



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

2ª Edição (2021-2023)

Estágio de Natureza Profissional em ESMP com Relatório Final

Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros através da melhoria do trabalho em equipa:

Um programa de *Team Building*

Docente Responsável:

Professora Doutora Ana Querido

Docente Supervisor: Professor João Gomes

Elaborado por: Catarina Gonçalves

Leiria, 2023



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

2ª Edição (2021-2023)

Estágio de Natureza Profissional em ESMP com Relatório Final

Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros através da melhoria do trabalho em equipa:

Um programa de *Team Building*

Docente Responsável:

Professora Doutora Ana Querido

Docente Supervisor: Professor João Gomes

Elaborado por: Catarina Gonçalves

Leiria, 2023

“O amor compõe-se de outros amores.

Como pessoas movemo-nos mais ou menos harmoniosamente nas diferentes faces do
amor.

Como terapeutas somos o que somos como pessoas e isto não se dissocia na prática”
(Pereira, 2015 p.47)

AGRADECIMENTOS

“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”
(Antoine de Saint-Exupéry-O Príncipezinho)

Ao longo deste percurso tive o apoio de várias pessoas com quem me cruzei e às quais estou agradecida. Quero manifestar a minha gratidão a todos aqueles que durante este desafio me permitiram ficar com “um bocadinho de si”:

Ao Professor João Gomes pela disponibilidade, acompanhamento e orientação ao longo deste caminho.

Aos enfermeiros orientadores dos ensinamentos clínicos, pela forma como me acolheram e transmitiram os seus conhecimentos e experiências. Pela confiança que em mim depositaram e pela forma como me fizeram sentir em “casa”.

Aos meus colegas de trabalho, pela preocupação, apoio e incentivo ao longo deste percurso.

A todos os utentes e as suas famílias, que me permitiram entrar nas suas vidas e desenvolver-me enquanto enfermeira e pessoa. É incalculável o seu contributo para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais, pela paciência e compreensão nos momentos de ausência.

Ao Carlos, por ser a minha âncora de todos os dias, em todos os momentos.

E especialmente às minhas irmãs, Magda e Carolina, pelo amor gratuito e sem limites. Por mais coisas que nos falem, bastará sempre termo-nos umas às outras.

LISTA DE SIGLAS

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral da Saúde

DPSM- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EE- Enfermeiro Especialista

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESAG- Escala de Satisfação com o Grupo de Trabalho

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MBI-HSS- Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey

MCEESMP- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SPSS- Statistical Package for Social Science

ULS- Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I	15
1. CONTEXTOS DE ESTÁGIO	16
1.1 SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL	16
1.2 CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL	18
1.3 UNIDADE FUNCIONAL DE HOSPITAL DE DIA I	19
PARTE II	21
1. TORNAR-ME ENFERMEIRA ESPECIALISTA	22
1.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
1.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	23
1.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	24
1.1.3 Domínio da gestão dos cuidados	25
1.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	27
2. TORNAR-ME EESMP	30
2.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	30
2.1.1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	30
2.1.2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização e recuperação da saúde mental	32
2.1.3 Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	36
PARTE III	47
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	48
2. COMPREENSÃO DO PROBLEMA	52

2.1 COMPREENSÃO DAS CAUSAS	55
2.2 TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	56
3. OBJETIVOS.....	58
4. PLANEAMENTO.....	59
4.1 IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES EM ESTUDO	59
4.2 UNIDADES EM ESTUDO.....	59
4.3 TIPO DE DADOS (AVEDIS DONABEDIAN)	59
4.4 FONTES DE DADOS	59
4.5 TIPO DE AVALIAÇÃO.....	60
4.6 RELAÇÃO TEMPORAL.....	60
4.7 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA	61
4.8 PLANEAR E EXECUTAR AS ATIVIDADES	63
5. VERIFICAR OS RESULTADOS	66
6. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, PADRONIZAR E TREINAR A EQUIPA.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Raciocínio esquemático da identificação do problema. Elaboração própria.....	54
Figura 2- Diagrama de Ishikawa para a identificação de fatores de Insatisfação profissional da equipa de enfermagem. Elaboração própria.....	56
Figura 3- Modelo de Desenvolvimento de Equipas de Moxom. Fonte: http://www.taughner.com/executive-teams.htm	65
Figura 4. Avaliação da Intervenção. Elaboração própria	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Registo de fatores terapêuticos na intervenção psicoterapêutica de promoção da esperança. Elaboração própria.....	43
Tabela 2. Avaliação da intervenção psicoeducativa sobre adesão à terapêutica	46
Tabela 3. Caracterização da amostra quanto ao sexo. Elaboração própria.....	61
Tabela 4. Caracterização da amostra quanto à idade. Elaboração própria.....	61
Tabela 5. Caracterização da amostra quanto ao estado civil. Elaboração própria.....	61
Tabela 6. Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício de enfermagem. Elaboração própria.....	61
Tabela 7. Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício de enfermagem no DPSM. Elaboração própria.....	62
Tabela 8. Análise descritiva ESAG. Elaboração própria.....	62
Tabela 9. Análise descritiva das dimensões do MBI-HSS. Elaboração própria.....	62
Tabela 10. Relação entre os níveis da hierarquia de Moxom e as temáticas abordadas no Diagrama de Ishikawa. Elaboração própria	65
Tabela 11. Análise descritiva ESAG após a intervenção. Elaboração própria.....	66
Tabela 12. Análise descritiva dimensões MBI-HSS, após a intervenção. Elaboração própria	66
Tabela 13. Comparação valores ESAG e dimensões MBI-HSS antes e após a intervenção. Elaboração própria	67

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL EM ONCOLOGIA: PROJETO DE LIGAÇÃO	82
APÊNDICE II. SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA	89
APÊNDICE III. EXPOSIÇÃO DA ESPERANÇA.....	91
APÊNDICE IV. ESTUDO DE CASO	95
APÊNDICE V. PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS PARA OS ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO E DE ENFERMAGEM.....	106
APÊNDICE VI. FOLHETOS INFORMATIVOS SOBRE DOENÇA MENTAL	111
APÊNDICE VII. SESSÃO PSICOEDUCATIVA: PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL NOS CUIDADORES DE UTENTES COM DOENÇA MENTAL GRAVE.....	114
APÊNDICE VIII. FOLHETO ELABORADO PARA OS CUIDADORES DE UTENTES COM DOENÇA MENTAL GRAVE	117
APÊNDICE IX. CARTÃO DE MONITORIZAÇÃO ENTREGUE AOS CUIDADORES DE UTENTES COM DOENÇA MENTAL GRAVE	118
APÊNDICE X. INTERVENÇÃO PROMOTORA DE ADESÃO À TERAPÊUTICA	119
APÊNDICE XI. INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA	132
APÊNDICE XII. INTERVENÇÃO GRUPAL DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA: ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO	137
APÊNDICE XIII. MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NA INTERVENÇÃO GRUPAL DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA: ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO	149
APÊNDICE XIV.QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA CARACTERIZAÇÃO DAS UTENTES PARTICIPANTES NA INTERVENÇÃO DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA.....	150
APÊNDICE XV. GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS FATORES TERAPÊUTICOS	152
APÊNDICE XVI. PERGUNTAS ORIENTADORAS DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	154
APÊNDICE XVII. ESTRUTURA ANALÍTICA DO PROJETO.....	155
APÊNDICE XVIII. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA	156
APÊNDICE XIX. PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE TEAM BUILDING DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA.....	157
APÊNDICE XX. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO E ADEQUAÇÃO DAS SESSÕES ...	164

APÊNDICE XXI. RESULTADOS: QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO E ADEQUAÇÃO DAS SESSÕES	166
---	------------

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	172
ANEXO II- DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR	173
ANEXO III-AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O GRUPO DE TRABALHO	174
ANEXO IV-LICENÇA DE UTILIZAÇÃO DO MBI-HSS	175

RESUMO

A enfermagem enquanto profissão da área da saúde que com base no estabelecimento de relações terapêuticas, visa a prestação de cuidados de enfermagem tanto ao ser humano como aos grupos sociais em que este se insere. No contexto da saúde mental, a relação terapêutica compreende-se como uma forma de intervenção específica potenciadora de um espaço com poder reparador para o utente e com influência também no profissional.

Ao ter em conta que na prestação de cuidados, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica se mobiliza como ferramenta terapêutica e que para a qualidade da prática contribui a sua própria saúde mental, torna-se relevante a criação de projetos promotores da mesma.

Este relatório reflete o término de um processo que me permitiu crescer enquanto enfermeira e essencialmente como pessoa. Com base no cuidado transpessoal, na atitude consciente e intencional para com o outro, como resultado de relações autênticas estabelecidas.

A aquisição de competências de EE e EEESMP deu-se no contexto de um serviço de internamento de psiquiatria, serviço de consultas externas e numa unidade funcional de hospital de dia de oncologia. Assentou no diagnóstico de necessidades, planeamento, implementação e avaliação das intervenções, com base em evidência científica e de acordo com os instrumentos reguladores da profissão.

O projeto de melhoria continua da qualidade implementado procurou dar resposta a um problema identificado no meu contexto da prática. Recorre à implementação de um programa de *Team Building* numa equipa de enfermagem, com vista à melhoria do trabalho em equipa e promoção da saúde mental dos profissionais. Os resultados obtidos demonstram o potencial da implementação deste tipo de metodologia nas equipas de saúde, bem como a relevância do EEESMP na promoção da saúde mental em contexto ocupacional.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Promoção da Saúde; Team Building; Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

Nursing as health profession, targets the care delivery to human beings, but also to the social groups in which he's part of, having as core basis the establishment of therapeutic relationships. In the context of mental health, the therapeutic relationship is perceived as specific intervention enhancer of a space that is remedial for the user and also with influence on the professional.

When taking into account that in the process of care delivery, the nurse with specialty in mental health and psychiatric nursing embodies himself as a therapeutic work tool, and taking into account that for good quality of the care his own mental health is crucial, the creation of initiatives that promotes that same mental health becomes even more relevant.

This thesis reflects the end of a process that allowed me to grow not only as a nurse, but also as human being. Having as basis the transpersonal care, in the conscious and intentional attitude towards the other, as final result from authentic established relations.

The skills acquisition as a specialist nurse and as a nurse specialist in psychiatric mental health happened in the context of a psychiatric inpatient service, an external consultation service and also an oncology unit service, from the day-care at the hospital. In there I had various activities, such as: diagnosis of needs, planning, implementation and evaluation of interventions, based on scientific evidence and according to the regulatory instruments of the profession.

The implemented project seeks continuous improvement of the quality, while giving answer to a problem that was identified over the practice I've had. It resorts to implementation of a Team Building project in the dynamics of a nursing team. The goal is the improvement of teamwork and the promotion of mental health amongst the professionals. The results that were gathered show the potential of that methodology when implemented on health care teams, as well as the relevance of a nurse specialist in psychiatric mental health in the promotion of mental health in occupational context.

Keywords: Psychiatric Nursing; Mental health; Health promotion; Team Building; Nursing Interventions

INTRODUÇÃO

A enfermagem enquanto profissão da área da saúde, visa a prestação de cuidados de enfermagem tanto ao ser humano como aos grupos sociais em que este se insere, ao longo de todas as fases do seu ciclo vital, independentemente do aparecimento ou ausência de doença. O seu objetivo primordial é a manutenção, melhoria e recuperação da saúde das pessoas, famílias e comunidades, potenciando o alcance da sua máxima capacidade funcional com a maior brevidade possível (Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro).

Esta foca-se nos seres humanos e nas suas relações do quotidiano. Como nos descreve Lima (2005), enquanto enfermeiros

Lidamos com os aspetos incomuns do ser humano, justamente aqueles que não encarnam uma visão sublime da vida...com a solidão, com a incomunicabilidade, os desencontros e desencantos, os amores desfeitos, vidas precárias ou interrompidas, ingredientes estes que se constituem no inóspito do quotidiano (p.73).

Esta atuação profissional assenta no estabelecimento de relações terapêuticas. Pautadas pela formação e experiência que permitem compreender e respeitar a pessoa numa perspetiva multicultural a abstenção de juízos de valor no que diz respeito ao indivíduo ou grupo-alvo dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012).

Para Peplau (1990) a relação terapêutica é uma ferramenta própria do cuidar em enfermagem, que permite o crescimento e desenvolvimento dos intervenientes no seu processo dinâmico e que se centra essencialmente nas relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa de quem cuida (Antunes, 2012). Esta, para além de se desenvolver no âmbito do exercício profissional, valoriza as capacidades do utente e o seu papel no processo, promovendo a sua proatividade na consecução do seu projeto de saúde (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho).

No contexto da saúde mental, a relação terapêutica compreende-se como uma forma de intervenção específica potenciadora de um espaço com poder reparador para o utente, na forma de que o que é falado tem menor probabilidade de ser agido, promovendo uma maior compreensão e capacidade de dar resposta às dificuldades e sofrimento sentidos (Pereira, 2015). E foi tendo este ponto em conta que pautei a minha escolha profissional desde o início.

A experiência vivida, fundamental para as relações sociais, torna-se não só o instrumento através do qual se fazem escolhas, mas também um meio de expressão das inter-relações do universo social (Azambuja, 2007). E foi a minha experiência vivida que me trouxe à especialidade.

O facto de crescer com uma irmã com doença mental grave trouxe-me a inevitável aproximação à especificidade da saúde mental. As memórias desse período bem como toda a trajetória até aos dias de hoje criaram em mim a crença de que ser enfermeiro em saúde mental é olhar diretamente para os afetos e o cuidar em enfermagem assenta essencialmente em amor.

É este, no contexto da relação terapêutica, o elemento impulsionador e agregador entre os conhecimentos técnico-científicos e as competências relacionais como a capacidade de escuta, disponibilidade, empatia, interesse genuíno, respeito, congruência e competências comunicacionais. Manifestando-se de diversas formas, muitas vezes subtis (Pereira, 2015).

Reafirmando a minha crença de que o cuidar em enfermagem se encontra intimamente ligado a um cuidado amoroso, não poderia deixar de abordar a Ciência do Cuidado Unitário postulada por Jean Watson em que se “reconhece o amor como o mais alto nível de consciência e a fonte de todo *healing*” (Watson, 2018 as cited in Tonin et al, 2020 p.1).

A autora (2009) apresenta-nos uma teoria que associa no seu cuidar a enfermagem avançada e ciências humanas, perspetivando filosoficamente os cuidados prestados para uma elevada harmonia entre mente, corpo e alma. Conducente ao autoconhecimento, autorespeito e autocuidado.

Na sua teoria são priorizados a consciência e conexão entre o cuidado, a cura e o amor, evidentes no Processo Clinical Caritas-Veritas (2018), que se caracteriza pelos valores e integridades dos enfermeiros, com conseqüente cuidado centrado na compaixão, sabedoria, verdade e autenticidade (Watson Caring Science Institute, 2022).

A autora aborda também a interferência dos conhecimentos, valores, crenças, experiências e mobilização do eu na eficácia da atuação do enfermeiro, depreendendo-se desta forma a consciência de si próprio na relação.

No entanto, para poder cuidar da saúde mental de outrem, é necessário que os profissionais mantenham a sua própria saúde mental, acionando mecanismos intrínsecos de forma a poder prestar cuidados adequados nesta área (Cabral & Florentim, 2015).

Um dos fatores que tem sido identificado como desestabilizador da saúde dos enfermeiros é o Síndrome de *Burnout*, definido

como a experiência individual do stress, inserida num contexto de relações sociais e envolvendo, portanto, a conceção que o indivíduo tem de si mesmo e dos outros. É definido através das suas três componentes essenciais: a exaustão emocional, o

“cinismo” ou despersonalização e a ineficácia ou sensação de desempenho pessoal reduzido (Maslach; Jackson; Leiter, 1996 as cited in Santos, 2009 p.14).

Azevedo et al (2019), constataram que cerca de 47,8% dos enfermeiros de saúde mental possuem um elevado risco para o aparecimento de *Burnout*.

Um dos fatores que o influenciam é a satisfação profissional (Rosa & Carloto, 2005).

No que diz respeito à satisfação profissional dos enfermeiros em contexto hospitalar, Silva & Potra (2016) calculam uma proporcionalidade direta entre satisfação profissional e ambiente de trabalho, sendo o trabalho em equipa uma das particularidades deste que mais influencia a satisfação dos enfermeiros. Também Rosa & Carloto (2005) citam Cherniss (1989) ao evidenciar a relação negativa entre colegas como um dos componentes da insatisfação profissional.

Depreende-se desta forma a pertinência da implementação de estratégias de promoção da saúde mental e prevenção do aparecimento do Síndrome de *Burnout* através da melhoria do trabalho em equipa e relações interpessoais dos trabalhadores, nomeadamente na área da saúde mental.

O presente relatório aborda o meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, tendo como meta a minha transformação em EEESMP. Assume um carácter reflexivo, demonstra o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, e o aperfeiçoamento de competências enquanto pessoa e ser relacional.

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular de Relatório de Estágio inserida no 3.º Semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, e obedece às normas definidas no Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da referida Escola Superior de Saúde.

Em termos estruturais subdivide-se em três partes: a Parte I com uma breve caracterização dos contextos de ensino clínico, a Parte II que visa espelhar a aquisição de competências de EE e EEESMP e a Parte III onde se aborda a realização de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

PARTE I

1. CONTEXTOS DE ESTÁGIO

As escolhas dos contextos de estágio traduzem um processo de reflexão sobre aquilo que julgo essencial para o meu desenvolvimento profissional. Apesar de considerar de extrema importância a integração do EESMP na comunidade e conseqüentemente nas estruturas que em si se inserem, não poderia de nenhuma forma descurar o contexto em que exerço atualmente funções e onde pretendo continuar a desenvolver a minha atividade profissional. Desta forma o meu raciocínio de escolha assumiu a questão: “de que forma poderei adquirir maiores competências tendo em conta o serviço que integro”?

Assim, a escolha apresentada explana a minha vontade de observar, aprender e embeber-me da prática especializada nos contextos privilegiados para o seu desenvolvimento.

O período de ensino clínico realizou-se num serviço de internamento sito num hospital público na Beira Baixa, enquanto o estágio profissional com relatório final ocorreu na consulta externa dessa mesma instituição e num hospital de dia de oncologia de num hospital da região do Alentejo.

1.1 SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

O período de ensino clínico, decorrido entre maio e julho de 2022, realizou-se no serviço de internamento de agudos num hospital localizado na beira baixa e contabilizou um total de 185h de contacto efetivo.

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental presta apoio a uma população de cerca de 17.797 habitantes. Neste inserem-se as valências do Hospital de Dia, Consultas Externas e Serviço de Internamento de Agudos. Situa-se no recinto hospitalar, em edifício situado ao lado do edifício principal e compreende no mesmo espaço físico todas as valências supracitadas.

Estão afetos ao serviço 18 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor. Destes, 13 integram a equipa multidisciplinar do internamento de agudos, apenas 2 dos quais possuem o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. É, desta forma, incomportável cumprir as dotações seguras recomendadas pela mesa do colégio da especialidade (2019), e que preveem pelo menos um EEESMP em cada turno.

Pelo reduzido número de enfermeiros com o título de EEESMP, verifica-se um maior enfoque na abordagem psicofarmacológica, evidenciando-se uma limitação na execução de intervenções diferenciadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O serviço presta cuidados a pessoas maiores de 18 anos com patologia mental, seja esta em contexto de agudização de doença ou de episódio inaugural da mesma, internados de forma voluntária ou de forma compulsiva ao abrigo da Lei de Saúde Mental, lei nº36/98 de 24 de

julho, revogada recentemente pela Lei n.º 35/2023, de 21 de Julho. Podem integrar o internamento consoante referenciação a partir da consulta externa, hospital de dia ou do serviço de urgência.

A equipa rege-se atualmente pela teoria de enfermagem postulada por Virgínia Henderson, que defende o papel do enfermeiro enquanto auxiliar do indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades necessárias à manutenção da sua saúde ou recuperação da mesma (ou para a morte pacífica) que executaria de forma autónoma caso tivesse a força, conhecimentos e vontade necessários (Tomme & Alligood, 2004).

Nos seus conceitos, a autora evidencia também o pressuposto de que a família e o utente devem ser vistos como uma unidade e aborda ainda a importância que a promoção da saúde exerce comparativamente ao cuidar dos doentes, ao afirmar que “ganha-se mais ajudando as pessoas a aprender a ser saudáveis do que a preparar os terapeutas mais competentes para servirem as que estão em crise” (Henderson as cited in Tomme & Alligood, 2004 p.118).

Com base na teoria adotada, a prestação de cuidados da equipa não se centra apenas no indivíduo em situação de doença, mas numa abordagem holística em todo o contexto que se insere. É frequente o contacto de proximidade entre a equipa e os familiares da pessoa internada, bem como a preocupação na promoção de saúde mental do próprio agregado familiar. Tal é verificado na existência de reuniões de enfermagem com os familiares, onde muito mais do que colheita de informações, se procede ao apoio emocional muitas vezes necessário, e à resposta às inquietações de quem se confronta com um problema que, na maioria das vezes, não compreende e sobre o qual detém crenças erróneas e até estigmatizantes.

Para além destas reuniões, é também na existência de um grupo terapêutico em hospital de dia, destinado aos cuidadores principais de utentes com doença mental grave acompanhados pelo serviço, que se constata esta preocupação abrangente; dado que com todo o utente existe uma família que vive a doença de diversas formas e que carece também de acompanhamento, dado que esta tipologia de doença acarreta uma grande responsabilidade familiar, geradora de sobrecarga emocional, angústia e culpa (Kuipers, Leff & Lam 2006; Levy-Frank, Hasson-Ohayon, Kravetz & Roe, 2011 as cited in Gomes et al., 2017).

De todos os 3 ensinamentos clínicos este foi sem dúvida aquele em que me senti mais confortável. O facto de trabalhar num serviço idêntico àquele em que desempenhei funções trouxe-me uma familiaridade e segurança que me permitiram desenvolver-me enquanto EEESMP num ambiente que de certa forma já conhecia. As portas trancadas, a supervisão da medicação, os quartos de isolamento, todas as interdições e regras tão restritivas da individualidade de

cada um... não deixa de ser estranho observar o quanto estes limites, à partida tão negativos, me trouxeram tanto conforto. Para além dos braços grandemente abertos com que fui recebida pela equipa, o facto de conhecer previamente todos estes aspetos e viver com eles diariamente, fez com que o processo de ajustamento ao contexto decorresse quase de forma imediata. Considero bastante positiva a forma como me integrei rapidamente na equipa, tendo em conta o à-vontade e a confiança que os colegas depositaram em mim, na minha experiência e nas intervenções que me propunha a realizar. Nunca fui encarada como uma aluna, mas como uma colega, o que nos permitiu sempre partilhas de experiências e de conhecimentos tão ricas. Reflexões assíduas em grupo que me possibilitaram, para além de crescer, no sentido de me tornar EESMP, aprender-me enquanto pessoa.

1.2 CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

O ensino clínico em contexto de comunidade decorreu entre setembro e novembro de 2022, na equipa da consulta externa e equipa comunitária do hospital acima referido pelo que grande parte da sua caracterização já foi atrás efetuada. À semelhança do serviço de internamento de agudos, a equipa de ambulatório assenta a sua prática na teoria de Virgínia Henderson, evidenciando-se neste contexto a visão unitária do agregado familiar, bem como o relevo dado à promoção da saúde dos utentes e dos seus familiares. Se no contexto anterior se verifica maior ênfase no auxílio da pessoa na recuperação da sua saúde, em ambulatório a equipa centra-se na manutenção da mesma.

A maioria dos utentes em acompanhamento encontra-se numa fase estável da doença, pelo que a consulta assume como principais atividades não só a administração de injetáveis de longa duração, mas a realização de psicoeducação em várias temáticas como a higiene do sono, hábitos de vida saudáveis, adesão terapêutica; estratégias de *coping*, entre outras.

É no decorrer da consulta que se efetua a monitorização do estado mental de cada indivíduo, com a verificação de possíveis alterações de comportamento e necessidades de intervenção.

Relativamente às dinâmicas de funcionamento da consulta externa, os profissionais prestam cuidados aos indivíduos com patologia mental e às suas famílias, seja em contexto de consulta externa ou de visita domiciliar. As visitas domiciliárias realizadas traduzem-se num momento propício a esta intervenção, uma vez que se aborda a pessoa no seu contexto pessoal e familiar, o que permite ao enfermeiro uma visão abrangente daquela que é a realidade inter-relacional do indivíduo (Silva, 2021).

Na valência comunitária do serviço de psiquiatria, a visita domiciliar decorre uma vez por semana, às quartas-feiras, existindo 4 rotas pré-definidas a realizar, o que resulta numa visita mensal por cada uma delas. Nestas a presença do enfermeiro é assídua, contrariamente à

participação da Terapeuta Ocupacional e Técnica de Serviço Social, que integram as visitas apenas em situações específicas que exigem a sua intervenção.

A referenciação para visita domiciliária pode ocorrer desde o internamento, dos colegas dos cuidados de saúde primários ou por referência do médico psiquiatra.

Foi nestas que pude observar muito mais do que a “simples” visita do enfermeiro às famílias, é durante estes períodos na comunidade que se estabelece um contacto tão importante com as juntas de freguesia, câmaras municipais e outras estruturas da comunidade, que resultam numa reintegração social mais efetiva. Não falo apenas da organização de recursos financeiros ou habitacionais, mas de uma intervenção psicoeducacional em todo o contexto comunitário onde os utentes se inserem. De tal é exemplo o caso de AR, que foi internado compulsivamente por alterações do comportamento em contexto de delírios místicos e persecutórios, pautadas por heteroagressividade dirigida a outros e a objetos. AR residia numa aldeia rural inserida no pinhal, cuja população se recusava a recebê-lo após o internamento, por medo e falta de informação da sua doença. Foi no contexto da equipa comunitária, em articulação com o pároco da igreja, que se quebraram mitos e medos naquelas pessoas e que se conseguiu uma reintegração do utente no seu contexto. Também as pontes estabelecidas com as autarquias se demonstram de extrema importância. Dado que a equipa não consegue chegar a todos, nem a todo o lado, a psicoeducação que consegue fazer a quem se encontra em situação privilegiada de disseminação de informação tem-se traduzido numa estratégia eficaz e de evidente proximidade dos serviços de saúde às populações.

No que diz respeito às consultas da especialidade, ocorrem diariamente de segunda a sexta-feira e resultam num momento relacional terapêutico, de partilha por parte dos utentes das suas inquietações, preocupações e questões relevantes. Muito para além da administração de terapêutica, é um momento privilegiado para a intervenção do enfermeiro, seja esta de carácter psicoterapêutico ou psicoeducacional.

1.3 UNIDADE FUNCIONAL DE HOSPITAL DE DIA I

O estágio em contexto de respostas diferenciadas ocorreu entre novembro de 2022 e janeiro de 2023, num hospital de dia/oncologia de um hospital público da região do Alentejo. Este serviço tem como objetivo prestar cuidados, administrar medicação e realizar técnicas exclusivamente hospitalares a utentes com patologia crónica complexa em contexto ambulatorio, maioritariamente pessoas com doença oncológica, hematológica e autoimune.

Integram a sua equipa 5 enfermeiras, sendo 1 especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e 2 especialistas em enfermagem de saúde comunitária. Regem-se pelo método

de trabalho de enfermeiro responsável, ficando o utente atribuído à enfermeira que o recebe no primeiro contacto, no entanto, e talvez pelo facto de os tratamentos ocorrerem num espaço *open space*, é palpável a proximidade e relação estabelecida entre os utentes e todos os elementos de enfermagem.

Os utentes integram o hospital de dia após reencaminhamento da consulta de decisão terapêutica, e o primeiro contacto com a equipa de enfermagem dá-se no primeiro dia a que se dirigem à consulta de oncologia.

No que diz respeito ao acesso a cuidados de saúde mental, para além da enfermeira integrante da equipa, o serviço conta ainda com uma psicóloga a tempo parcial e com a possibilidade de reencaminhamento para consulta médica de psiquiatria, quando necessário.

Dos três contextos de estágio, por ser tão diferente do meu contexto profissional diário, este foi aquele em que me senti menos à vontade. Inicialmente o ritmo alucinante em que as colegas preparavam e administravam a medicação deixou-me não só desconfortável por ser todo um mundo novo daquele a que me habituei, mas também desiludida por, à primeira vista, não evidenciar aquilo que me faz gostar tanto da área da saúde mental, a excelência da relação terapêutica.

Bastaram poucos dias para me provar que estava completamente errada e que ali, perante uma visão mais detalhada da interação, a relação que se estabelece é tão ou mais importante que o tratamento que se administra e se evidencia em todos os detalhes a confiança, o respeito e muita esperança em cada dia. Curioso observar como as colegas se mobilizam de tal forma sem ter consciência de o fazer e de uma forma tão bonita vão cuidando também da saúde mental dos seus utentes.

