendo-se verificado um impasse terapêutico motivado por uma assertividade mais frágil. Esta aprendizagem, apesar de não ser exemplo de uma prática adequada, foi relevante em termos de autoconhecimento para práticas futuras e comprovativa de que é na prática e através da experiência que surgem as maiores oportunidades de autoanálise e reflexão.

2.2.2 – Assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

Ao longo de todos os EC foram acompanhadas pessoas, famílias e grupos comunitários, intervindo na perspetiva quer da promoção da saúde quer da prevenção da doença, mas também do tratamento e reintegração das pessoas doentes.

Em contexto de UCC, para além da intervenção de promoção de saúde e sensibilização para as questões da doença em contexto escolar, realizou-se ainda uma ação formativa de prevenção de doença mental na comunidade de bombeiros daquela localidade, sob o tema “Cuidar de Quem Cuida”. Aquela comunidade de profissionais e voluntários era uma das que tinha enfrentado fogos de grandes dimensões que assolaram a região Centro do país no ano de 2017, cujas consequências ainda se faziam sentir em alguns elementos da corporação, sendo os mais comumente referidos a fadiga crónica (que nalguns casos afetava as relações interpessoais) e pensamentos intrusivos ao ouvir o soar da sirene. Inicialmente esta intervenção foi sugerida por se tratar de uma população pelas suas condições profissionais sujeita a maiores níveis de *stress* e portanto entendida como vulnerável, mas após estabelecer os primeiros contactos foi a própria corporação que identificou as dificuldades que sentia, nomeadamente relativas ao reconhecer sinais e sintomas

(em si, nos pares e nas pessoas que assistiam) e a estratégias de *coping* que poderiam aplicar ou sugerir aos outros, tendo sido desenvolvida uma ação formativa (APÊNDICE VI) focada nesses pontos mas também debatidas sugestões de intervenção em casos concretos (da prática de assistência à população em geral destes profissionais), trazidos pelos participantes. Foram parceiros desta formação a UCC e uma psicóloga bombeira voluntária. A corporação participou ativamente, identificando dificuldades e estratégias que procuravam implementar, quer a título pessoal quer a título corporativo, tendo no final sido aplicado um questionário sobre a satisfação dos participantes e sugestões/solicitações de continuidade de intervenção. A continuidade deste projeto ficou a cargo da UCC, em parceria com a corporação, promovendo a participação e desenvolvimento comunitário participativo. Embora o Relatório Final da Comissão de Acompanhamento da população afetada pelos incêndios na área da saúde mental destacasse os bombeiros como eventuais “vítimas indiretas” dos incêndios (Comissão de Acompanhamento da População afetada pelos incêndios na área da saúde mental, 2018), a corporação referiu que a intervenção que recebeu foi informal e a nível interno, por via dos seus profissionais ou “mentores” (como psicólogos ou bombeiros mais experientes). Da literatura internacional, é sabido que os bombeiros são grupo de risco pelos fatores psicossociais da sua ocupação laboral para problemas como depressão, *burnout*, (ab)uso do álcool, qualidade do sono e repouso, doenças cardiovasculares, problemas músculo-esqueléticos e intestinais, mas que os principais fatores protetores para a saúde deste grupo relacionam-se com a autoestima, a resiliência e o apoio social, destacando-se a camaradagem entre pares como um fator protetor fundamental (Igboanugo et al., 2021), facto que foi referido pelos elementos daquela corporação. Esta intervenção foi baseada num modelo Humanista *Rogeriano*, em que os dinamizadores da intervenção e os seus participantes beneficiavam de posições igualitárias em que os primeiros procuravam ajudar os segundos a conhecer e adotar respostas adequadas aos problemas identificados, sendo enfatizada a capacidade dos participantes de fazer escolhas promotoras do seu projeto de saúde pessoal e corporativo.

No trabalho realizado nas escolas (APÊNDICE VII), torna-se mais evidente a vertente de educação para a cidadania, através da promoção da literacia em saúde mental e na sensibilização para as questões da saúde mental e mitos e crenças existentes, numa faixa etária cujo quadro de valores e crenças está ainda em formação e, portanto, é dotado de grande permeabilidade, sendo a escola um contexto determinante na formação da identidade dos jovens (Verhoeven et al., 2019). Nesta intervenção destaca-se a utilização de um modelo de promoção da saúde, em que através de

ações de educação em saúde se procura promover comportamentos que contribuam para o bem-estar. A sensibilização para algumas questões específicas da saúde mental, como ansiedade ou *bullying*, frequentemente trazidas a tema pelos estudantes, destacam-se como relevante pelas faixas etárias em causa, funcionando este projeto como uma intervenção à escala da prevenção primária. O *bullying* nas escolas (ou através das redes sociais) pode conduzir a problemas de saúde mental quer da vítima quer do perpetrador, podendo-se verificar desde comportamentos agressivos até alterações de carácter psicótico, abrangendo assim praticamente toda a panóplia de problemas adereçados pela saúde mental, distinguindo-se particularmente ansiedade, depressão, comportamentos autolesivos e até suicidários (Basu & Banerjee, 2020). Por serem pouco abordados quer em casa quer na escola, os problemas de saúde mental conduzem ao isolamento daqueles que afetam (Basu & Banerjee, 2020), considerando-se por isso fundamental a intervenção realizada a nível das escolas, destacando-se ainda a importância de dar a conhecer aos jovens os recursos disponíveis, quer na escola quer no centro de saúde.

Estas atividades são exemplos concretos da assistência a pessoas e grupos, tendo havido a avaliação integrativa das necessidades e coordenação e implementação de projetos de promoção e proteção da saúde mental.

2.2.3 - Ajuda na recuperação da saúde mental, de pessoas, grupos e comunidades

Em cada EC foi possível acompanhar pessoas em diferentes fases do ciclo de vida, com diferentes problemas de vida humana e de diferentes contextos culturais, sociais e económicos. Foram ainda apresentados estudos de caso que narram esse acompanhamento, com anamnese e plano de cuidados, mobilizando o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: partindo do diagnóstico de enfermagem estabeleceram-se planos de intervenção estruturada, negociados com as pessoas. Os problemas de saúde mental identificados foram de diversas ordens, desde luto disfuncional, recuperação de abuso de drogas, isolamento social ou socialização comprometida, alteração do pensamento sobre forma de delírio, alteração da percepção sob forma de alucinação, ou ainda processos familiares comprometidos, baixa autoestima ou ansiedade presente, sendo mobilizadas as intervenções mais adequadas para cada caso. Em alguns casos identificava-se a recorrência de problemas, noutras era identificada sintomatologia inaugural, em consulta de enfermagem, que justificava novas avaliações à pessoa e sempre que possível integrando a família, através de nova consulta, procurando estabelecer relação de ajuda formal. Durante as consultas de seguimento, eram recorrentemente avaliados os

resultados de cada intervenção com vista a atingir os resultados esperados obtidos, sendo por vezes aplicada a intervenção multidisciplinar, procurando manter uma comunicação eficaz entre os profissionais. Procurou-se trabalhar pelo método de gestão de caso, como terapeuta de referência junto da pessoa, o que era evidenciado quando a pessoa expunha pela primeira vez dificuldades ou pensamentos, manifestando confiança na relação terapêutica.

Importa referir que a recuperação da saúde mental nem sempre implica o término do diagnóstico identificado, reflexão que foi desenvolvida em EC, suportada pelo modelo de *Recovery*. Por exemplo, ao trabalhar as alterações do pensamento sobre forma de delírio (APÊNDICE VIII) existiu um confronto interno inicial relacionado com a necessidade de terminar este delírio e a noção, até das relações pessoais, de que esta é uma crença enraizada em muitas pessoas, que nem sempre implica disfuncionalidade nas atividades do dia a dia. A pessoa com estas manifestações acreditava ser atormentada por entidades espirituais, o que a impedia de permanecer em casa durante a noite, dirigindo-se frequentemente à urgência hospitalar para pernoitar, sendo esta a disfuncionalidade *major* que a crença lhe causava, associando-se alterações da perceção auditava, visual e tátil. A literatura e investigação sobre a relação entre as “experiências místicas” e a doença mental parecem apontar que nem sempre estas experiências são revestidas de carácter psicopatológico, podendo por vezes significar que a pessoa sente maior noção de sentido da vida e até de missão, relacionando-se a experiência mística com a dimensão espiritual da pessoa, hoje aceite pela psicologia (Bitēna & Martinsone, 2021). Ao mesmo tempo, a pesquisa conduzida por Bitēna & Martinsone (2021) esclarece que a experiência mística se relaciona com os traços de crenças e perceções incomuns ou aberrantes das personalidades esquizotípicas, mas não com os traços de isolamento social, desligamento afetivo e evitamento de relações próximas, comportamentos que a pessoa em causa apresentava, o que segundo os autores é um indicador claro para profissionais de saúde para diferenciar a medida em que a vivência de experiências desta natureza é ou não patológica. Para abordar este caso específico, recorreu-se ao modelo de Tidal, que se refere à recuperação da natureza da pessoa que perdeu o controlo sobre a sua narrativa, fazendo o que é possível fazer e nada mais (Barker & Buchanan-barker, 2007). Partindo dos pressupostos acima enunciados, procurou-se trabalhar com a pessoa as respostas necessárias para a sua situação, permitindo-lhe registar nas suas próprias palavras e vocabulário o que precisava de ser feito e como fazê-lo – a pessoa escreveu uma lista de estratégias para recuperar a sua vida, que guardou consigo e que permitiu abrir espaço para trabalhar focos como a socialização

e as relações familiares. Pessoalmente, a descrença religiosa e mística configurou-se inicialmente numa atitude de desacreditação do que a pessoa referia; mas ao longo da relação terapêutica e muito pela empatia (característica pessoal que sempre se considerou ser a maior mais valia para o desempenho do papel de EESMP) surgiu a necessidade de observar aquela situação como real, já que era precisamente a realidade da pessoa, que manifestava sentir-se desacreditada por todos aqueles com quem tinha partilhado a sua experiência e enquanto futura especialista não se permitia seguir esse rumo. Colocando de parte crenças e atitudes pessoais foi possível aprender com a pessoa o transtorno que aquela vivência causava na sua vida, cognitiva e espiritualmente, e foi a primeira vez em que enquanto terapeuta houve um sentimento de capacidade em ultrapassar crenças limitadoras para chegar com o outro onde é necessário, vivendo este processo com genuíno respeito e até curiosidade. Ao mesmo tempo, acabou por haver contacto com uma realidade que sempre se negou e até depreciou, mas que sendo partilhada por tantos e do campo das questões metafísicas se conclui que não pode ser negada. Outra questão abordada com esta pessoa foi a importância da adesão ao regime medicamentoso, sob forma de psicoeducação, como estratégia para manter o seu padrão de sono e bem-estar. Para estimular esta adesão terapêutica bem como a socialização, a pessoa foi ainda integrada em grupos de psicoeducação sobre a adesão ao regime terapêutico, manifestando atitudes de compaixão e autocompaixão, também expectáveis para quem vivencia experiências místicas (Bitêna & Martinsone, 2021), comunicando assertiva e abertamente em grupo, partilhando as suas noções da importância da medicação no regime terapêutico.

A exposição deste caso específico permite ilustrar um exemplo concreto da forma pela qual foram atingidas as unidades de competências previstas para a competência específica analisada, mobilizando conhecimentos teóricos, práticos e pessoais, estabelecendo diagnóstico, identificando resultados esperados, implementando o plano de cuidados de forma integrada e simultaneamente individualizada, potenciando assim a ação de cada intervenção, através da metodologia de gestão de caso.

2.2.4 – Prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais

O desenvolvimento desta competência ocorreu ao longo dos vários contextos de EC e estágio, tendo sido desenhados e implementados em contexto de internamento hospitalar programas de grupo, que permitiam integrar pessoas em situação aguda de doença de forma a facilitar a sua comunicação com os outros e aprendizagens. Por se

verificar como uma das principais causas de recaída e reinternamento, o abandono do regime terapêutico, em particular da medicação (reflexão realizada com a enfermeira orientadora por observação do que se verificava no serviço), definiu-se que seria oportuna a implementação de um programa de Adesão ao Regime Terapêutico (APÊNDICE IX), em que se solicitou às pessoas em grupo que partilhassem, na medida do que entendessem, experiências e consequências de abandono do regime terapêutico, tendo sido aplicada psicoeducação e promovida a identificação das pessoas no grupo com as consequências do abandono do regime terapêutico. Por se identificar a Ansiedade como um diagnóstico presente em grande parte das pessoas internadas (identificado no programa de registos SClínico), bem como este ser um foco de intervenção autónoma do EESMP (Sequeira e Sampaio, 2020), permitindo assim a construção de programas de intervenção autónoma em enfermagem, definiu-se também a implementação de um programa de Atenção Plena/*Mindfulness* (APÊNDICE X). As pessoas eram previamente avisadas do tema e horário do grupo, eram incentivadas a participar na medida do que lhes fosse confortável (podiam apenas ouvir caso não quisessem partilhar) e verificava-se uma parte inicial psicoeducativa em que eram incentivadas a relacionar os conteúdos com as suas experiências, partindo do assunto Ansiedade.