PARTE II

1. TORNAR-ME ENFERMEIRA ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista é, segundo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - o profissional a quem é conhecida a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados especializados dentro da área a que viu ser-lhe atribuído o respetivo título.

As competências comuns são aquelas partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade e advêm do aprofundamento dos domínios de competência dos enfermeiros de cuidados gerais.

Envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4744)

E encontram-se materializadas em quatro diferentes domínios, expostos no respetivo regulamento, a referir:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- Domínio da melhoria contínua da qualidade (B);
- Domínio da gestão dos cuidados (C);
- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Na especificidade da ESMP, define-se o objetivo fundamental de aumento do bem-estar, equilíbrio e autoconhecimento das pessoas. É através da obtenção de competências profissionais específicas para o desempenho do seu papel que obtém consentimento social para chegar à pessoa de quem cuida em todas as suas dimensões (Tavares et al., 2016).

Com a finalidade de ajudar os indivíduos a promover, melhorar ou manter a sua saúde na área de atuação que lhe compete, “a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, p.21427).

As suas competências específicas encontram-se também explanadas no Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - e englobam quatro domínios distintos:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; (F1)
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; (F2)
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; (F3)
- Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. (F4)

Desta forma, pretende-se neste capítulo refletir no contributo deste percurso para a aquisição das competências preconizadas à obtenção do título de Enfermeira Especialista, na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

1.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Tal como anteriormente referido, as competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas por todos os profissionais independentemente da área de atuação em que lhe foi concedido o respetivo título. Também de referir que estas se traduzem num aprofundamento das competências já evidenciadas pelo enfermeiro de cuidados gerais. Desta forma, e como o percurso que me trouxe até aqui se pauta também por aquilo que tenho sido enquanto enfermeira nos últimos anos, permito-me refletir paralelamente com o meu percurso profissional no reconhecimento das competências que se seguem

1.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste âmbito o enfermeiro “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4746) sendo as suas unidades de competência:

- 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 (A1)
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (A2)

Ao longo de todo o meu percurso enquanto enfermeira e reportando-me aos ensinamentos clínicos realizados, tenho-me pautado pelo exercício profissional com base no código deontológico

dos enfermeiros, procurando corresponder aos valores universais estipulados a observar na relação profissional.

Watson (2002) caracteriza o cuidar num paradigma humanista em que o utente é visto como algo único e particular, um todo humano-existencial. É nesta visão que assento a minha atuação, ao coexistir com o outro na relação e não me limitando a dar resposta a um problema identificado. Reconhecê-lo como um todo é assumir todas as suas capacidades, necessidades, emoções e pensamentos, bem como nas suas crenças individuais e espirituais. E é neste reconhecimento que defino, em concordância com os utentes/famílias, as estratégias de resolução de problemas, garantindo a sua compreensão de todas as intervenções e escolha das mesmas quando possível.

“Na sua dimensão ética, cuidar compreende compromisso e responsabilidade” (Lopes & Jorge, 2001 as cited in Pereira, 2015 p.19), compromisso que detenho para com os meus utentes e as suas famílias.

A promoção da confidencialidade da informação adquirida, bem como o direito à privacidade são assegurados nos mais pequenos detalhes. No fechar da porta sempre e aquando qualquer intervenção, no pormenor de não deixar acessível informação clínica ou de passagem de turno ou no cuidado de não prestar informações telefónicas a ninguém que não seja o familiar responsável dos utentes.

Tanto nos contextos de estágio como no meu contexto profissional as reuniões multidisciplinares diárias/semanais, enquanto momentos promotores de partilha de informações e vivências do dia a dia, propiciaram um processo participativo e de partilha de saberes. No auxílio às equipas em refletir sobre si e o seu trabalho (Abuhab et al., 2005), permitiram-me reflexões sustentadas e partilhadas no que diz respeito à atuação em saúde mental e à análise de práticas de risco, com conseqüente potenciação de medidas de segurança.

1.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Segundo a Organização Mundial de Saúde, são cuidados de saúde de qualidade aqueles que detêm um grau de excelência profissional elevado com resultados de saúde para os utentes, riscos reduzidos e eficiência na utilização dos recursos (Mendes, 2012).

No entanto, a definição mais consensual até hoje é a do Instituto de Medicina, cujo

conceito de qualidade em saúde encontra-se inerente aos cuidados de saúde quando há um grau ótimo de prestação de cuidados de saúde, direcionado para os resultados

de saúde expectáveis, tendo por base as diretrizes do conhecimento profissional (Cerqueira 2018, as cited in Silva, 2022 p.46).

No que diz respeito ao regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, o domínio da melhoria continua da qualidade encontra-se subdividido nas unidades:

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

Na aquisição desta competência há a realçar os projetos de melhoria continua da qualidade elaborados, tanto o desenvolvido na parte III do presente documento, como o projeto de melhoria que visa a intervenção de enfermagem de saúde mental em oncologia (APÊNDICE I), realizado no ensino clínico de Respostas Diferenciadas e que se encontra em implementação, após aprovação do Conselho de Administração da respetiva instituição. Estes procuram o desenvolvimento de práticas de qualidade através da identificação de oportunidades de melhoria e consequente seleção de estratégias e implementação de programas que possam dar resposta às metas definidas.

De referir que me encontro no grupo de trabalho de dois projetos de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem desenvolvidos no serviço onde exerço funções, o que me permite treinar as competências referidas.

Também porque assumem igual relevância a “sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4746), salientar a minha procura permanente de compreensão de diferentes culturas e crenças de forma a adequar a minha prática.

1.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

De acordo com o REPE,

os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem,

estabelecendo normas e critérios de atuação e procedendo à avaliação de desempenho; propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem; colaborando na seleção e implementação de métodos e estratégias de ensino/aprendizagem entre as Instituições de Saúde e as Instituições de Ensino Superior (Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro).

Também no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), constam unidades de competência indexadas ao domínio da gestão dos cuidados:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)

Foi-me possível, ao longo dos ensinamentos clínicos, observar de perto as atividades relacionadas com a organização dos cuidados e a gestão da equipa, nomeadamente ao nível de distribuição de tarefas a realizar por cada um dos elementos da equipa multidisciplinar, articulação com outras entidades na continuidade dos cuidados, gestão de material e medicação, entre outros.

Durante este período pude participar em reuniões de enfermagem e multidisciplinares, em que decorrem decisões partilhadas, com base no reconhecimento das competências de cada classe. A otimização da tomada de decisão ao nível dos cuidados dá-se essencialmente nestes momentos de partilha em que se discutem os casos e as necessidades de cada utente e familiares em equipa, no ponto de vista de cada profissional.

Também no projeto realizado em hospital de dia de oncologia se pode verificar esta interligação de competências, ao ser possível a referenciação para outros profissionais quando necessário.

Relativamente à delegação de funções, foi possível no contexto de internamento, a delegação de tarefas nos assistentes operacionais em situações pontuais, como o auxílio na realização de higiene e alimentação. No entanto, com base no exposto no artigo 109º do Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), em que o enfermeiro detém o dever de “Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das

atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”, esta foi efetuada sempre com próxima supervisão e após momentos de orientação e instrução do desejado.

O acompanhamento dos enfermeiros supervisores de estágio demonstrou-se essencial, nomeadamente nos estágios de internamento de psiquiatria e na equipa comunitária. Uma vez que os enfermeiros que me supervisionaram exercem papéis de segundo elemento do serviço (em quem são delegadas as funções de gestão do serviço na ausência do enfermeiro gestor) e de coordenador da equipa, respetivamente, foi-me possível observar a adequação dos recursos às necessidades dos cuidados. Na definição dos métodos de trabalhos e coordenação da equipa nos cuidados, com reflexão sobre a utilização de recursos adequados com vista à promoção da qualidade.

Para além destes, considero que também o facto de ser responsável de turno no meu local de trabalho contribui para a competência abordada, dado que no desempenho do papel não só se gere a equipa em substituição do enfermeiro-chefe, como todos os recursos necessários para a prestação de cuidados.

O projeto de melhoria apresentado na parte III vem também dar resposta à competência “C2.2 Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro p.4749), uma vez que visa fomentar um ambiente positivo e favorável à prática, com adaptação de um estilo de liderança tendo em conta a maturidade e contingências da equipa de enfermagem.

1.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No dever do exercício profissional é dever do enfermeiro assegurar a atualização contínua dos seus conhecimentos, nomeadamente através de formações profissionais, tal como preconizado no artigo 100º do Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), também no artigo 109º do respetivo documento é abordado este aspeto, através da formação permanente nas ciências humanas.

Ao enfermeiro especialista cabe, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro:

- Desenvolver o autoconhecimento e assertividade (D1);
- Basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

A primeira competência (D1) encontra-se intimamente ligada às competências do EESMP, pelo que, ao abordar a sua aquisição no próximo capítulo, se justifica também esta, dado que

ambas refletem a importância do autoconhecimento pessoal e profissional no desenvolvimento da relação terapêutica e prestação de cuidados.

No que concerne a uma prática baseada na evidência, define-se como “o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência científica, recorrendo à sua experiência clínica e às preferências do paciente, no contexto dos recursos disponíveis” (Peixoto et al., 2016 p.27). Para isto, o enfermeiro especialista deve assentar a sua tomada de decisão e atuação em informação científica atual e pertinente, bem como ter um papel facilitador na aprendizagem em contexto profissional e atuar como um agente ativo no campo da investigação (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

Para a aquisição desta competência contribuiu a formação realizada à equipa de enfermagem do serviço de internamento de psiquiatria (APÊNDICE II), bem como a atividade realizada com a equipa multidisciplinar do hospital de dia de oncologia- “Exposição da Esperança” (APÊNDICE III), que permitiram uma atuação na dinamização e incorporação de novo conhecimento.

Para além destas, considero de relevo a participação na organização das I Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Leiria, permitindo o desenvolvimento de comportamentos de disseminação de resultados de investigação relevantes para a prática de enfermagem. Também a participação com a apresentação de um póster nesta ocasião e no II Congresso “Mais Acesso, Melhor Saúde” contribui para o aprofundamento da referida competência. Relativamente à disseminação do conhecimento, participei também no III Workshop do Centro Académico Clínico do Alentejo.

Ainda neste âmbito, frequentei no presente ano letivo a Pós-graduação em Supervisão Clínica na Escola Superior de Saúde de Leiria.

Segundo o Regulamento n.º 366/2018- Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, publicado no Diário da República nº 113, 2.ª série, de 4 de junho

um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisorado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 366/2018 de 4 de junho, p.16657).

Pelo que este processo formativo contribui para a aquisição de competências ao nível da responsabilização por ser agente facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.

Para além destes, uma vez que o ensino clínico em respostas diferenciadas pôde apenas dar resposta a uma área de intervenção, procurei aprofundar conhecimentos nas restantes através da participação em eventos científicos. São exemplo destes, as XIII Jornadas da Saúde e das Toxicodependências da Escola Superior de Saúde de Leiria e o III Encontro de Saúde Mental de Ponte de Sôr – “Parentalidade e Saúde Mental: Desafios”, neste âmbito, encontro-me ainda a frequentar um curso de Especialização Avançada em Psicopatologia da Criança e Adolescente.

No que diz respeito ao contributo da minha experiência profissional, de referir o facto de ser a enfermeira responsável pela formação do departamento de saúde mental e psiquiatria desde 2021, o que me leva a diagnosticar necessidades formativas, gerir programas formativos e avaliar o impacto dos mesmos, promovendo assim a formação no meu local de trabalho.

Relativamente à colaboração em estudos de investigação, encontro-me atualmente a colaborar no estudo de validação do programa de treino metacognitivo para a depressão em pessoas mais velhas em Portugal, denominado “Treino Metacognitivo para pessoas mais velhas com depressão (MCT-Silver)”, sob a coordenação da professora investigadora Lara Pinho.

2. TORNAR-ME EEESMP

2.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

2.1.1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

A primeira competência do EEESMP relaciona-se intimamente connosco próprios. O profissional, o amigo, o familiar, a pessoa e tantos outros papéis que assumimos perante os que nos rodeiam. Quem somos enquanto profissionais tem muito do que somos enquanto pessoas e como somos para o mundo. Advindo daí a importância de refletirmos sobre aquilo em que cremos, os nossos limites e motivações

O autoconhecimento é o processo que nos permite isto mesmo, conhecer as nossas crenças, pensamentos, motivações, preconceitos e limitações, e a forma como tudo isto limita também os outros (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007, as cited in Rainho, 2014). Este assume especial relevância no contexto da enfermagem especializada em saúde mental uma vez que na relação terapêutica o enfermeiro se mobiliza a si mesmo como instrumento terapêutico (Pereira & Botelho, 2014), tendo em conta que a capacidade do enfermeiro para o fazer interfere na capacidade não só de estabelecer relações terapêuticas, como de desenvolver intervenções especializadas eficazes (Regulamento n.º 366/2018 de 7 de agosto).

Watson (2018) defende a necessidade de o profissional recorrer a si próprio, às suas experiências pessoais e todas fontes de conhecimento para potenciar o processo de *healing* no cuidado. Algo só possível com o conhecimento do enfermeiro de si próprio e das suas vivências. A autora aborda na sua teoria a interferência dos conhecimentos, valores, crenças, experiências e mobilização do eu na eficácia da atuação, definindo-se competências de autoconhecimento influenciadoras dos cuidados, tanto para o profissional como para a pessoa que é cuidada.

Cabe então ao enfermeiro possuir elevada consciência de si, das suas capacidades e hesitações; aprender a gerir os seus recursos pessoais e profissionais; aceitar prestar atenção às suas principais dificuldades interpessoais de forma a avaliar e controlar o seu efeito na qualidade da relação; certificar-se que no decorrer da relação de ajuda não procura atingir objetivos pessoais, mas sim utilizar os seus processos de forma a promover o desenvolvimento pessoal do utente (Chalifour 2008, as cited in Domingos, 2018).

E foi nesta certeza que me fui desenvolvendo ao longo deste processo. Ao reconhecer a essencialidade das reflexões partilhadas com colegas e enfermeiros supervisores, partilha de experiências e sentimentos que levam a uma afinação do ser e estar perante aqueles com que nos cruzamos.

As mudanças que se traduzem no desenvolvimento profissional e pessoal constituem-se num processo interno, de dentro para fora, apesar de muitas vezes o que o provoca se verificar inversamente (Santos, 2011), e foi neste último sentido que reconheço os estímulos que me levam a procurar evoluir.

É na minha história enquanto Catarina que me desenvolvo enquanto enfermeira, sendo inevitavelmente no meu eu familiarmente contextualizado que assento grande parte da minha prática profissional. No meu papel de irmã (irmã de alguém com doença mental grave) reflito muito daquilo que sou e pratico enquanto enfermeira no contexto de saúde mental. Aquilo que me influencia profundamente na relação com o outro e na forma como o comunico.

As partilhas refletidas, em todos os momentos, com os enfermeiros supervisores contribuíram para a aquisição desta competência e da consciencialização de mim enquanto profissional diferenciada na área. As análises pormenorizadas da intervenção que me permitiram a perceção da minha forma de ser e estar na relação. Foi nestas reflexões e tomadas de consciência que me fui permitindo monitorizar as respostas perante a fragilidade do outro. Respostas corporais, mais ou menos conscientes, perante comportamentos desajustados e mentes inquietas.

É no pressuposto de que

O EEESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho, p.17034)

que se constata a ideia de apelo a que o enfermeiro desenvolva e recorra a traços da sua personalidade, não sendo plausível a aplicação das técnicas e instrumentos sem profunda afetação pessoal (Nunes, 2014). De onde se depreende o envolvimento na relação.

Watson defende o conceito do envolvimento profissional na enfermagem: a participação total do Self, recorrendo às dimensões da pessoa como uma fonte na relação profissional (Diogo, 2017), vincula este conceito a um relacionamento transpessoal no cuidar, em que os sentimentos do enfermeiro podem ser experimentados e sentidos, não como uma forma de obter alívio ou ajuda dos clientes, mas como parte de ser e de se tornar presente no relacionamento.

Ao estar presente em todos os momentos permiti-me “dar conta de mim” e das minhas reações, experienciar e aceitar emoções e sentimentos que me ajudaram muitas vezes na identificação e compreensão de limiares e limites inultrapassáveis, gerindo os impasses terapêuticos ocorridos.

2.1.2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização e recuperação da saúde mental

É no conceito de enfermagem e a sua missão de prestar cuidados aos indivíduos sãos ou doentes, na manutenção, melhoria e recuperação da sua saúde, que se integram na área correspondente à saúde mental, as competências em que o EEESMP

- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental o (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto p. 21427)
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto p. 21427).

O enfermeiro deve sustentar a prestação de cuidados no estabelecimento de diagnósticos de saúde mental, identificar os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde e realizar e implementar os planos de cuidados em saúde mental, sendo estes individualizados, de acordo com as necessidades da cada indivíduo, grupo ou comunidade (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto)

Assim, como forma de corresponder a uma avaliação diagnóstica individualizada, privilegiei durante os ensinamentos clínicos a colheita de dados através de entrevistas clínicas com os utentes, tendo por base o Modelo de Tidal.

Este modelo coloca a ênfase na pessoa, nas suas angústias e na sua experiência com a doença mental, deixa de parte a assunção de que é o enfermeiro quem sabe o que é melhor para a pessoa e assume a visão de que é o utente quem conhece aquilo que lhe é mais

benéfico (Freitas et al., 2020). Para os autores as pessoas são as histórias das suas vidas incidindo sobre a particularidade da experiência humana (Barker & Buchanan; Barker as cited in Maduro, 2013).

E ao ter em conta a particularidade própria de cada um de nós, que fui efetuando ao longo das relações estabelecidas avaliações globais e holísticas dos indivíduos e das suas necessidades específicas. É ao mobilizar competências relacionais e de comunicação, na entrevista metodológica de Tidal que conseguimos compreender a narrativa de experiências do indivíduo.

É no seio dos seus princípios orientadores, nomeadamente na descoberta de como a pessoa consegue lidar com a sua doença e na investigação do que a trouxe até nós (Freitas et al., 2020) que compreendemos a ressonância que a interação com os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos tem na saúde mental do indivíduo.

Para os autores a vida é uma viagem num oceano de experiências. E é ao focarmo-nos na pessoa e na viagem que a trouxe até ao momento que efetuamos, em parceria, uma avaliação global que permite uma descrição clara da sua história de saúde, com identificação das suas capacidades internas para a manutenção/recuperação da saúde mental e dos recursos externos que o auxiliem.

Pude, através da realização dos estudos de caso em cada contexto, com recurso a instrumentos de colheita de dados e escalas de diagnóstico validadas, efetuar diagnósticos de saúde mental e consequentes planos de cuidados individualizados, com recurso a taxonomia estandardizada pela CIPE (ICN, 2021).

Num elevado reconhecimento pela pessoa, pela sua perceção do estado de saúde, ao colocá-la no centro da tomada de decisão. É a partir das questões centralizadas no Modelo de Tidal que a intervenção pode assumir infinitos caminhos na “procura de estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental” (OE, 2011 p.8672).

Através das quatro questões norteadoras, que permitem uma avaliação holística, conhecemos quem nos encontra e em conjunto definem-se estratégias e cuidados a prestar, centrados nas suas capacidades e recursos para procurar soluções (Nance, 2019).

Durante os ensinamentos clínicos desenvolvi e implementei planos de cuidados de enfermagem tendo em conta o eu individual de cada pessoa e os diagnósticos de saúde mental efetuados, com vista nos resultados esperados com cada interação.

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram, em grande parte, os estudos de caso efetuados, na medida que permitiram uma análise mais incisiva da pessoa e suas necessidades, numa pormenorizada implementação do plano definido e com recurso a metodologias de avaliação esquematizadas dos ganhos em saúde mental.

Tanto as passagens de turno como os momentos de *briefing* com as equipas multidisciplinares constituíram também um instante importante, dado que permitiram a partilha de informações, experiências e conhecimento científico que visaram a adaptabilidade do plano e a sua otimização, no meu comprometimento para com as mesmas na responsabilização pelos cuidados especializados prestados. Responsabilização que decorreu na integração do papel de gestora de caso dos utentes que acompanhei ao longo do percurso.

A metodologia de gestão de caso assenta a sua filosofia numa visão multidisciplinar em equipa responsabilizada pela vigilância do utente ao longo de todo o processo clínico e com vista à não fragmentação dos cuidados disponíveis. No âmbito da doença mental, centra-se na atenção às necessidades dos utentes em todos os aspetos da sua vida diária (Cordeiro & Carvalho, 2020).

Para Lopes (2012), a gestão de caso é um processo de gestão de cuidados,

que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços destinados a responder às necessidades de pessoas mais vulneráveis e com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde (p. 31).

Tornou-se evidente a importância dos momentos de discussão multidisciplinar, como os atrás referidos, que nos permitem uma eficaz articulação não só na prestação de cuidados em saúde mental, mas ainda na coordenação de respostas na transição de doentes entre tipologias de cuidados, bem como na sua orientação para os recursos comunitários mais apropriados à sua situação. Experiências que tive oportunidade de vivenciar, tanto no contexto de internamento na orientação do utente para o pós-alta (nomeadamente na transição para estruturas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental), como em consulta externa, no apoio prestado aos utentes e cuidadores na articulação com os recursos comunitários como associações e instituições de solidariedade social.

Nestes contextos, assumi um papel de negociação e defesa, responsabilizando-me por assegurar os melhores interesses e os direitos dos utentes, tal como preconizado para a execução do papel (Cordeiro & Carvalho, 2020).

Se no âmbito individual reconheço os benefícios dos estudos de caso desenvolvidos na prestação de cuidados (APÊNDICE IV), no contexto grupal é de referir o projeto de melhoria da qualidade dos cuidados com vista à promoção da saúde mental dos enfermeiros, que potenciou uma identificação das necessidades específicas de um grupo e o impacto dos stressores existentes, bem como o desenvolvimento de um projeto com vista à criação de um ambiente promotor de saúde mental.

Tendo também em conta o sofrimento do indivíduo portador de doença mental, resultante do estigma, discriminação e preconceito, com influência no seu bem-estar e no alcance dos seus objetivos pessoais (Ferreira, 2017; João et al., 2017) foram desenhadas um conjunto de estratégias com vista à promoção da literacia em saúde mental da comunidade, nomeadamente dos alunos do ensino secundário e de enfermagem- APÊNDICE V, uma vez que as estratégias de luta contra o estigma assentam na promoção da literacia em saúde mental da população (Naylor et al., 2009 as cited in Vasconcelos, 2016).

Paralelamente às intervenções, recorreu-se a folhetos informativos (APÊNDICE VI), com vista a disseminação de informação sobre a temática.

Infelizmente, perante uma extrema dificuldade na articulação com as Instituições de Educação a colaborar na intervenção, as atividades psicoeducativas acabaram por não se realizar, ficando, no entanto, o seu planeamento neste documento.

Foi também elaborada uma sessão de psicoeducação assente na promoção da saúde mental dos cuidadores de utentes com doença mental grave (APÊNDICE VII). Com a desinstitucionalização psiquiátrica a família assumiu um papel de responsabilidade no cuidar das pessoas com doença mental, o que devido a todos os fatores associados pode causar um aumento da sobrecarga dos elementos familiares. A intervenção na família detém assim relevo não só para a recuperação da pessoa com doença mental, mas também para diminuir a sobrecarga familiar e promoção da saúde mental dos indivíduos integrantes do agregado (Sequeira & Sampaio, 2020).

A sessão teve como objetivo capacitar os cuidadores principais de utentes com doença mental grave para a manutenção da sua saúde mental. Através da partilha de conhecimentos sobre estratégias para o fazer, recorreu-se à metodologia de discussão orientada, por promover a partilha de informação e experiências de forma espontânea. Permite às pessoas a partilha de pontos de vista e experiências pessoais, levando a uma aprendizagem ativa e participada

(IEFP, 2004). Partilhas através das quais se criou um mapa mental com as atividades promotoras de bem-estar dos elementos do grupo.

Fornecemos ainda, no final, a cada pessoa um cartão de monitorização de hábitos, de forma a aumentar a sua autoconsciencialização para os mesmos.

No decorrer de todo o percurso, ao longo dos estágios demonstrou-se fundamental a mobilização de técnicas comunicacionais e de observação.

A comunicação, que no âmbito da saúde ocorre no contexto da prestação de cuidados, aporta um carácter terapêutico quando se foca no processo de recuperação dos utentes. A comunicação terapêutica, caracterizada pelo conjunto de intervenções realizadas pelos profissionais com vista à resolução de problemas e a uma melhor relação consigo e com os outros, promove uma adaptação eficaz a um contexto de vida e de saúde (Sequeira, 2016).

De encontro às técnicas que a caracterizam, foi no caminho entre o recurso à informação, aceitação, questionamento, assertividade, empatia, orientação, entre outras (Sequeira, 2016) que fui trilhando o caminho de enfermeira especialista em saúde mental ao longo do meu processo formativo, no seio das relações terapêuticas construídas e das intervenções realizadas. Sempre sem esquecer a comunicação não-verbal, que assume uma importância de relevo na relação estabelecida.

Foi neste contexto comunicacional que pude aprimorar a observação, na importância de estar com o outro. Atenta à postura, olhar, movimento, expressão facial, espaço pessoal e conduta tátil de cada um. Com a especificidade no toque, na escuta, no olhar, no silêncio, no posicionamento e distância (Sequeira, 2016).

2.1.3 Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

É no âmbito psicoterapêutico que assenta a especificidade das competências do EEESMP, permitindo-lhe o desenvolvimento de um juízo crítico singular e conseqüentemente uma prática diferenciada das restantes especialidades (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto).

A intervenção psicoterapêutica traduz-se na aplicação consciente e em conhecimento de técnicas da psicoterapia, assente nos seguintes princípios:

a) é uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; b) é realizada por um enfermeiro especialista em ESMP ou por um enfermeiro de cuidados gerais com formação específica e competências certificadas pela Ordem dos Enfermeiros; c) é uma intervenção baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia; d) é uma intervenção decorrente da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental; e) é uma intervenção na qual o utente apresenta um papel ativo e tem, necessariamente, alguma consciência de si; f) é uma intervenção com um número de sessões entre três e doze; g) é uma intervenção que tem, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente; h) é uma intervenção cujo objetivo é a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente (Sampaio, Sequeira & Lluch, 2014 p.719-720)

O objetivo da sua intervenção psicoterapêutica de enfermagem é ajudar a pessoa a identificar e decidir sobre as melhores opções para resolver o seu problema ao invés de decidir por ela, levando a uma evolução/resolução dos diagnósticos de enfermagem identificados (Sampaio, Sequeira & Lluch, 2015).

De acordo com a literatura internacional, o conceito de intervenção psicoterapêutica e intervenção psicossocial sobrepõem-se, caracterizando-se esta última pela utilização de estratégias interpessoais ou informativas com o objetivo de melhorar o bem-estar do indivíduo, através da alteração de fatores biológicos, comportamentais, cognitivos, emocionais, interpessoais, sociais ou ambientais (Committee on Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental Disorders 2015 as cited in OE, 2023).

Pelo que no mesmo documento a MCEESMP nos traz o esclarecimento, com recurso ao Regulamento n.º 505/2018, de 7 de agosto, que a intervenção psicossocial deve ser encarada como qualquer intervenção especializada executada pelo EEESMP ao longo do processo de reabilitação psicossocial do indivíduo com doença mental. Processo reabilitativo cujos objetivos passam pela emancipação do utente, redução do estigma, melhoria da competência social e individual e criação de um sistema de apoio social de longa duração (Regulamento n.º 356/2015 de 7 de agosto).

No âmbito da reabilitação, e em abordagem social, contrariamente à focalização tendencialmente individual que reside na intervenção psicoterapêutica, a abordagem socioterapêutica visa a pessoa numa perspetiva dialética, enquanto ser integrante numa sociedade (Cavanagh, 2021). O seu foco incide nas interações dos elementos de um grupo entre si, remetendo para as relações sociais e familiares do seu quotidiano. Enquanto a intervenção psicoterapêutica pode ser realizada em contexto individual, a abordagem socioterapêutica tem sempre como cliente o grupo/comunidade (Regulamento n.º 356/2015 de 7 de agosto).

A par destas, outra abordagem tem também demonstrado ganhos na área da saúde mental. A psicoeducação visa auxiliar os indivíduos com doença mental, ou as pessoas com interesse na área, a compreender de forma clara e concisa os factos sobre estas patologias. Possibilita a compreensão e aprendizagem de estratégias para lidar com a doença e os seus efeitos (Regulamento n.º 356/2015 de 7 de agosto).

Ao enquadrar-se numa proposta de educação para a saúde, pode considerar-se o conceito na promoção da saúde mental, no auxílio aos indivíduos na aquisição de conhecimentos e competências que lhes permitam a maximização do seu bem-estar e equilíbrio (Campos, 2018).

Quando realizada por EEESMP, a intervenção psicoeducacional

deve centrar-se em diagnósticos de enfermagem, e não nos diagnósticos médicos / psiquiátricos. De igual modo, a informação a disponibilizar ao utente e/ou família acerca do tratamento deve focar-se, predominantemente, no domínio não farmacológico, ou seja, nas estratégias que podem ser utilizadas para facilitar a gestão de sinais e sintomas, e/ou o processo de transição (OE, 2023 p.3-4).

Não sendo por si só um tratamento, deve ser parte integrante do mesmo, uma vez que é essencial para a pessoa com doença mental e a sua rede de suporte possuírem conhecimento suficiente que lhes permita, por exemplo, estruturar os seus planos de prevenção de recaídas e estratégias de gestão de doença (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho).

É na implementação do plano de cuidados que o EEESMP mobiliza, na sua atuação, estes cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, para que se possa auxiliar o utente a alcançar um estado de saúde mental próximo do desejado ou a adaptar-se a nova situação de doença vivida (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto demonstrando a íntima relação entre esta e as competências anteriormente referidas.

Foi na otimização/recuperação da saúde mental dos indivíduos que pude mobilizar cuidados especializados, nas atividades realizadas para a manutenção, melhoria ou recuperação da saúde mental daqueles com quem me fui cruzando.

A consulta externa e equipa comunitária de saúde mental proporcionaram-me momentos privilegiados para o desenvolvimento destas competências. Tratando-se de uma consulta especializada, demonstrou-se rica em oportunidades de implementação de intervenções específicas do enfermeiro especialista no âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional.

No que diz respeito à visita domiciliária da ULS aos utentes e às suas famílias, pode assumir diversas formas, não sendo exclusiva no domicílio. Uma vez que cada caso possui a sua individualidade. O privilégio da atuação na comunidade assenta nesta possibilidade de conhecer e observar o utente e família no seu próprio contexto e interações sociais, permitindo-nos ter uma visão realista das suas necessidades, relativamente não só à componente psicológica das pessoas, mas também nas suas dinâmicas (Reinaldo & Rocha 2022 as cited in Pedroso, 2011).

Desta forma, foi-me permitida a intervenção com os utentes e as suas famílias em contexto de ambulatório, que facilitassem respostas adaptativas, na integração da perturbação ou doença mental e os déficits por elas causadas.

A intervenção com as famílias foi constante, não só no contexto de internamento através da convocatória para realizar ensinamentos relativamente a doença mental e processo terapêutico, bem como em contexto comunitário, essencialmente na necessidade de apoio psicológico e emocional, expressa pelos cuidadores dos utentes aquando da consulta/visitação domiciliária.

Foi neste percurso que pude intervir de diversas formas mobilizando diversas intervenções, como apoio emocional, entrevista motivacional, intervenção familiar, intervenção psicoeducativa, modificação de comportamento, orientação para a realidade, relação de ajuda, treino de técnicas de autocontrolo, técnicas de resolução de problemas.

Também na oportunidade de participar nos cuidados prestados em hospital de dia de psiquiatria pude adquirir competências no âmbito da reabilitação da pessoa, nomeadamente na aplicação de atividades ocupacionais terapêuticas.

Estas entendem-se no efeito psicoterapêutico, psicoeducacional, psicomotricional, psicossocial, socioterapêutico e espiritual enquanto atividade que estrutura e dirige o desempenho funcional da pessoa, enquadrada na relação interpessoal enfermeiro-pessoa e na avaliação das necessidades humanas fundamentais (NHF), com recurso a técnicas terapêuticas (Melo-dias et al., 2014 as cited in OE, 2021).

Ainda neste âmbito experiencial de hospital de dia pude colaborar numa das sessões de uma intervenção de treino metacognitivo na psicose, a ser aplicada ao grupo terapêutico, constituído por pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Posteriormente, entre dezembro de 2022 e janeiro de 2023, tive oportunidade de frequentar um Curso de Treino Metacognitivo na Universidade de Évora, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de competências na intervenção psicoterapêutica.

Com base nos objetivos dos estágios, assentes na implementação de intervenções especializadas, foram planeadas e desenvolvidas duas intervenções grupais. Uma psicoterapêutica em contexto de unidade funcional de hospital de dia de oncologia e uma intervenção psicoeducativa no serviço de internamento de psiquiatria:

Intervenção de grupo de promoção da esperança em mulheres com cancro de mama

A esperança representa um papel essencial na vida humana, uma vez que a pessoa necessita de um significado para a sua vida, seja no seu quotidiano ou em situações de crise. Esta possui um caráter individual e único e a sua importância remete-se ao facto de a presença de esperança (ou a sua ausência) influenciar o futuro de um indivíduo, traduzindo-se numa condição essencial para lidar com a doença e/ou a preparação para a morte (Miller et al. 2007 as cited in Cavaco et al. 2010).

Segundo Querido (2005) a esperança é um elemento crucial na vivência das pessoas com doença oncológica, tendo em conta a componente potenciadora de stress e insegurança quanto ao futuro que o seu diagnóstico aporta.

Um estudo realizado com utentes submetidos a quimioterapia concluiu que os níveis de esperança das pessoas submetidas a tratamento têm tendência a diminuir com o passar do tempo (Pinto et al. 2012 as cited in Pacheco, 2014), não se relacionando com o estágio da doença, mas com a capacidade de cada indivíduo manter a esperança por si. Realça-se, deste modo, a importância da atuação dos profissionais de saúde neste foco como promoção da qualidade de vida (Esbensen & Tomensen, 2011). Assim, assume-se a relevância da promoção da esperança e das ferramentas para a sua manutenção, ainda que os indivíduos apresentem inicialmente níveis elevados de presença da mesma.

Trabalhar a esperança significa focalizar nas possibilidades dos utentes e, de entre outras coisas, reforçar estratégias de *coping* efetivas que lhes permitam sustentar a saúde física e mental (Querido, 2018).

Como intervenções promotoras de esperança, Cavaco et al. (2010) identificam no seu estudo ações como: discutir informação sobre a doença; escutar; estabelecer relação empática e

desenvolver competências de comunicação; estimular o doente a olhar para além da doença; fomentar estratégias emocionais e motivacionais; explorar os sentimentos do utente; fortalecer recursos espirituais, familiares e sociais; planejar estratégias para aumentar a esperança, tendo em conta as reais necessidades da pessoa e procurar diminuir os obstáculos de esperança. Querido (2018) traz-nos também diversas atividades terapêuticas promotoras de esperança, conjuntamente com a criação de um guia prático para a sua exercitação. São exemplos destas atividades a criação do kit de esperança, a escrita de cartas terapêuticas e a definição de objetivos realistas.

Segundo Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021) o cancro da mama é aquele que representa maior incidência nas mulheres (28%). Devido à evolução dos tratamentos e do diagnóstico precoce, esta passou a ser considerada como uma doença tratável e curável ao invés de uma doença fatal. No entanto, o stress inerente ao processo de diagnóstico e tratamento não deixa de significar um fator de morbilidade psicológica para a mulher (Pimentel, 2006; Fernandes, 2009, as cited in Salgado, 2013).

Cerca de 1/3 das mulheres diagnosticadas com cancro da mama apresentam sintomatologia que preenche os critérios de depressão, sendo o diagnóstico psiquiátrico mais frequente entre estas mulheres o de perturbação de adaptação (Kissane et al. 2004; Love, et al. 2004, as cited in Pinho, 2015).

No que concerne a intervenções do enfermeiro para promover a adaptação da mulher à doença oncológica mamária, Salgado (2013), identifica no seu estudo, diversas intervenções que se enquadram na prática no enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. De entre as quais é possível identificar intervenções que vão de encontro ao constatado por Cavaco et al. (2010) na promoção da esperança, se encontram também explanadas por Querido (2018) e incluídas no seu guia prático. São exemplo destas: “Apoiar a pessoa a gerir emoções”, “Apoiar a pessoa a identificar as suas potencialidades”, “Apoiar a pessoa a identificar os recursos para alcançar as metas definidas”, “Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida”, “Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas” (Salgado, 2013). A mesma autora refere ainda como intervenções do enfermeiro promotoras de adaptação à doença oncológica mamária a promoção de dinâmicas de grupo para a partilha de experiências e a orientação de terapia com grupos de apoio.

As intervenções grupais criam um contexto de acolhimento, permitem a partilha de experiências e funcionam como um potencial importante de construção de sentidos frente ao vazio, possibilitando inúmeros resultados terapêuticos (Carvalho et al. 2019, as cited in Sousa et al. 2020).

Rustoen et al. (2011) ao avaliar os efeitos de uma intervenção em grupo nos níveis de segurança e sofrimento psicológico de utentes oncológicos, concluíram que o programa foi muito útil para os utentes, sendo que 67% referiram como muito positiva a experiência de conhecer outras pessoas na mesma situação.

É função do enfermeiro diagnosticar e intervir de acordo com as necessidades da mulher com quem se depara. Este é um profissional importante no centro da equipa multidisciplinar na identificação de situações de mau estar, angústia, stress e desmotivação da mulher face à doença. Traduz-se num elemento-chave na promoção de estratégias que permitam à utente melhorar a sua adaptação e qualidade de vida (Salgado, 2013).

Assim, a intervenção executada pretendeu promover a saúde mental e esperança em utentes com cancro de mama a cumprir tratamento no hospital de dia, através de uma intervenção psicoterapêutica de grupo; enquadrada no foco de enfermagem “Esperança” da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2019), incluiu ao longo das sessões as intervenções: “Implementar grupos de apoio; Estabelecer confiança; Promover Esperança; Providenciar apoio emocional; facilitar capacidade para comunicar sentimentos; escutar; encorajar afirmações positivas” (CIPE, 2019).

A intervenção foi implementada no decurso de 5 semanas e ocorreu no formato misto, sendo predominante o formato presencial. As temáticas abordadas seguiram o Guia “exercitar a esperança” (Querido et al., 2011), no entanto estas decorreram essencialmente no formato de trabalhos para casa com posterior reflexão em grupo, uma vez que por necessidade das utentes se adaptou a metodologia, privilegiando o tempo disponível para a partilha de sentimentos e preocupações relativas às suas experiências do dia-a-dia relacionadas com a doença.

A amostra da presente intervenção foi composta por 4 utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 46 e os 64 anos de idade. Diagnosticadas há menos de um ano e que se encontravam a realizar quimioterapia curativa há menos de 6 meses.

A avaliação da intervenção ocorreu por meio da proposta de Yalom (2006), que nos apresentam um conjunto de fatores terapêuticos que pressupõem com a sua presença a eficácia das intervenções. Desta lista de fatores fazem parte: instilação de esperança; universalidade; coesão; partilha de informações; altruísmo; desenvolvimento de técnicas de socialização; comportamento imitativo; aprendizagem interpessoal; fatores existenciais; catarse; recapitulação corretiva do grupo primário (Yalom, 2006 as cited in Santos et al., 2012). Estes podem ser avaliados a partir da observação das atividades ou do relato dos participantes (Oliveira et al., 2009 as cited in Aquilo & Sei, 2020).

Aquilo que se verificou foi a presença de pelo menos um ou mais fatores terapêuticos em cada uma das sessões, tal como registo.

Tabela 1- Registo de fatores terapêuticos na intervenção psicoterapêutica de promoção da esperança. Elaboração própria.

	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5
Instilação de esperança		✓	✓		✓
Universalidade	✓			✓	✓
Coesão			✓	✓	✓
Compartilhamento de informações	✓	✓	✓	✓	✓
Altruísmo					✓
Desenvolvimento de técnicas de socialização					
Comportamento imitativo			✓		
Aprendizagem interpessoal			✓	✓	
Fatores existenciais	✓		✓		
Catarse		✓	✓	✓	✓
Recapitulação corretiva do grupo familiar primário					

Ao assumir que a presença de um fator terapêutico nas sessões significa que contribuiu para uma alteração terapêutica na pessoa (Santos et al., 2012), o grupo demonstrou-se um recurso terapêutico a utilizar pela equipa. Relativamente à avaliação dos ganhos das utentes com a intervenção, encontram-se descritos no estudo de caso múltiplo realizado (APÊNDICE XII).

Metodologias Ativas de Aprendizagem como estratégia Psicoeducativa na recuperação da pessoa com doença mental grave

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adesão terapêutica traduz-se no grau cujo comportamento do indivíduo corresponde às recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde relativamente ao cumprimento de medicação, alimentação e hábitos de vida saudável. Engloba não só o tratamento, mas também as medidas de prevenção de doença e promoção da saúde (WHO 2003, as cited in Camarneiro, 2021). Esta pressupõe uma atitude ativa, voluntária e de colaboração por parte do utente, que deve estar consciente da sua saúde e comprometido com o as decisões tomadas relativamente ao seu regime de tratamento, bem como com aquilo que deverá fazer (Laranjeira et al., 2023).

A adesão ao tratamento constitui um desafio para os enfermeiros de saúde mental, uma vez que a não adesão se traduz num maior número de hospitalizações, crises e descompensações, com conseqüente aumento da procura de serviços de urgência, levando também a diminuição da qualidade de vida dos utentes (Borba et al, 2018).

Relativamente às patologias de perturbação bipolar, depressão major e esquizofrenia, uma meta-análise recente demonstra valores de não adesão terapêutica de 44%, 50% e 56% respetivamente (Semahegn et al. 2020, as cited in Laranjeira et al., 2023).

A evidência existente demonstra ainda que o primeiro ano é o mais relevante para a decisão de cumprir ou não a terapêutica e, que mais de 80% dos utentes faz uma interrupção superior a 30 dias de toma de medicação (Coelho et al 2017; Horne et al 2019, as cited in Camarneiro, 2021). Diversos estudos definem as variadas causas da não adesão terapêutica, evidenciando-a como um fenómeno multifatorial. Assim, pode afirmar-se que esta é influenciada por fatores de ordem pessoal (por exemplo idade, género, escolaridade, conhecimento sobre a doença, motivação, expectativas, aspetos emocionais relacionados com o processo de adaptação a medicação), ambiental (suporte familiar e social, situação económica, estigma), relacionados com os serviços de saúde (acessibilidade, qualidade da relação terapêutica, competência e recursos dos profissionais), relacionados com o regime terapêutico (complexidade e duração do tratamento, ausência de resultados a curto prazo) e relacionados com a doença (impacto da doença na vida do utente, características dos sintomas, nível de incapacidade) (Domingos, 2018).

Um dos principais fatores de sucesso para a adesão passa pela motivação do utente para o tratamento e a sua corresponsabilização com o mesmo, integrando-o ativamente nos cuidados promotores, preventivos ou curativos (Martins et al. 2017, as cited in Camarneiro, 2021).

Relativamente à promoção da adesão terapêutica, as abordagens que incluem não só as intervenções psicoeducacionais mas também cognitivo-comportamentais e motivacionais, com vista a alterar crenças e atitudes face à medicação, são aquelas que demonstram maior eficácia. Simultaneamente, intervenções com maior número de sessões e mais prolongadas no tempo tendem a apresentar melhores resultados (Barkhof et al. 2012; Gray et al 2002. As cited in Antunes, 2016).

Assim, com vista a promover a adesão ao regime medicamentoso dos utentes internados no serviço de psiquiatria, desenvolveu-se a presente intervenção psicoeducativa, com recurso a metodologias ativas de aprendizagem (APÊNDICE X), cujo principal resultado esperado se trata da demonstração de comportamento de adesão pelos utentes.

Destinada a todos os utentes com doença mental grave internados no serviço, que após avaliação do estado mental reúnam condições cognitivas para participar nas sessões, a quem tenha sido avaliada a adesão terapêutica através da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos, entrevista ou comportamentos de não adesão e que tenham aberto em plano

de intervenções de enfermagem “Incentivar adesão ao regime terapêutico”, “Promover adesão ao regime medicamentoso”.

Realizou-se com um grupo de 3 utentes, com os diagnósticos médicos de Esquizofrenia e Perturbação Afetiva Bipolar. Com idades compreendidas entre os 27 e 58 anos.

Planeada para um total de 4 intervenções de grupo, ao longo de 4 semanas, com as temáticas: Medicação em Psiquiatria- Mitos e Crenças; Importância da adesão à medicação; Estratégias de adesão à terapêutica; Medicação Psiquiátrica- Grupos e características.

A avaliação realizou-se através de métodos indiretos de avaliação – observação de comportamentos de adesão e entrevista.

Devido à alta dos utentes, realizaram-se apenas 3 das sessões de grupo planeadas.

Estas visaram incidir principalmente nos fatores pessoais de adesão referidos anteriormente, por uma questão de maior facilidade de atuação, nomeadamente ao nível do conhecimento do utente, das suas crenças e expectativas acerca do tratamento, aspetos emocionais e motivação.

Optou-se por recorrer predominantemente à adaptação de metodologias ativas de aprendizagem, uma vez que estas permitem aos indivíduos refletir sobre aquilo que estão a fazer. Têm como benefícios principais o facto de que quanto maior for o envolvimento do indivíduo no conteúdo maior será a sua compreensão; a correlação entre o pensamento abstrato e a sua utilização no mundo real cria a interação necessária entre a teoria e a prática; ao participar de forma ativa na aprendizagem, o cérebro atua de uma forma mais dinâmica e permite ao indivíduo memorizar mais facilmente o conteúdo (Inoue & Valença, 2017, as cited in Ghezzi et al., 2019).

Para além disto, estas metodologias colocam o indivíduo no centro do processo de aprendizagem, permitindo-lhe também desenvolver competências ao nível de iniciativa, criatividade, criticidade reflexiva, capacidade de autoavaliação, cooperação de trabalho em equipa, responsabilidade, ética e sensibilidade na assistência (Mitre et al. 2008, as cited in Lovato, et al. 2018).

Em forma de avaliação das sessões optei por questionar abertamente os utentes sobre a sua experiência, ao que todos responderam com agrado. Aproveitei também para utilizar os momentos iniciais das sessões para solicitar ao grupo que fizesse uma revisão dos conteúdos abordados anteriormente, ao que se verificou a assimilação da informação. No que diz respeito à avaliação da intervenção as entrevistas e a sua posição relativamente à aceitação da medicação, evidenciaram uma evolução positiva, tal como observável na seguinte tabela.

Tabela 2. Avaliação da intervenção psicoeducativa sobre adesão à terapêutica. Elaboração própria

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Utente VS	Só aceita Olanzapina “para dormir” (sic)	Aceita toda a medicação
		Define estratégias de adesão à terapêutica
	Não reconhece necessidade de restante medicação	Identifica benefícios na ingestão terapêutica
Utente MA	Renitente à toma da medicação. Atitude desconfiada e querelante.	Aceita toda a medicação
	Crê que lhe “estragam o cérebro” (sic) e é para a “pôr como um zombie” (sic)	Identifica benefícios na ingestão terapêutica
Utente CS	Não adere à medicação de forma contínua e conforme prescrito	Reconhece a necessidade de manutenção de ingestão da medicação
		Define estratégias de adesão à terapêutica

Outro dos aspetos positivos a realçar centra-se na interação entre os elementos do grupo. Decorreu sempre de forma positiva e trouxe ganhos em saúde no que diz respeito, por exemplo no utente VS, à diminuição do seu isolamento, fomentando a socialização com restantes utentes e fazendo de “quebra-gelo” para relações interpessoais no internamento.

Ainda no mesmo utente, foi evidente a melhoria da autoconfiança na realização das atividades propostas à medida que as concluía com sucesso. Contribuiu também a interação do grupo, tendo em conta que a sua participação era muito estimulada positivamente pelas restantes utentes.

A avaliação da forma como decorreu cada sessão pode ler-se no apêndice acima referido.

Apesar de não terem sido realizadas, é de salientar a importância da realização de entrevistas motivacionais individuais, uma vez que têm demonstrado eficácia mais elevada em comparação com abordagens tradicionais de aconselhamento (Camarneiro, 2021), pelo que se sugere a sua implementação no futuro

PARTE III

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A Organização Mundial de Saúde (1946) define o conceito de saúde não apenas como a ausência de doença, mas um bem-estar físico, psicológico e social (Gaino, Souza, Cirineu, 2018).

Se nos remetermos à saúde mental, esta reporta-se, segundo a Direção-Geral da Saúde, à capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e reconhecer a ausência de bem-estar.

Neste sentido,

a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde e bem-estar, identificação de riscos para a saúde mental, prevenção da doença mental, no diagnóstico e intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação da pessoa com doença mental (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho, p.17035).

O presente projeto pretende promover a saúde mental dos enfermeiros, através da melhoria do trabalho em equipa.

A insatisfação profissional vem sendo uma problemática descrita pelos elementos de enfermagem do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental há já pelo menos 2 anos, sendo também reconhecido pela equipa que esta exerce influência não só na sua gestão de stress no contexto laboral, como principalmente a qualidade da sua prestação de cuidados. No que diz respeito aos fatores causadores identificam, de entre outros, a ausência daquilo que é o trabalho em equipa, causado principalmente pelos conflitos interpessoais existentes.

Trabalhavam no serviço diversos enfermeiros especialistas, pelo que, atendendo às competências comuns explicitadas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, II série, nº26, aquilo que seria expectável seria uma equipa coesa, com capacidades relacionais adequadas entre si e resoluções de conflitos eficazes. O que não se verifica. Neste âmbito exemplificam-se nomeadamente as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados em que o profissional “Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.”(p.4745), que possui como critério de avaliação a fomentação de um ambiente positivo e favorável à prática. Também no que diz respeito ao

domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista não só “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4749) e “consciencializa a influência pessoal na relação profissional” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4749), como “Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4749), através do reconhecimento e antecipação de situações de conflitualidade, bem como da resolução adequada de conflitos.

Dado que no âmbito da saúde mental o enfermeiro atua especificamente através da excelência relacional e da mobilização de si mesmo como principal instrumento terapêutico (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho), a insatisfação profissional pode influenciar negativamente a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e conseqüente dificuldade do processo de recuperação dos utentes.

A pertinência do tema abordado centra-se no facto de que para prestar cuidados de saúde, é essencial que os profissionais cuidem da sua própria saúde mental de forma a poderem prestar cuidados adequados (Cabral & Florentim, 2015).

Apesar do projeto em causa incidir nos profissionais, considera-se que se centra também no utente tendo em conta que este é indiretamente influenciado pela sua implementação. Os ganhos em saúde possíveis centram-se exatamente neste aspeto. Na medida dos profissionais, visto que poderá prevenir futuros conflitos e situações potenciadoras de stress, e no ponto de vista do utente, considerando que uma equipa mais motivada e apta a prestar cuidados diferenciados em saúde mental poderá diminuir a probabilidade de reinternamentos no serviço, através da implementação de intervenções de promoção, recuperação e manutenção de saúde adequadas.

O investimento na saúde mental dos profissionais traduz-se ainda em ganhos para as instituições também a nível de: “diminuição de erros e acidentes de trabalho; diminuição do absentismo; melhoria da produtividade; redução de taxas de morbilidade; melhoria da autoestima; aumento da motivação; melhoria das relações laborais; valorização do trabalho; melhoria da imagem da organização” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.297).

No que diz respeito aos determinantes de saúde mental no trabalho, Sequeira & Sampaio (2020) citam Lindberg et al. na sua identificação, descrevendo-os por ordem decrescente de importância. Assim, são mais relevantes aspetos relacionados com o estilo de liderança, *empowerment*, potencial para o desenvolvimento profissional e clima de trabalho positivo. Integrando também a lista a existência de objetivos claros no trabalho.

Os mesmos autores referem ainda diversas intervenções de saúde mental a privilegiar no contexto laboral, de entre as quais se evidencia, de entre outros

melhorar o desenvolvimento de competências e aumentar a participação nos processos de tomada de decisão; melhorar a relação interpessoal entre colegas e entre os trabalhadores e os seus superiores hierárquicos; criar espaços para a gestão de conflitos; implementar e monitorizar programas promotores de saúde mental e qualidade de vida (Sequeira & Sampaio, 2020, p.297).

A Organização Mundial de Saúde, no seu Plano de Ação “Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030”, estabelece medidas claras para os estados-membros implementarem de forma a promover a saúde mental e bem-estar das populações, integrando de entre as mesmas a proposta de ação que visa

Promover condições de trabalho seguras, solidárias e decentes para todos, com atenção às melhorias no local de trabalho; Implementar programas baseados na evidência com vista à promoção do bem-estar mental e prevenir o aparecimento de doenças mentais (...) introduzir intervenções centradas na gestão do stress e programas de bem-estar no local de trabalho (...) (OMS, 2021, p.27)

No âmbito nacional, a Direção Geral de Saúde pretende neste contexto aumentar os ganhos em saúde e garantir o valor da saúde do trabalhador, assume por isso como três principais focos de visão do Plano Nacional de Saúde Ocupacional (Extensão 2018-2020) a saúde dos trabalhadores, o ambiente de trabalho saudável e a qualidade dos serviços de saúde ocupacional. Onde a saúde dos trabalhadores integra não só o sentimento de bem-estar e segurança no local de trabalho, mas ainda a aptidão para o desempenho da profissão e motivação e realização pessoal e profissional. No que diz respeito ao ambiente de trabalho saudável, este pressupõe o trabalho conjunto dos gestores e trabalhadores no processo de melhoria contínua da proteção e promoção da saúde e bem-estar dos profissionais (DGS, 2018).

O presente projeto correlaciona-se com os enunciados descritivos da qualidade do exercício de enfermagem, nomeadamente a nível da organização dos cuidados de saúde, visto que “São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros: A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento

profissional e da qualidade;” (OE, 2012 p.18) e também na satisfação do cliente, tendo em conta que “é elemento importante da satisfação dos clientes o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.” (OE, 2012 p.14)

De notar ainda que se evidencia no mesmo documento que “às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros.” (OE, 2012 p.07), ponto em que considero inserir-se a presente proposta.

2. COMPREENSÃO DO PROBLEMA

É assídua no discurso da equipa de enfermagem do serviço a verbalização da insatisfação profissional vivida atualmente. Os elementos relacionam-na não só, mas principalmente, com os conflitos interpessoais e ausência de coesão na equipa. Sendo este um grupo que trabalha junto há vários anos e que partilhou diferentes contextos, não é raro ouvirem-se expressões saudosistas de tempos anteriores, nomeadamente quando existia o serviço de internamento de crónicos, em que atividades lúdicas e em grupo eram mais frequentes. Relatam com nostalgia episódios em que, como equipa, organizavam e participavam em atividades e visitas conjuntamente com os residentes, recordando um bom ambiente de trabalho.

No contexto do internamento de agudos, pelas diferentes características dos utentes e do serviço, tais atividades não são possíveis. Perante o quadro de insatisfação e as causas que lhe são atribuídas, nomeadamente os problemas relacionados com o trabalho em equipa, tentou realizar-se durante o ano de 2021 formação relativamente à comunicação e gestão de conflitos, que acabou por não se concretizar devido à fraca adesão dos enfermeiros a ações de formação no seu formato expositivo tradicional.

A satisfação profissional tem vindo a ser cada vez mais um tema a abordar nos contextos laborais atuais, nomeadamente no que diz respeito à enfermagem.

O conceito é amplamente considerado complexo e individual, caracterizado por múltiplos fatores pessoais e internos ou externos ao contexto laboral. Influencia o trabalhador na sua saúde física e mental, podendo afetar o seu comportamento social e ter consequentes repercussões nos diversos contextos da sua vida, nomeadamente os pessoais, familiares e profissionais (Martinez & Paraguay, 2004, as cited in Tavares, 2018).

Existem na literatura diversas teorias sobre o tema. A escola das relações humanas, com o seu início através de Mayo, enfatiza a satisfação através da dependência de fatores como a boa relação com os colegas, identificação com o grupo e sentimento de corelacionamento dos objetivos pessoais com os da organização (Tavares, 2001, as cited in Carreira, 2011). Por outro lado, Herzberg confirma a existência de dois conjuntos de fatores que influenciam a satisfação, sendo estes intrínsecos (motivadores) e extrínsecos (de ambiente). Enquanto os fatores intrínsecos estão relacionados com o reconhecimento, a realização e, a aquisição de capacidades, os fatores ambientais dizem respeito ao contexto profissional, sendo exemplos o salário, as instalações físicas e a relação com os colegas. O autor defende que, se por um lado os primeiros podem potenciar satisfação, o mesmo não ocorre com os fatores extrínsecos, que apenas podem evitar a insatisfação profissional (Tavares, 2001, as cited in Carreira, 2011).

Esta é uma das variáveis do comportamento mais estudadas nas organizações, uma vez que reflete os sentimentos do profissional relativamente ao seu trabalho (Silva & Potra, 2016) e influencia a qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta que profissionais satisfeitos e empenhados são sinónimo de cuidados prestados com maior qualidade (Carreira, 2011).

No que diz respeito à satisfação profissional dos enfermeiros em contexto hospitalar, Silva e Potra (2016) identificam uma proporcionalidade direta no que diz respeito à satisfação profissional e ambiente de trabalho, sendo o trabalho em equipa uma das particularidades deste que mais influencia a satisfação, a par da criação de procedimentos organizacionais claros e sensatos, o suporte através da supervisão e a promoção da tomada de decisão e autonomia (Nikolau et al. 2014; Shin & Lee, 2016; Unruh & Zhang, 2014; Ko, 2013, as cited in Silva & Potra, 2016).