A implementação do programa de *Mindfulness* foi particularmente importante já que permitiu, primeiro, perceber que as pessoas são recetivas à prática desta técnica e que desde que não se verifique agitação psicomotora acentuada ou agravamento de sintomas psicóticos que resulte diretamente da prática de *Mindfulness*, é possível que esta técnica seja aplicada por qualquer pessoa, sendo este dado relevante para a definição de critérios de inclusão para o PMCQCE. Depois, ao conduzir os grupos, particularmente nos momentos de verbalizar as indicações para a prática, foi possível treinar o tom de voz e cadência de discurso a aplicar, analisando no momento as reações dos participantes e assim aprimorar a meditação guiada a elaborar em formato de vídeo para utilizar no PMCQCE (explorado mais à frente neste relatório).

Por serem dois problemas frequentes no serviço, a Adesão ao Regime Terapêutico e o (baixo) Autocontrolo da Ansiedade, os programas aplicados possuem viabilidade para replicar no futuro, com outros grupos.

A aplicação de intervenções de reabilitação psicossocial ganha ainda evidência nas intervenções desenvolvidas em contexto de CRI. As intervenções realizadas com a pessoa de estudo de caso neste contexto, permitiram entre outras questões otimizar a sua autonomia e funcionalidade no domicílio (visto que esta pessoa transitava

recentemente de uma situação de sem abrigo para uma habitação financiada), nomeadamente através do treino de competências relacionadas com o cozinhar, já que nos últimos (longos) tempos a pessoa recorria a instituições alimentares para obter as suas refeições. A utilização do estudo de caso como ferramenta permitiu sistematizar e operacionalizar de forma científica o processo de cuidados (pontos em que se considera ter dificuldade, entenda-se apresentar a intervenção e os seus resultados, evidenciando o processo de enfermagem).

Outra situação deste contexto de CRI foi a aplicação da técnica dos seis chapéus de Bono (Bono, 2005) a uma outra pessoa acompanhada, que permitiu analisar os seus processos de pensamento e promover o *insight* e autocontrole, com base no modelo de *Lazarus & Folkman (as cited in Dias & Pais-Ribeiro, 2019)*. A técnica dos 6 chapéus de Bono consiste na análise de problemas “colocando” chapéus de diferentes cores, dividindo assim o problema em 6 partes orientadas pelo ponto de vista correspondente a cada chapéu: branco para dados e factos objetivos, vermelho para sentimentos e intuições, verde para opções criativas e novas ideias, amarelo para identificação de benefícios, preto (ou roxo) para identificação de riscos e azul para foco e organização do pensamento e do método (sendo mais relevante para a aplicação da técnica em grupos). A pessoa foi incentivada a identificar o evento stressor (optado por um conflito relacional) e através da utilização da técnica dos 6 chapéus procurar comportamentos alternativos ao uso de substâncias como estratégia de *coping* [ineficaz]. Assim, foi incentivada a analisar os factos dados objetivos (branco) do problema relacional (explorando assim novos significados para a experiência stressora), identificar sentimentos (vermelho) que resultaram do conflito relacional, benefícios (amarelo) do comportamento assumido de uso de substâncias, riscos e desvantagens desse comportamento (preto), alternativas (verde) ao comportamento de uso de substâncias e novamente benefícios e riscos de cada uma dessas alternativas. A pessoa pôde conscientemente procurar respostas diferentes das executadas anteriormente, que fossem mais benéficas para si, aplicando princípios da terapia cognitivo-comportamental e desenvolvendo simultaneamente competências comportamentais (de comunicação) e cognitivas (do pensamento e resolução de problemas), embora não tenha sido realizada avaliação de resultados que permitisse determinar se estas competências eram aplicadas em diferentes contextos do dia a dia (Dias et al., 2012), tendo a pessoa ficado com os orientadores para aplicar a técnica de forma independente quando sentisse essa necessidade.

Aqui tornou-se evidente a necessidade de definir *Outcomes* claros para a intervenção, sob pena de se diluir a evidência da utilidade da sua aplicação. O facto desta

avaliação não ter sido realizada não permite afirmar que o desenvolvimento destas competências tenha sido finalizado, deficitando a qualidade da intervenção, já que não é possível evidenciar a transferência da competência aprendida num contexto para outra situação do dia-a-dia, como estipulado por Dias et al. (2012). A aplicação desta técnica permitiu a expansão da zona de conforto relativamente a técnicas de intervenção psicoterapêutica cognitivo-comportamental, combatendo medos de insucesso na ação especialista. Destaca-se como fraqueza desta intervenção o facto de a família não ter sido envolvida no processo, sendo também esta uma aprendizagem a retirar da aplicação da técnica, e embora tal tenha acontecido muito por vontade da pessoa acompanhada, tornou-se evidente que poderia haver benefícios de uma intervenção prolongada no tempo a título individual antes de iniciar intervenção em família. Tornou-se ainda evidente que intervenções desta natureza, cognitivo-comportamental, focadas no presente, motivam pessoas com problemas da área dos CAD a trabalhar dificuldades no aqui e agora, focando-se nos resultados que pretendem para o futuro numa perspetiva de se melhorarem enquanto pessoas, sendo esta uma potencialidade da técnica dos seis chapéus de Bono. Em reflexão, considera-se que neste processo poderia ter sido útil a exploração de outras técnicas de resolução de problemas, com vista à integração de experiências adversas para motivar habilidades comportamentais alternativas aos consumos em novas situações problemáticas ou difíceis de vida.

PARTE II - PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM

1- NOME DO PROJETO

Mindfulness no Autocontrolo da Ansiedade Pré-operatória

2- NOTA INTRODUTÓRIA

Os estabelecimentos de saúde são, cada vez mais, avaliados, quer pela população que cuidam, pelos profissionais que neles trabalham, mas também por instituições dedicadas a garantir a qualidade dos cuidados prestados, principalmente na ótica da segurança da pessoa cuidada. A melhoria da qualidade dos cuidados é assim uma realidade justificada por motivos éticos, sociais, profissionais e até económicos. Embora esta seja uma responsabilidade multiprofissional, os enfermeiros, enquanto profissionais que mais tempo passam com as pessoas nas instituições de cuidados, têm um papel fundamental na identificação de riscos e necessidades a colmatar para garantir a aplicação de boas práticas.

A satisfação da pessoa é considerada um indicador major da qualidade dos cuidados, e todas as atitudes que favoreçam a diminuição de riscos para a pessoa, como, suponha-se, a experiência de ansiedade elevada, potenciam essa qualidade. A gestão de risco eficaz implica a utilização consciente de recursos que seja benéfica para o público, para os profissionais e para a instituição.

Desta forma, os Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMQCCE) são fundamentais para garantir a segurança e satisfação das pessoas e podem ser transformadores da sua experiência.

Reconhecendo a necessidade de investigação baseada e fundamentada nos contextos de prática clínica, assumiram-se os princípios da metodologia de investigação-ação (Monteiro et al., 2008), um método flexível que se optou por cruzar com o ciclo de Deming, um modelo de quatro etapas, planificar, fazer, verificar e agir (Deming, 1986). A investigação-ação é uma metodologia que nasce das ciências sociais e é aplicada quando há interesse coletivo na resolução de um problema, estudando dinamicamente o problema, as decisões, os conflitos e as tomadas de consciência que acontecem durante o processo de modificação da realidade (Monteiro

et al., 2008). É condição essencial para a investigação-ação que se verifique o envolvimento das pessoas implicadas na investigação e que estas colaborem no diagnóstico do problema e na elaboração de uma solução, assim as respostas encontradas devem conduzir à melhoria do contexto e não apenas das pessoas em estudo (Monteiro et al., 2008). Em enfermagem, o envolvimento dos profissionais contribui para potenciar a solução dos problemas identificados e promover o desenvolvimento de conhecimentos significativos para a equipa. Pelas suas características de colheita de dados para promoção de respostas, a investigação-ação é uma metodologia que pode ser amplamente aplicada em enfermagem, por ter estreita relação com o próprio processo assistencial de enfermagem. Assim, a principal vantagem da aplicação desta metodologia é potenciar resultados de investigação em enfermagem quando os sujeitos envolvidos no estudo fazem parte do contexto onde os problemas são identificados (neste caso, o serviço de internamento), sendo capazes de explorar, agir, avaliar e modificar o próprio contexto, contribuindo para a consciencialização coletiva no processo de mudança (Monteiro et al., 2008). No estudo apresentado, o envolvimento da equipa foi fundamental para a elaboração da resposta a aplicar, tendo-se recorrido a um *focus group* para debate e análise do programa a incluir no PMCQCE.

Este projeto de melhoria apresenta-se e planeia-se como um projeto autónomo de enfermagem. Nessa medida, e para que não haja lacunas na sustentação da intervenção, evoca-se agora a Teoria de Enfermagem de Peplau. A Teoria das Relações Interpessoais entende a enfermagem como um instrumento de educação, uma força de maturação que pretende elevar a pessoa à capacidade de resposta a problemas, pelo desenvolvimento e maturação adequados da sua personalidade (Tomey e Alligood, 2004). Para Peplau, a interação enfermeiro-pessoa é central para os cuidados de enfermagem, ponto que nos translada para a relação terapêutica, que se prevê estabelecer com os sujeitos neste projeto, enquanto intervenção de enfermagem e ferramenta terapêutica que subjaz a outras intervenções. O processo de transição coloca a pessoa a numa situação de crise, é gerador de angústia, medo e ansiedade (Costa et al. 2010) e reconhece-se, com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que sempre que as pessoas enfrentam processos de transição são sujeitas a condições de stress, e é a qualidade da resposta que se consegue assegurar a essa situação de stress que determina o sucesso do processo de transição (Meleis, 2012). Quando há a necessidade de hospitalização e cirurgia, a pessoa depara-se com um conjunto de mudanças na sua condição: há a convivência com um ambiente de doença, sofrimento e de morte; verifica-se a separação da

família e a necessidade de abandonar o lar, forçando à quebra da rotina diária habitual; a pessoa afasta-se dos seus referenciais conhecidos e vê a sua intimidade exposta a estranhos, sendo necessário um reajustamento (temporário ou não) a novos papéis sociais, e que altera a dinâmica das relações da pessoa consigo e com os outros; há uma ameaça latente ao estado de saúde e eventualmente à condição de estar vivo (Costa et al, 2010). É possível interpretar o processo de internamento da pessoa que vai ser submetida a cirurgia eletiva como uma transição situacional e de padrão múltiplo, em que a pessoa se vê no papel de doente internado, dependente de horários, dinâmicas e um ambiente físico que não é o seu e despida da sua autonomia prévia. Mais, o momento da cirurgia é percecionado como um dos momentos mais críticos do processo terapêutico (Costa e al. 2010), sendo por isso possível relacionar a cirurgia como um evento crítico na vida da pessoa, em que a pessoa enfrenta um período de vulnerabilidade e compete ao enfermeiro estar presente para facilitar o processo, de modo que a pessoa alcance uma transição saudável (Meleis, 2012).

Apresentam-se seguidamente os fundamentos que justificam o projeto de melhoria planeado seguindo a estrutura proposta para os PMCQCE, bem como a metodologia para a sua consecução. Importa referir que este PMCQCE está aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar em causa.

3- CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A prática clínica regular de 2 anos num serviço de Cirurgia Geral, de um Hospital da região Centro de Portugal, permitiu observar que a generalidade das pessoas que são admitidas para cirurgia eletiva vivenciam sentimentos de ansiedade. Com regularidade esses sentimentos são expressos no momento da admissão e na realização da história clínica de enfermagem. Por vezes, no momento de admissão, estas pessoas apresentam valores de tensão arterial e frequência cardíaca elevados, relatam dificuldade em dormir na noite que precede a cirurgia, e frequentemente verbalizam sentimentos de ansiedade, angústia e medo.

É prática habitual no serviço que as pessoas que serão intervencionadas na manhã seguinte em primeiro tempo da sala operatória (8h00) sejam internadas na véspera (por volta das 20-21h00), de forma a aplicar atempadamente os protocolos pré-operatórios e garantir a presença da pessoa no bloco operatório à primeira hora do turno da manhã (8h00), sendo estas geralmente as pessoas que sofrem de patologia mais complexa, e conseqüentemente necessitam de cirurgia mais complexa ou demorada. Outras pessoas são admitidas durante o turno da manhã para serem submetidas a cirurgia ao longo do dia.

À data da realização deste projeto, a admissão da pessoa torna-se um procedimento de carácter predominantemente técnico, que pretende a sua identificação e preparação pré-operatória, de acordo com protocolos instituídos e centrado em procedimentos administrativos, por vezes executados a uma velocidade alucinante para garantir o cumprimento dos tempos cirúrgicos. Cabe ao enfermeiro fazer o levantamento das necessidades das pessoas e, embora seja muitas vezes reconhecida a situação de ansiedade, é rara a implementação de intervenções direcionadas a esse foco.