As mesmas autoras, referenciam Shin & Lee, 2016; Uhrenfeldt & Hall, 2015, ao evidenciar aspetos cruciais relacionados com um ambiente de trabalho saudável favorecedor à satisfação profissional através do estabelecimento de relações de confiança e empoderamento dos enfermeiros. Tais aspetos centram-se na confiança, coesão, proximidade, relações sociais no trabalho, trabalho em equipa e tempo disponível para a prestação de cuidados.

Rosa e Carloto (2005) confirmam a relação existente entre os fatores de satisfação profissional e a Síndrome de *Burnout*, indo de encontro à literatura existente. Esta síndrome encontra-se atualmente inserida na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) e é definida como “uma resposta prolongada a stressores interpessoais crónicos no trabalho que se apresenta em três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal” (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001, as cited in Perniciotti et al., 2020, p.36-37).

Os resultados obtidos por Rosa & Carloto (2005) evidenciam uma clara associação entre a satisfação no trabalho e a exaustão emocional, sendo exemplos de fatores que elevam este aspeto: insatisfação com o ambiente físico e falta de participação na tomada de decisão.

Os componentes organizacionais que contribuem também para este estado relacionam-se com diversas causas, de entre estas a relação negativa entre colegas e entre a equipa e os superiores (Cherniss, 1989, as cited in Rosa & Carloto, 2005).

Ao estudar o fenómeno de *Burnout* em enfermeiros portugueses a exercer em serviços de psiquiatria e saúde mental, Santos (2009) observa que 25,9% dos profissionais se encontravam com exaustão emocional e 19,4% com fenómeno de despersonalização. Concluindo que de 19,4% a 25,9% dos profissionais podiam sofrer de uma forma grave a

moderada de *Burnout*, assumindo a despersonalização a primeira manifestação da doença e a exaustão emocional a forma mais grave da mesma. A autora evidencia ainda no seu estudo uma correlação positiva entre insatisfação profissional e a exaustão emocional dos profissionais.

Como medidas de intervenção e prevenção da doença, salientam-se formas de atuação a nível individual, do grupo de trabalho ou da totalidade da organização. Apesar de se verificar um ênfase a nível das intervenções individuais devido ao seu carácter menos dispendioso, os investigadores têm constatado que fatores emocionais e organizacionais exercem maior influência no processo da doença do que os fatores individuais (Santos, 2009).

Queirós, citando Marques-Teixeira as cited in Santos (2009) realça como formas de atuação nas organizações, de entre outras: privilegiar o trabalho em equipa, promover locais de trabalho agradáveis, encorajar as pessoas a falar das suas dificuldades e criar grupos de suporte.

Leiter & Maslach (1988) e Maslach & Jackson (1982) evidenciam também que outros indivíduos, como colegas, têm um papel fundamental na prevenção da Síndrome de *Burnout* (Santos, 2009).

É evidente a importância da intervenção a nível das relações interpessoais como forma de potenciar um ambiente de trabalho saudável, conducente a níveis de satisfação benéficos e que não exerçam influência negativa no contexto de aparecimento do *Burnout* nos profissionais.

Assim, da literatura referida sobressai o raciocínio abaixo esquematizado e que serve de ponto de partida para o projeto apresentado:

Figura 1- Raciocínio esquemático da identificação do problema. Elaboração própria



2.1 COMPREENSÃO DAS CAUSAS

Apesar de existirem diversos estudos acerca da satisfação profissional em enfermagem, poucos são aqueles que incidem especificamente no contexto do enfermeiro de saúde mental e psiquiatria.

Através dos artigos encontrados na pesquisa bibliográfica efetuada, foi possível obter alguns dados no que diz respeito ao panorama internacional.

Observa-se que a satisfação profissional não é linear neste contexto, tal como seria de prever tendo em conta a subjetividade do conceito. Se no estudo de Oliveira, et al. (2019) os enfermeiros estão globalmente satisfeitos profissionalmente, ocorre o oposto no artigo apresentado por Silveira, Souza; Pereira et al. (2015) em que cerca de 50% da equipa confessa muitas vezes considerar mudar de posto de trabalho. Podemos também observar que a classe de enfermagem possui níveis de satisfação inferiores comparativamente com restantes classes profissionais da área (Baruch et al, 2013).

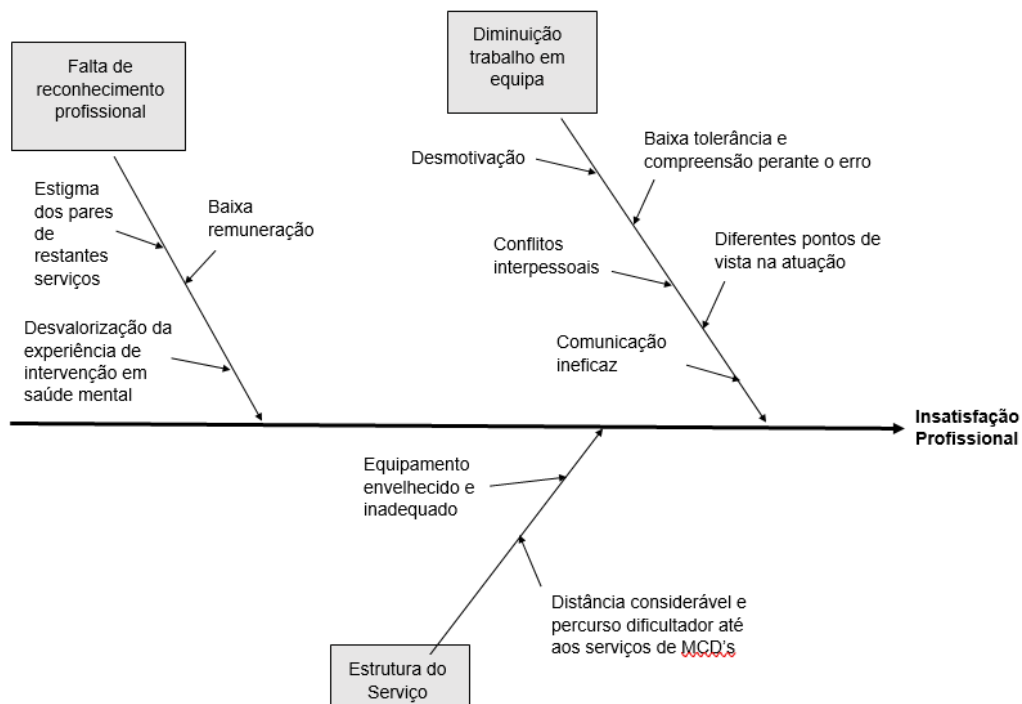
É ainda evidente que enfermeiros com mais anos de intervenção em saúde mental possuem menor nível de satisfação profissional, relativamente aos colegas que exercem há menos tempo no contexto e que profissionais que exercem há mais de 6 anos apresentam os menores níveis de satisfação (Oliveira et al. 2019; Oliveira et al. 2018).

No que diz respeito a fatores promotores de maior satisfação profissional, verifica-se que variam em função dos ambientes. Se por um lado, são descritos por Silveira et al. (2015) como fatores de sobrecarga a desorganização do processo de trabalho, desgaste emocional, relacionamento entre os colegas e quantidade insuficiente de profissionais; o mesmo não é percecionado nos estudos de Goetz, Kleine-Budde, Bramesfeld, Stegbauer (2017) e Oliveira et al. (2019) cujos participantes relatam um elevado nível de satisfação na relação com os colegas, sendo estes considerados promotores de satisfação profissional e não fatores de sobrecarga de trabalho.

Braga e Olschowsky (2015) apresentam ainda como fatores desencadeantes de prazer o trabalho multidisciplinar com os utentes e a intervenção em grupos terapêuticos, contrastando com os problemas de articulação com a rede de atenção psicossocial e dificuldades em mudar o paradigma biomédico de cuidado, percecionados como fonte de sofrimento profissional.

Para analisar o problema identificado na ULS, foi efetuado junto da equipa o Diagrama de Ishikawa para que se pudesse aproximar o máximo possível da realidade dos profissionais. Este visa estabelecer uma relação entre um efeito e todas as duas causas envolvidas no processo.

Figura 2- Diagrama de Ishikawa para a identificação de fatores de Insatisfação profissional da equipa de enfermagem. Elaboração própria.



No diagrama efetuado identificam-se três causas principais de insatisfação referidas pelos enfermeiros: Falta de reconhecimento profissional, Diminuição trabalho em equipa e a Estrutura do Serviço.

A falta de reconhecimento profissional é associada a atitudes estigmatizantes provenientes de colegas de diferentes serviços da unidade hospitalar, à baixa remuneração salarial e ao sentimento de desvalorização da experiência em saúde mental, sentindo neste ponto a desconfiança e insegurança passada por restantes classes profissionais. No que diz respeito à diminuição do trabalho em equipa, são apontados diversos fatores, como a desmotivação, a baixa tolerância e compreensão perante os erros de cada um, a existência de conflitos interpessoais, uma comunicação ineficaz entre os integrantes da equipa e os diferentes pontos de vista que cada elemento possui no âmbito profissional e de intervenção. Por fim, tendo em conta a estrutura física do serviço, é de realçar o envelhecimento do serviço em termos físicos, com mobiliário degradado e equipamento inadequado e ainda a distância existente e as características dificultadoras do percurso a efetuar com os utentes desde o serviço até aos recursos de meios complementares de diagnóstico existentes no hospital.

2.2 TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Betty Neuman, na sua teoria assume não só o indivíduo como um sistema complexo e aberto, como em constante interação recíproca com o ambiente que o envolve, sendo este um fator

de influência do seu estado de bem-estar. Para a teórica, a pessoa é vista como um todo dinâmico influenciado por fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Tomey & Alligood, 2004). Reconhece também o efeito que stressores podem ter na capacidade de adaptação e ajuste do sistema/indivíduo, estimulando a produção de tensão. Quando o sistema se encontra em desarmonia por demasiado tempo e surge a incapacidade de satisfazer as suas necessidades, considera-se o conceito de doença, decorrendo este da falha das linhas de defesa e resistência do indivíduo (Tomey & Alligood, 2004).

Desta forma, Neuman recorre a uma adaptação do conceito de níveis de prevenção do modelo de Caplan, afirmando que a enfermagem atua em conjunto com o cliente através de três níveis de prevenção: A prevenção primária, que visa diminuir a probabilidade do mecanismo se deparar com o stressor ou permitir que este se fortaleça de forma a reduzir a sua reação perante o mesmo; A prevenção secundária, que após a interação do sistema com o stressor, tem o objetivo de recuperar a homeostasia e fortalecer as linhas de resistência, diminuindo os efeitos da interação; A prevenção terciária, com o propósito de potenciar a resistência aos stressores e prevenir o reaparecimento da reação (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria referida apresenta-se pertinente para o projeto proposto uma vez que reconhece a importância que o meio envolvente exerce no bem-estar do indivíduo, neste caso concreto, a influência negativa do ambiente de trabalho no enfermeiro.

Assumindo-se como fator stressor negativo os conflitos interpessoais, que contribuem para um nível diminuído de satisfação profissional, o enfermeiro tem o propósito de atuar a nível das diferentes formas de prevenção para que a equipa consiga mobilizar os seus recursos de resposta.

Ao ter em conta que tanto a baixa satisfação profissional, como relações pessoais pobres podem ser fatores conducentes à Síndrome de *Burnout* (Faria et al., 2019; ILO, 2016; Marôco et al., 2016, as cited in Murcho & Pacheco, 2019), a concretização do projeto considera-se na prevenção primária visto que para além de visar reduzir a ocorrência da patologia nos profissionais, proporcionar-lhes-á também recursos e um aumento da sua linha flexível de defesa. Por outro lado, objetiva-se a prevenção secundária ao considerar o stressor–insatisfação com o trabalho de equipa. Visto ser um fenómeno com que os profissionais já se depararam, a implementação das intervenções, para além de um diagnóstico efetivo de situação, pretende retomar a homeostasia do grupo através da utilização dos seus recursos internos e externos, reduzindo a sua reação ao stressor e conseqüentemente retomar um estado de bem-estar dos elementos.

3. OBJETIVOS

Os objetivos definidos apresentam um carácter geral centrado naquele que foi o problema identificado pela equipa para o ponto de partida do projeto.

Assim, são objetivos do projeto:

- Implementar um projeto de promoção da saúde mental nos enfermeiros através da melhoria do trabalho em equipa;
- Documentar o problema identificado no serviço de internamento de psiquiatria da Unidade Local de Saúde;
- Aumentar o nível de satisfação grupal dos enfermeiros do serviço de internamento de psiquiatria;
- Avaliar o impacto das atividades de *Team Building* na satisfação grupal dos elementos da equipa de enfermagem, ao fim de 6 semanas, através da Escala de Satisfação com o Grupo de Trabalho;
- Avaliar a influência de um programa de *Team Building* na prevenção do Síndrome de *Burnout* da equipa de enfermagem, ao fim de 6 semanas, através do *Maslach Burnout Inventory- HSS*

4. PLANEAMENTO

4.1 IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES EM ESTUDO

As dimensões em estudo no presente projeto são a satisfação, uma vez que pretende aumentar a satisfação profissional da equipa de enfermagem e a eficiência, pois visa também atingir os objetivos da equipa através de uma maior qualidade na prestação de cuidados.

4.2 UNIDADES EM ESTUDO

Os profissionais de enfermagem, especialistas e generalistas, a exercer no departamento de psiquiatria e saúde mental da ULS.

A identidade dos participantes do projeto mantém-se anónima durante todo o processo, bem como todos os seus dados confidenciais. O acesso à informação recolhida é apenas restrito à equipa investigadora e todos os documentos destruídos, conforme indicação no parecer da comissão de ética da instituição (ANEXO I).

4.3 TIPO DE DADOS (AVEDIS DONABEDIAN)

Os dados epidemiológicos do projeto referem-se à taxa de Satisfação Grupal dos enfermeiros e aos níveis de *Burnout* obtida através da *Maslach Burnout Inventory- HSS*, sendo estes dados descritos na caracterização da amostra.

Os dados de processo são relacionados com a percentagem de adesão às sessões e com a satisfação e perceção de adequação das mesmas. Por fim, no que diz respeito aos dados de resultado, relacionam-se com os objetivos definidos e conseqüentemente com o efeito da intervenção. Consideram-se, portanto, a variação dos valores de satisfação grupal e a variação dos valores de *Burnout*.

4.4 FONTES DE DADOS

A colheita de dados do projeto é efetuada através de um questionário sociodemográfico criado para este projeto (APÊNDICE XVIII), da Escala de Satisfação com o Grupo de Trabalho (Dimas, 2017) e do *Maslach Burnout Inventory- HSS*.

A Escala de Satisfação com o Grupo de Trabalho permite a avaliação da satisfação dos membros de um grupo relativamente a dois fatores: sistema tarefa (por exemplo, identidade e significado da tarefa e feedback acerca dos resultados) e sistema afetivo do mesmo (clima no trabalho de equipa) (Dimas, 2017). Subdivide-se em 7 itens, quantificados de 1=totalmente insatisfeito, 2=moderadamente insatisfeito, 3= Nem satisfeito nem insatisfeito; 4= Moderadamente satisfeito; 5= Bastante satisfeito; 6= Totalmente satisfeito.

Trata-se de uma escala unidimensional, pelo que se obtém o *score* de satisfação com a equipa através da média das respostas a todos os itens.

O Maslach Burnout Inventory- HSS compreende 22 afirmações que incidem sobre sentimentos e atitudes relacionados com o trabalho e com os clientes, divididos por três dimensões: Exaustão emocional (nove itens), Despersonalização (cinco itens) e Realização Pessoal (oito itens). A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala ordinal que varia entre 0 “Nunca” a 6 “Todos os dias”. A escala não permite o cálculo de uma pontuação global de Burnout. Assim, considera-se que um sujeito tem Burnout quando obtém resultados elevados na dimensão exaustão emocional e despersonalização e baixa realização pessoal

(Carlotto et al., 2007; Hallberg et al, 2004; Kristensen et al., 2005; Maroco et al., 2008; Maslach et al., 2001; Moreno, 2007; Qiao et al, 2011; Richardsen et al., 2004; Schaufeli et al. 2001; Seisdodos,1997; Semedo, 2009; Shirom, 2003; Vanheule et al., 2007 as cited in Vicente et al., 2013).

4.5 TIPO DE AVALIAÇÃO

A avaliação do programa é interna e inter pares, realizada através da reaplicação dos instrumentos de colheita de dados iniciais

Os critérios de avaliação são: a aplicação do questionário sociodemográfico na primeira sessão a todos os enfermeiros participantes, Aplicação das escalas de Satisfação Grupal e *Maslach Burnout Inventory-HSS* a todos os enfermeiros participantes na primeira sessão do projeto, aplicação das escalas de Satisfação Grupal e *Maslach Burnout Inventory-HSS* a todos os enfermeiros na última sessão do projeto; A todos os enfermeiros participantes aplicar questionário de satisfação e perceção de adequação no final de cada sessão; elaboração dos documentos necessários ao projeto; existência de todos os recursos disponíveis à execução das atividades; divulgação interna e externa dos resultados do projeto.

4.6 RELAÇÃO TEMPORAL

O projeto assumiu uma relação temporal prospetiva.

Os dados foram colhidos entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023.

4.7 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

No presente projeto considera-se como população todos os enfermeiros a exercer funções no departamento de psiquiatria e saúde mental da unidade de saúde e a amostra constituída pelo grupo de enfermeiros que de entre a população aceitaram participar no projeto, sendo a amostra intencional.

Assim, após tratamento dos dados no SPSS, obtém-se as seguintes características do grupo, de acordo com a análise descritiva, com recurso ao número (n), percentagem (%), média (M), desvio padrão (Dp), mínimo (Min) e máximo (Max):

A amostra constitui-se por 11 enfermeiros, 63,6% do sexo feminino e 36,4% do sexo masculino (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra quanto ao sexo. Elaboração própria

Enfermeiros (n=11)	Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	N	%	N	%
	7	63,6	4	36,4

Com idades compreendidas entre os 27 e 64 anos, sendo que 54,6% tem idades compreendidas entre os 50 e os 60 anos.

Tabela 4. Caracterização da amostra quanto à idade. Elaboração própria.

Enfermeiros (n=11)	20-30		30-40		40-50		50-60		+60	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	1	9,1	2	18,2	2	18,2	3	27,3	3	27,3

A maioria encontra-se casado ou em união de facto (54,5%), 36,6% divorciado ou separado e menos de 10% solteiro.

Tabela 5. Caracterização da amostra quanto ao estado civil. Elaboração própria.

Enfermeiros (n=11)	Casado/União de facto		Divorciado/Separado		Solteiro	
	N	%	N	%	N	%
	6	54,5	4	36,4	1	9,1

No que diz respeito ao tempo de exercício de profissional de enfermagem, observa-se que a grande maioria exerce a profissão há mais de 9 anos, sendo que 54,5% exerce há menos de 5 anos no DPSM.

Tabela 6. Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício de enfermagem. Elaboração própria.

Enfermeiros (n=11)	A exercer enfermagem de 3-5 anos		A exercer enfermagem há mais de 9 anos	
	N	%	N	%
	1	9,1	10	90,9

Tabela 7.Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício de enfermagem no DPSM. Elaboração própria.

Enfermeiros (n=11)	Inferior a 2 anos		De 3 a 5 anos		De 6 a 8 anos		Superior a 9 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	4	36,4	2	18,2	1	9,1	4	36,4

Quanto à aplicação da ESAG, a média do valor global foi de 3,66 com um desvio padrão de 1,41. Um mínimo de 1 e um máximo de 5,4. Da sua análise, observa-se menor grau de satisfação com os itens 1 e 6, ambos com uma média de 3, tal como se verifica na tabela 9, que demonstra o score médio de cada dimensão.

Tabela 8.Análise descritiva ESAG. Elaboração própria.

(n=11)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1. Clima existente na equipa de trabalho	1	5	3,00	1,265
2. Forma de trabalhar da Equipa	1	5	3,27	1,421
3. Forma como o líder coordena e organiza as atividades da equipa	1	7	4,73	1,902
4. Resultados alcançados pela equipa de trabalho	1	6	3,82	1,401
5. Relações entre os membros da equipa e o líder	1	6	3,36	1,690
6. Relações entre os membros da equipa de trabalho	1	5	3,00	1,265
7. Papel que cada membro desempenha na equipa	1	5	3,73	1,421
Média total ESAG	1	5,40	3,66	1,416

No que diz respeito à avaliação das dimensões de *Burnout*, tomamos como pontos de corte os valores indicados pelos autores originais para os serviços humanos, obtendo-se então que relativamente à exaustão emocional, a equipa se encontra num nível baixo, com uma média de 15,54, máximo de 31 e mínimo de 2, com um desvio padrão de 10,13. Em relação à despersonalização, verifica-se uma média de 3,72, um máximo de 14 e mínimo 0, com desvio padrão de 5,21. Podemos assim verificar que esta dimensão se encontra também num nível reduzido. Por fim, no que consta da realização pessoal, obtém-se uma média de 35,99, máximo de 43 e mínimo 23, com desvio padrão 7,06, permitindo-nos afirmar que a equipa possui um grau moderado de realização pessoal.

Tabela 9.Análise descritiva das dimensões do MBI-HSS. Elaboração própria.

(n=11)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão emocional	2	31	15,54	10,13
Despersonalização	0	14	3,72	5,21
Realização Pessoal	23	43	35,99	7,06

4.8 PLANEAR E EXECUTAR AS ATIVIDADES

No que diz respeito à promoção de um contexto saudável através da promoção das relações profissionais, o *Team Building* tem-se demonstrado eficaz nos últimos anos, sendo utilizado nas mais diversas áreas. Relativamente à enfermagem,

a implementação das estratégias de *Team Building* nas equipas de profissionais melhora o desenvolvimento de competências e criatividade individuais, a clarificação dos objetivos da equipa, o ambiente de trabalho percebido, o trabalho em equipa, a gestão de conflitos e de tempo, a satisfação dos profissionais, a identificação dos profissionais com o trabalho, repercutindo-se essencialmente na qualidade da prestação de cuidados (Homem, Patrício, Cardoso & Lourenço 2012, p.9).

Ao analisar a importância da Comunicação Interna e do *Team Building* numa empresa portuguesa, Alves (2012) evidencia que a aplicação de atividades através do método “melhoraram substancialmente o relacionamento entre os colegas de trabalho e também entre os colaboradores e os superiores hierárquicos, promovendo assim um aumento do espírito de equipa e aumento da produtividade do trabalho” (Alves, 2012, p.52). Também no estudo de Andrade (2011), os participantes constataam uma melhoria significativa na relação entre colaboradores após a implementação de atividades de *Team Building*, considerando que contribuíram para um trabalho de equipa através da criação de mecanismos de comunicação efetivos. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Gordinho (2016), que indica como efeitos das atividades realizadas numa equipa de intervenção rápida, uma melhoria relativamente fatores motivacionais relacionados com a comunicação e relações interpessoais. Ao aplicar o *Team Building* a uma equipa de cuidados paliativos, Rodrigues e Simões (2019) obtêm dados convergentes com os referidos, e concluem que estas tiveram um impacto ao nível da criação de laços previamente inexistentes e vontade de alterar mentalidades, sobressaindo-se ainda “a necessidade de dinâmicas de grupo, formações que sejam capazes de incrementar a capacidade de comunicar eficazmente e atividades que sejam promotoras de coesão intra-equipa. Deste modo, prevenir-se-á a existência de profissionais desmotivados, com perfil desmoralizador, e provocadores de destabilização grave da equipa de base” (Rodrigues & Simões, 2019, p.138).

Tal como referido anteriormente, o *Team Building* caracteriza-se pela implementação de dinâmicas de grupo.

Esta metodologia, baseada na teoria de aprendizagem através da interação e de atividades de grupo, não só melhora as relações humanas como constrói competências necessárias para a equipa (Baptista, 2007).

No que diz respeito ao papel do facilitador, centra-se no desenvolvimento de instrumentos e tarefas que mantenham o grupo em movimento. Monitorizar o grupo e gerir todos os preparativos enquanto os participantes se veem envolvidos a nível emocional e cognitivo, requerendo destes competências de escuta ativa e auto-revelação (Baptista, 2007).

Segundo Newstrom e Scannell (as cited in Andrade, 2011) as atividades de *Team Building* caracterizam-se por ser de rápida execução, participativas, com baixa exigência de equipamentos, baixo risco, adaptáveis, de baixo custo e com um único foco. Assim, as intervenções definidas passam por simples dinâmicas, divididas em dois momentos essenciais: o primeiro com um carácter lúdico em que decorre a experiência em si, e um segundo momento em que se visa refletir sobre os sentimentos e perceções retirados da dinâmica e quais as suas implicações para o contexto da equipa.

Após a aceitação de participação dos elementos e da autorização por parte da Comissão de Ética, foi aplicado o projeto de intervenções grupais, semanalmente.

No que diz respeito ao tempo de duração do projeto, optou-se por considerar um programa de 6 intervenções ao longo de 6 semanas.

Esta escolha sustenta-se nos dados de estudos que concluem que um programa intensivo de 1 ou 2 dias não surtem tantos resultados em problemas significativos, enquanto uma abordagem menos intensiva ajuda a reforçar a necessidade de implementar o *Team Building* na rotina de trabalho. O período de intervalo entre as sessões permite às pessoas tempo para refletir e integrar a nova aprendizagem e também oportunidade de testar novas competências e procedimentos (Plovnick et al., 1975, as cited in Carvalho, 2013).

No seu estudo sobre a eficácia de uma intervenção de *Team Building* numa equipa de desporto, também Vilela (2014) corrobora os resultados obtidos pela meta-análise de Martin e colaboradores (2010) de que programas com intervenções inferiores a 2 semanas não obtêm eficiência nos resultados, ao contrário de programas com duração entre 2 a 20 semanas.

Relativamente à sequência das temáticas a abordar, tomo como referência o Modelo de desenvolvimento de equipas desenvolvido por Moxom (1993). O autor define que os principais obstáculos que afetam o desempenho de uma equipa se relacionam com problemas com objetivos, definição de papéis, processos e relações interpessoais. Estes apresentam-se

numa hierarquia descendente. De forma que a equipa apenas poderá abordar o nível inferior após a resolução dos problemas do nível que o antecede (Andrade, 2011).

Figura 3- Modelo de Desenvolvimento de Equipas de Moxom. Fonte: <http://www.taughner.com/executive-teams.htm>.



Para que a intervenção não seja encarada como algo ameaçador, deve atender-se à hierarquia apresentada, no sentido de primeiramente garantir que a equipa tem os seus objetivos claros e definidos, que está esclarecida sobre os papéis que cada um deve desempenhar, tal como sobre os processos de gestão (Moxom, 1993, as cited in Carvalho, 2013).

Ao analisar o Diagrama de Ishikawa efetuado, considero que os fatores referidos para a diminuição do trabalho de equipa se correlacionam com os obstáculos referidos pelo autor, tal como explicitado na seguinte tabela

Tabela 10. Relação entre os níveis da hierarquia de Moxom e as temáticas abordadas no Diagrama de Ishikawa. Elaboração própria

Obstáculos que afetam o desempenho de uma equipa, segundo Moxom (1993)	Fatores associados à diminuição do trabalho de equipa, de acordo com o Diagrama de Ishikawa elaborado
1. objetivos	Diferentes pontos de vista na atuação
2. definição de papéis	Comunicação ineficaz
3. processos	
4. relações interpessoais	Baixa tolerância e compreensão perante o erro
	Conflitos interpessoais

Opto então por abordar as temáticas identificadas na sequência: “Diferentes pontos de vista na atuação”; “Comunicação ineficaz”; “Baixa tolerância e compreensão perante o erro” e por fim “Conflitos interpessoais”. Apesar de associar os dois últimos fatores ao mesmo nível da hierarquia de Moxom, opto pela sequência tendo em conta que o fator “erro” pode também ser abordado na clarificação de processos, que se encontra num nível precedente.

5. VERIFICAR OS RESULTADOS

O número de participantes nas sessões realizadas alternou entre 5 e 8.

Dos 11 enfermeiros que responderam aos questionários iniciais, 3 não participaram em nenhuma sessão pelo que não foi efetuada nova avaliação, de acordo com os critérios estipulados.

Assim, nos enfermeiros que participaram no projeto, após a realização da intervenção obteve-se relativamente aos valores da ESAG: uma média de 4,04 de satisfação com a equipa de trabalho, um valor mínimo de 3 e um máximo de 5,14, sendo o desvio padrão de cerca de 0,83.