Verifica-se, assim, a implementação de um conjunto de intervenções focadas na admissão e na cirurgia, mas não no indivíduo e nas suas necessidades. A pessoa torna-se desta forma o meio para atingir um fim e não o fim em si mesmo. Importa refletir sobre este assunto e compreender que as intervenções de enfermagem, todas as vezes que sejam repetidas, são cada vez realizadas a uma pessoa que vivencia aquela intervenção pela única vez, sendo, portanto, a experiência tão única e irrepetível quanto a pessoa a ela submetida.

Assim, identifica-se necessidade de intervir com o intuito de facilitar a experiência da pessoa em situação pré-operatória, estimulando sentimentos positivos (de atenção, cuidado e suporte), através da implementação de medidas não farmacológicas de promoção de bem-estar e diminuição de ansiedade.

3.1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO: AS CAUSAS

Segundo dados recolhidos junto dos serviços clínicos deste serviço de cirurgia geral, de um hospital da região centro de Portugal, no ano de 2020 (de 01/01/2020 a 31/01/2020) foram realizadas 1396 cirurgias, 987 das quais cirurgias eletivas. 52% das intervenções cirúrgicas foram realizadas a indivíduos do sexo masculino. Não foi possível determinar as idades das pessoas em causa. Cruzando estes dados com a informação abaixo explorada, que indica que 60 a 90% das pessoas em contexto cirúrgico, apresentam ansiedade (Machado, 2016; Matthias & Samarasekera, 2012; Nigussie, Belachew, & Wolancho, 2014), especula-se que é provável que pelo menos cerca de 592 a 888 pessoas neste contexto e condições terão experienciado ansiedade (60 a 90% dos casos). Assim, este número de casos justifica a necessidade de intervenção ao nível desta problemática. Reforça-se que o hospital em causa detém mais um serviço/ala de cirurgia geral e vários serviços de especialidades cirúrgicas, pelo que o número de pessoas que sofrem de ansiedade pré-operatória ao nível da instituição será amplamente mais extenso.

A produção científica em enfermagem sobre a ansiedade pré-operatória (habitualmente foco de enfermagem médico-cirúrgica), evidencia a importância do conhecimento sobre os fatores de risco que contribuem para níveis mais elevados de ansiedade, como base estrutural para uma melhor triagem e, conseqüentemente, uma melhor resposta interventiva em enfermagem (Santos, 2019). O EESMP tem uma intervenção particular no âmbito do autocontrolo da ansiedade, sendo a intenção da intervenção capacitar a pessoa para atenuar a ansiedade com recurso a técnicas de resolução de problemas adequadas (Sampaio, 2020, p. 130) a situações sociais e interpessoais, quando essa pessoa tem consciência do seu problema, demonstra intenção de controlar o comportamento e verbaliza incapacidade para tal (Sampaio, 2020, p. 124).

Assim, importa conhecer os fatores de risco para ansiedade moderada ou elevada na pessoa em situação pré-operatória, de modo a planear a resposta e intervenção de forma específica e personalizada, para cada indivíduo.

Sabe-se que há fatores pessoais que interferem nessa experiência de ansiedade, como a ansiedade-traço, a gravidade de doença auto-percecionada, as habilitações literárias ou o sexo/género e que estes são fatores que não é possível modificar. No entanto, outro fator que aparenta influenciar a ansiedade vivenciada pela pessoa em situação pré-operatória será a “falta de atenção por parte dos profissionais de saúde” (Santos, 2019).

Foi realizado um levantamento de possíveis causas que determinam a ansiedade da pessoa no período pré-operatório, no serviço:

- Causas relacionadas com a pessoa: Ansiedade-traço, experiências prévias, vivência do processo de transição, gravidade da doença percecionada, sexo/género da pessoa, idade, habilitações literárias, outras.
- Causas relacionadas com os profissionais/equipa de enfermagem: Rácio enfermeiro-doente, fadiga da equipa, falta de formação na área da ansiedade e em intervenções direcionadas a este diagnóstico de enfermagem, não identificação das situações de ansiedade pré-operatória verificadas, não intervenção nas situações de ansiedade pré-operatória identificadas.
- Causas relacionadas com os procedimentos: Instrumentos de avaliação inicial centrados na avaliação física e nas Atividades de vida diária; inexistência de um protocolo de admissão que considere a ansiedade e outras necessidades específicas da pessoa, organização do atual procedimento de acolhimento distribuído aos

enfermeiros de forma aleatória (em função da distribuição do dia) e inexistência da figura de enfermeiro gestor de caso.

Desta análise, foi realizado um diagrama de *Pareto*, com o intuito de esquematizar o problema.

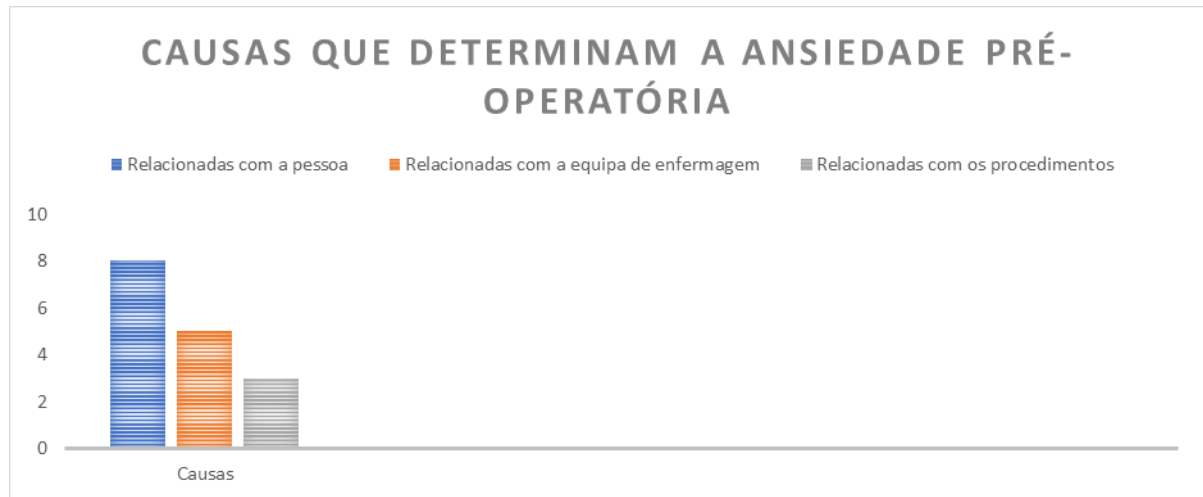


Figura 1. Diagrama de *Pareto*

A falta de atenção por parte dos profissionais de saúde (em parte pela escassez de tempo para dedicar a cada pessoa) é um dos fatores referidos que dificulta a admissão das pessoas em situação de pré-operatório no Serviço de Cirurgia onde se pretende implementar este projeto. Neste serviço, no turno da tarde, verifica-se a existência de um rácio de 1 enfermeiro para cada 10 doentes. Considerando que o turno tem 8 horas, cada enfermeiro dispõe de exatamente de 48 minutos para dedicar a cada doente. Já no turno da manhã o serviço dispõe de 5 enfermeiros, cada um com seis doentes. Em função do número de horas deste turno, cada enfermeiro tem em média 69 minutos para cada doente. Entre tarefas que exigem que o enfermeiro não esteja junto dos doentes (como preparação de medicação, realização de registos, passagem de turno e as pausas necessárias para o profissional), e o tempo que passa efetivamente com cada doente, conclui-se facilmente que o intervalo é escasso para que a equipa consiga disponibilizar tempo de qualidade aos seus utentes, já que a enfermagem reconhece que as pessoas, nomeadamente as pessoas em processos saúde-doença, carecem de grande atenção por parte dos profissionais, necessitam de tempo para que possam expressar os seus receios e preocupações, e que o cuidado dessas pessoas beneficia de uma relação interpessoal eficaz. É nesta causa do problema, percecionada pela pessoa, que o presente projeto tenciona induzir mudança, melhorando a admissão através da implementação de uma intervenção,

entenda-se, remota, que permite à pessoa estar a regular-se sem que implique a presença física do profissional. Efetivamente, o rácio enfermeiro-doente observado dificulta a disponibilidade de tempo para dedicar à pessoa internada, colmatada com a vasta experiência da generalidade da equipa deste serviço de cirurgia permitindo uma admissão centrada nos procedimentos, altamente eficiente, consumindo pouco tempo. Embora essa seja uma mais-valia para o profissional, a pessoa admitida pode experienciar o referido sentimento de “falta de atenção”. O que se verifica, efetivamente, é que os profissionais conseguem recolher informação de forma rápida e consistente, maioritariamente focada na identificação de fatores de risco, e a pessoa pode sentir algum desamparo uma vez que não está em condição de entender esta realidade.

O método de *Pareto* tem em consideração que 80% das consequências advêm de 20% das causas, e nesta medida o projeto planeado tem como base estrutural o princípio da promoção do autocontrolo da ansiedade como resposta aos sentimentos de apreensão naturais que acompanham o período peri-operatório, atuando ao nível dos procedimentos, incluindo a ansiedade como foco alvo de intervenção desde um primeiro contacto.

4- REVISÃO DA LITERATURA

Apresentam-se de seguida os referenciais de literatura que orientam o raciocínio deste projeto.

4.1- A ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA E O SEU AUTOCONTROLO

A ansiedade e o respetivo autocontrolo são áreas de intervenção chave do EESMP e são fenómenos/focos de intervenção dos enfermeiros, definidos na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE, 2019). Ansiedade é então uma “Emoção negativa: sentimento de ameaça, perigo ou angústia” (código 100002429). O mesmo termo é ainda ajuizado como possível diagnóstico de enfermagem. O Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica publicado em 2018 pela OE, define como dados obrigatórios para o diagnóstico de enfermagem de “Ansiedade moderada ou elevada”: verbalização da ansiedade; manifestação de sinais e sintomas de ansiedade; repercussão da ansiedade na funcionalidade da pessoa; potencial da pessoa para o autocontrolo da ansiedade (p. 14). Ao diagnóstico de enfermagem, “Ansiedade moderada ou elevada”, está subjacente o diagnóstico de enfermagem de “Autocontrolo da Ansiedade Comprometido”, e é necessário que a pessoa detenha capacidade para, em conjunto com o Enfermeiro ESMP, participar das intervenções ao nível do seu conhecimento e/ou competências assim alterar o *status*

de diagnóstico e melhorar o Autocontrolo de Ansiedade. O mesmo documento define como intervenções para o diagnóstico “Ansiedade moderada ou elevada”: Ensinar Sobre Estratégias de Redução da Ansiedade; Executar Apoio Emocional; Executar Intervenção Psicoeducativa; Executar Relação de Ajuda; Executar Relaxamento; Treinar Técnicas de Autocontrolo; Treinar Técnicas de Relaxamento; e Vigiar Ansiedade. Também o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem (Sampaio et al., 2018) pode ser considerado como guia para esta intervenção. De acordo com os autores, deve ser aplicada uma sessão 0 para realizar uma avaliação mental abrangente da pessoa e aferir a oportunidade da inclusão da pessoa no estudo. Posteriormente deve ser avaliada a existência do diagnóstico, neste caso de ansiedade, definida a intervenção a aplicar e os resultados esperados. Por fim, é aplicada a intervenção de redução de ansiedade e finalmente avaliado o nível de ansiedade pós intervenção. Para a aplicação deste modelo deve verificar-se o recurso ao livro “Ligações NANDA-NOC-NIC: Condições clínicas: Suporte ao raciocínio e assistência de qualidade” (Johnson et al., como referido por Sampaio et al., 2018), que sugere intervenções a aplicar em função do diagnóstico e resultados esperados.

A ansiedade no período pré-operatório é natural e expectável (Costa et al, 2010; Lopes, 2011; Machado, 2016; Santos, 2019), cada pessoa tem um diferente nível de capacidade de resposta e há níveis de ansiedade que impossibilitam a otimização das respostas a estes sentimentos negativos (Costa et al, 2010). Assim, cabe ao enfermeiro ser agente apaziguador dos sentimentos negativos da pessoa (Lopes, 2011; Machado, 2016; Santos, 2019), preparando-a para o ambiente e situações com que se vai deparar, instilando esperança, confiança e sentimentos de coragem, capacitando a pessoa para o *coping* perante as situações e ao longo de todo o processo peri-operatório, permitindo que no final deste processo de transição a pessoa reconheça a mudança e domine novas habilidades, tendo desenvolvido a autoconfiança e reforçado as suas competências de *coping* (Meleis, 2012).

A Direção Geral da Saúde aponta que cerca de 16,5% da população portuguesa sofra de ansiedade (DGS, 2014). Em contexto cirúrgico, nomeadamente em pré-operatório, a literatura indica, como já foi referido, que 60 a 90% das pessoas, apresentam ansiedade (Machado, 2016; Matthias & Samarasekera, 2012; Nigussie, Belachew, & Wolancho, 2014). Um estudo que avalia o nível de ansiedade na pessoa em situação pré-operatória, permitiu concluir que 51,7% dos inquiridos apresentava elevados níveis de ansiedade, 8,9% níveis moderados e que 39,4% apresentava níveis leves de ansiedade (Lopes, 2011). Por sua vez, Santos (2019) revela que uma amostra de população pré-operatória apresenta níveis de ansiedade-estado (avaliados pelo

Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger na forma Y [STAI-Y]) significativos, e superiores aos apontados para ansiedade-traço da mesma amostra. Tal também é evidenciado nos resultados de Lopes (2011) e estes dados traduzem-se no facto de que estas pessoas estão mais ansiosas no momento pré-operatório do que são na generalidade da sua vida e que, quando comparadas com a população em geral, as pessoas em situação pré-operatória apresentam níveis maiores de ansiedade. É possível também compreender que se todas as pessoas estão mais ansiosas no momento que antecede a cirurgia do que na generalidade da sua vida, aquelas pessoas que sofrem de ansiedade enquanto diagnóstico médico, no momento que antecede a cirurgia podem apresentar níveis de ansiedade disruptivos e não compatíveis com a saúde e bem-estar.

É do conhecimento científico que estados elevados de ansiedade se repercutem quer na cirurgia quer na recuperação pós-operatória, já que o estado psicológico interfere significativamente com o estado físico geral e com o sistema imunitário da pessoa (Costa et al., 2010). A evidência aponta ainda que maiores níveis de ansiedade pré-operatória aumentam a dor pós-operatória, as complicações cirúrgicas em número e gravidade, o tempo de internamento e, conseqüentemente, reduzem a satisfação das pessoas em relação aos cuidados prestados (Lopes, 2011).

Sabe-se que a intervenção dos enfermeiros, nomeadamente do EESMP, é eficaz, pelo menos a curto-prazo, na diminuição da ansiedade e na promoção do autocontrolo da ansiedade (Sampaio, 2018).

4.2 - O *MINDFULNESS* COMO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NO AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE

As intervenções psicoterapêuticas têm vindo a ser evidenciadas como intervenções eficazes na modulação da resposta emocional, nomeadamente perante um evento de cirurgia, permitindo melhores resultados. Estas intervenções permitem a otimização dos cuidados peri-operatórios e podem ajudar a reduzir complicações que decorram da cirurgia como dor, depressão ou períodos longos de convalescença (Villa et al., 2020). Em especial no que se refere à ansiedade, destacam-se as intervenções cognitivo-comportamentais, mas também as intervenções comportamentais como o relaxamento, e as intervenções cognitivas baseadas em Atenção Plena/*Mindfulness*, entre outras (Villa et al., 2020).

A Atenção Plena/*Mindfulness* é um método de meditação que nasce do Budismo, praticado há séculos pela humanidade, que pode ser descrito como uma meditação de atenção focada no aqui e agora, que pretende o envolvimento do sujeito com o

momento presente, através dos sentidos, sem que lhe atribua julgamento (*non-judgemental manner*) (Villa et al, 2020; Ludwig, Kabat-Zinn, 2008). Por outras palavras, é o treino da mente para que seja mantido o foco num objeto do momento, capacitando a pessoa para encontrar espaço entre os estímulos contínuos do ambiente e as reações emocionais que surgem nessa sequência, e a resposta que a pessoa efetivamente dá a esses estímulos, de forma que exista num plano de consciência ao invés de um plano de reação, permitindo assim uma maior eficiência na relação com as emoções, nomeadamente as negativas (Stephen & Mehta, 2019).

O treino da atenção, consciência (*awareness*) e aceitação da realidade, tem vindo a ser relacionado com menores níveis de ansiedade, depressão, raiva e preocupação, aparentemente através da modulação do pensamento e do pensamento positivo, melhorando o bem-estar (Greeson, 2009). A capacidade de corrigir estados de humor desagradáveis, ou seja, regular a experiência emocional interna, através do reconhecimento, consciência e compreensão das emoções (*emotional awareness*) e sua origem, promovida pelo *Mindfulness*, permite à pessoa uma melhor regulação do seu bem-estar (Greeson, 2009). Na prática Budista, o *Mindfulness* pretende aliviar o sofrimento e cultivar a compaixão, bem como promover a responsabilização da pessoa pelas suas escolhas na vida (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008), na maneira como se relaciona com os acontecimentos.

Através do estudo computadorizado do cérebro, cada vez mais a evidência aponta que pessoas que praticam Atenção Plena/*Mindfulness* apresentam maior ativação da área pré-frontal do córtex (afeta à atenção, concentração e regulação emocional) perante as emoções, o que permite uma maior regulação das áreas afetadas à reação emocional, como a amígdala e o córtex cingulado anterior (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008; Greeson 2009). Assim, a prática da consciência intencional presente parece ter um papel eficaz na consciência do que se sente e permitir regular a resposta, de forma que a pessoa pode reagir conscientemente ao estímulo.

A evidência mais recente aponta que subseqüentemente à aplicação de um vídeo de 60 segundos baseado em Atenção Plena/*Mindfulness*, é possível verificar a redução nos níveis da intensidade da dor crónica músculo-esquelética experienciada pelos sujeitos que compunham o grupo de intervenção, comparativamente a um grupo de controle, verificando-se ainda melhorias em relação a ansiedade, angústia, raiva e depressão (Westenberg et al., 2018). Apesar das limitações, este estudo sugere que uma intervenção de 60 segundos de intervenção de Atenção Plena/*Mindfulness* pode conduzir a alterações do estado de dor, ansiedade e restantes medidas avaliadas

(Westenberg et al. 2018). O facto da maioria dos sujeitos não estar à espera de intervenções direcionadas à gestão da dor e do stress ou das emoções em contextos cirúrgicos, mas mostrar-se bastante recetiva à sua implementação traduz-se na larga adesão das pessoas a estas intervenções (Westenberg et al. 2018), enquanto evidencia alguma “sede” de cuidados por parte das pessoas. Esta intervenção destaca-se pelas principais vantagens o facto de não exigir aumento dos recursos humanos, despende de pouco tempo e ser fácil de replicar em contexto pré-operatório. A aplicação do programa de *Mindfulness* em contexto de internamento de saúde mental e psiquiatria permitiu precisamente identificar esta recetividade das pessoas à técnica, confirmando a sua eficiência por não exigir o aumento dos recursos humanos. Ademais, e de uma forma menos estruturada, é prática comum sugerir às pessoas em situação pré-operatória a aplicação de Atenção Plena na respiração, e confirmar a aplicabilidade desta técnica no contexto específico bem como a satisfação das pessoas perante a utilização da técnica.

5- ENUNCIADOS DESCRITIVOS DA QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Para ajudar a definir o papel da enfermagem e das suas intervenções a OE estabeleceu seis categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: a satisfação das pessoas cuidadas, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado das pessoas, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

Este projeto debruça-se sobre a satisfação das pessoas cuidadas, na medida em que resulta da preocupação em minimizar o impacto negativo da ansiedade pré-operatória na vida da pessoa; na promoção da saúde e prevenção de complicações, já que pretende a informar as pessoas sobre estratégias de redução da ansiedade, associada a complicações cirúrgicas e aumento dos tempos de internamento, como já foi referido; ao bem-estar e autocuidado, ao dotar as pessoas de competências que permitem favorecer o autocontrolo da ansiedade e o *coping* perante situações geradoras de stress - a prática de Atenção Plena/*Mindfulness*; a readaptação funcional pelo ensino, instrução e treino da técnica de Atenção Plena/*Mindfulness*; e finalmente a organização dos serviços pela implementação de novas estratégias de planificação de cuidados pré-operatórios que visam a melhoria contínua dos cuidados prestados.

6- FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS INICIAIS

Como objetivos gerais definem-se:

- Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem Pré-Operatórios às pessoas propostas para cirurgia eletiva, através da técnica de Atenção Plena/*Mindfulness* para a promoção do Autocontrolo da Ansiedade Pré-operatória;
- Promover a satisfação da pessoa submetida a cirurgia, através do reforço de intervenções no pré-operatório e acolhimento, com enfoque na promoção do autocontrolo da ansiedade pré-operatória.

Assim, a pergunta de investigação subjacente a este projeto é “Quais são os efeitos da planificação de cuidados de enfermagem pré-operatórios focados no autocontrolo da ansiedade através da técnica de Atenção Plena/*Mindfulness* na experiência pré-operatória da pessoa em situação de cirurgia eletiva?”.

7- METODOLOGIA

Considerando o disposto, desenhou-se um projeto de intervenção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço, centrado na pessoa e objetivando a diminuição da ansiedade pré-operatória e melhoria do seu autocontrolo, com ênfase na relação terapêutica e no empoderamento da pessoa, com a intenção facilitar, no limite, toda a experiência peri-cirúrgica.

De seguida, descrevem-se os passos metodológicos que contribuíram para a elaboração do PMCQCE.

7.1- POPULAÇÃO-ALVO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Inicialmente foi definida como população-alvo todas as pessoas a aguardar cirurgia eletiva no serviço. Por questões de *timing*, definiu-se que seria necessário estabelecer contacto com essas pessoas antes do momento de internamento para a cirurgia, portanto o momento adequado seria a consulta de enfermagem pré-operatória para a qual as pessoas são convocadas. Seria realizada uma amostragem por conveniência, não aleatória e consecutiva. Os critérios de exclusão foram debatidos em equipa e são apresentados mais à frente. Também o momento do primeiro contacto foi posteriormente ajustado, tendo sido definida a necessidade de um contexto exclusivo para esta abordagem, externo à referida consulta de enfermagem pré-operatória, mas que deveria decorrer posteriormente a essa consulta.

7.2- PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES DO PROJETO E OBJETIVOS

Embora o termo “ansiedade pré-operatória” não esteja definido nas linguagens classificadas em enfermagem, Sampaio et. al, (2020) referem que este termo é frequentemente encontrado na literatura e consideram a “ansiedade pré-operatória”

um diagnóstico de enfermagem relevante, derivado do diagnóstico “ansiedade”, no qual é possível intervir autonomamente.

Nos contactos com a equipa e chefia do serviço validou-se a prevalência desta ansiedade pré-operatória e foram referidas pela equipa dificuldades em adereçar respostas a esse diagnóstico, quer pela escassez de tempo, quer pela especificação da resposta em saúde mental. Ficou assim determinado que este projeto poderia trazer benefícios e melhorias, particularmente para a necessidade que se reconhecia na população, mas também às necessidades da equipa de estabelecer uma resposta dirigida a este problema.

Por ser de tempo limitado, ficou definido que utilizar a consulta de enfermagem pré-operatória para o convite aos participantes e ensinar, instruir e treinar a técnica poderia atrasar o funcionamento normal da consulta pré-operatória e então deveria haver um contacto individual com a pessoa que aceitasse participar no estudo, imediatamente posterior à consulta de enfermagem pré-operatória.

Em 2017, Chad-Friedman e a sua equipa publicaram os resultados de um estudo piloto, semelhante ao de Westenberg et al., (2018), que visava avaliar os resultados da aplicação de uma curta intervenção de 60 segundos de *Mindfulness* na dor, ansiedade, raiva, depressão e angústia experienciados. Os participantes foram convidados a assistir a um vídeo de 60 segundos (disponível em <https://www.pixelthoughts.co/>), de *Mindfulness*. Este estudo serviu de inspiração ao projeto e a técnica foi adaptada: em vez da utilização de um *site online* para visualização do vídeo, e também pela experiência pessoal de utilização de vídeos da plataforma *YouTube*, definiu-se a realização de um vídeo para o efeito, de meditação guiada pela enfermeira do serviço responsável pelo projeto e que convidaria os participantes, por forma a permitir uma maior identificação com o contexto e meio ambiente do internamento. Assim, criou-se um vídeo de meditação guiada de 8 minutos com a imagem de um nascer do sol sobre o mar (genericamente tranquilizadora), em que são fornecidas as indicações para a prática da técnica de Atenção Plena/*Mindfulness*, que permite à pessoa a aplicação da técnica no seu contexto e no seu tempo, tantas vezes quantas entender necessárias. Este vídeo será disponibilizado, preferencialmente via e-mail, mas com a possibilidade de ser via *pendrive*, às pessoas que aceitarem participar no estudo, após a consulta de enfermagem pré-operatória.

Ressalva-se que a literatura aponta que em média as práticas de Atenção Plena/*Mindfulness* têm em média 10 minutos (intervalo 5 a 25 minutos, desvio padrão

3 minutos) (Leyland et al., 2019), aconselhando-se para iniciantes entre 5 e 10 minutos (Buddhadāsa Bhikkhu, 2016), pelo que se optou por orientar a prática nesta intervenção para 8 minutos.