No que diz respeito às áreas respeitantes do *MBI-HSS*, verifica-se que: a exaustão emocional se encontra num valor médio de 11,50, com um mínimo de 3, máximo de 30 e desvio padrão de 0,744. A despersonalização assume uma média de 3,38, máximo de 11 e mínimo 0, sendo o desvio padrão 3,96. Por último na componente da realização pessoal, obtém-se um valor médio de 35,75, com um mínimo de 26 e máximo 46, verifica-se um desvio padrão de 8,24.

Tabela 11. Análise descritiva ESAG após a intervenção. Elaboração própria

(n=8)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1. Clima existente na equipa de trabalho	3	5	4,38	0,744
2. Forma de trabalhar da Equipa	2	5	3,88	0,991
3. Forma como o líder coordena e organiza as atividades da equipa	3	6	4,63	1,408
4. Resultados alcançados pela equipa de trabalho	2	5	3,63	1,118
5. Relações entre os membros da equipa e o líder	3	6	4,00	1,069
6. Relações entre os membros da equipa de trabalho	3	5	3,88	0,835
7. Papel que cada membro desempenha na equipa	3	5	3,88	0,835
Média total ESAG	3	5,14	4,04	0,835

Tabela 12. Análise descritiva dimensões MBI-HSS, após a intervenção. Elaboração própria

(n=8)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão emocional	3	30	11,50	9,93
Despersonalização	0	11	3,38	3,96
Realização Pessoal	26	46	35,75	8,24

Comparativamente com os dados iniciais, verifica-se alteração dos valores da equipa em cada variável, antes e após a intervenção.

No que corresponde ao valor da escala de satisfação com o grupo de trabalho, constata-se uma evolução positiva, aumentando o seu valor médio de 3,66 para 4,04, traduzindo-se na melhoria da satisfação da equipa com o grupo após a intervenção realizada.

O que vai de encontro aos resultados obtidos em estudos anteriores que demonstram a eficácia do *team building* na melhoria do relacionamento interpessoal e no estímulo ao trabalho em equipa (Andrade, 2011).

Em relação às componentes do *MBI-HSS*, é observável na exaustão emocional a diminuição do seu valor médio de 15,54 para 11,50 e observável, portanto o impacto positivo neste aspeto, bem como na despersonalização, em que se verifica também uma diminuição da sua média de 3,72 para 3,38. Por outro lado, constata-se uma diminuição dos valores de realização pessoal dos enfermeiros, dado que o seu valor médio diminui de 35,99 para 35,75.

Tabela 13. Comparação valores ESAG e dimensões MBI-HSS antes e após a intervenção. Elaboração própria

	Antes da Intervenção (n=11)				Após a Intervenção (n=8)			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Média total ESAG	1	5,40	3,66	1,416	3	5,14	4,04	0,835
Exaustão emocional	2	31	15,54	10,13	3	30	11,50	9,93
Despersonalização	0	14	3,72	5,21	0	11	3,38	3,96
Realização Pessoal	23	43	35,99	7,06	26	46	35,75	8,24

Os valores obtidos, nomeadamente no que diz respeito às variáveis da satisfação com o grupo de trabalho e da exaustão emocional, vão de encontro aos achados de Rosa & Carloto (2005) que referem a associação entre a satisfação laboral e a componente da exaustão emocional do Síndrome de *Burnout*, verificando-se que quanto maior a satisfação com o grupo de trabalho, menor o valor da exaustão emocional da equipa.

De acordo com os objetivos iniciais, verifica-se que após a implementação do presente projeto:

- a) Aumentou o nível de satisfação grupal dos enfermeiros integrantes, com aumento dos valores na Escala de Satisfação com o Grupo de Trabalho, ao fim de 6 semanas;
- b) A aplicação do projeto influenciou os valores da exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal dos enfermeiros participantes, através do *Maslach Burnout Inventory-Hss*, ao fim de 6 semanas. Nomeadamente a diminuição do valor da exaustão emocional e da despersonalização.

Relativamente à realização profissional, seria de esperar o aumento do valor obtido, contrariamente ao ocorrido. Isto pode dever-se à complexidade e subjetividade do fenómeno, uma vez que não depende exclusivamente da satisfação com o grupo com que se trabalha e se correlaciona com diversos fatores individuais, como por exemplo, à forma como os indivíduos perseguem objetivos profissionais e como avaliam os seus progressos em direção ao alcance desses objetivos (Oliveira-Silva, 2015). Estudos também revelam aspetos como a

remuneração, a cultura organizacional e oportunidades de crescimento como influenciadores da dimensão de realização profissional (Geremia, Scapini & Silva, 2020), sendo aqui de relevar o contexto atual em que se encontra a equipa. Num momento de mudança do serviço e incerteza do futuro, bem como a reestruturação da equipa e dos serviços disponíveis atualmente.

Também em termos atitudinais se verificaram alterações durante a intervenção. Apesar de não serem observáveis mudanças drásticas na postura da equipa, podem constatar-se melhorias nomeadamente no discurso dos elementos. Se na primeira sessão era consensual a insatisfação com a equipa, no último contacto realizado o discurso centrou-se nos aspetos positivos do grupo de trabalho, evidenciando-se inclusive indignação com a perspetiva inicial através de expressões como “nós não somos maus. Eu recuso-me a compactuar com a ideia de que não prestamos.” “Somos uma boa equipa. Há coisas a melhorar, como em todas. Mas temos aspetos positivos” (sic).

Dos momentos de reflexão conjunta surgiu ainda a partilha pelos participantes da opinião de que este tipo de intervenções seria benéfico se implementada de forma permanente no serviço, de modo a auxiliar a resolução de conflitos gerados na prática clínica e identificação conjunta de estratégias de melhoria a implementar no contexto. Aspetos que identificam na intervenção realizada e que vão de encontro ao descrito por Sequeira & Sampaio (2020) como intervenções de saúde mental a privilegiar no contexto laboral.

Apesar de não ser possível generalizar os resultados tendo em conta a reduzida amostra, observa-se a pertinência da intervenção na promoção da saúde mental da equipa através da alteração dos valores em causa. Corroborar a evidência que refere a importância das intervenções grupais neste aspeto (Santos, 2009) e o *Team Building* como um recurso a utilizar pelas equipas com vista à melhoria do trabalho em equipa nos contextos da prática (Alves, 2012; Andrade, 2011; Gordinho, 2016; Rodrigues & Simões, 2019), aspeto com influência na promoção da saúde mental dos intervenientes (Rosa & Carloto, 2005).

Desta forma consideram-se ganhos obtidos aos diversos contextos da enfermagem:

Ao nível da investigação, os resultados complementam a literatura existente, acrescentando informação aos poucos estudos que evidenciam os contributos do *team building* numa equipa em Portugal, nomeadamente na enfermagem. Dadas as suas limitações, é necessária maior investigação sobre a temática na área clínica, ficando a sugestão para a implementação do projeto noutros contextos.

No que concerne à prestação de cuidados, traduz ganhos na melhoria da sua qualidade, dado que leva a promoção da saúde mental da equipa. Tal como já referido, a prestação de

cuidados adequados é influenciada pela saúde dos profissionais (Cabral & Florentim, 2015), relembrando ainda que a promoção da saúde mental dos trabalhadores diminui erros, acidentes de trabalho e níveis de absentismo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Relativamente aos ganhos para a gestão, relacionam-se com o aspeto acima identificado, no potenciamento da melhoria contínua dos cuidados prestados pelas equipas. Para além de que, a metodologia utilizada melhora aspetos como clarificação dos objetivos da equipa, a perceção do ambiente de trabalho, o trabalho em equipa, a gestão de conflitos e de tempo e a satisfação dos profissionais (Homem, Patrício, Cardoso & Lourenço, 2012).

Tendo em conta os pontos referidos, constitui-se também num instrumento passível de ser ensinado. Contribui para a área do ensino em enfermagem, nomeadamente no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Para além de ir de encontro às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto) na unidade de competência F2.3.4.- “Implementa programas de promoção da saúde mental em locais de trabalho, escolas entre outros sistemas, visando a redução de fatores de stresse, a gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência, o assédio moral, álcool, drogas, bem como programas de intervenção precoce” (p.21428), dá resposta às medidas definidas pela OMS (2021) no Plano de Ação “Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030”. Constitui-se como uma ferramenta a utilizar pelo EEESMP na promoção da saúde mental no contexto ocupacional, uma vez que se enquadra na sua missão de se focar

na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho p.17035).

6. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, PADRONIZAR E TREINAR A EQUIPA

As medidas corretivas descritas no planeamento do projeto previam a intervenção em caso de baixa adesão às sessões. No entanto, durante a implementação do mesmo e com base do questionário de adequação e satisfação aplicado aos colegas, observaram-se outros aspetos a melhorar.

Apesar de o grau de satisfação com as sessões realizadas ser elevado (APÊNDICE XXI), os enfermeiros participantes abordaram no campo D do instrumento de avaliação aplicado (APÊNDICE XX) alguns pontos passíveis de melhoria, a referir:

- Duração do tempo das sessões insuficiente;
- Motivar os restantes elementos da equipa a participar;
- Limitar tempo permitido a cada participante para expor as suas ideias na reflexão.

Perante estes aspetos procedeu-se à criação de um grupo de WhatsApp da equipa com o objetivo de cada participante partilhar com os colegas a sua opinião e experiência na intervenção, bem como motivá-los à participação e relembrar as datas e horário das sessões agendadas.

Optou-se também por alargar o período de cada sessão, pelo que passaram a ter 2 horas de contacto.

Numa reflexão individual, como principal dificuldade ao longo da implementação do projeto, destaco a gestão do grupo nas etapas reflexivas de cada encontro, nomeadamente na gestão de conflitos interpessoais. Apesar de não se tratar de uma intervenção de carácter psicoterapêutico, as relações interpessoais sociais e afetivas que estabeleci previamente com cada um dos colegas influenciaram a minha forma de estar em alguns momentos e consequentemente a intervenção dos participantes. Isto vai de encontro aos aspetos referidos por Moxom (as cited in Andrade, 2011) sobre os benefícios de um facilitador neutro ao contexto, ao ter em conta a personalidade dos participantes e a natureza das questões envolvidas. Também a importância que um facilitador externo pode ter ao assumir uma estrutura neutra, com consequente facilitação do debate e auxílio na clarificação e resolução dos seus problemas (Moxom as cited in Carvalho, 2013).

Pelo que se deve ponderar a aplicação do projeto por alguém externo aos contextos da prática, com vista a avaliar o impacto nos resultados obtidos.

No que consta ao desenvolvimento das sessões, estavam estruturadas de forma a se proceder a uma breve introdução da temática seguida da dinâmica de grupo. O que se verificou foi a vontade da equipa em iniciar a reflexão partindo deste momento inicial, com um

distanciamento da atividade lúdica. Perante isto, optou-se por iniciar as dinâmicas e realizar a sua contextualização posteriormente, partindo-se daí para o debate.

Relativamente à implementação do projeto, houve necessidade de adaptação da metodologia de execução última sessão. Por contingências do serviço não foi possível realizar a sessão nº6, pelo que se optou por efetuar a avaliação de forma individual com cada enfermeiro, através da qual surgiram os contributos relativamente ao projeto:

Figura 4. Avaliação da Intervenção. Elaboração própria

Aspetos Positivos	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmicas lúdicas; • Possibilidade de resolução de mal-entendidos; • Possibilidade de Comunicação entre a equipa; • Interação entre colegas; • Debate das temáticas
Aspetos Negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Não participação de todos os colegas; • Conflitos gerados durante as reflexões; • Formato exclusivamente presencial
Contributos para a Equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias de resolução de problemas • Criação de canais e estratégias de comunicação; • Definição de momentos promotores da relação interpessoal entre a equipa;
Aspetos a melhorar em intervenções futuras	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão mais assertiva do grupo durante as reflexões

Durante este processo, outros serviços da ULS solicitaram ao departamento a implementação do projeto nas suas equipas, evidenciando a importância da formação dos EEESMP do serviço na mobilização deste recurso, enquadrado nas competências específicas do Regulamento n.º 515/2018, nomeadamente na unidade de competência F2.3-“. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto, p.21428).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório pretendeu evidenciar o meu percurso de desenvolvimento enquanto profissional, através da aquisição de competências necessárias à transformação em EEESMP.

Reflete o término de um processo que me permitiu crescer enquanto enfermeira e essencialmente como pessoa. Foram nos encontros refletidos e os cuidados prestados, com base no cuidado transpessoal, na atitude consciente e intencional para com o outro, que me deixei afetar (Watson, 2009) e desenvolver pessoal e profissionalmente, como resultado de relações autênticas estabelecidas.

Dos contextos de estágio, fica a disponibilidade das equipas desde o primeiro dia. No acompanhamento em todos os momentos de identificação, planeamento e avaliação das intervenções. Não posso deixar de estar agradecida pelo companheirismo neste percurso de aprendizagem de estar com o outro na relação, sem julgamentos e com a abertura necessária ao estabelecimento de relações de amor, confiança e cuidado.

Cuidar em enfermagem constitui-se essencialmente numa resposta pessoal com centralidade na relação (Watson as cited in Pereira, 2015), pelo que de relações se pautou este percurso.

Contribuíram para o meu desenvolvimento e aquisição de competências todos aqueles que se cruzaram no meu caminho. No entanto, foi nos momentos de partilha com os enfermeiros supervisores e colegas que pude refletir sobre o saber ser com o outro.

Ao focar as competências específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018), considero estruturante o “elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto, p.21428), competência profundamente influenciadora das restantes, dada a sua interferência na capacidade do enfermeiro em estabelecer relações terapêuticas e desenvolver intervenções (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto). Só através desta se poderá exercer um cuidado com base na honra e na dignidade associadas ao cuidado unitário (Watson Caring Science Institute, 2023).

A aquisição das competências de EEESMP surgiu ao longo de todo o percurso, com as intervenções implementadas em cada contexto. Se o serviço de internamento se demonstrou fértil em experiências que permitiram ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto) foi nos estágios em consulta externa de psiquiatria e na unidade funcional de hospital de dia que me foi permitida maior incidência na assistência da pessoa ao longo do ciclo de

vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto).

Nos diversos contextos esteve inerente a prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa. Intervenções cuja análise refletida levou à minha autoconsciencialização enquanto enfermeira, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto).

O projeto de promoção de saúde mental dos enfermeiros através da melhoria do trabalho em equipa, aplicado a 8 enfermeiros de um departamento de saúde mental, assenta na relevância da saúde mental dos profissionais na prestação de cuidados adequados (Cabral & Florentim, 2015) e na influência que satisfação profissional detém neste aspeto (Rosa & Carloto, 2005). Para além de permitir a aquisição das competências acima referidas, demonstra os benefícios que a implementação de um programa de *Team Building* pode deter no quotidiano das equipas de enfermagem e na sua saúde mental.

Todos os momentos me ensinaram a olhar por dentro do outro como experiência corporal, emocional, relacional e espiritual. Pois independentemente dos contextos, seja na saúde ou na doença, estas permanecem sempre (Pereira, 2015). Olhar para os utentes e as suas famílias, para os colegas e também para dentro de mim. Refletir sobre aquilo que era e naquilo em que me tornei: uma ferramenta a mobilizar na relação terapêutica. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica,

As relações interpessoais constituem-se de afetos onde o amor nos motiva a fazer o melhor pelo outro, assumindo na relação terapêutica um papel no benefício para o utente (Scheler, 2009, as cited in Pereira, 2015). Cuidar assume como pressuposto básico a presença de amor na prestação de cuidados. Na relação terapêutica em enfermagem este traduz-se numa reflexão sobre nós, o sítio onde estamos e para onde queremos caminhar (Pereira, 2015).

A realização do presente relatório contribuiu para mais um momento de reflexão e consciencialização da aquisição de competências profissionais e relacionais no cuidar.

É o registo refletido do que foi feito e vivido. Um contributo para o meu desenvolvimento pessoal na transformação em Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, com algumas dificuldades e anseios durante o percurso, mas essencialmente com muito amor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuhab D, Santos A, Messenberg C, Fonseca R, Aranha e Silva L. (2005) O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Ver *Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2005 dez;26(3):369-80 <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgefn/article/view/4567>;
- Alves, J. (2012) A importância da comunicação interna e das atividades de team building. Tese de Mestrado. O Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5131/1/A%20import%C3%A2nci>;
- Andrade, É. S. V. (2011). Team building em Portugal e sua importância na motivação das equipas [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/4733>
- Andrade, T; Szupzynski, K; Paganella, R; Oliveira, M; & Knapp, . (2021). Intervenção em grupo na modalidade on-line: relato de experiência G10 on-line. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*;
- Antunes, M. (2012) Relação Terapêutica: Enfermeiro e Pessoa em fase final de vida- Relatório de Estágio. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. Em <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1249/1/Rela%C3%A7%C3%A3o%20terapeutica....pdf>
- Antunes, R. (2016). Promoção da Adesão Terapêutica na Pessoa com Doença Mental. Relatório de Estágio: Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Aquilo, N. & Sei, M. (2020). Fatores terapêuticos em grupos abertos: um estudo qualitativo. *Revista Vínculo*. vol.17 no.1 São Paulo jan./jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v17n1p97-118>
- Augusto, M (2014). Modelo de competências dos enfermeiros com funções de gestão em 74tilid: estudo exploratório. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. Em <http://hdl.handle.net/10400.22/3534>
- Azambuja, G. (2007). Percursos de formação: no entrecruzamento do eu pessoal e do eu profissional. GT: Formação de Professores / n.08. <https://www.anped.org.br/sites/default/files/gt08-3424-int.pdf>
- Azevedo, D., Ferraz, M., Ferreira, R., Lira, J., Azevedo, D., Amorim, S., & Veloso, L. (2019). Risco de Síndrome de Burnout em enfermeiros da saúde mental. *Revista de Enfermagem UFPE* 74tilid, 13.
- Balieiro, S; Borges, L (2015) Satisfação no trabalho- XI CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO. https://www.inovarse.org/sites/default/files/T_15_165.pdf
- Baptista, F. (2007). Manual do Formando “Métodos, Técnicas Pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto Real de Trabalho”. DeltaConsultores e Perfil. Lisboa
- Baruch, Y., Swartz, M., Sirkis, S., Mirecki, I., & Barak, Y. (2013). Staff happiness and work satisfaction in a tertiary psychiatric centre. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 63(6), 442–444. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt087>
- Bento, S; Carvalho, C. (2013) Team building e equipas de sucesso? Estudo exploratório através de uma empresa especialista. Tese de Mestrado. ISEG – Instituto Superior de Economia e Gestão <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/11247>
- Boleó, M; Silva, F (2019) Os eventos de team building em contextos outdoor: importância para as organizações. Tese de Mestrado ESHTÉ – Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32731>
- Borba L, Maftum M, Vayego S, Mantovani M, Felix J, Kalinke L. (2018) Adherence of mental therapy for mental disorder patients to drug health treatment. Ver *Esc Enferm USP*. 2018;52:e03341. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017006603341>
- Braga, F., & Olschowsky, A. (2015). Prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 9(3), 7086-7094. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i3a10438p7086-7094-2015>

- Cabral, L. & Florentim, R. (2015). Saúde Mental dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. *Millenium*, 49 (jun/dez). Pp.195-216. Em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8085/5687>
- Camarneiro, A. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Campos, C. (2018). Psicoeducação em Saúde Mental na comunidade: um estudo de caso. [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. Em <http://hdl.handle.net/10400.26/27908>
- Campos, M.; Pereira, S.; Schiavon, A.; Alves, M. Maslach burnout inventory – human services survey (Mbi-hss): revisão integrativa de sua utilização em pesquisas Brasileiras. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama*, v. 24, n. 3, p. 187-195, set./dez. 2020.
- Carreira, M. (2011). A influência da satisfação profissional no empenho organizacional em organizações de Saúde. Tese de Mestrado. Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3019/1/Tese%20In%C3%AAs%2031-3-2011.pdf>
- Cavaco, V.; José, H.; Louro, S.; Ludgero, A.; Marrachinho, A. & Santos, M. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. *Revista Referência- II Série – n.º 12 – Mar. 2010*
- Cavanagh, S. L. (2021). Sociotherapy in the time of COVID-19: A critical position paper on the importance of sociology. *Journal of Applied Social Science*, 15(2), 211-225. <https://doi.org/10.1177/1936724421998275>
- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (2019). Acedido a 16 de fevereiro de 2022 em ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses
- Cordeiro, R.; Carvalho, J. (2020). Gestão de caso e stepped care em enfermagem de saúde mental. *Revista Saúde & Ciência*. In https://www.researchgate.net/publication/344844525_GESTAO_DE_CASO_E_STEPPED_CARE_EM_ENFERMAGEM_DE_SAUDE_MENTAL
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República I Série –A, N.º 205. 2959-2962* Em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640?ts=1676073600034>
- Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril (1998). Código Deontológico dos Enfermeiros. *Diário da República I série-A, N.º 93 1739-1757*. Em: https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep_1998_Codigo_Deontologico_Enfermagem.pdf
- Dimas, D.; Lourenço, R. & Rebelo, T. (2018). Escala de satisfação com o grupo de trabalho (ESAGT): construção e estudos de validação. *Av. Psicol. Latinoam.* [online]. 2018, vol.36, n.1, pp.197-210. ISSN 1794-4724. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5400>.
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Revista Pensar Enfermagem- Vol. 21 N.º 1, 1º Semestre de 2017*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23716/1/Artigo%20%20Pages%20from%20PE21_1sem2017-2.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2018). Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) Extensão 2018/2020.
- Domingos, V. (2018) Promoção da Adesão Terapêutica da Pessoa com Esquizofrenia – Intervenção Psicoeducativa Especializada de Enfermagem. Relatório de Estágio: Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Repositório Comum. Em <http://hdl.handle.net/10400.26/24692>
- Esbensen, B. and Thomsen, T. (2011) Quality of life and hope in elderly people with cancer. *Open Journal of Nursing*, 1, 26-32
- Failde, I. (2014). Manual do Facilitador para Dinâmicas de Grupo. Papyrus Editora.
- Ferreira, M. (2017). Estigma e Saúde Mental. Artigo de Revisão Bibliográfica. Mestrado Integrado em Medicina- Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/109390/2/235293.pdf>
- Ferrito, C.; Ruivo, A. et al (2010) Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. Instituto Politécnico de Setúbal.

- Freitas, R; Araujo, J; Moura, N; Oliveira, G; Feitosa, R & Monreiro, A. (2019). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamentado no TIDAL MODEL: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73(2):e20180177
<https://www.scielo.br/j/reben/a/BcgMBds58t8Cm866dkLHskS/?format=pdf&lang=pt>
- Gaino, V; Souza, J; Cirineu, T; & Tulimosky, D. (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 14(2), 108-116.
- Geremia, H, Scapini, A, & Silva, N. (2020). Concepções de realização profissional: uma revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 17-32. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.730>
- Ghezzi, J; Higa, E; Nalom, D; Biffe, C; Lemes, M; Marin, M. (2019). Metodologias de aprendizagem ativa e a formação do enfermeiro compensamento crítico: revisão integrativa da literatura (2019). *Investigação Qualitativa em Educação//Investigación Cualitativa en Educación//Volume*
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2186/2111>
- Goetz, K., Kleine-Budde, K., Bramesfeld, A., & Stegbauer, C. (2018). Working atmosphere, job satisfaction and individual characteristics of community mental health professionals in integrated care. *Health & social care in the community*, 26(2), 176– 181. <https://doi.org/10.1111/hsc.12499>
- Gomes, I; Lopes, M; Monteiro, M; Basto, M; Oliveira, C; Botelho, M; Nunes, M; Catarino, E; Henriques, A. (2017) Grupo de Suporte a Familiares de Pessoas com Doença Mental Grave: Reequilíbrio da Identidade no Quotidiano. *Pensar Enfermagem* Vol. 21 N.º 1. Uri: <http://hdl.handle.net/10400.26/23715>
- Henriques, A; Gordinho, S (2016) Motivação nas equipas de Intervenção Rápida: contributos do Team Building. Tese de Mestrado. ISCPsi – Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34830>
- Homem, F, Patrício, M, Cardoso, R, & Lourenço, A. (2012). Team Building e a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(7), 169-177. <https://doi.org/10.12707/RIII1180>
- IEFP. (2004) Recursos Didáticos para a Formação de Tutores em Contexto de Trabalho – Projecto n.º 264-RD-2004 financiado pelo POEFDS.
https://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/49591/mod_scorm/content/0/uti02/02uti02.htm
- João, R.; Coelho, T; Ferreira, C; Castelo, A; Massano, M. (2017) Estigma na doença mental: estudo observacional e piloto em Portugal. [File:///C:/Users/catar/Downloads/14518-Texto%20do%20Trabalho-45060-1-10-20180522%20\(2\).pdf](File:///C:/Users/catar/Downloads/14518-Texto%20do%20Trabalho-45060-1-10-20180522%20(2).pdf)
- Laranjeira C, Carvalho D, Valentim O, Moutinho L, Morgado T, Tomás C, Gomes J, Querido A. Therapeutic Adherence of People with Mental Disorders: Ver Evolutionary Concept Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(5):3869. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053869>
- Lima, M. (2005). O QUE É ENFERMAGEM?. *Cogitare Enfermagem*, 10(1). Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v10i1.4678>
- Lopes, J. (2012). SER CUIDADO POR UM ENFERMEIRO GESTOR DE CASO A experiência vivida da pessoa com problemas de adição. [Tese de Doutoramento em enfermagem, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7296/1/ulsd063772_td_Joaquim_Lopes.pdf
- Lovato, F; Michelotti, a; Silva, C & Loretto, E. (2018) Metodologias Ativas de Aprendizagem: uma Breve Revisão. *Acta Scientiae*, v.20, n.2, mar./abr. 2018
https://www.researchgate.net/profile/FabricioLovato/publication/327924688_Metodologias_Ativas_de_Aprendizagem_Uma_Breve_Revisao/links/5cc8e75e92851c8d221035e7/Metodologias-Ativas-de-Aprendizagem-Uma-Breve-Revisao.pdf
- Mayer, C. (2015) *Dinâmicas de Grupo: Ampliando a capacidade de interação*. Papyrus Editora.
- Maduro, A; David, C. (2013). A narrativa da experiência de vida como recurso no processo de recovery da pessoa com doença mental grave na comunidade. [Tese de Mestrado, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.

- Mendes, V. (2012). Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspetivas futuras. [Tese de Mestrado em Gestão da Saúde, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova. Em <http://hdl.handle.net/10362/9400>
- Moura, J (2013) Eficácia das ações de Team building para pequenas e médias empresas sob a perspectiva do treinamento vivencial. Uma análise do fenômeno de influência de variáveis latentes sobre o espírito de equipe. Tese de Mestrado. Universidade Autónoma de Lisboa. <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/174>
- Murcho, N & Pacheco, J. (2020). Caracterização do burnout em profissionais de saúde em Portugal: um artigo de revisão. *Psique* • e-issn 2183-4806 • volume xvi • issue fascículo 1. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.4>
- Nance, D. (2019). El modelo Tidal: Un alternativo para la 77tilidade77 psiquiátrica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.24>
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental- Encontro 2014 do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Competências do enfermeiro especialista em saúde mental- da publicação às compreensões. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na VER, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas
- Oliveira ICL, Cavalcante MLSN, Freitas SA, Freitas RJM, Silva BV, Marinho DMF, et al (2018) Cultura de segurança: percepção dos profissionais de saúde em um hospital mental Ver. Bras. Enferm. 71 (suppl 5) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0125>
- Oliveira, J.; Santos, A.; Primo, L.; Silva, M.; Domingues, E.; Moreira, F.; Wiener, C.; Oses, J. (2019) Job satisfaction and work overload among mental health nurses in the south of Brazil. *Ciênc. Saúde colet.* 24 (7) <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.20252017>
- Oliveira-Silva, L. C. (2015). The importance of achieving what you value: A career goal framework of professional fulfillment. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Enquadramento Conceptual: Enunciados Descritivos <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Ordem dos Enfermeiros. Edição Papa-Letras. In https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/quiabp_cuidenfesprecuppesssdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2023). Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica n.º 47/2023 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp_47-2023_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp_iniciativa-da-mceesmp.pdf?fbclid=IwAR2mFV6K2NhpklLw2MxPrrLIK5jzK5qzi_vW0quHYSgFWU5fY9E8iXfHL2E
- Pacheco, A (2014). Cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: o significado atribuído à esperança pela equipa de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica do Porto
- Paiva, L; Rasera, E. (2012) O uso das Cartas Terapêuticas na Prática Clínica. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol. 24, n.1, p. 193 – 207 <https://www.scielo.br/j/pc/a/d66df8rmxy9pYCrFvhVP9ww/?format=pdf&lang=pt>
- Parecer nº 01/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sobre Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16943/parecer-n%C2%BA-01-2019_25012019_mceesmp_dota%C3%A7%C3%B5es-seguras_iniciativa-da-mceesmp.pdf

- Pedroso, B. (2011). Abordagem familiar em visita domiciliária em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. [Tese de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/14117>
- Peixoto, M; Pereira, R; Martins, A; Martins, T & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. Jornadas internacionais de enfermagem comunitária 2016 – livro de comunicações. Em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf
- Pereira, P. (2015). O amor na relação terapêutica em enfermagem: Experiência vivida do enfermeiro de saúde mental [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. Em https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20503/1/ulsd071581_td_Patricia_Pereira.pdf
- Pereira, P; Botelho, M. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental. Pensar Enfermagem Vol. 18 N.º 2 2º Semestre de 2014. URL: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23806>
- Perniciotti, P. et al (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. Rio de Janeiro.
- Pinho, A. (2015). Estratégias de coping, qualidade de vida e distress psicológico em doentes com cancro ginecológico e da mama. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Querido, A. (2005). A Esperança em Cuidados Paliativos. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe. 6), 06-08. Doi: 10.19131/rpesm.0206
- Querido, A; Marques, R; Dixe, M. (2011) EXERCITAR A ESPERANÇA (Volume I) – Um Guia Prático Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde
- Rainho, E. (2014). Relatório da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria [Tese de Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Leiria]. IC-Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/2276>
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República n.º48, 2ªSérie, de 10 de março de 2015. Em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Regulamento n.º 356/2015 de 25 de julho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República n.º 122/2015, 2ªSérie de 25 de junho de 2015. Em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Regulamento n.º 366/2018 de 14 de junho (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica Diário da República n.º 113, 2ªSérie, de 14 de junho de 2018. Em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República n.º151/2018, 2ª Série. 7 de agosto de 2018. Em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República N.º 26, 2ª série de 6 de fevereiro de 2019. Em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 8(2), 1-15.
- Rustoen, T., Cooper, B., Miaskowski, (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. Elsevier: European Journal of Oncology Nursing.

- Salgado, A. (2013). Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde do Porto.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2014). Intervenciones NIC del 79tilida conductual: Um estúdio de focus group de intervenciones psicoterapêuticas de 79tilidade79. In Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). X Simposium AENTDE “Lenguaje 79tilidade79: identidade, 79tilidade y calidad” (pp. 718-721). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6180/1/AENTDE.pdf>
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch Canut, T. (2015) – Intervenções psicoterapêuticas em enfermagem. Curso pré-congresso apresentado no VI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ponta Delgada, Portugal). https://www.researchgate.net/publication/282879605_Intervencoes_Psicoterapeuticas_em_Enfermagem
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (19), 77-84. doi: 10.19131/rpesm.0205
- Santos, A. (2009) Burnout nos Enfermeiros dos Serviços de Psiquiatria de Doentes Agudos- Um contributo para a Gestão. Tese de Mestrado. ISCTE Business School.
- Santos, L; Oliveira, L; Munari, D; Peixoto, M. & Barbosa, M. (2012). Fatores terapêuticos em grupo de suporte na perspectiva da coordenação e dos membros do grupo. Acta paulista de enfermagem. 25 (1) • 2012 • <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100021>
- Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lidel. Lisboa
- Sequeira, C & Sampaio, F. (2020) Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções. Lidel. Lisboa
- Silva, H. (2021) Visitação domiciliária como intervenção psicoterapêutica junto da família do utente inserido em Hospital de Dia de Psiquiatria, Escola Superior de Saúde de Beja]. Repositório do Instituto Politécnico de Beja. Em https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5551/1/Helena%2BSilva_PDFa.pdf
- Silva, C. & Potra, T. (2016). Satisfação Profissional dos Enfermeiros: Uma Revisão Scoping. Revista Pensar Enfermagem Vol. 20 N.º 2 2º Semestre de 2016. URI: <http://hdl.handle.net/10400.26/23709>
- Silva, V. (2022). Debriefing como estratégia promotora da segurança do doente crítico. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. Em <http://hdl.handle.net/10174/32215>
- Silveira, I.; Souza Pereira, M; Oliveira, M.;Pinho, P. Dias de Abreu ; Gonçalves, R. (2015) Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. Acta Paul Enferm. 28 (5). Sep-Oct 2015 <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500075>
- Simões, A.; Rodrigues, P. (2019) O team building aplicado aos cuidados paliativos. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/6667>
- Sousa J; Vale R; Pinho E; Almeida R; Nunes F, Farinha M, et al. (2020) Effectiveness of therapeutic groups in psychosocial care: analysis in the light of yalom’s therapeutic factors. Rev Bras Enferm. 2020
- Tavares, C., Gama, L., Souza, M., Paiva, L., Silveira, P., & Mattos, M. (2016). Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Mental Enfatizadas no Ensino de Graduação em Enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe. 4), 25-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0137>
- Tavares, J. (2018) Satisfação Profissional e Práticas de Gestão de Recursos Humanos: Estudo de Caso. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25901/1/ESCE_MCE_RELATORIOJoanaTavares.pdf
- Tomey, A & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência.
- Tonin, L; Lacerda, M; Favero, L; Nascimento, J; Denipote, A & Gomes, I. (2020). A evolução da teoria do cuidado humano para a ciência do cuidado unitário. Research, Society and Development, v.9, n.9. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7658>

- Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa, *Revista Psychologica*, 53, 353-378
- Vasconcelos, M. (2016) Literacia em Saúde Mental e o papel da proximidade a problemas de saúde: Follow-Up do Projeto Abrir Espaço à Saúde Mental. Dissertação de Mestrado- Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20556/1/DISSERTA%c3%87%c3%83%20FINAL%20MAR CIA%20VASCONCELOS.pdf>
- Vicente, C; Oliveira, R; Maroco, J. (2013). Análise fatorial do inventário de burnout de maslach (mbi-hss) em profissionais portugueses. *Psicologia,saúde & doenças*, 2013, 14 (1), 152-167. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2494/1/PSD_14_152-167.pdf
- Vilela, A (2014). Efeitos de uma intervenção de team building na coesão, eficácia colectiva e cooperação numa equipa de juvenis de andebol [Tese de Mestrado. ISPA - Instituto Universitário] <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3660?locale=en>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2009). Caring as the essence and science of Nursing and health care. *O Mundo da Saúde*. vol.(33),143-149.
- Watson Caring Science Institute. (2023, mai. 30). Caring Science & Human Caring Theory. [Report] Retrieved from <http://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: the philosophy and praxis of nursing*. Louisville, Colorado: University Press of Colorado.
- World Health Organization (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*.

APÊNDICES

APÊNDICE I. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL EM ONCOLOGIA: PROJETO DE LIGAÇÃO

1. Título do projeto
Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental em Oncologia- Projeto de Ligação
2. Responsável pelo projeto
Enfermeira Catarina dos Santos Gonçalves
3. Equipa do projeto
4. Identificar e perceber o problema
<p>Propõe-se a presente intervenção assumindo o crescente número de utentes seguidos em hospital de dia de oncologia e a insuficiente resposta de âmbito psicológico e emocional existente, lacuna referida pelos mesmos.</p> <p>Aquilo que pretendemos é uma articulação de proximidade entre o departamento de psiquiatria e saúde mental e a Unidade Funcional de Hospital de dia I, proporcionando a criação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica de apoio em oncologia e concomitantemente a realização de um grupo psicoeducativo de suporte.</p> <p>O projeto é centrado no utente e vai de encontro aos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem (2015) da satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem especializados na área de saúde mental e psiquiatria</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Satisfação do cliente</u>: Com vista a minimizar o impacto psicológico e emocional da doença no utente, tendo em conta as suas crenças, valores, expetativas, conhecimentos e experiências. Atuando em parceria com o utente e a sua família através do estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança. • <u>Promoção da Saúde</u>: Diagnóstico de saúde mental dos utentes através da aplicação de escalas de quantificação do nível de <i>distress</i>, ansiedade e depressão de forma a promover, através de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, a aquisição de estratégias de <i>coping</i> que facilitem o processo adaptativo à doença., com base nos seus recursos pessoais e potencialidades. • <u>Prevenção de Complicações</u>: A prevenção de situações patológicas causadas pelo sofrimento emocional, com consequente implementação de intervenções de forma a reduzir efeitos indesejáveis e a referenciação para outros profissionais de acordo com as suas competências de atuação. • <u>Bem-estar e Autocuidado</u>: Na identificação tão rápida quanto possível dos problemas do utente com consequente implementação de intervenções de forma a reduzir efeitos indesejáveis e a referenciação para outros profissionais de acordo com as suas competências de atuação. • <u>Adaptação</u>: Na identificação das necessidades específicas do utente e consequente elaboração de estratégias de empoderamento e utilização de técnicas psicoeducativas, psicoterapêuticas e socio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas do cliente à sua condição de saúde mental. • <u>Organização dos cuidados de enfermagem</u>: Utilização de metodologias de organização promotoras da qualidade; Implementação de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental. <p>Vai também de encontro à missão assumida para o Plano Nacional de Saúde Mental, um dos Programas Prioritários da Direção Geral da Saúde, que pretende, de entre outros, reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações (DGS, 2020).</p> <p>Insere-se nos objetivos apresentados na estratégia nacional de luta contra o cancro 2021-2030, integrada no Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (outro dos programas</p>

prioritários da Direção Geral da Saúde), enquadrando-se no objetivo desta de melhorar a sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes (DGS, 2022).

Por fim, não descuar a integração na visão definida pela instituição (2023) “na prestação integrada e personalizada de cuidados de saúde a todos os cidadãos, garantindo uma resposta adequada, de qualidade, em tempo útil, com rigor técnico-científico e com respeito pela dignidade humana, promovendo a confiança dos colaboradores e utentes, na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde. “ Correlaciona-se ainda em diversos focos da taxionomia CIPE (2019), dos quais são exemplo “capacidade para manter o estado de saúde”, “capacidade para ajustar-se”, “ansiedade”, “humor depressivo”, “angústia”.

5. Descrever o Problema

As doenças oncológicas representam em Portugal a segunda maior causa de morte e a principal causa de anos de vida potencialmente perdidos, ajustados para a morbilidade. Traduzindo-se, em 2018, em 50151 novos diagnósticos de cancro. Um acréscimo de 3427 comparativamente a 2010 (DGS, 2022).

Por outro lado, o crescente sucesso dos tratamentos oncológicos, traz-nos também um aumento no número de sobreviventes destas patologias e conseqüentemente dos seus problemas associados. Sendo os desafios enfrentados pelos sobreviventes de cancro específicos e de entre os quais podemos constatar as necessidades psicossociais não atendidas e a angústia emocional (DGS, 2022).

Uma grande prevalência de problemas psicológicos e transtornos psiquiátricos afetam os utentes e as suas famílias antes, durante e após os tratamentos (Spiegel & Riba, 2015 as cited in Barreto, 2020)

A depressão e a ansiedade são os transtornos mais comuns, afetando negativamente a qualidade de vida, a tomada de decisão em relação aos tratamentos, aumentam o desejo de morte e as taxas de suicídio (Akizuki et al. 2016, as cited in Barreto, 2020)

A prevalência de depressão major nos utentes com cancro é cerca de 15%, sendo grande a percentagem de doentes com depressão minor ou distímia, às quais se encontram igualmente associados importantes níveis de *distress* (Wilson et al, 2007, as cited in Peixoto, 2011)

A identificação precoce desta patologia e implementação de tratamento adequado contribuem não só para o aumento da qualidade de vida dos pacientes, como também para a diminuição dos internamentos e mortalidade, dado que a mortalidade aumenta cerca de 39% nos utentes com sintomas depressivos. Como consequência da depressão, pode ainda advir a ideação suicida, identificando-se em oncologia por uma disponibilidade para morrer manifestada por expressões de sofrimento (Granek; Smith 2015, as cited in Barreto, 2020).

Quando comparados com a população em geral, os doentes oncológicos aportam taxas de suicídio 1,2-1,5 mais elevadas, fator relacionado com o facto de o diagnóstico fazer com que lidem com um sofrimento severo e questões de finitude, o que pode desencadear um período de crise nas suas vidas (Spoletini *et al*, 2011; Sengül *et al.*, 2014; Leung *et al*, 2013; Fang *et al.*, 2012; Robson, Scrutton, Wilkinson, & MacLeod, 2010.; Diaz-Frutos *et al.*, 2016, as cited in Benincá & Silva, 2018)

A vulnerabilidade psicossocial à doença é específica para cada pessoa e depende, para além do contexto em que ocorre, do significado pessoal atribuído à mesma, existindo assim a necessidade da construção de um plano terapêutico que incorpore os cuidados somáticos e os cuidados psicológicos/psiquiátricos em todos os estádios da doença (Cardoso et al., 2009). Deve desta forma ser realizada uma avaliação da dimensão das reações emocionais e necessidades psicossociais dos utentes de forma a se organizar todo o apoio aos próprios e às suas famílias sendo que o desenvolvimento de uma intervenção precoce pode diminuir os sintomas psicossociais, evitando a depressão major e melhorando a qualidade de vida (Su et al., 2017; Draeger, et al., 2018; Medeiros et al, 2018, as cited in Barreto, 2020).

Segundo Cardoso et al (2009), a promoção da saúde mental em oncologia tem como principais objetivos possibilitar ao utente uma boa qualidade de vida e bem-estar psicológico, com intervenções que visam auxiliar o utente a enfrentar a angústia do diagnóstico, efeitos do

tratamento, diminuir a ansiedade, incerteza, o isolamento e promover uma atitude participativa na recuperação, clarificação de percepções e informações.

Sendo que a diminuição dos efeitos de stress podem ser minimizados através do empowerment da pessoa, promoção do otimismo, uso de estratégias de coping que promovam o aumento da auto-estima (Schwabish & Zevon; Peralta et al as cited in Sequeira, 2014)

Tem sido nesta área utilizada uma diferenciada gama de intervenções específicas em saúde mental: a intervenção psicoeducativa, o relaxamento, a técnica de resolução de problemas, a terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia individual, a terapia familiar e a intervenção em contexto de grupo para doentes e para familiares. Sendo que a escolha da intervenção está relacionada com diversas variáveis, como a condição psicológica, o tipo e a fase da doença, o contexto e a disponibilidade dos serviços (Baltenberger et al., 2014; Grassi et al, 2017; Li et al.; Faller, et al., 2013; Sahadevan & Namboodiri, 2019, as cited in Barreto, 2020) Para McIntyre, Fernandes e Pereira as cited in (Teixeira, 2009) as intervenções de suporte psicossocial assentes no diálogo com pares, e partilha de informação em contexto grupal proporcionam aos utentes elementos de encorajamento e suporte mútuo no enfrentamento das dificuldades proporcionadas pela doença.

As intervenções psicoeducativas funcionam como complemento aos tratamentos realizados, podendo os enfermeiros desenvolver programas de intervenção psicoeducativos para auxiliar o utente no seu ajustamento à doença, tendo estudos conduzidos na área demonstrado a sua eficiência e benefícios (Wu et al, 2018; Dastan & Buzlu, 2012, as cited in Barreto, 2020).

Relembrando a missão da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que assume o foco do enfermeiro na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental.” (OE, 2015 p.17035), e enquadrando-se as intervenções acima descritas na atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tendo em conta que a este compete prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE, 2018 p.21430). Assume-se a relevância da intervenção da suprarreferida categoria profissional na resolução do problema identificado e a pertinência da sua atuação no contexto oncológico.

6. Objetivos

Promover parceria de cuidados e enfermagem, entre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e a Unidade Funcional de Hospital de Dia I, com vista a garantir a continuidade dos cuidados;

Garantir o grau de satisfação dos utentes, através da promoção da saúde e prevenção de complicações, com recurso a implementação de consulta da especialidade e de um grupo psicoeducativo de suporte.

7. Perceber as causas

Independentemente das taxas de sobrevivência e tratamento, ser diagnosticado com cancro comporta uma reação emocional substancialmente maior do que qualquer outra doença, levando a um importante sofrimento emocional para a maioria da população com impacto no seu desempenho físico, bem-estar psicológico e psicossocial (Faller et al, 2013; Schouten et al.,; Sahadevan & Namboodiri, 2019, as cited in Barreto, 2020)

As emoções mais evidenciadas na literatura são raiva, revolta, cólera, e medo, bem como sentimentos de tristeza, causando muitas vezes a estados importantes de negação, ansiedade e depressão (Gameiro, 1999; Ribeiro et al.,; Raminhos, 2013; Sá, 2001; Joyce-Moniz e Barros, 2005; Landeiro, 2011 as cited in Cardoso, 2015).

As doenças oncológicas em todo o seu decorrer aportam um conjunto de stressores capazes de desequilibrar o individuo nos diferentes níveis físico, psicológico, emocional, familiar, social e espiritual, limitando a sua autonomia e bem-estar e consequentemente a qualidade de vida (Scharf; Chahl & Bond; Swanson & Koch as cited in Sequeira, 2014)

Estima-se que mais de 50% das pessoas com doença oncológica sofram de problemas psicopatológicos, sendo, no entanto, o seu diagnóstico dificultado pela associação a sintomas somáticos, resultando numa consequente descara de cuidados de saúde mental a estes indivíduos (Lovejoy & Mattei, 2000; Strong et al, 2004; Fulcher & Gosselin-Acomb, 2007; Chahl & Bond, 2009, as cited in Bento, 2011).

Por outro lado, apesar de um número significativo de utentes apresentar sintomatologia de *distress*, o diagnóstico por observação das equipas tem-se mostrado difícil devido a fatores como: o desconforto dos pacientes em relatar questões emocionais à equipe de saúde, sensação por parte dos pacientes de que o tempo de consulta com o médico é muito curto para discutir o assunto, o foco do tratamento na resolução de sintomas físicos e a falta de tempo adequado para a equipe avaliar o paciente (Jacobsen et al, 2005; Gil et al, 2005; Kruijver et al, 2006; Vitek et al, 2007; Graves et al, 2007; Mitchell; Ellis, 2009; Bauwens, 2009, as cited in Zeni, 2011)

8. Dimensões em estudo

Efetividade;
Satisfação

8.1 Unidade de Estudo

Utentes: utentes do serviço funcional de hospital de dia I com diagnóstico inaugural de doença oncológica
Profissionais: enfermeiros;
Período temporal de avaliação: 1 ano.

8.2 Tipos de Dados

Processo
Resultado

8.3 Fontes de Dados

Processo Clínico (SClínico)
Questionários de Satisfação;
Termómetro de *distress*;
Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS);

8.4 Tipo de Avaliação

Interna: Inter pares

8.5 Critérios de Avaliação

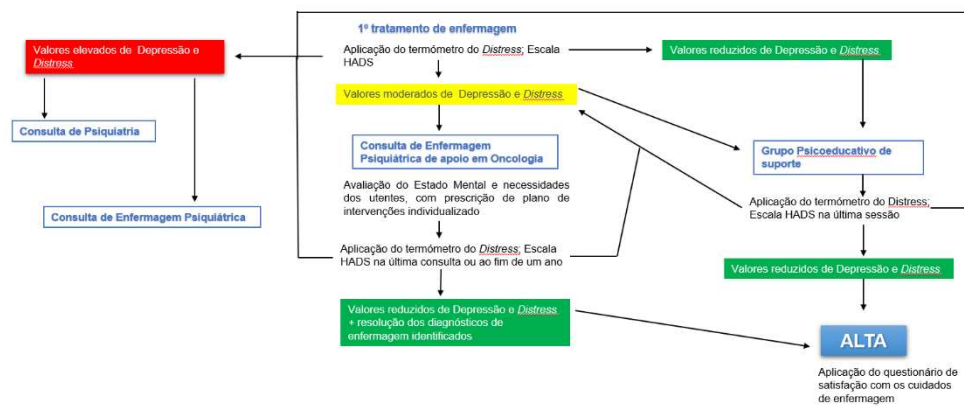
Critérios	Exceções
Aplicação das escalas de <i>distress</i> e HADS a todos os utentes participantes na primeira e na última consulta de enfermagem ou após um ano;	Utentes não colaboradores e/ou que abandonem o acompanhamento em consultas
A todos os utentes participantes aplicar questionário de satisfação com os cuidados de enfermagem na última consulta ou após um ano;	Utentes não colaboradores e/ou que abandonem o acompanhamento em consultas
A todos os utentes é apresentado na 1ª consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica o programa de grupo psicoeducativo;	Sem exceções
A todos os utentes participantes no grupo psicoeducativo é aplicado na	Utentes que tenha abandonado o grupo ou com frequência inferior a 50% das sessões

	primeira última sessão o termómetro de distress		
	Divulgação interna e externa dos resultados do projeto	Inexistência de eventos externos que o permitam	
8.6 Quem colhe os dados			
Enfermeiros dinamizadores do projeto			
8.7 Relação Temporal			
Prospetiva - Consulta de dados no SClínico e resultados das escalas aplicadas.			
8.8 População e Amostra			
Base institucional: utentes do serviço funcional de hospital de dia I com diagnóstico inaugural de doença oncológica			
8.9 Medidas Corretivas passíveis de ser utilizadas			
Reforço na formação sobre o tema às equipas; Reforço da sensibilização dos elementos de enfermagem para a importância da referenciação dos utentes para a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; Reforço da importância dos registos na plataforma SClínico e da sua execução de forma adequada; Adequação da metodologia de intervenção no grupo psicoeducativo;			
9. Planear e Executar as Atividades			
Objetivos específicos: Implementar uma consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica de apoio ao utente com doença oncológica; Criar um grupo psicoeducativo de suporte ao utente oncológico; Estabelecer uma parceria entre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e a Unidade Funcional de Hospital de Dia I; Garantir a satisfação dos utentes com o projeto; Prevenir o aparecimento de patologias psiquiátricas nos utentes com diagnóstico de doença oncológica;			
Indicadores:			
<u>Processo:</u>			
(Número de utentes com avaliação dos valores de <i>distress</i> , ansiedade e depressão/ número total de utentes com diagnóstico oncológico inaugural) x 100			
Avaliação anual			
(Número de utentes avaliados em consulta de ESMP de apoio/ total de utentes com avaliação dos valores de <i>distress</i> , ansiedade e depressão) x 100			
Avaliação anual			
<u>Resultado:</u>			
R2- Modificações Positivas nos diagnósticos de enfermagem			
(Nº de utentes com diminuição do valores de <i>distress</i> , ansiedade e depressão, e têm, pelo menos uma consulta de ESMP documentada num dado período/ nº de utentes com valores de <i>distress</i> , ansiedade e depressão registados no mesmo período) x 100			
Avaliação anual			
(Nº de utentes referenciados para o grupo psicoeducativo com diminuição de valores de <i>distress</i> , e têm, pelo menos uma frequência em sessões do grupo num dado período/ nº de utentes referenciados para o grupo psicoeducativo com valores de <i>distress</i> registado no mesmo períodos) x 100			
Avaliação anual			
R3- Satisfação com os cuidados de enfermagem			
Avaliar de acordo com os resultados questionário criado para o efeito.			
Avaliação anual			

Cronograma:

	2023												2024											
	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Apresentação do projeto às chefias	X																							
Apresentação do projeto à Direção de Enfermagem e Conselho de Administração da ULSNA	X																							
Elaboração dos documentos necessários ao projeto		X	X	X																				
Elaboração da formação interna aos colegas			X																					
Formação interna			X	X																				
Adequação e estruturação dos recursos				X	X	X	X																	
Prestação de cuidados no âmbito do projeto								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Reuniões de grupo	X	X	X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
Colheita de dados								X		X		X		X		X		X		X		X		
Análise de dados do projeto								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Aplicação de Medidas Corretivas																				X	X	X		

Operacionalizar as atividades:



Consulta de Enfermagem Psiquiátrica de apoio em Oncologia:

Consulta de enfermagem, a implementar de acordo com as competências e recursos específicos do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (OE, 2018), num plano de cuidados individualizado e acordado com o utente, tendo como referência na teoria de enfermagem dos sistemas de Betty Neuman.

Esta caracteriza o indivíduo como um sistema complexo e aberto, afectado por fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, em constante interação recíproca com o ambiente que o envolve e que influencia do seu estado de bem-estar e capacidade de adaptação e ajuste através de diversos fatores stressores. De acordo com a autora, o enfermeiro atua com o utente em três níveis de prevenção, caracterizando-se o nível de prevenção secundária aquele em que após a interação com o fator stressor se procura diminuir os efeitos da interação com vista a uma recuperação da homeostasia (Tomey & Alligood 2004).

A presente consulta enquadra-se neste nível de prevenção assumindo o diagnóstico oncológico como fator stressor. Dado ser um potenciador com que os utentes já se depararam, a consulta pretende, para além de um diagnóstico efetivo da sua situação de saúde mental e identificação de necessidades, retomar o mais precocemente possível a sua homeostasia com mobilização dos seus recursos internos e externos.

Esta deve ter um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica alocado, com horas estipuladas para o projeto, inicialmente com uma periodicidade quinzenal. Os registos devem ser efetuados na plataforma SClinico, parametrizado de acordo com as necessidades da área de saúde mental.

A referenciação para a consulta é feita por e-mail pela Enfermeira EESMP da Unidade Funcional de Hospital de dia I consoante os valores das escalas aplicadas. O acompanhamento dos utentes segue a metodologia de enfermeiro responsável.

Grupo Psicoeducativo de apoio:

Grupo de apoio, aberto, destinado a utentes de várias idades e com diversos tipos de cancro. Com duração de 8 semanas. Dinamizado por enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e enfermeira da Unidade Funcional de Hospital de dia I.

Com enfoque nas temáticas: impacto do diagnóstico; a informação acerca da doença e dos tratamentos; as estratégias de *coping*; a comunicação; cuidados no domicílio; a gestão do stress e emoções; a imprevisibilidade do futuro; partilha de experiências. Baseando-se no conteúdo dos programas psicoeducativos em contexto oncológico de (Barreto & Henriques, 2015; Ahlberg & Nordner, 2016; Pitceathly, et al., 2009; Sousa, 2007; Souza, 2010; Chiquelho et al., 2011; Dastan & Buzlu, 2012; Araújo as cited in Barreto, 2020), com resultados positivos para os utentes.

A assiduidade deverá ser agendada com os utentes previamente de forma a gerir o número de participantes por sessão.

Os registos devem ser efetuados na plataforma SClinico, parametrizado de acordo com as necessidades da área de saúde mental.

10. Resultados

Os resultados serão avaliados, ao fim de um ano, de acordo com os indicadores definidos

11. Standarizar e Treinar a Equipa

De forma a Standarizar o projeto, serão elaboradas normas de procedimento, nomeadamente:
-Avaliação das escalas de Distress + HADS no primeiro tratamento de enfermagem;
-Procedimento de Avaliação e Identificação de Diagnósticos na Consulta de Enfermagem de apoio em oncologia;
- Procedimento do Grupo Psicoeducativo de suporte.

Prevê-se ainda 2 momentos de formação às equipas multidisciplinares dos serviços integrantes do projeto, sobre o mesmo.

Bibliografia

Barreto, M. (2020). Cuidar da pessoa adulta com doença oncológica e sua família: construção de um programa de intervenção psicoeducativo. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.

Benincá, C; Silva, B. (2018) Ideação suicida em pacientes oncológicos. *Revista da SBPH*, 21(1), 218-231.

Bento, C. (2011) O recovery e o empowerment da pessoa com doença oncológica: o papel do especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Cardoso, G; Luengo, A; Trancas, B; Vieira, C; Reis, D; (2009). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*.

Direção Geral da Saúde (2022). Estratégia de Luta Nacional Contra o Cancro 2021 a 2030. Direção Geral da Saúde

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 122 — 25 de junho de 2015

Ordem dos Enfermeiros (2018) Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018

Peixoto, H. (2011). O Enfermeiro e a Doença Oncológica: Intervenção e Importância do Apoio Psicológico Emocional. Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde, Porto.