Em função das orientações do Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), os diagnósticos de enfermagem que devem ser identificados na pessoa para integrar a população-alvo deste projeto serão “Ansiedade moderada ou elevada” e/ou “Autocontrolo da Ansiedade Comprometido”. A técnica de Atenção Plena/*Mindfulness* será utilizada simultaneamente como técnica de relaxamento e de promoção do autocontrolo, esperando-se capacitar a pessoa para responder às emoções e sentimentos negativos que vivencia. Desta forma espera-se também contribuir positivamente para o *coping* resiliente, enquanto medida de resistência e enfrentamento perante situações stressantes mas também a capacidade de prosperar, no sentido de desenvolver novas competências perante essas situações (Pais-Ribeiro & Morais, 2010).

Assim, o contacto com a pessoa será estabelecido no dia da consulta pré-operatória, num momento imediatamente posterior a essa, como primeira fase da intervenção, para:

- Estabelecer (iniciar) relação terapêutica;
- Avaliar o nível e caracterizar a Ansiedade [pré-operatória] da pessoa;
- Avaliar a angústia [pré-operatória] da pessoa;
- Avaliar *Coping* Resiliente da pessoa;
- Ensinar, instruir e treinar técnica de Atenção Plena/*Mindfulness*;
- Disponibilizar vídeo para prática de Atenção Plena/*Mindfulness*.

Para que se possa comparar a Ansiedade Pré-Operatória ao longo do período pré-operatório, considera-se que os dois momentos de avaliação necessitam de se encontrar no mesmo plano temporal. Por isso, a segunda fase deste estudo decorrerá também no período pré-operatório, no momento da admissão ao internamento. Nesta segunda fase os objetivos serão:

- Avaliar o nível e caracterizar a Ansiedade [pré-operatória] da pessoa;
- Avaliar a angústia [pré-operatória] da pessoa;

Entende-se que a evolução dos níveis de ansiedade e angústia entre estas duas fases permitirão avaliar quantitativamente a eficácia da intervenção.

Finalmente, numa terceira fase, num período já pós-operatório pretende-se:

- Caracterizar, através de questionário semiestruturado de perguntas abertas, a experiência (e satisfação) da pessoa relativamente ao programa;
- Avaliar *Coping* Resiliente da pessoa;

7.3. FONTES DE DADOS

Os dados em que se baseia este projeto são provenientes de várias fontes. Primeiramente, foi realizada uma revisão bibliográfica relativa ao estado da arte, que permitiu conhecer projetos semelhantes e inspirar este. Nesta fase já havia uma atenção redobrada na prática diária à ansiedade pré-operatória das pessoas. No entanto, e ao procurar registos dessa ansiedade no programa SClinico, verificou-se que eram bastante escassos e díspares da realidade observada, sendo que era frequentemente veiculada em passagem de turno a informação de que a pessoa aparentava estar ansiosa ou muito ansiosa, havendo uma atenção dos membros da equipa de enfermagem à terapêutica medicamentosa (habitual da pessoa, de domicílio) dirigida a esse diagnóstico e à respetiva prescrição médica.

Para avaliar o contexto específico em que este projeto se aplica, recorreu-se inicialmente a entrevistas informais à equipa e à chefia sobre a oportunidade do projeto. De seguida, foi necessário reunir dados institucionais referentes às cirurgias realizadas no serviço. Para tal, foi solicitado o apoio da senhora técnica administrativa do serviço, que disponibilizou as informações referentes ao número e tipo de cirurgias e aos dados demográficos da população a elas submetida.

Para que fosse possível formalizar as informações da equipa sobre a ansiedade pré-operatória no serviço, foi realizada um questionário via *GoogleForms*, cujos resultados são descritos mais à frente neste trabalho. As questões colocadas relacionavam-se com a frequência percecionada pelos profissionais do fenómeno de ansiedade pré-operatória no serviço, a sua relevância enquanto problema, a importância de um programa de resposta a esse fenómeno, sinais e sintomas para diagnóstico de ansiedade pré-operatória e intervenções a ele dirigidas, continuidade de cuidados (passagem de informação e registo do diagnóstico) relativas ao fenómeno, literacia referente a complicações de ansiedade pré-operatória e *Mindfulness*, e por fim, oportunidade de um programa baseado em *Mindfulness* como programa de melhoria no serviço. Posteriormente, com os dados recolhidos, foi estruturado o *focus group* que permitiu em equipa determinar as linhas definidoras da intervenção.

Os instrumentos de recolha de dados foram selecionados pela enfermeira responsável pelo projeto e não foram submetidos à validação pela equipa por não existir nela enfermeiros EESMP. Não obstante, a utilização dessas ferramentas foi discutida com a Professora Orientadora do mestrado. Foi ainda definido que em entrevista semiestruturada final, seria indagada a satisfação dos participantes referente à experiência no estudo.

7.3.1 Instrumentos de Avaliação

Os parâmetros a avaliar serão a Ansiedade, a Angústia (ou *distress*) e o *Coping* Resiliente.

Para avaliar a Ansiedade será utilizada a escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung que avalia a ansiedade estado (situacional) da pessoa com base nos sinais e sintomas mais descritos para a ansiedade. Composta por 20 itens, distingue parâmetros cognitivos, motores, vegetativos e do sistema nervoso central. A pessoa deve escolher uma de quatro respostas, “nenhuma ou raras vezes”, “algumas vezes”, “uma boa parte do tempo”, “a maior parte ou totalidade do tempo”, e atribui-se uma cotação de 1 a 4, sendo algumas questões formuladas inversamente. A pontuação varia de 20 a 80, considera-se 37 o ponto de corte para ansiedade significativa, e cotações até 44 traduzem um nível de ansiedade normal, 45 a 59 corresponde a ansiedade moderada, 60 a 75 ansiedade elevada e valores superiores a 75 traduzem ansiedade extrema (Costa et al., 2018).

A angústia será avaliada com recurso ao Termómetro de *Distress*. Este instrumento foi desenvolvido pela *National Comprehensive Cancer Network*, por ©Alex Mitchell, e a versão portuguesa é de R. J. Teixeira e M. G. Pereira, Universidade do Minho, 2019, e pretende avaliar a experiência emocional desagradável e de que forma esta experiência interfere com a capacidade de lidar com a doença. A pessoa deve classificar a sua angústia numa escala de 0 (sem angústia) a 10 (angústia extrema) e posteriormente identificar problemas que lhe tenham causado transtorno na última semana, sejam de ordem prática, familiar, emocional, espiritual ou física. Para efeitos de clarificação, importa referir que segundo a CIPE (2019) o termo “angústia” se refere a uma “Emoção negativa: sentimentos de dor intensa e forte, pena, aflição”, e se traduz no Inglês em “*Distress*”, portanto, para efeitos deste projeto os dois termos assumem-se como iguais.

A Escala Breve de *Coping* Resiliente será utilizada para caracterizar as respostas adaptativas da pessoa perante situações adversas. *Coping* e resiliência são conceitos que traduzem respostas adaptativas, sendo que o primeiro se relaciona com as

repostas imediatas a situações stressoras, e o segundo se prende com um traço de personalidade, a capacidade de responder de forma adaptativa no sentido do autodesenvolvimento e desenvolvimento de competências (Pais-Ribeiro & Morais, 2010). *Coping* define-se em CIPE (2019) como “Atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico”, distinguindo-se de autocontrolo “Volição: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo [em movimento, em curso, manter o fluxo], lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e atividades de vida”. Entenda-se então o *Coping* como sendo a atitude que subjaz ao comportamento “Autocontrolo da Ansiedade”, assumindo-se que se o programa permitir identificar melhorias ao nível do *Coping* Resiliente dos participantes, então os comportamentos decorrentes desta atitude mais positiva deverão ser também eles mais positivos e com resultados que se prolongarão no tempo.

7.3.2 Focus Group com a equipa

Com o intuito de compreender a visão da equipa do serviço sobre a adequabilidade, aplicabilidade, potencialidades e ameaças deste projeto, foi realizado um *focus group* para discutir o programa por fases e obter consensos para a sua operacionalização.

O *focus group* teve como objetivos: a) discutir a aplicabilidade do programa na perceção dos elementos da equipa e b) identificar oportunidades e ameaças ao sucesso do programa.

Organização do *focus group*

Os profissionais da equipa foram convidados através de e-mail para a participação no *focus group* que se realizou *online*. Foram convocados todos os 21 elementos da equipa de enfermagem do serviço, aquando do já referido questionário via *GoogleForms*, que serviu também para disponibilizar a informação sobre consentimento para participação, objetivos do *focus group* e data e hora do encontro *online*.

No momento do *focus group* e após consentimento dos participantes para gravação de som e imagem do grupo, visualizou-se um *trecho* do vídeo de Atenção Plena/*Mindfulness* proposto para o projeto e deu-se início à discussão de opiniões, orientada pelas perguntas da entrevista:

- O que pensam dos critérios de seleção da população? Têm outras sugestões?
- O que vos parece deste primeiro contacto ser na consulta pré-operatória? Têm alguma sugestão alternativa que lhe pareça mais adequada?

- O que vos parece do tempo da primeira consulta (45')?
- No vosso entender, quais serão as maiores dificuldades e facilidades desta fase do programa?
- O que pensam do tempo de duração do vídeo (8')
- O que vos parece da disponibilização do vídeo via e-mail? E da utilização livre por parte da pessoa (no tempo e lugar que a pessoa optar, com a frequência de quiser, ao longo do período entre a consulta e a cirurgia)?
- Nesta fase [admissão ao internamento] pretende-se avaliar a ansiedade e a angústia (*distress*) da pessoa. Parece-vos que este seja um momento oportuno para o fazer?
- No vosso entender, quais serão as maiores dificuldades e facilidades à execução desta fase do programa?
- Se fossem utentes e este programa vos fosse disponibilizado, estariam dispostos a utilizá-lo? Se sim, quais seriam as vantagens e os obstáculos que poderiam encontrar?

Participantes

No *focus group* participaram 5 elementos do serviço, 1 de sexo masculino e 4 de sexo feminino, entre os 30 e 51 anos de idade, e com tempos de exercício de funções no serviço entre 3 e 22 anos. Dois eram enfermeiros especialistas, dois generalistas e um elemento era o enfermeiro chefe do serviço. O grupo durou 1h10 minutos.

Tratamento da informação

A transcrição dos dados de uma entrevista ou um *focus group* é um processo que consiste na conversão da informação gravada (em áudio ou vídeo) para informação escrita, em texto (Bennett et al., 2019). Este foi um passo do processamento e análise de dados qualitativo que permitiu ao investigador ler e correr o texto rapidamente para extrair a informação essencial, identificar palavras ou temas chave (Parameswaran et al., 2019), sendo realizada uma (pré)seleção reflexiva de conteúdo dada a sobrecarga desnecessária de informação bruta (Bennett et al., 2019; Parameswaran et al., 2019).

Uma das desvantagens do processo de transcrição é o fator humano e interpretativo que se perde ao colocar em texto aquelas que são expressões e manifestações comunicacionais presentes no discurso, correndo-se o risco de incorrer em interpretações erróneas, sendo a forma possível de minimizar estes riscos a transcrição pelo investigador principal do estudo (Parameswaran et al., 2019), que neste caso concreto foi também moderador da sessão. Ademais, o processo de imersão através do qual o investigador se familiariza com a informação, ao ouvir

repetidamente a informação e ao confrontá-la a sua representação escrita, permite-lhe fazer reparos e anotações que facilitam a análise e interpretação dos dados, bem como confirmar a qualidade da transcrição (Bennett et al., 2019).

Os dados obtidos no *focus group* foram tratados com recurso ao método de análise temática em simultâneo com o *live coding*, (Parameswaran et al., 2019) em que o foco é o conteúdo das afirmações de cada um dos participantes no *focus group* (Bennett et al., 2019), procurando concordâncias entre os elementos da equipa relativamente à aplicação do projeto em causa. Codificaram-se concordâncias e discordâncias no sentido de otimizar a operacionalização do projeto “*Mindfulness* no Autocontrolo da Ansiedade Pré-operatória”, na perspetiva da equipa do serviço.

O processo de análise de dados qualitativo na etapa de “codificação” consistiu na (re)seleção de informação atribuindo-lhe um código ou termo que permita agrupar gradualmente a informação de forma a maximizar o nível de compreensão dos dados (Bennett et al., 2019), relacionando os dados com os temas e os temas com os dados (Parameswaran et al., 2019). Neste trabalho, a intenção dos dados recolhidos foi validar a aplicabilidade, forças e ameaças do projeto desenhado.

O *live coding*, como defendido por Parameswaran et al., 2019, refere-se à forma dinâmica de codificar texto através de vídeo ou áudio diretamente, dispensando a transcrição, mas assegurando ainda assim a integridade do processo de codificação. Estes autores testaram o seu processo de *live coding* comparativamente ao *coding* tradicional (que denominaram *open coding*) e concluíram que as informações não verbais que era possível retirar do vídeo e do áudio acrescentavam fidedignidade à informação verbal veiculada. Acrescentam ainda que a utilização das duas técnicas simultaneamente pode trazer ganhos nalguns casos.