Sequeira, C. Carvalho, J; Sá. L. (2014) IV Congresso Internacional ASPESM. Padrões de Qualidade em Saúde Mental. E-Book. A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Porto. 2014

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

Zeni, L. (2011). Tradução, adaptação cultural e validação do termómetro de angústia (distress thermometer). Tese de Mestrado em Ciências. Fundação Antônio Prudente. São Paulo

, EPE (2023). Missão, Atribuições e Legislação-
<https://www.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>

APÊNDICE II. SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA

Temática: Comunicação e Trabalho em Equipa			
Intervenientes: Enf ^a Catarina Gonçalves; Equipa de Enfermagem			
Duração: 60 minutos			
Recursos: Sala Polivalente; Sala; Cadeiras; Mesas; Folhas de papel; Lápis			
Objetivo: Promover a clarificação de objetivos profissionais e alertar para a importância da comunicação em equipa			
Diagnóstico de Enfermagem: Comunicação comprometida			
Resultado Esperado: Comunicação efetiva			
Plano			
<u>1º momento (5 minutos)</u>	- Identificar o tema - Clarificar os objetivos	Metodologia expositiva	
<u>2º momento (5 minutos)</u>	-Aquecimento:	Metodologia de Dinâmica de Grupo	Recursos: -Computador -Colunas de Som - Música
<u>2º momento (10 minutos)</u>	-Pedir aos participantes que pensem nas atividades/projetos que gostariam de realizar no serviço. -Cada participante deverá desenhar numa folha que represente o seu objetivo. Após 30 segundos, todos devem parar e passar a folha ao colega à sua direita, que continuará o desenho. Assim sucessivamente até que as folhas regressem à origem.	Metodologia de Dinâmica de Grupo	Recursos: -folhas; - lápis
<u>3º Momento (10 minutos)</u>	-Os participantes deverão, de forma ordenada, partilhar aquilo que foi desenhado e o que gostariam de desenhar.	Metodologia de Dinâmica de Grupo	Recursos: -folhas; - lápis
<u>4º Momento (20 minutos)</u>	Fomentar uma reflexão sobre: a) Importância de sabermos expressar os nossos objetivos à equipa; b) Importância de comunicar de forma clara e objetiva; c) Importância da comunicação para o trabalho em equipa e alcance de objetivos comuns; d) A forma de comunicar no seio da equipa e quais as estratégias para a sua melhoria.	Metodologia de Discussão Orientada	

<p><u>5º Momento (5 minutos)</u></p>	<p>-Avaliar e obter feedback da sessão</p>	<p>Metodologia interrogativa</p>	
<p><u>Justificação</u></p>	<p>O <i>Team Building</i> caracteriza-se pela execução de dinâmicas de grupo, podendo ser caracterizadas como um conjunto de técnicas utilizadas por um facilitador, com vista ao desenvolvimento do potencial de cada indivíduo e/ou a sua integração num grupo (Failde, 2014) no que diz respeito à enfermagem, “a implementação das estratégias de <i>Team Building</i> nas equipas de profissionais melhora o desenvolvimento de competências e criatividade individuais, a clarificação dos objetivos da equipa, o ambiente de trabalho percebido, o trabalho em equipa, a gestão de conflitos e de tempo, a satisfação dos profissionais, a identificação dos profissionais com o trabalho, repercutindo-se essencialmente na qualidade da prestação de cuidados.” (Homem Patrício, Cardoso & Lourenço 2012 p.9)</p>		
<p><u>Bibliografia</u></p>	<p>Failde, I. (2014). Manual do Facilitador para Dinâmicas de Grupo. Papyrus Editora.</p> <p>Homem, F, Patrício, M, Cardoso, R, & Lourenço, A. (2012). Team Building e a enfermagem. Revista de Enfermagem Referência</p>		
<p><u>Relatório</u></p>	<p>A presente sessão de formação decorreu com 7 elementos da equipa de enfermagem.</p> <p>Iniciou-se com uma breve contextualização e partilha de conceções sobre o Team Building para os membros da equipa, que decorreu de forma adequada. Com a definição de conceitos correta, aproveitou para referir algumas estratégias que a equipa já implementa no serviço e que são consideradas atividades de Team Building.</p> <p>De seguida explico de forma breve a metodologia da sessão, que se inicia por uma dinâmica de grupo, recorrendo a uma metodologia de espelhamento, que permite a autoconsciencialização da linguagem e movimentos corporais. Observa-se que a descontração aumenta com o passar do tempo, revelando maior à-vontade na escolha de movimentos por cada um dos elementos dos pares.</p> <p>A segunda parte da sessão centrou-se na execução da dinâmica de Team Building, de forma descontraída e divertida, decorrendo apropriadamente. Faz-se a reflexão sobre a temática e a sua ponte para o quotidiano da equipa, com exemplos práticos e situações descritas pelos elementos.</p> <p>Por fim, a equipa acaba por se dispersar com partilha de preocupações relacionadas com o funcionamento do serviço, que permito, por me parecer pertinente dentro do tema.</p> <p>No final apura-se um feedback positivo por parte dos participantes, com a aquisição de conhecimentos verificada através de questões abertas sobre o tema abordado.</p>		

APÊNDICE III. EXPOSIÇÃO DA ESPERANÇA

A exposição da esperança resultou da intervenção grupal realizada com o grupo de utentes com cancro de mama a realizar tratamento em hospital de dia e do interesse da equipa multidisciplinar na temática.

Ao longo da intervenção, de entre as atividades desenvolvidas, foi proposto às utentes que realizassem o seu kit de esperança. Este consiste na recolha e agrupamento de objetos reais ou que representem algo que alimente a esperança de determinado individuo e pode incluir histórias de esperança; objetos do passado; mensagens de coragem, cartas, postais ou imagens que inspirem esperança; objetos que representem algo que não sendo atingível são importantes para a esperança; figuras e imagens das coisas da vida que lhe trazem alegria, felicidade e aliviar o espírito (Querido et al, 2011).

Simultaneamente, ao considerar os requisitos necessários aos enfermeiros em contexto oncológico (Volker as cited in Peixoto, 2011) e assumindo o papel do enfermeiro como recurso terapêutico promotor da esperança nos utentes, ressalva-se a importância do autoconhecimento dos profissionais nesta temática (Querido, 2018).

Desta forma, foi proposta a realização da mesma atividade aos profissionais com vista a desenvolver a sua autoperceção de esperança.

Assim, foi prestada informação à equipa sobre a temática e indicações sobre a execução da atividade, retirada do Guia Exercitar a Esperança (Querido et al, 2011).

Esta partilha pretendeu também alertar a população para a temática e a sua pertinência.

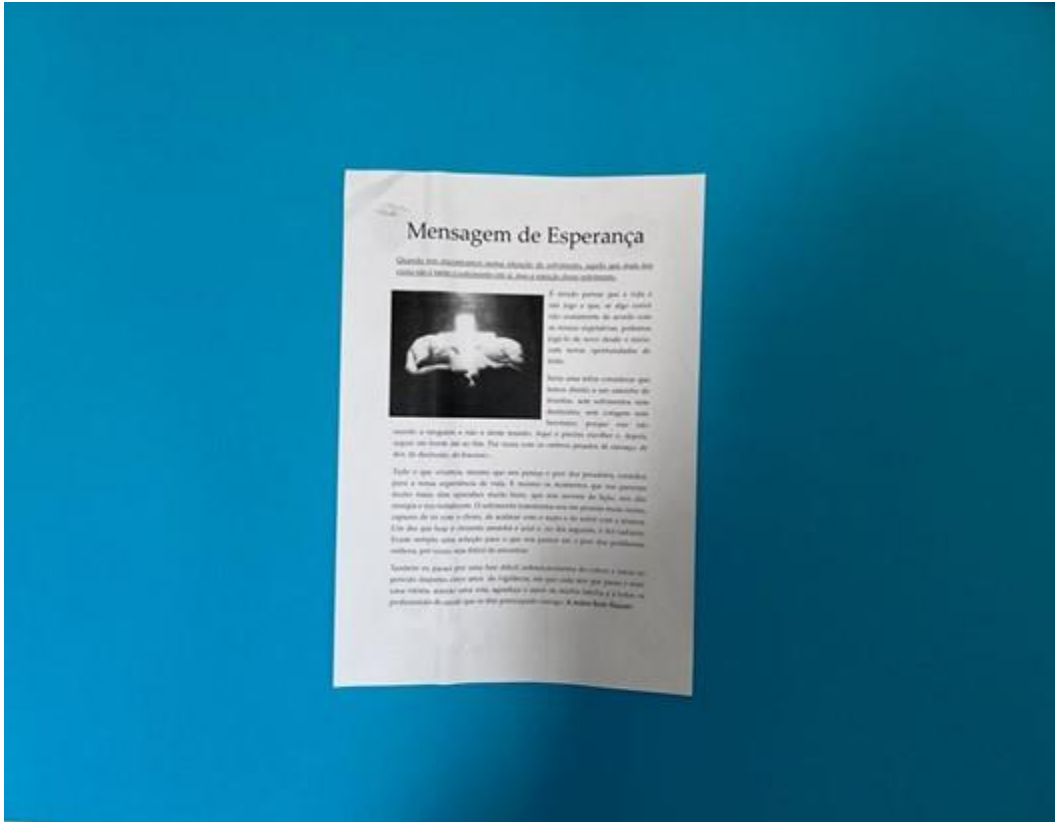
Como forma de demonstrar o caráter individual da esperança (Cutcliffe as cited in Silva, 2019) e fomentar uma aproximação e sentido de pertença entre a equipa e os utentes, foi então proposta a realização da exposição da esperança, em que se encontram expostos os objetos escolhidos pelos participantes e o convite de participação aos utentes, juntamente com flyers orientadores da atividade.

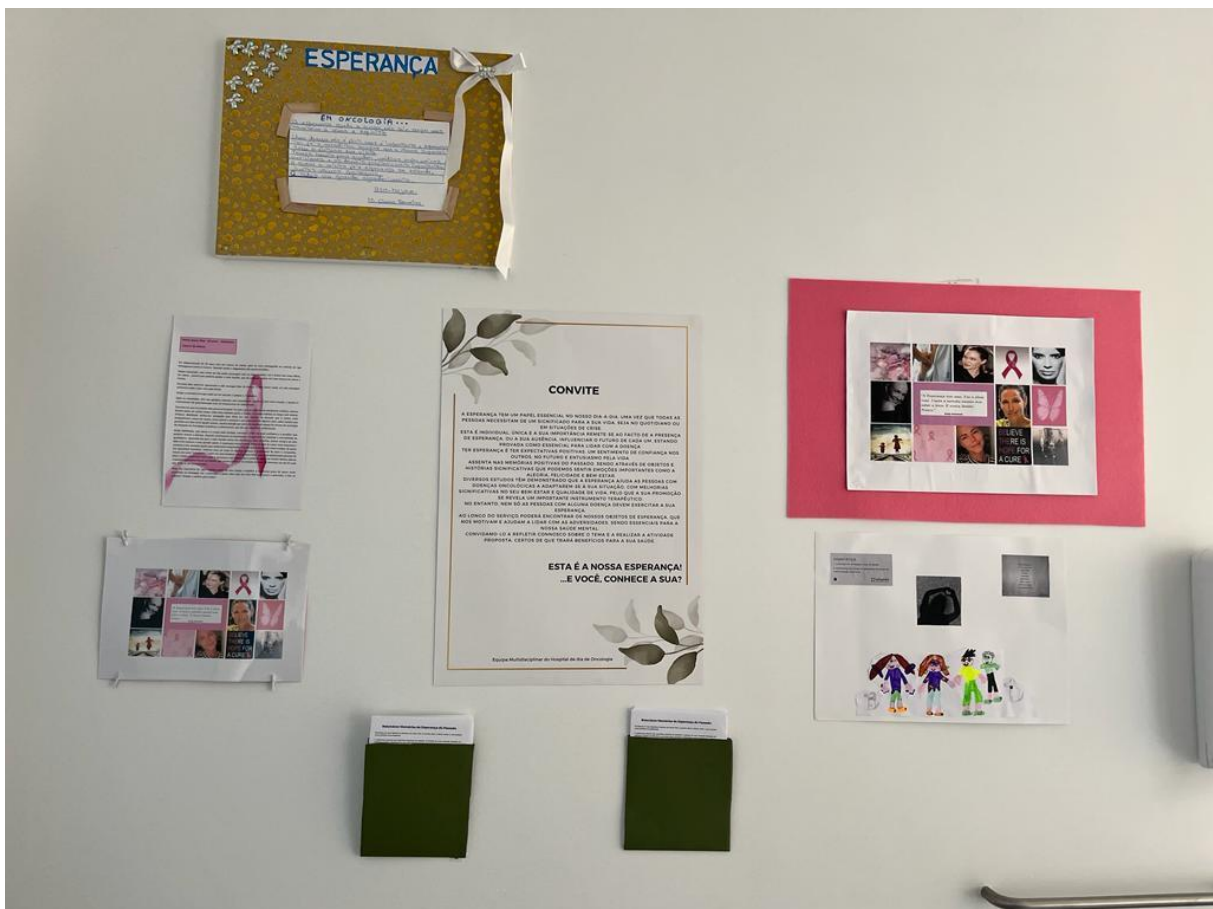
Como exemplos dos objetos que os utentes e profissionais da equipa partilharam, obtivemos:

Livros; mensagens de esperança de sobreviventes; lenços para a cabeça; desenhos dos filhos; elementos da natureza que simbolizam dias felizes; fotografias de família; joias oferecidas por pessoas especiais, entre outras.

Seguem-se alguns registos fotográficos:







APÊNDICE IV. ESTUDO DE CASO

1. ESTUDO DE CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

Atualmente, De acordo com a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) (2013), os critérios de diagnóstico para a esquizofrenia traduzem-se em:

Quadro 1. – Critérios de diagnóstico para esquizofrenia, de acordo com a DSM-5 (2013)

Critérios de diagnóstico para esquizofrenia, de acordo com a DSM-5 (2013)
- Sintomas característicos: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico, discurso desorganizado, sintomas negativos; - Disfunção social/ocupacional: ocupação laboral, autocuidado, relações interpessoais; - Duração: sinais contínuos da perturbação perduram pelo menos seis meses; - Exclusão de perturbação esquizoafetiva ou do humor; - Exclusão de perturbações relacionadas com substâncias/estados físicos gerais; - Relação com uma perturbação global do desenvolvimento.

Para além do tratamento farmacológico da esquizofrenia, Descalço & Afonso (2018) destacam intervenções psicoeducacionais como parte importante do processo de recuperação, com o intuito de aumentar a informação disponível para o doente e compreensão sobre a mesma.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2018), o enfermeiro foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção da doença, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas aos processos de transição geradores de doença mental. Nas intervenções na doença mental, deve intervir na adequação das respostas da pessoa doente e família perante os problemas identificados, de forma a evitar o agravamento da situação e a desinserção social, promovendo a sua recuperação e qualidade de vida.

Esta prática permite o desenvolvimento de relações de parceria de cuidados com o doente e a família, proporcionando o aumento do insight sobre os problemas, bem como aumenta a capacidade de encontrar vias de resolução de problemas.

1.1 COLHEITA DE DADOS

1.1.1 Dados sociodemográficos

O utente, FR, de 57 anos, raça negra, solteiro e sem filhos, a residir sozinho numa cidade da região da beira baixa, numa habitação de apoio social da câmara municipal.

Reformado por invalidez, tem insuficiência socioeconómica.

Recebe apoio alimentar da Cáritas e da Santa Casa da Misericórdia na manutenção da limpeza da habitação.

1.1.2 História clínica de enfermagem

Como modelo teórico de base para a colheita de dados, recorro ao Modelo de Tidal por ser neste que assenta a atuação da equipa de enfermagem.

O Modelo de Tidal demonstra-se relevante na centralização nas pessoas com doença mental e os possíveis ganhos na sua assunção de um papel ativo no tratamento. Para Barker & Buchanan-Barker as pessoas são as histórias das suas vidas incidindo sobre a particularidade da experiência humana (Maduro, 2013).

O modelo assenta em avaliações holísticas e focadas, que reconhecem os recursos e capacidades do utente na resolução de problemas, sendo este o ponto de partida da atuação do enfermeiro (Barker as cited in Maduro, 2013).

Desta forma, recorro à avaliação holística com base no Modelo de Tidal, sendo então integrantes as quatro dimensões.

Quadro 2. Colheita de dados de enfermagem segundo a avaliação holística do Modelo de Tidal

Quais os problemas presentes ou necessidades que a pessoa acredita estar a experienciar?
FR é seguido pelo serviço desde 1998, por esquizofrenia. Apesar de algum grau de défice cognitivo, é alguém com crítica para a sua doença e necessidade de tratamento. Neste momento, FR apresenta como principal queixa a presença de ideias delirantes e conseqüente ansiedade- “são as minhas paranoias. Vou ao café e estão lá as duas pessoas. Tenho medo delas, que me façam mal. Sei que é da doença, elas nem me conhecem. Mas tenho as paranoias e fico muito ansioso, Não consigo controlar” (sic).
Qual o tamanho desses problemas/necessidades?
Reconhece o problema como muito relevante, uma vez que frequenta o café de forma diária e com bastante agrado. Vivendo sozinho e não tendo outras ocupações, traduz-se num momento importante de socialização com as pessoas e uma forma de se manter integrado na comunidade. No que diz respeito à necessidade de apoio na gestão da sua saúde, reconhece também como muito importante o apoio dos profissionais neste aspeto, uma vez que o suporte familiar que possui é limitado.
Que fatores da vida da pessoa podem ajudar a resolver os problemas, ou responder às necessidades?
O principal fator que identifica que poderá ajudar na resolução do seu problema é a presença de crítica para a sintomatologia psicótica e necessidade de tratamento da mesma e a confiança que detém na equipa multidisciplinar do serviço. Com uma relação terapêutica previamente estabelecida, FR recorre ao serviço cada vez que identifica algum sinal de descompensação ou sente necessidade de ajuda na sua vida.
O que precisa de acontecer para a pessoa procurar o que considera ser uma mudança positiva?
Neste momento considera que o passo mais importante já foi dado, que foi o de pedir ajuda à equipa. A mudança positiva que deseja é a diminuição da ansiedade causada pela sintomatologia psicótica ou o desaparecimento da mesma.

1.1.3 Antecedentes pessoais e familiares

FR teve o seu primeiro internamento em psiquiatria na altura em que frequentava a tropa. Diz que tentou o suicídio porque “achava que era gay..mas não sou. Gosto de mulheres, a minha cabeça é que não estava boa” (sic)

Com antecedentes de alcoolismo, encontra-se abstinente há cerca de 10 anos, com pouca tolerância para quem lhe tenta potenciar consumos, preferindo cortar contactos.

Desde 1998, tem tido diversos internamentos em psiquiatria por surtos psicóticos, sempre com presença de ideação delirante de conteúdo persecutório. No entanto, FR sempre cumpriu terapêutica prescrita e reconhece a necessidade de cumprimento do regime terapêutico.

Com diversos problemas de saúde físicos, nomeadamente diabetes, hipertensão arterial e insuficiência renal crónica.

No que diz respeito a antecedentes familiares. FR nunca conheceu a mãe, tendo esta morrido no parto. O pai faleceu em 1965 após um Acidente Vascular Cerebral. FR tinha ainda um irmão, também diagnosticado com esquizofrenia, que faleceu em fevereiro de 2022.

Não se conhecem outros familiares com antecedentes de doença mental.

1.1.4 Genograma e ecomapa

O genograma é uma técnica de avaliação clínica das famílias. A sua análise permite uma visão histórica de como a família enfrenta os acontecimentos críticos e, particularmente, os processos de transição (Mello et al, 2005).

Os mesmos autores referem-no frequentemente associado ao ecomapa, que fornece uma visão ampliada da família, desenha a sua estrutura de sustentação e retrata a ligação entre a família e o mundo. Traduz-se num diagrama das relações entre a família e a comunidade e permite avaliar os apoios e suportes disponíveis, bem como a sua utilização pela família.

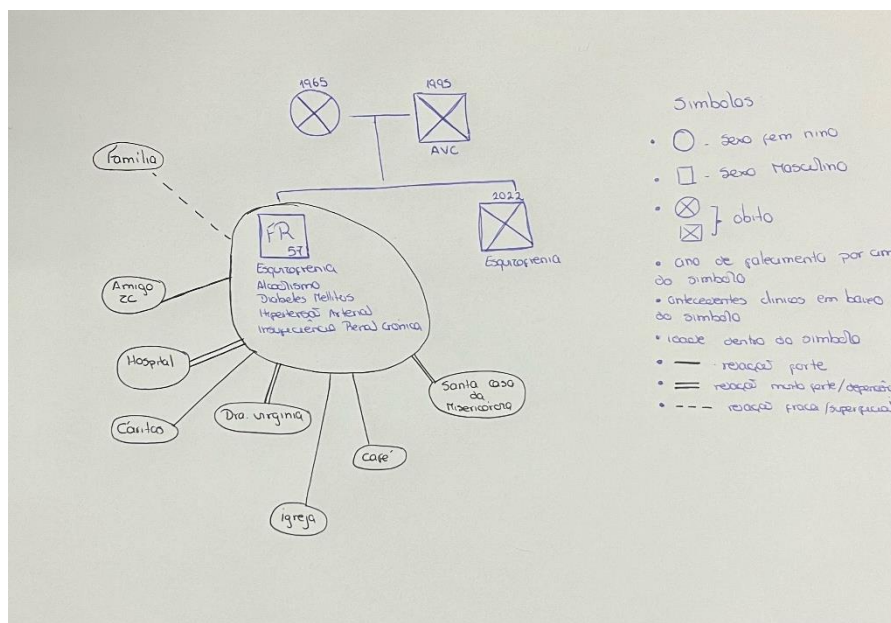


Figura 1. –Genograma e Ecomapa realizados com FR

Utente do sexo Masculino, 57 anos de idade, solteiro e sem filhos, tem antecedentes de esquizofrenia, alcoolismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial e insuficiência renal crónica.

Pertencia a uma fratria de 2, residia com o irmão (também portador de doença mental) até ao ano passado, altura em que o mesmo faleceu. Ambos os pais faleceram. Reside atualmente sozinho. Não tem contacto frequente com a família alargada, reconhecendo a sua relação como superficial. No que diz respeito aos apoios e recursos na comunidade, FR detém uma relação bastante forte com o serviço de psiquiatria, onde recorre sempre que necessário e se apoia para manutenção do seu estado de saúde. A Dr^a Virginia, não pertencendo à família de FR, acolheu-o como um filho e ajuda-o na realização das suas atividades instrumentais de vida diária. É também quem gere o seu dinheiro e o acolhe nas épocas festivas, existindo uma forte relação mútua de carinho.

A Santa Casa da Misericórdia é outro recurso que reconhece de extrema relevância uma vez que são estes quem lhe presta apoio ao domicílio dado não ter capacidades para o manter de forma autónoma. Observa-se e constata o utente uma relação de dependência para com os referidos, o que tal não acontece com a Cáritas, que apesar de lhe fornecer apoio alimentar esporádico não se traduz numa fonte essencial devido aos meios anteriormente identificados.

No que diz respeito a recursos que promovam o seu bem-estar psicológico, FR identifica uma ligação forte com o amigo ZC, com quem pratica caminhadas regularmente e que o auxilia também por vezes. O café que frequenta diariamente é também reconhecido como importante uma vez que é aqui que acontece a maioria do processo de socialização. A igreja e a fé são aspetos que releva, referindo-se aos mesmos como recursos para manter a sua paz interior.

1.2 EXAME MENTAL E AVALIAÇÃO SEMIOLÓGICA

A avaliação do Estado Mental é um dos instrumentos utilizados pelos enfermeiros para a obtenção de diagnósticos de enfermagem compreensivos, de forma a detetar alterações no funcionamento normal de diversas áreas do funcionamento mental do individuo. (OE, 2017 p.3)

Quadro 3. – Avaliação Estado Mental

Aspeto Geral	Aspeto descuidado, higiene pouco cuidada. Veste roupa adequada à época. Idade aparente correspondente à idade atual.
Consciência	Vígil, sem alterações qualitativas ou quantitativas da consciência
Orientação	Orientado auto e alopsiquicamente
Comportamento	Comportamento adequado. Atitude cordial. Sem auto/heteroagressividade.
Atenção	Atenção facilmente captável. Distractibilidade.
Memória	Sem alterações
Percepção	Sem alterações
Discurso	Discurso espontâneo, coerente e organizado, pobre. Sem alterações da linguagem, com ligeira disartria.
Pensamento	Alterações do conteúdo do pensamento evidentes através da verbalização de ideias de teor persecutório “tenho paranoias...medo de 2 pessoas. Nunca me fizeram mal..” (sic)
Humor e afetos	Humor Eutímico. Afetos congruentes e mobilizáveis.
Vontade, impulsividade e	Sem alterações quantitativas ou qualitativas da volição. Ausentes alterações do impulso.

comportamentos agressivos	Sem comportamentos auto/heteroagressivos
Motricidade	Sem alterações
Insight	Com insight para a sua sintomatologia

1.3 PLANO DE CUIDADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Lopes (as cited in OE, 2017) considera um dos princípios que define a relação enfermeiro-doente se trata do Processo de Avaliação Diagnóstica, processo contínuo e dinâmico operacionalizado através de uma entrevista, sendo através desta que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica executa a sua avaliação diagnóstica.

Os diagnósticos de enfermagem identificados resultaram dos achados encontrados na entrevista inicial com o utente, principalmente daquelas que sente como principais necessidades.

O plano de cuidados foi elaborado com base na terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e adequado às características do utente com o objetivo de que este consiga melhorar o seu estado de saúde. Neste integram essencialmente sessões psicoeducativas adaptadas às características pessoais de FR, nomeadamente o défice cognitivo identificado com um score de 19 no *Mini-Mental State*. De referir que apesar de identificado, não configura como diagnóstico neste plano uma vez que se encontra já em intervenção pela Terapeuta Ocupacional do serviço, pelo que tendo em conta o tempo limitado de contacto, opto por intervir nos focos identificados e que careciam de acompanhamento. Apesar de serem evidentes demais necessidades de apoio de enfermagem, opto também neste estudo de caso por focalizar apenas os diagnósticos relacionados com o funcionamento mental em evidente descompensação e reconhecidos como principal problema por FR, embora reconheça a importância de abordar o indivíduo de forma holística. A razão prende-se com o já referido no ponto anterior. Não sendo o contacto permanente, torna-se a intervenção limitada e surge a necessidade de priorizar diagnósticos. Sendo FR funcional nas atividades de vida e a receber apoio nesse sentido, não os considero prementes neste momento.