8 - RESULTADOS

O *focus group* realizado teve como objetivo discutir a aplicabilidade e metodologia do PMCQCE, e ajustar procedimentos de acordo com a visão da equipa.

- Seleção da população e amostra para o projeto

A população alvo do estudo seria “todas as pessoas internadas para cirurgia eletiva, no serviço de cirurgia geral onde se exerce funções”, ou segundo a equipa, “qualquer utente que pertença ao ficheiro deste serviço, mesmo que fisicamente integrado noutra, por motivos externos à equipa de enfermagem”.

Em discussão, a equipa concordou que deveriam ser excluídos todos os utentes que no primeiro contacto estivessem “incapazes de seguir ordens e obedecer a comandos” (SIC), e assim revelassem diagnóstico CIPE de “Desorientação”. Discutiu-se ainda a importância de “saber ler e escrever” para participar no estudo, tendo ficado definido que esse não deveria ser critério de inclusão já que poderiam verificar-se fatores facilitadores no caso de pessoas que não soubessem ler ou escrever ou não saber utilizar o e-mail, como por exemplo “o apoio da família” (SIC).

Obteve-se concordância referente a estes critérios por parte de todos os participantes.

➤ Momento do primeiro contacto com o utente

Esta questão motivou algum debate *à posteriori*, se inicialmente os participantes concordaram que este seria um bom momento para a realização do primeiro contacto, após refletir sobre o tempo de duração deste contacto (45') decidiram que era essencial que este contacto decorresse em gabinete separado, depois das consultas de pré-operatório já implementadas (cirúrgica e de anestesia). Considerou-se que desta forma as pessoas poderiam estar mais “focadas” (SIC.) e dispostas a colaborar. Obteve-se concordância relativamente a esta solução por parte de todos os participantes.

➤ Tempo da primeira consulta (45')

Analisando as etapas necessárias para colheita de informação e implementação da atividade, os participantes concordaram que o tempo estava adequado, e posteriormente refletiram sobre o enunciado acima, da necessidade de existir um momento e espaço individual para esta realização, tendo ficado definido que teria de ser realizado em contexto específico imediatamente após a consulta de enfermagem pré-operatória.

➤ Maiores dificuldades e facilidades desta fase do programa

A reflexão grupal sobre este ponto determinou que a integração deste momento interventivo com o utente na consulta de anestesia de enfermagem pré-operatória seria dificultada pela eventual (in)disponibilidade do enfermeiro responsável por essa consulta, derivada da necessidade de cumprir os agendamentos, tendo sido apresentada a solução já apontada, com a qual todos concordaram. Outra dificuldade importante destacada relacionou-se com a disponibilidade das pessoas para participar no estudo, nomeadamente decorrente da necessidade de assinar (ou colocar a impressão digital) o consentimento livre e esclarecido. Para esta dificuldade não foi possível obter uma solução alternativa, porém a discussão dos princípios éticos

subjacentes a esta questão bem como do direito da pessoa em recusar a participação sem qualquer consequência para si permitiu à equipa entender esta dificuldade como inerente ao processo.

Considerou-se ainda como facilidade a integração deste momento de primeiro contacto num período em que a pessoa já teria de se deslocar ao hospital, não incorrendo assim em transtornos acrescidos para ela, e ainda o facto da equipa reconhecer da prática a frequência do fenómeno de ansiedade pré-operatória.

Os participantes concordaram relativamente ao exposto.

- Tempo de duração do vídeo (8')

Relativamente a esta questão os participantes concordaram que seria um período adequado, “nem muito curto nem muito longo” (SIC), sem ter motivado grande debate.

- Disponibilização do vídeo via e-mail com uso livre por parte da pessoa

A eventual dificuldade de algumas pessoas em utilizar o e-mail foi apontada como a maior desvantagem da disponibilização do vídeo por essa via. Como forma de contornar este obstáculo, definiu-se que o envolvimento da família poderia ser uma estratégia importante, bem como incluir na atividade (e na consulta inicial) familiares ou cuidadores de pessoas mais dependentes ou com maior compromisso cognitivo. Obteve-se concordância referente a esta solução, e considerou-se ainda que esse podia funcionar como fator facilitador da adesão ao programa.

- Avaliação da ansiedade e a angústia (*distress*) da pessoa [admissão ao internamento]

Na resposta a esta pergunta, os participantes destacam a dificuldade de disponibilizar tempo para esta atividade quando as admissões são feitas no dia da cirurgia, em particular com um curto intervalo antecipatório. Importa, para efeitos de contextualização, referir que este é um problema que tem sido identificado e referido pela equipa, particularmente quando os utentes são admitidos ao longo da manhã para ser ainda submetidos a cirurgia nesse período, nomeadamente pela dificuldade de gerir vagas no serviço dada a elevada taxa de ocupação, mas que até ao momento não tem resposta definida. Era, portanto, expectada, desde o início do planeamento do projeto, que esta janela de tempo pudesse ser apontada pela equipa como desadequada ou dificultadora. Durante a discussão em grupo, foi identificada esta dificuldade, foi justificada a necessidade de fazer as avaliações referidas neste período (que determina o final do período pré-operatório), e um dos participantes referiu que “se tivéssemos de cumprir outra exigência protocolada neste período íamos fazê-lo,

outra avaliação de um risco ou de um perímetro de braço, portanto no limite arranjaremos sempre forma de o fazer!” (SIC). Reconhecendo-se que este não é o momento mais facilitador no caso das admissões para cirurgia no próprio dia, o grupo manifestou concordância acerca da necessidade da realização desta intervenção específica neste *timing*.

- Vantagens e desvantagens da aplicação da entrevista semiestruturada nesta fase [pós-operatório] do programa

A equipa, em discussão, identificou como maiores desvantagens da aplicação de uma entrevista neste período as relacionadas com os efeitos secundários da anestesia (sonolência, eventualmente alguma desorientação) e a dor decorrente da cirurgia.

Para contornar estas dificuldades, concluiu-se que a aplicação da entrevista no pós-operatório deveria cumprir um mínimo de 6 horas pós-operatório para ser aplicada, de forma a permitir à pessoa um período de convalescença imediato confortável. Em discussão, considerou-se a possibilidade de “ser após as 6 horas, quando faz levantar”, porém outro elemento evidenciou que “nem sempre faz levantar após as 6 horas, devemos garantir primeiro que a pessoa está disponível para responder e que as suas necessidades e funções básicas estão asseguradas”. Portanto, ficou assumido em concordância que este período poderia variar de pessoa para pessoa, nunca sendo inferior às 6 horas e que era dependente do controlo da dor adequado, e do conforto e disponibilidade da pessoa. No entanto, um outro participante frisou a importância de não permitir que decorresse “demasiado tempo, porque depois a pessoa esquece-se de algumas partes da experiência”. Ficou então estipulado que entre 6 horas e até ao 2º dia pós-operatório seria a janela ideal para aplicar esta entrevista.

- Disponibilidade para aplicação do programa como utentes e as vantagens e os obstáculos que poderiam encontrar

Todos os participantes consideraram que a participação neste programa caso fossem ser submetidos a cirurgia poderia ser interessante e uma mais-valia para o controlo da ansiedade que antecipavam sentir “só de pensar no tubo pela boca ficava logo ansiosa!” (SIC), sendo o controlo dessa ansiedade a maior vantagem que identificavam na participação no programa. Como desvantagem, identificaram a motivação para participar autonomamente na realização da atividade em casa, sugerindo que poderia ser colmatada através do envio de mensagens, personalizadas, via telemóvel sob a forma de lembrete, “ajuda a pessoa a sentir que do outro lado está alguém que a apoia” (SIC), referiu um dos elementos. Ficou assim determinado por concordância a necessidade da integração deste sistema de “lembretes” no programa.

Ao longo do *focus group* foi ainda realizado o levantamento de informação para preenchimento do guião de observação do *focus group*.

Primeiramente, o grupo aderiu às questões colocadas, respondendo em todas as perguntas, manifestando-se mais a participação de alguns elementos, outros assumindo uma postura mais concordante. Nalgumas perguntas houve debate de ideias e necessidade de encontrar a melhor opção conjuntamente.

Relativamente à temática central, Ansiedade e Atenção Plena/*Mindfulness*, a única questão colocada prendia-se com a curiosidade/necessidade de visualizar o vídeo executado para o programa, para aqueles que embora familiarizados com técnicas meditativas e de autocontrolo não conheciam especificamente o *Mindfulness*.

Não se verificaram declarações/expressões que evocassem conflito durante o grupo de discussão.

As principais contradições na discussão prenderam-se com os critérios de seleção para os participantes a incluir no estudo. A patologia, saber ler e escrever, a idade e a condição de apresentar ou não ansiedade clinicamente significativa ao momento da primeira consulta, saber utilizar o e-mail e até o nível cognitivo da pessoa foram parâmetros debatidos, justificando-se em grupo a sua não seleção como critérios de exclusão de amostra.

As principais experiências comuns expressadas pelo grupo prendiam-se com a dificuldade de assegurar todos os cuidados e protocolos pré-operatórios imediatos, particularmente nalgumas fases do dia. Também o reconhecimento da ansiedade na pessoa em situação pré-operatória e a dificuldade em encontrar estratégias e tempo para dedicar à pessoa nesse momento foram experiências partilhadas pelo grupo.

Durante o grupo de discussão, não se destacaram alianças evidentes entre membros específicos, todos comunicaram de forma assertiva, expondo opiniões maioritariamente concordantes entre si, nenhum membro ou ponto de vista foi silenciado ou menos evidenciado e nenhuma visão se tornou particularmente dominante. Os desacordos foram resolvidos através do levantamento de prós e contras de cada ideia e finalmente pela concordância de todos os participantes do grupo.

Os tópicos que produziram consenso foram a duração do vídeo e a duração da primeira consulta, tendo este segundo motivado a discussão sobre o contexto da mesma.

Este grupo permitiu, mais do que a representação dos interesses de cada enfermeiro, a representação dos interesses da equipa e da vontade coletiva de melhorar o processo para as pessoas internadas, motivando assim os profissionais.

Para além do *focus group* foi também realizado o referido questionário *online* no qual participaram 9 elementos do serviço, que forneceram a sua opinião e experiência relativamente ao tema “*Mindfulness* e ansiedade pré-operatória”. Serão consideradas todas as respostas ao formulário para efeitos de dados.

Dos respondentes ao questionário, 1 era do sexo masculino (11,1% da amostra), as idades eram compreendidas entre os 30 e os 57 anos de idade, tinham entre 8 e 31 anos de experiência como enfermeiros e estavam a exercer funções naquele serviço há mínimo de 1 ano e máximo de 26 anos. Da amostra, 6 eram enfermeiros generalistas (66,7%), 2 eram enfermeiros especialistas (22,2%) e 1 era enfermeiro chefe (11,1%).

Relativamente à frequência do fenómeno “ansiedade em pessoas em situação pré-operatória”, 1 profissional (11,1%) respondeu que acontecia “sempre”, 6 (66,7%) consideraram que acontecia “muito frequentemente”, e 2 (22,2%) consideraram que acontecia “frequentemente”, não havendo ninguém a selecionar as opções “pouco frequentemente” e “raramente ou nunca”. Relativamente à relevância do fenómeno “ansiedade em pessoas em situação pré-operatória” no serviço, 3 (33,3%) respondentes consideraram que este é “um problema muito relevante”, 4 (44,4%) consideraram que é “um problema relevante” e 2 (22,2%) consideraram que é um “problema com alguma relevância” no serviço, não havendo ninguém a selecionar as opções “não é um problema” ou “um problema pouco relevante”. Relativamente à realização de um projeto de resposta a esta problemática, 6 (66,7%) profissionais consideraram que essa realização seria “muito importante”, 2 (22,2%) consideraram que seria “importante” e 1 (11,1%) considerou que “tem alguma importância”. As opções “tem pouca importância” e “não é importante” não foram selecionadas. A prevalência de respostas a estas três perguntas apoia a oportunidade e pertinência do tema em análise, bem como a necessidade da formulação de uma resposta a esse problema.

O questionário pretendia também saber em que dados os enfermeiros se baseavam para avaliar a ansiedade dos utentes, 6 (66,7%) profissionais referiram a taquicardia e/ou taquipneia, 9 (100%) referiram a verbalização de ansiedade, medo ou preocupação por parte da pessoa, 5 (55,6%) referiram a “velocidade de discurso acelerada”, ou taquipsiquia, e 8 (88,9%) referiram inquietude ou impaciência.

Curiosamente, nenhum dos profissionais referiu aplicar a escala (disponível no programa informático) para validação da ansiedade. Os dados em que os enfermeiros da equipa se baseiam estão assim de acordo com o preconizado pelo já referido Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o que demonstra a utilização de parâmetros corretos para identificação de Ansiedade por parte da equipa, mesmo considerando que à data da recolha de informação nenhum dos elementos da equipa era enfermeiro ESMP.

Posteriormente, pretendeu-se saber as intervenções aplicadas pelos enfermeiros direcionadas a este foco de enfermagem. A escuta ativa (33,3%), a (gestão da) comunicação (55,6%), o esclarecimento de dúvidas (33,3%) e apoiar a pessoa (44,4%) surgem como respostas mais frequentes por parte da equipa. Um dos profissionais (11,1%) refere incentivar a respiração diafragmática como técnica de relaxamento. Novamente, recordando que à data nenhum elemento da equipa era ESMP, verificam-se concordâncias entre as intervenções executadas por esta equipa e o preconizado no Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ressaltando-se que as intervenções executadas no serviço e referidas pela equipa são da competência do enfermeiro generalista.

Os profissionais foram incentivados ainda a identificar as implicações para a prática que decorriam da ansiedade das pessoas, o aumento do tempo de cuidados a dedicar à pessoa é identificado por 4 dos elementos (44,4%), complicações no internamento são identificadas por 3 (33,3%), bem como o favorecimento de situações de stress ou ansiedade na prestação de cuidados (33,3%). Posteriormente, 6 (66,7%) elementos identificam que a ansiedade pré-operatória pode ser danosa para a pessoa e 3 (33,3%) consideram que talvez possa ser, 4 (44,4%) elementos identificam que a ansiedade pré-operatória pode prejudicar especificamente a recuperação da pessoa no pós-operatório e 5 (55,6%) consideram que talvez possa prejudicar essa recuperação. A equipa foi ainda incentivada a refletir sobre os problemas no pós-operatório que eventualmente possam estar relacionados com a ansiedade, e todos identificaram alterações no padrão de sono e aumento de queixas algicas no pós-operatório, 8 elementos (88,9%) considerou comportamento agressivo ou hostil, 7 (77,8%) elementos consideraram a relação com os outros dificultada (nomeadamente com a equipa de enfermagem), 5 (55,6%) identificaram o aumento de tempo de internamento, 4 (44,4%) identificaram isolamento ou dificuldade na expressão de emoções e 2 (22,2%) reconheceram o atraso na regeneração dos tecidos como eventual consequência deste fenómeno. Embora não se possa considerar que a literacia em ansiedade desta equipa esteja diminuída, uma formação em serviço sobre

o tema, prévia à implementação do programa, pode ser importante para apoiar a implementação do mesmo.

Relativamente ao assegurar a continuidade de cuidados, 6 (66,7%) respondentes referem que têm por hábito passar a informação ao colega em passagem de turno e 3 (33,3%) refere que o faz por vezes. No entanto, 2 elementos (22,2%) referem que não registam essa informação no SClínico, 4 (44,4%) refere registar por vezes e 3 (33,3%) refere registar no programa. Esta também pode ser uma temática relevante a incluir na formação em serviço.

Relativamente à técnica de Atenção Plena/*Mindfulness*, 5 (55,6%) elementos já ouviram falar e 3 (33,3%) já tiveram oportunidade de experimentar, ainda assim, apenas 2 (22,2%) referiram conhecer os benefícios desta técnica para a ansiedade. Não obstante, 3 (33,3%) elementos consideram que um programa baseado em Atenção Plena/*Mindfulness* pode trazer benefícios àqueles que vivenciam ansiedade no período pré-operatório, e 4 (44,4%) consideram que um programa baseado nesta técnica poderá resultar como Programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem no serviço. Para implementar a intervenção com maior rigor, a formação em serviço deveria incluir uma vertente prática de treino da técnica de Atenção Plena/*Mindfulness*.

Apresenta-se agora o fluxograma que esquematiza o circuito e atividades do doente ao longo da sua participação no PMCQCE:

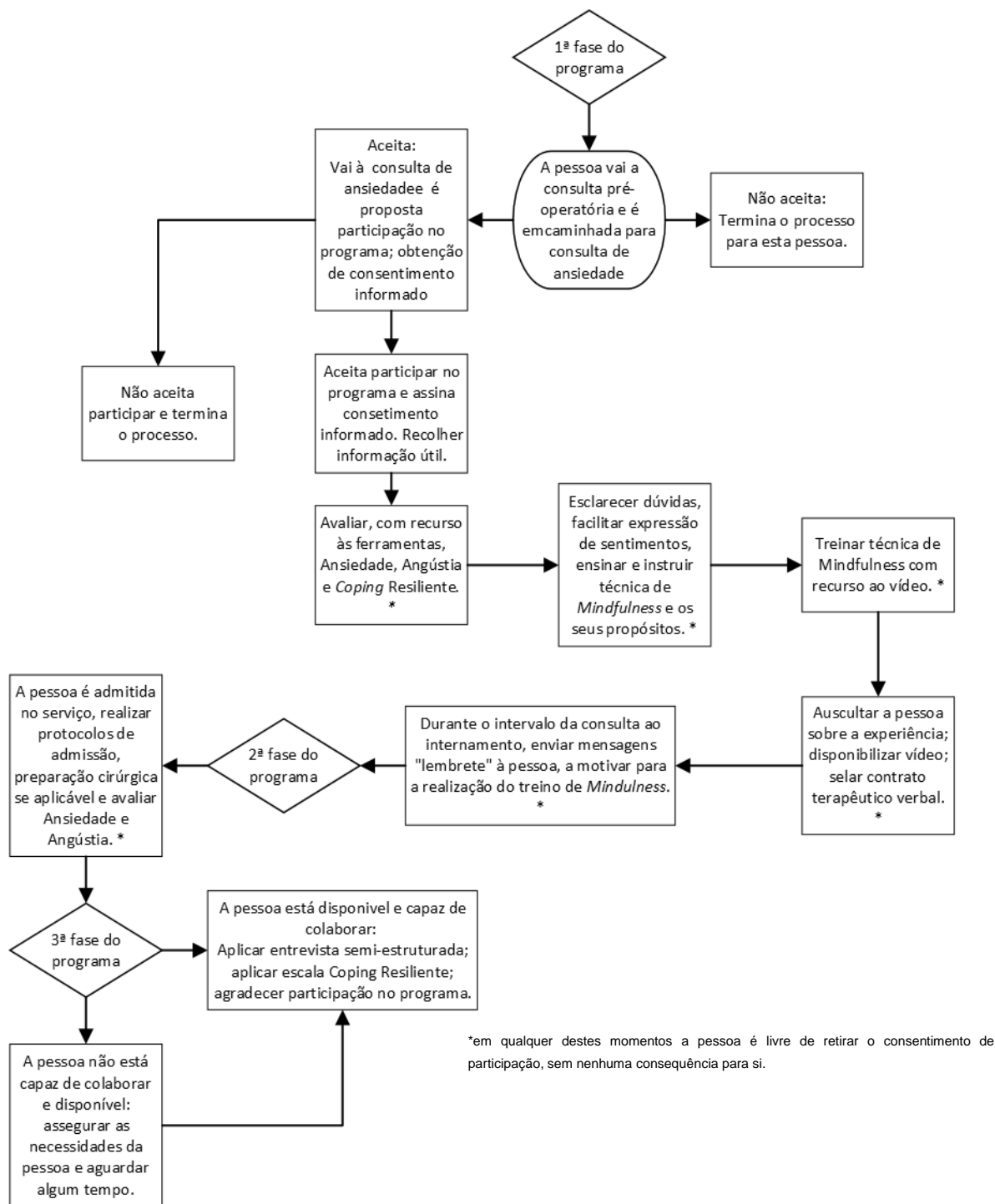


Figura 2: Fluxograma

9- INDICADORES DE QUALIDADE DO PROJETO

Finalmente, definem-se os indicadores de qualidade deste projeto. Importa considerar três tipos de indicadores: estrutura, processo e resultado. Os indicadores de estrutura implicam os recursos materiais (como o espaço físico onde são prestados os cuidados

ou os aspectos monetários do projeto), os recursos humanos (como o número de profissionais envolvidos e as suas qualificações) ou até a estrutura organizacional do projeto (como métodos de revisão pelos pares); os indicadores de processo prendem-se com o plano de cuidados, execução de cuidados e o envolvimento dos participantes; e os indicadores de resultado avaliam os ganhos obtidos em saúde e satisfação dos utentes (Donabedian *como referido por* Cerqueira, 2018).

Assim definem-se:

Indicadores de estrutura	<ul style="list-style-type: none"> • A existência de sala individual com mesa e cadeiras para a 1ª consulta; • A quantidade de dias (úteis) que o enfermeiro consegue disponibilizar para a 1ª consulta; • O número de enfermeiros ESMP que participam na 1ª consulta (um em cada consulta, espera-se que este número não seja maior que 2 profissionais).
Indicadores de processo	<ul style="list-style-type: none"> • A percentagem de pessoas abordadas que aceita participar no projeto; • A quantidade de vezes que cada participante executa autonomamente a técnica de Atenção Plena/<i>Mindfulness</i> antes da cirurgia (considerar período de espera de cada pessoa);
Indicadores de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição (estatisticamente significativa) no nível de ansiedade dos participantes; • Diminuição (estatisticamente significativa) no nível de angústia dos participantes; • Aumento (estatisticamente significativo) do <i>Coping</i> Resiliente dos participantes; • Percentagem de participantes satisfeitos com o programa; • Grau de satisfação dos participantes para com o programa.

Estes indicadores vão permitir avaliar o sucesso do PMQCE após a sua aplicação.

CONCLUSÃO

Com este trabalho pretende-se comprovar a aquisição e desenvolvimento de competências com vista à obtenção do grau Mestre em EESMP.

Ao longo dos EC e estágio, a avaliação contínua das necessidades e aplicação de intervenções EESMP e a avaliação dos seus resultados nos processos de cuidar das pessoas, famílias e comunidades; o aprofundar do autoconhecimento e do conhecimento científico; a partilha dos conhecimentos e evidências encontradas com as equipas e em congresso (e o que se aprendeu nesses momentos); a implementação de programas de intervenção e o compromisso assumido durante todos estes processos foram as ações que permitiram ir de encontro às unidades de competência, comuns e específicas, definidas pela OE para os enfermeiros EESMP.

A realização de um PMCQCE permitiu ainda definir linhas de resposta a problemas identificados no serviço, nomeadamente a ansiedade vivenciada pelas pessoas em situação pré-operatória de cirurgia eletiva, devidamente fundamentadas na evidência científica disponível, mas também na experiência da equipa daquele serviço específico. Este processo foi importante para transladar para o contexto da prática de enfermagem as aprendizagens académicas, contribuindo assim para a melhoria contínua dos cuidados prestados, quer do ponto de vista do utilizador quer do ponto de vista das equipas profissionais. Através da implementação do programa *Mindfulness* no Autocontrolo da Ansiedade Pré-operatória espera-se contribuir para a diminuição da ansiedade e da angústia das pessoas em situação pré-operatória eletiva, mas também melhorar as suas respostas de *coping* perante (esta e outras) situações adversas, sem custos significativos para os serviços ou instituições. A eficácia deste programa só poderá ser avaliada após a implementação, que não foi possível por motivos de diversa ordem, e ressalva-se esta como uma lacuna deixada pelo trabalho apresentado. As principais forças identificadas neste projeto são o reconhecimento da sua necessidade por parte da equipa, quer do ponto de vista da pessoa em situação pré-operatória quer do ponto de vista da equipa para responder à ansiedade pré-operatória que identifica e a aprovação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar em causa. A maior fraqueza do projeto prende-se com a dificuldade identificada pela equipa de implementar a avaliação pré-cirúrgica no momento do internamento, não obstante da sua disponibilidade para o fazer. A maior oportunidade é a prevalência da ansiedade pré-operatória, fundamentada em evidência científica, e a sua maior ameaça é a necessidade da pessoa se predispor a utilizar a técnica autonomamente no seu tempo por via da visualização do vídeo disponibilizado.

Considera-se que o objetivo de espelhar as aprendizagens consolidadas ao longo do período formativo neste relatório foram atingidos: analisa-se e reflete-se criticamente sobre atividades e situações vivenciadas e a sua implicação para a prática e para as competências desenvolvidas, bem como se analisa os contextos e a sua conformidade com os pressupostos descritos pela teoria. Ademais, descreve-se e justifica-se o PMCQCE.

As intervenções psicoterapêuticas têm vindo a representar um papel crescente nas respostas aos problemas de saúde mental e psiquiatria identificados, sendo que em Portugal a sua aplicação nos contextos hospitalares ainda é limitada e este trabalho contribui também para a uniformização de procedimentos de acordo com aqueles que se têm vindo a mostrar eficazes noutros países. Incentiva-se, desta forma, a aplicação de projetos semelhantes noutros serviços, hospitais e até noutros contextos da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, A., & Cox, A. L. (2008). Questionnaires , in-depth interviews and focus groups. In P. Cairns & A. L. Cox (Eds.), *Research Methods for Human Computer Interaction* (pp. 17–34). Cambridge University Press Version:
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais*. http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Arrowsmith, V., Lau-Walker, M., Norman, I., & Maben, J. (2016). Nurses' perceptions and experiences of work role transitions: a mixed methods systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1735–1750. <https://doi.org/10.1111/jan.12912>
- ARS Centro (2022). Comportamentos aditivos e dependências - Centro de Respostas Integradas [página web]. <http://www.arscentro.min-saude.pt/dicad>.
- Bakhamis, L., Paul, D. P., Smith, H., & Coustasse, A. (2019). Still an Epidemic: The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. *Health Care Manager*, 38(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000243>
- Barker, P., & Buchanan-barker, P. (2007). *The Tidal Model® Mental Health, Reclamation and Recovery* (P. Barker & P. Buchanan-barker (eds.)). www.tidal-model.com
- Basu, S., & Banerjee, B. (2020). Impact of environmental factors on mental health of children and adolescents: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 119, 11. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105515>
- Bennett, D., Barrett, A., & Helmich, E. (2019). How to...analyse qualitative data in different ways. *Clinical Teacher*, 16(1), 7–12. <https://doi.org/10.1111/tct.12973>
- Bitēna, D. K., & Martinsone, K. (2021). Mystical Experience Has a Stronger Relationship With Spiritual Intelligence Than With Schizotypal Personality Traits and Psychotic Symptoms. *Psychology of Consciousness: Theory Research, and Practice*, 1–17. <https://doi.org/10.1037/cns0000312>
- Bojdani, E., Rajagopalan, A., Chen, A., Gearin, P., Olcott, W., Shankar, V., Cloutier, A., Solomon, H., Naqvi, N. Z., Batty, N., Festin, F. E. D., Tahera, D., Chang, G., & DeLisi, L. E. (2020). COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. *Psychiatry Research*, 289(May), 113069. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113069>

- Bono, E. (2005). Os seis chapéus do pensamento. Ed Pergaminho
- Buddhadāsa Bhikkhu. (2016). *Getting Started in Mindfulness With Breathing Accessible, Beginning Steps for Ordinary People*. Wisdom Publications.
- Cerqueira, I. (2018). *O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado*. Universidade do Porto.
- Chad-Friedman, E.; Talaei-Khoei, M.; Ring, D.; Vranceanu, A.M. (2017). *First Use of a Brief 60-second Mindfulness Exercise in an Orthopedic Surgical Practice; Results from a Pilot Study*. Archives of Bone and Joint Surgery. 5(6) p. 400-405.
- Comissão de Acompanhamento da População afetada pelos incêndios na área da saúde mental. (2018). *Relatório final*.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Costa, V. A. de S. F., Silva, S. C. F. da, & Lima, V. C. P. de. (2010). O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Rev. SBPH*, 13(2), 282–298.
- Costa, A., Mendes, C., Vieira, D., Nobre, S., Teixeira, S., Lopes, J., & Costa, S. (2018). Avaliação da ansiedade-estado em estudantes universitários de psicologia. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*, 9, 49–61. http://edupsi.utad.pt/images/REVISTA_9/avaliacao_da_ansiedade.pdf
- Decreto-Lei nº 17/2012 de 26 janeiro, Diário da República nº 19 1ª série de 26-01-2012 (2012). <https://dre.pt/application/conteudo/544423>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, Diário da República nº 38 1ª série de 22-02-2008 1182 (2008). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, Diário da República n.º 157, 1ª Série de 16-08-2018 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Deming, W. Edwards (1986). *Out of the Crisis*. [S.l.]: MIT Center for Advanced Engineering Study. ISBN 0-911379-01-0
- Despacho n.º 10143/2009, Diário da República, nº 74/2009, 2ª série de 16-04-2009 (2009). <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/16463/Desp101432009ACESUCCRReg.pdf>

- Despacho n.º 2976/2014, Diário da República, n.º 37, 2ª série de 21-02-2014 (2014).
- DGS, (s.d.). Carta dos Direitos do Doente Internado. Ministério da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- DGS, (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente (n.º 21/2011). <https://www.dgs.pt>
- DGS, (2014) – Saúde Mental em Números, Programa Nacional para a saúde Mental. DGS, Ministério da Saúde.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O Modelo de *Coping* de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11, 55–66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Dias, I., Gomes, A. R., Peixoto, A., Marques, B., & Ramalho, V. (2012). Treino de competências de vida: Conceptualização, intervenção e investigação. *Contributos Da Psicologia Em Contextos Educativos*. <https://doi.org/978-989-8525-13-0>
- DICAD Centro. (2018). *Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Comportamentos Aditivos e Dependências Versão 05*.
- Eshel, N., & Roiser, J. P. (2010). Reward and punishment processing in depression. *Biological Psychiatry*, 68(2), 118–124. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.01.027>
- Felton, G., & Abu-Kmeil, S. (2012). Was the introduction of single-sex wards a mistake? *Mental Health Practice*, 15(5), 21–24. <https://doi.org/10.7748/mhp2012.02.15.5.21.c8927>
- Foye, U., Dalton-Locke, C., Harju-Seppänen, J., Lane, R., Beames, L., Vera San Juan, N., Johnson, S., & Simpson, A. (2021). How has COVID-19 affected mental health nurses and the delivery of mental health nursing care in the UK? Results of a mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 126–137. <https://doi.org/10.1111/jpm.12745>
- Greeson, J.M. (2009). Mindfulness Research Update: 2008. *Complementary Health Practice Review*. 14(1) p. 10-18. <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.2810>
- Gutsan, E., Patton, J., K.Willis, W., & Coustasse-Henke, A. (2018). Burnout syndrome and nurse-to-patient ratio in the workplace. *Management and Health Care Administration Presented at 54th Annual MBAA Conference*.

https://mds.marshall.edu/mgmt_faculty

- Hawley, C. J., Palmer, M., Jefferies, K., Gale, T. M., & Vincent, J. (2013). The effect of single-sex wards in mental health. *Nursing Times*, 109(48), 20–22.
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L., & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*, 25(1), 92–110. <https://doi.org/10.1177/0969733016629770>
- Igboanugo, S., Bigelow, P. L., & Mielke, J. G. (2021). Health outcomes of psychosocial stress within firefighters : A systematic review of the research landscape. *Journal of Occupational Health*, 63, 1–22. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12219>
- Irwin, C., Bliss, J., & Poole, K. (2018). Does Preceptorship improve confidence and competence in Newly Qualified Nurses: A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 60, 35–46. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.09.011>
- Kemp, P., & Rendtorff, J. D. (2007). *The Barcelona Declaration. 2000*.
- Leyland, A., Rowse, G., & Emerson, L. M. (2019). Experimental effects of mindfulness inductions on self-regulation: Systematic review and meta-analysis. *Emotion*, 19(1), 108–122. <https://doi.org/10.1037/emo0000425>
- Lopes, P. C. G. (2011). *A Ansiedade do doente no período pré-operatório*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.
- Lu, Y. L., & Shorey, S. (2021). Nurses' perceptions of emotional intelligence in the clinical setting: A qualitative systematic review. *Journal of Nursing Management*, 29, 2453–2460. <https://doi.org/10.1111/jonm.13406>
- Ludwig, D.; Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *Journal of American Medical Association*. 300(11) p-1350-1353. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/182551>
- Machado, S. C. N. (2016). *Ansiedade do Doente no Pré-Operatório de Cirurgia de Ambulatório: Influência da Consulta de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Matthias, A., & Samarasekera, D. (2012). Preoperative anxiety in surgical patients – experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, 50, 3-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22500906>
- Mazer, A. K., Macedo, B. B. D., & Juruena, M. F. (2017). Transtornos da personalidade. *Medicina (Brazil)*, 50, 85–97. <https://doi.org/10.11606/issn.2176->

- MCEESMP. (2019). *PARECER Nº 01/2019 Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.*
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2014). Theories from the sociologic sciences. In Theoretical basis for nursing. http://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_171030_28.pdf
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: Development and Progress.* 5ª edição. Wolters Kluwer Health | Lippincot William & Wilkins. ISBN 978-1-60547- 211-9
- Ministério da Saúde. (2020). SClínico|Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) [página web]. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Ministério da Saúde. (2022). *Intervenções Cirúrgicas nos Cuidados de Saúde Hospitalares - Transparência.* [página web].
- Monteiro, C., Moreira, M., Araújo, E., Oliveira, E., Moura, M., & Costa, J. (2008). PESQUISA-AÇÃO: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(1), 167–174. <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a23v31n1.pdf>
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C., & Manezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista De Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BioMed Central Surgery*, 14(67), 1-10. <https://www.researchgate.net/publication/265394492>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem—enquadramento conceptual enunciados descritivos.* Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Proposta Da Ordem Dos Enfermeiros Modelo Organizacional Da Unidade De Cuidados Na Comunidade (UCC).* http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/2008/2008_05_12_Proposta_UCC.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoess eguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria _proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica. *Ordem Dos Enfermeiros*, 12, 1–58.

Pais-Ribeiro, J. L., & Morais, R. (2010). Adaptação Portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1), 5–13.

Parameswaran, U. D., Ozawa-Kirk, J. L., & Latendresse, G. (2019). To live (code) or to not: A new method for coding in qualitative research. *Qualitative Social Work*, 19(4), 630–644. <https://doi.org/10.1177/1473325019840394>

Pattabi, A., Hassan, H., Kunjukunju, A., & Nazarene, A. (2018). Effective Communication between Nurses and Doctors: Barriers as Perceived by Nurses. *Journal of Nursing & Care*, 07(03). <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000455>

Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C. F. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health and Medicine*, 26(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>

Queirós, P. J. P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(3), 776–781. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002930013>

Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, nº26 Diário da República, 2ª série 4744 (2019).

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados n.º 356/2015, de 25 de junho, Diário da República, 2.ª série — N.º 122 — 25 de junho de 2015 17034 (2015).

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 515/2018, de 7 de agosto, Diário da República, 2ª Série - N.º 151 -7 de agosto de 2018 21427 (2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem n.º 743/2019, de 25 de setembro, Diário da República, 2.ª série - N.º 184 - 25 de Setembro de 2019 128 (2019). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. L. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica |. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 77–84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Santos, T. (2019). *Ansiedade Pré-Operatória: O reflexo no doente cirúrgico* [Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria]. https://iconline.ipleria.pt/bitstream/10400.8/4714/1/Dissertação - Ansiedade PO FINAL_TANIA DOS SANTOS.pdf
- Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Silva, M. (2017). *MÉTODO DE TRABALHO DE ENFERMEIRO RESPONSÁVEL-MELHORIA DA QUALIDADE*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Spießl, H., Frick, U., Kovatsits, U. V., Klein, H. E., & Vukovich, A. (2001). Single or mixed sex wards in psychiatric hospital – patient views. *Nervenarzt*, 72(7), 515–520. <https://doi.org/10.1007/s001150170075>
- Stephen, A.; Mehta, D.H. (2019). Mindfulness in Surgery. *American Journal of Lifestyle Medicine*.13(6) p. 552-555. <https://doi.org/10.1177/1559827619870474>.
- Tan, T. C., Zhou, H., & Kelly, M. (2017). Nurse–physician communication – An integrated review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3974–3989. <https://doi.org/10.1111/jocn.13832>
- Thomas, N., Hutton, J., Allen, P., & Olajide, D. (2009). Changing from mixed-sex to all-male provision in acute psychiatric care: A case study of staff experiences. *Journal of Mental Health*, 18(2), 129–136. <https://doi.org/10.1080/09638230701879201>
- Tomey, A.M; Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas. ISBN: 972-8383-74-6
- UCC P. (2019). *Relatório de Atividades 2018*.
- Ventura, C. A. A., Austin, W., Carrara, B. S., & de Brito, E. S. (2021). Nursing care in mental health: Human rights and ethical issues. *Nursing Ethics*, 28(4), 463–480. <https://doi.org/10.1177/0969733020952102>
- Verhoeven, M., Poorthuis, A. M. G., & Volman, M. (2019). The Role of School in

Adolescents ' Identity Development . A Literature Review. *Educational Psychology Review*, 31. <https://doi.org/10.1007/s10648-018-9457-3>

Villa, G., Lanini, I., Amass, T., Bocciero, V., Calabrisotto, C. S., Chelazzi, C., Romagnoli, S., Gaudio, A. R. De, & Grotto, R. L. (2020). *Effects of psychological interventions on anxiety and pain in patients undergoing major elective abdominal surgery : a systematic review*. 1–8.

Westenberg, R.F.; Zale, E.L.; Heinhuis, T.J.; Ozkan, S.; Nazzal, A.; Lee, S.G.; Neal, C. C.; Vranceanu, A.M. (2018). Does a Brief Mindfulness Exercise Improve Outcomes in Upper Extremity Patients? A Randomized Controlled Trial. *Clinical Orthopaedics and Related Reserach*. 476(4) p.790-798. <https://doi.org/10.1007/s11999.00000000000000086>

Zanin, C. R., & Valerio, N. I. (2004). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de personalidade dependente: relato de caso TT - Cognitive behavior therapy for dependent personality disorder: a case rep. *Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn*, 6(1), 81–92. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000100009&lng=pt&nrm=iso