Quadro 4. – Plano de Cuidados de Enfermagem		
Diagnóstico de Enfermagem: Processo de pensamento distorcido (CIPE, 2019)		
Verbalização de pensamento persecutório relativamente a 2 indivíduos com quem se cruza regularmente. Com prejuízo na sua vida diária por diminuição do seu bem-estar.		
Intervenções	Resultados Esperados	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Perceber o impacto da sintomatologia no bem-estar do doente; - Estabelecer relação de ajuda; - Avaliar e registar características do delírio; - Executar escuta ativa; - Executar intervenção psicoeducativa; 	-Autocontrolo do Pensamento Distorcido; (1403. NOC)	<ul style="list-style-type: none"> -Autocontrolo do Pensamento Distorcido- valor NOC na primeira sessão: 3,7. -Autocontrolo do Pensamento Distorcido valor NOC na última sessão: 3,9.
Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade (CIPE, 2019)		
Verbalização de ansiedade, manifestada através de angustia, hipersudorese, tremores, tensão muscular, taquicardia.		
Intervenções	Resultados Esperados	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Perceber o impacto da sintomatologia no bem-estar do doente; - Estabelecer relação de ajuda; -Executar intervenção psicoeducativa - Orientar sobre estratégias de gestão de ansiedade; - Treinar técnicas de autocontrolo 	-Autocontrolo da Ansiedade (1402. NOC)	<ul style="list-style-type: none"> -Autocontrolo da Ansiedade- valor NOC na primeira sessão: 2. -Autocontrolo da Ansiedade- valor NOC na última sessão: 2,6

Seguem-se as intervenções realizadas com FR:

Intervenção 1 .			
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves; Utente			
Duração: 45 minutos			
Recursos: Gabinete de enfermagem; escala a aplicar; caneta			
Plano			
1º momento	- Apresentação dos intervenientes; - Esclarecimento de objetivos; - Convite para integração do estudo de caso; - Esclarecimento da metodologia;		
2º momento	- Colheita de dados de enfermagem	-Realização de entrevista de enfermagem de acordo com o Modelo Tidal; - -Avaliar a implicação da sintomatologia no bem-estar do utente;	
3º Momento	- Término da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Obtenção de feedback;		
Justificação	A entrevista clínica de colheita de dados constitui-se como fundamental para a recolha de informação relevante à criação de diagnósticos de enfermagem. O seu principal objetivo é a recolha de informações amplas e concisas acerca do utente, que permitam a prescrição individualizadas e personalizadas de acordo com as necessidades específicas do indivíduo. (Sequeira & Sampaio, 2020)		
Bibliografia	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções. Lidel		
Avaliação	<p>FR apresentou-se à entrevista orientado, colaborante. Humor eutímico. Discurso organizado e coerente. Por vezes de difícil compreensão por ligeira disartria. Atenção captável, mas fixável apenas por períodos. Atitude cordial e um contacto adequado. Aspeto descuidado. Inicialmente e após as apresentações expliquei qual o intuito da entrevista e qual seria a forma desta. Foi feita também o convite para integrar o estudo de caso, a que acede.</p> <p>Opto por iniciar a conversa abordando o contexto social de FR e a sua história. Relata o primeiro internamento em psiquiatria, consequente de um surto psicótico e tentativa de suicídio durante o período da tropa e o impacto que este teve na sua vida e as diferenças tendo em conta a sua vida prévia. Descreve-me o seu percurso de vida desde a infância e o seu relacionamento com a família. As expetativas que tinha para o futuro, nomeadamente ser jogador de futebol, e as limitações que a esquizofrenia lhe trouxe em termos sociais. Abordamos ainda de forma sucinta quais os recursos que considera importantes para a manutenção da sua saúde mental e as expetativas que detém relativamente à ajuda que a equipa lhe pode dar. Identifica como fatores promotores de bem-estar: fazer caminhadas, ir à missa, jogar futebol e ver novelas. Refere como principal problema os delírios persecutórios centrados em 2 pessoas que frequentam o mesmo café e a ansiedade que estes lhe causam. Proponho a FR trabalharmos estes 2 aspetos, combinando a data da próxima sessão.</p> <p>Por fim, questiono se existe mais algum aspeto que FR gostasse de abordar e dou por terminada a entrevista.</p> <p>Opto ainda por aplicar o <i>Mini-Mental State</i>, com resultado de défice cognitivo.</p> <p>Como forma de obter feedback, procuro saber a opinião do utente, que se demonstra satisfeito a forma como a mesma decorreu.</p> <p>Senti-me confortável durante a entrevista. FR tem uma atitude bastante cordial, o que me deixou mais confiante na intervenção. Por outro lado, como realizo este tipo de colheita de dados no meu local de trabalho, senti-me também com algum suporte neste sentido.</p>		
Intervenção 2. Sessão Psicoeducativa			
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves; Utente			
Duração: 40 minutos			
Recursos: Gabinete de Enfermagem;			

Plano			
1º momento	- Esclarecimento do tema e objetivos; - Esclarecimento da metodologia;		
2º momento	-Psicoeducação relativamente ao delírio e estratégias adaptativas;	-Avaliar os conhecimentos do utente sobre a temática; -Explicar o que é o delírio; - Explicar a importância de estratégias de autocontrolo da sintomatologia; -Definição de estratégias a adotar.	
3º Momento	- Término da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Obtenção de feedback;		
Justificação	A Psicoeducação é considerada fundamental no tratamento da esquizofrenia tanto em fase estável como em fase aguda, estando diretamente ligada a maior estabilidade dos sintomas Pekkala as cited in (Carvalho, 2018). Permitindo ao individuo compreender os conceitos da doença e do seu tratamento de forma integrada, aumentando a adaptação do individuo e melhorando a sua qualidade de vida. (Carvalho, 2018).		
Bibliografia	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções. Lidel - Carvalho, A. (2018) Efeitos da psicoeducação na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Pelotas.		
Avaliação	Decido iniciar a sessão a tentar perceber qual o contexto específico do problema. FR, com insight para a sua sintomatologia, descreve que vai diariamente a um café e que iniciou um quadro de ideação persecutória centrado em dois indivíduos que frequentam o mesmo estabelecimento. Sabe que é produto da sua doença, mas é algo que não sabe gerir e que lhe causa bastante ansiedade. Concluo que FR detém conhecimentos razoáveis sobre a sintomatologia, não detendo, no entanto, as ferramentas necessárias para a gerir. Assim, faço uma breve explicação sobre a necessidade de identificarmos estratégias que nos ajudem a lidar com os sintomas e que qualquer uma é válida, desde que promova o seu bem-estar. Procedemos então à identificação das possíveis estratégias para lidar com o problema: identificamos em primeiro lugar a opção de deixar de ir ao café, sendo este o único lugar em que se cruza com os indivíduos e ficaria a questão resolvida. Em segundo lugar surge a opção de proceder então à aprendizagem de estratégias para lidar com a situação. Após analisar os benefícios de cada uma, FR opta pela segunda opção que identificou, pelo que definimos então a primeira estratégia a utilizar. Tendo insight para o delírio, optamos primeiramente por procurar estratégias de distração. Procuro com FR identificar formas de desviar a atenção dos indivíduos, fazendo um plano breve. Assim, FR define com estratégias: conversar com o amigo do café; concentrar-se no futebol da televisão e por último sair para a esplanada. Após revermos em conjunto a estratégia a adotar, questiono FR relativamente à pertinência dos conteúdos abordados na sessão e à sua satisfação com a mesma. Sendo o feedback positivo.		
Intervenção 3. Sessão Psicoeducativa			
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves; Utente			
Duração: 40 minutos			
Recursos: Gabinete de Enfermagem; Escala a aplicar, caneta			
Plano			
1º momento	- Esclarecimento do tema e objetivos; - Esclarecimento da metodologia;		
2º momento	-Psicoeducação relativamente ao delírio e estratégias adaptativas;	-Avaliar a eficácia da estratégia anterior; -Definição de nova estratégia para lidar com o delírio;	

3º Momento	- Término da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Obtenção de feedback;		
Justificação	A Terapia Cognitivo-Comportamental visa reconhecer os pensamentos disfuncionais do indivíduo e posteriormente alterar o seu sistema de crenças disfuncionais. Uma das suas técnicas, o questionamento socrático, recorre a diversas questões como forma de identificação de pensamentos automáticos, indispensável à intervenção na mudança de erros de lógica. (Santos & Medeiros, 2017)		
Bibliografia	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções. Lidel - Santos, C; Medeiros, F. (2017). A relevância da técnica de questionamento socrático na prática Cognitivo-Comportamental. Arch Health Invest (2017) 6(5):204-208		
Avaliação	<p>Iniciamos a sessão por perceber como correram os últimos dias e a aplicação da estratégia utilizada. FR relata que foi pouco eficaz, tendo bastante dificuldade em abstrair-se dos seus pensamentos, no entanto demonstra-se motivado em continuar a treinar a estratégia. Relata aumento da sintomatologia ansiosa e ainda que tem tido medo, pois tem pensado nos dois indivíduos mesmo quando não vai ao café.</p> <p>Abordamos então outra técnica que passa pelo questionamento socrático e a sua autoaplicação nos momentos em que se cruzar com os 2 homens.</p> <p>Identificamos ainda estratégias para autocontrolo da ansiedade e acordamos que quando ansioso, irá para um sítio mais calmo do café, por exemplo a casa de banho, e irá contar lentamente até 10 e respirar fundo.</p> <p>Contrariamente às outras sessões, apesar de compreender as limitações cognitivas de FR, senti-me uma quanto frustrada por não ter melhorias no seu estado de saúde.</p> <p>Dada a impossibilidade de o auxiliar com o problema aquando do seu aparecimento (contacto com os indivíduos) sinto-me impotente. Opto por adaptar a forma de atuação, fornecendo informações menos aprofundadas de forma que FR consiga reter o essencial para a compreensão da informação passada.</p> <p>Apesar de observarmos poucas melhorias, FR sente-se satisfeito com as sessões realizadas.</p>		
Intervenção 4. Sessão Psicoeducativa			
Intervenientes: Enf ^a Catarina Gonçalves; Utente			
Duração: 40 minutos			
Recursos: sala multidisciplinar			
Plano			
1º momento	-Esclarecimento do tema e objetivos; - Esclarecimento da metodologia;		
2º momento	-Psicoeducação relativamente ao delírio e estratégias adaptativas;	-Avaliar a eficácia da estratégia anterior; -Definição de nova estratégia para lidar com o delírio;	
3º Momento	- Término da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Obtenção de feedback;		
Justificação	A Psicoeducação é considerada fundamental no tratamento da esquizofrenia tanto em fase estável como em fase aguda, estando diretamente ligada a maior estabilidade dos sintomas Pekkala as cited in (Carvalho, 2018). Permitindo ao indivíduo compreender os conceitos da doença e do seu tratamento de forma integrada, aumentando a adaptação do indivíduo e melhorando a sua qualidade de vida. (Carvalho, 2018).		
Bibliografia	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções. Lidel - Carvalho, A. (2018) Efeitos da psicoeducação na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Pelotas.		

<u>Avaliação</u>	<p>Ao questionar FR sobre a forma como decorreram os últimos dias, partilha que esteve no café como habitualmente e que cumprimentou um dos indivíduos de quem desconfia, inclusive que este lhe pagou um sumo. Quando questionado sobre o que aconteceu, relata que estiveram no café a ver o futebol. Sentiu-se ansioso, mas descreve melhorias relativamente ao estado anterior. Após reflexão de aspetos a melhorar, tentamos identificar coisas da sua vida que lhe tragam paz e o ajudam a acalmar, de forma a que seja mais fácil recordar-se quando necessário controlar a ansiedade ao invés de experimentar uma técnica nova. FR refere imediatamente a religião, ficando a sugestão de rezar um pouco para diminuir a ansiedade.</p> <p>Se anteriormente FR descrevia angústia, hipersudorese, tremores, tensão muscular, dificuldade de concentração, taquicardia e incapacidade em urinar. Neste momento refere-se apenas a incapacidade em urinar por ficar com alguma tensão muscular. Ainda assim, verbaliza que o período em que isto acontece se encontra reduzido comparativamente com o período de tempo anterior.</p> <p>Dado que o contacto com o individuo correu da melhor forma, acordamos ainda que FR irá cumprimentar os senhores sempre que se cruzarem no estabelecimento.</p> <p>Contrariamente ao experienciado na sessão anterior, senti-me feliz com a informação partilhada e motivada para continuar a intervir.</p>
-------------------------	--

Relativamente à avaliação de resultados, recorro à Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), obtendo uma visão quantitativa da eficácia das intervenções. Os ganhos obtidos encontram-se no plano de cuidados acima expresso.

Apesar de serem evidentes melhorias nos valores, trata-se de aumentos ligeiros. Tal pode ser justificado pelo curto número de sessões e pela minha inexperiência na intervenção com pessoas com défice cognitivo. Independentemente de ter tentado adaptar as intervenções de forma a facilitar a compreensão e retenção da informação, constatei uma clara dificuldade da minha parte em fazê-lo. As principais dificuldades sentidas prenderam-se com o explicitado e com a inexperiência na avaliação dos indicadores de resultado.

No entanto, considero ter sido uma mais-valia no meu processo de aprendizagem, potenciando-me não só oportunidades de implementação e treino de técnicas diferenciadas, como uma análise crítica da aplicabilidade das mesmas. Permitindo-me não só aprofundar o conhecimento, como criar ferramentas uteis para tomadas de decisão futuras.

De um ponto de vista das competências do enfermeiro especialista em saúde mental, potenciou o desenvolvimento de “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018 p.21430).

Considero ter sido atingido o objetivo proposto, sendo para mim o principal ponto a reter a positividade da reação do utente e a melhoria do seu estado de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington. American Psychiatric Publishing.
- Descalço, N. & Afonso, P. (2018). Adesão à terapêutica nos doentes com esquizofrenia: uma revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, volume (3), páginas 25-33. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2018.v1.i3.83>
- Diário da República, 1.ª série (2021) Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro. : Estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.
- Maduro, A. (2013). A narrativa da experiência de vida como recurso no processo de recovery da pessoa com doença mental grave na comunidade. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15720/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Ana%20Maduro.pdf>
- Mello, D., Vieira, C., Sempionato, E. (2005). Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Journal of Human Growth and Development*. 8._Genograma_e_Ecomapa_final.pmd (bvsalud.org)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). PARECER N.º 01/ 2017: Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Regulamento n.º 515/2018 do Diário da República. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2019) Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República. Portugal
- Tenório, F. (2016). Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *História, Ciências, Saúde*, volume (23), páginas 941-96

APÊNDICE V. PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS PARA OS ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO E DE ENFERMAGEM

NOTA INTRODUTÓRIA

Apesar de Portugal se encontrar no quinto lugar do ranking da União Europeia, com uma prevalência de 18,4% de doença mental na população, os indivíduos portadores de patologia psiquiátrica são ainda frequentemente confrontados com o estigma e preconceito por parte da sociedade.

O estigma define-se como o preconceito e a discriminação sofridos pelo indivíduo, neste caso portador de doença mental (Ferreira, 2017), podendo não só resultar em sofrimento para pessoa como dificultar o alcance dos seus objetivos pessoais (João, Coelho, Ferreira, Castelo & Massano, 2017). O conceito engloba problemas ao nível do conhecimento, atitudes e comportamentos, existindo na literatura uma correlação direta entre estas três dimensões e a baixa qualidade de vida dos indivíduos afetados (Pimenta, 2020)

O estigma da comunidade traduz-se em atitudes negativas por parte de membros da população em geral a um grupo particular e em desvantagem, levando a consequências para os indivíduos como o isolamento, enfraquecimento das redes de apoio, desemprego e consequências negativas também ao nível de alojamento e educação (Ferreira, 2017).

De uma forma geral, traduz-se ainda numa barreira à procura de ajuda profissional, menor adesão à terapêutica e maior taxa de hospitalizações (Pimenta, 2020).

O combate ao estigma constitui um dos principais desafios na saúde mental, traduzindo-se numa das cinco prioridades definidas pelo *European Pact for Mental Health and Well-being* (2018). Têm vindo a ser desenvolvidas diversas intervenções ao nível da redução do impacto do estigma a diferentes níveis de idade.

As estratégias de luta contra o estigma assentam na promoção da literacia em saúde mental da população, sendo esta uma estratégia fundamental, uma vez que o estigma é combatido através do aumento da literacia nesta área (Naylor et al, 2009, as cited in Vasconcelos, 2016).

De acordo com a literatura existente, este combate deve assentar em três dimensões essenciais: o protesto, a educação e o contacto. Existindo evidências de que a conjugação da educação e o contacto se demonstram mais eficazes Corrigan & Penn, 1999; Rüscher, et al., 2005 as cited in

No seu estudo numa unidade de Saúde da região centro do país, Azevedo & Oliveira (2014) constata a existência de estigma numa amostra de população frequentadora de cuidados de saúde primários, evidenciando uma relação estatisticamente significativa entre a baixa escolaridade e um maior score relativamente à segregação dos utentes psiquiátricos. No

estudo de João, Coelho, Ferreira, Castelo & Massano (2017) também a presença de estigma por parte da população é evidente, corroborando os achados do estudo anterior.

A literatura existente vai de encontro ao explicitado, defendendo que o estigma é fortemente afetado pelo nível de conhecimento dos indivíduos sobre saúde mental, influenciando a aceitação e integração dos indivíduos na sociedade (Pimenta, 2020).

No entanto, também nos cuidados de saúde os utentes de serviços de saúde mental se sentem estigmatizados, podendo este fenómeno ocorrer por diversos motivos, de entre os quais: falta de interesse da parte do profissional pelos utentes e a sua história de vida; sentimento de um tratamento farmacológico generalizado; perceção de diagnósticos associados a mau prognóstico; informação insuficiente relativamente ao tratamento e opções de acompanhamento terapêutico na comunidade (Barrantes, Violante, Graça & Amorim, 2017).

Estudos evidenciam ainda que os profissionais de saúde podem apresentar o mesmo estigma que a população em geral, não diferindo no desejo de manter uma distância social. Este e o pessimismo relativamente ao tratamento e prognóstico parecem ser as atitudes estigmatizantes com maior prevalência entre os profissionais (Ferreira & Carvalho, 2020).

No que diz respeito aos futuros profissionais de saúde, Querido, Tomás & Carvalho (2016) evidenciam no seu trabalho a presença de estigma em diversas áreas, estando os estudantes de enfermagem incluídos e carecendo, portanto, de intervenção com vista à redução de atitudes estigmatizantes.

A prevenção do estigma nos alunos de enfermagem considera-se de elevada importância, uma vez que serão estes os profissionais no futuro e o contacto com os utentes portadores de patologia mental possivelmente frequente.

1. PLANEAMENTO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA AOS ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO

Temática: Estigma e Doença Mental			
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves; Alunos			
Duração: 120 minutos			
Recursos: Sala de aula, computador, projetor			
Objetivo: Fornecer informação aos alunos sobre doença mental e o estigma			
Plano			
1º momento (10 minutos)	- Identificar o tema - Clarificar os objetivos - Apresentação dos intervenientes	Metodologia expositiva	
2º momento (20 minutos)	- Incentivar a expressão de crenças e opiniões prévias	Metodologia ativa 1. Solicitar aos alunos que escrevam num post-it uma característica/definição de doente mental e que a coleem no quadro.	Recursos: -Quadro; -Post-its -Marcadores
3º Momento (70 minutos)	- Discutir conteúdos relativos à temática a) O que é a doença mental b) Algumas características c) Fatores Protetores e Fatores de Risco d) Estigma e) Atitudes Estigmatizantes na doença mental	Metodologia de discussão orientada; Promover discussão sobre os tópicos utilizando os post-its e quebrar algumas crenças erróneas Criação de um mapa mental; 1. Ao longo da sessão, escrever em conjunto no quadro com os alunos um mapa mental com os conteúdos. 2. Pedir aos alunos que fotografem o quadro com os seus telemóveis, ficando com um material de suporte;	Recursos: -Quadro; -Computador; -Projetor; - Caneta
4º Momento (20 minutos)	- Incentivar a expressão de dúvidas e sentimentos. - Avaliar e obter feedback da sessão - Distribuir material educativo e de suporte	Metodologia interrogativa	-Folhetos informativos

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA AOS ALUNOS DE ENFERMAGEM

Temática: Estigma e Doença Mental			
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves; Enf. Paulo Filipe; Alunos de Enfermagem			
Duração: 120 minutos			
Recursos: Sala de aula, Folhetos informativos; computador, projetor, quadro, marcado			
Objetivo: Fornecer informação aos alunos sobre doença mental e o estigma			
Plano			
1º momento (5 minutos)	- Identificar o tema - Clarificar os objetivos - Apresentação dos intervenientes	Metodologia expositiva	
2º momento (30 minutos)	- Incentivar a expressão de crenças e opiniões prévias	Técnica de Role- Play 1. Pedir a colaboração de 3/4 alunos para que representem aquilo que consideram ser a postura/atitude/características de uma pessoa com doença mental. 2. Solicitar ao grupo que vá acrescentando características/sugerindo alteração de atitude consoante as suas crenças; 3. Apontar no quadro as opiniões verbalizadas	Recursos: -Quadro; -Marcadores
3º Momento (70 minutos)	- Discutir conteúdos relativos à temática a) O que é a doença mental b) Fatores Protetores e Fatores de Risco de doença mental c) Alterações Comportamentais d) Factos e Mitos em Psiquiatria c) Estigma d) Atitudes Estigmatizantes em enfermagem	Metodologia expositiva e interrogativa; 1. Expor conteúdos teóricos, com recurso a suporte digital; 2. Promover a partilha de experiências Criação de um mapa mental; 3. Ao longo da sessão, recorrer ao escrito anteriormente no quadro e em conjunto alterar crenças erradas; 4. Pedir aos alunos que fotografem o quadro com os seus telemóveis, ficando com um material de suporte;	Recursos: -Quadro; - Computador; -Projetor; - Caneta
4º Momento (10 minutos)	- Incentivar a expressão de dúvidas e sentimentos. - Avaliar e obter feedback da sessão - Distribuir material educativo e de suporte	Metodologia interrogativa -Preenchimento formulário no Google Forms	-Folhetos informativos - Telemóveis -internet

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrantes, J., Violante, C., Graça, L., & Amorim, I. (2017). Programa de Luta contra o estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 5), 19-24. <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF/17/013601%20Rv%20pt%20enf%20saude%20men%202017%20spe%205%2019-24.pdf>
- Ferreira, M. (2017). Estigma e Saúde Mental. Artigo de Revisão Bibliográfica. Mestrado Integrado em Medicina- Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/109390/2/235293.pdf>
- Ferreira, M; Carvalho, M. (2020). Contribuições da educação profissional na enfermagem para o enfrentamento da estigmatização associada aos transtornos mentais. <file:///C:/Users/catar/Downloads/13281-Texto%20do%20Artigo-64697-1-10-20200705.pdf>
- João, R.; Coelho, T; Ferreira, C; Castelo, A; Massano, M. (2017) Estigma na doença mental: estudo observacional e piloto em Portugal. [file:///C:/Users/catar/Downloads/14518-Texto%20do%20Trabalho-45060-1-10-20180522%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/catar/Downloads/14518-Texto%20do%20Trabalho-45060-1-10-20180522%20(2).pdf)
- Oliveira, A; Azevedo, S. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. [file:///C:/Users/catar/Downloads/11347-Texto%20do%20Artigo-1324-11265-10-20140905%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/catar/Downloads/11347-Texto%20do%20Artigo-1324-11265-10-20140905%20(1).pdf)
- Pimenta, J. (2020). Conhecimentos em Saúde Mental, Estigma e Barreiras no Acesso a Cuidados. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/97827/1/Trabalho%20Final%20MIM%20Jos%c3%a9%20Pimenta.pdf>
- Vasconcelos, M. (2016) Literacia em Saúde Mental e o papel da proximidade a problemas de saúde: Follow-Up do Projeto Abrir Espaço à Saúde Mental. Dissertação de Mestrado- Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400_14/20556/1/DISSERTA%c3%87%c3%83%20FINAL%20MARCIA%20VASCONCELOS.pdf

APÊNDICE VI. FOLHETOS INFORMATIVOS SOBRE DOENÇA MENTAL

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

SAÚDE MENTAL

IMPORTA FALAR DE...

COMO CUIDAR DA SUA SAÚDE MENTAL

Para cuidar da sua saúde mental...



...Cuide da sua Saúde Física

- Pratique atividade física;
- Tenha uma alimentação saudável;
- Mantenha um padrão de sono regular;

...Cuide das suas emoções

- Pratique atividades que lhe proporcionem prazer;
- Fale dos seus sentimentos com alguém de confiança;
- Reconheça os seus limites;

...Cuide das suas relações

- Tire uns minutos para aproveitar com a sua família;
- Reconecte-se com antigas amizades;
- Aproveite para sair com amigos;

Contactos do Serviço de Psiquiatria

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

SAÚDE MENTAL

IMPORTA FALAR DE...

MITOS VS FACTOS
DOENÇA MENTAL

Contactos do Serviço de Psiquiatria

MITOS VS FACTOS

Doença Mental

	
<p>Pessoas com Doença Mental são perigosas e violentas</p>	<p>A grande maioria das pessoas com doença mental não têm maior tendência para serem violentas do que a população em geral.</p> <p>Por outro lado, estudos mostram que estes doentes têm 10x maior probabilidade de serem vítimas de crimes violentos.</p>
<p>Não há esperança para as pessoas com Doença Mental. Uma vez que alguém é diagnosticado, nunca mais recupera.</p>	<p>Indivíduos que experienciam problemas de saúde mental, ao aderir ao tratamento, podem melhorar e até recuperar totalmente a sua saúde.</p> <p>Muitos doentes estabilizados estão perfeitamente integrados na sociedade e fazem a sua vida normalmente.</p>
<p>As crianças não sofrem de problemas de Doença Mental.</p>	<p>50% dos transtornos mentais causam o aparecimento dos primeiros sintomas antes dos 14 anos de idade e cerca de 3/4 começam antes do indivíduo ter 24.</p> <p>Mesmo crianças muito novas podem apresentar sinais de problemas de saúde mental.</p>
<p>Para tratar a Doença Mental basta tomar medicação.</p>	<p>O tratamento para a doença mental depende de das características da patologia e do indivíduo.</p> <p>Podem centrar-se na medicação, na terapia ou em ambos.</p>

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

SAÚDE MENTAL

IMPORTA FALAR DE...

PEDIR AJUDA EM SAÚDE MENTAL

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 1 em cada 4 pessoas no mundo irá sofrer de uma doença mental ao longo da sua vida.
A população portuguesa regista 18,4% de incidência de doenças mentais, sendo Portugal o quinto país da União Europeia com maior prevalência deste tipo de patologias.

Apesar de cada doença mental ter os seus próprios sintomas, existem sinais de alerta que devem levar as pessoas a procurar ajuda:

- Mudança abrupta na personalidade
- Incapacidade de lidar com problemas ou atividades do dia-a-dia
- Pensamentos estranhos ou de grandiosidade
- Ansiedade excessiva
- Sentimentos de tristeza e apatia prolongados
- Mudanças significativas nos padrões de sono ou alimentação
- Pensar/falar sobre suicídio ou atos auto lesivos
- Alterações extremas de humor- elevação ou diminuição
- Consumo abusivo de álcool e drogas
- Sentimos de raiva ou hostilidade excessivos

SE RECONHECE ALGUM DESTES SINAIS, PROCURE AJUDA PROFISSIONAL.

Contactos do Serviço de Psiquiatria

APÊNDICE VII. SESSÃO PSICOEDUCATIVA: PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL NOS CUIDADORES DE UTENTES COM DOENÇA MENTAL GRAVE

1. PLANO DE SESSÃO

Temática: Estratégias Promotoras de Saúde Mental			
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves;			
Duração: 120 minutos			
Recursos: Sala do Hospital de Dia, Folhetos informativos; música, computador, cartolina, marcador			
Objetivo: Que os cuidadores identifiquem e implementem estratégias promotoras de saúde mental no seu quotidiano			
Diagnóstico de Enfermagem: Risco de stress do Prestador de Cuidados			
Resultado Esperado: Capacidade para manter a saúde efetiva			
Plano			
1º momento (10 minutos)	- Identificar o tema - Clarificar os objetivos	Metodologia expositiva	
2º momento (20 minutos)	- Avaliar conhecimentos, crenças e sentimentos prévios relativamente à temática;	Técnica aquecimento sociodrama/ de sociometria- Os utentes deverão deambular pela sala ao som da música interagindo uns com os outros de acordo com as indicações dadas. Depois, à vez, deverão sentar-se numa cadeira colocada no centro da sala e verbalizar um aspeto negativo que lhes traz ser cuidador de uma pessoa com DMG. Os restantes indivíduos deverão aproximar-se ou afastar-se consoante o nível com que se identificam com a afirmação. Repete-se o processo para aspetos positivos.	Recursos: -Computador -Música -Cadeira
3º Momento (60 minutos)	- Discutir conteúdos relativos à temática a) Quais os fatores determinantes da saúde mental b) Estratégias de Promoção de saúde mental no quotidiano	Metodologia de discussão orientada- criação de um mapa mental	Recursos: -Cartolina -Marcador
4º Momento (20 minutos)	- Incentivar a expressão de dúvidas e sentimentos. - Avaliar e obter feedback da sessão - Distribuir material educativo e de suporte	Metodologia interrogativa	Recursos: -Folhetos Informativos -Cartão de monitorização
Justificação	Com a desinstitucionalização psiquiátrica a família assumiu um papel de responsabilidade no cuidar das pessoas com doença mental, o que devido a todos os fatores associados causa um aumento da sobrecarga dos elementos familiares. Sendo por isso a intervenção na família de relevo não só para a recuperação da pessoa com doença mental, mas também para diminuir a sobrecarga familiar e promoção da saúde mental dos indivíduos integrantes do agregado. (Sequeira & Sampaio, 2020) A metodologia de discussão orientada trata-se de uma discussão de 2 sentidos. Promove a partilha de informação e de experiências de forma espontânea, levando a uma aprendizagem ativa e participada. Permite às pessoas a partilha de pontos de vista, experiências pessoais e responder a questões. (IEFP, 2004)		

1.1 RELATÓRIO DE SESSÃO

A presente intervenção tinha como objetivos capacitar os principais cuidadores de utentes com doença mental grave para a manutenção da sua saúde mental, através da partilha de conhecimentos sobre estratégias para o fazer.

Nesta sessão estiveram presentes 8 pessoas, sendo 7 cuidadores principais de utentes com esquizofrenia e 1 utente que comporta o diagnóstico.

Uma vez que o grupo existe já há bastante tempo e que os integrantes se mantêm os mesmos, possuem entre si uma relação de confiança e compreensão, sendo referido por vários que “desabafar à vontade só aqui. Lá fora nem pensar. Só aqui é que me compreendem” (sic). Algo evidente desde o início foi o à-vontade que sentem em partilhar os seus problemas e inquietações com o grupo, tendo sido por isso necessário proceder a uma alteração do plano de sessão previsto.

A intervenção iniciou-se com a Enf^a supervisora a receber o grupo e a efetuar a minha apresentação. Seguiu-se uma partilha por parte dos elementos das preocupações relativas ao período desde a última sessão em que estiveram juntos.

Inicialmente solicitei apresentei-me e solicitei a cada um dos participantes que se apresentasse também, uma vez que gostaria de conhecer um bocadinho de si. O que se constatou foi que todos os cuidadores efetuaram a sua apresentação apenas dizendo o seu nome e centrando todo o resto do discurso no seu familiar com doença mental grave, não referindo nada sobre si próprios. Aproveitei o mote para realçar a necessidade de cuidarmos de nós próprios e da individualidade de cada um para além do papel de cuidador.

Algo que verifiquei neste momento foi a necessidade de adaptar o plano de sessão, uma vez que a partilha se estendeu no tempo e os minutos restantes não chegariam para todas as atividades. Uma vez que durante a partilha expressa, os cuidadores foram também abordando aqueles que consideram ser aspetos negativos e positivos do papel de cuidador de familiar com doença mental grave, optei por suprimir o primeiro momento planeado, passando automaticamente à criação do mapa mental.

Nesta etapa, tento promover uma discussão entre os participantes centrando-a nos seus recursos pessoais/sociais/económicos, tendo em conta atividade promotoras de bem-estar físico, emocional e relacional.

Aquilo que se verificou foi o conhecimento relativo às estratégias a ser utilizadas, no entanto, que muitas vezes não se concretizam nem são implementadas na rotina.

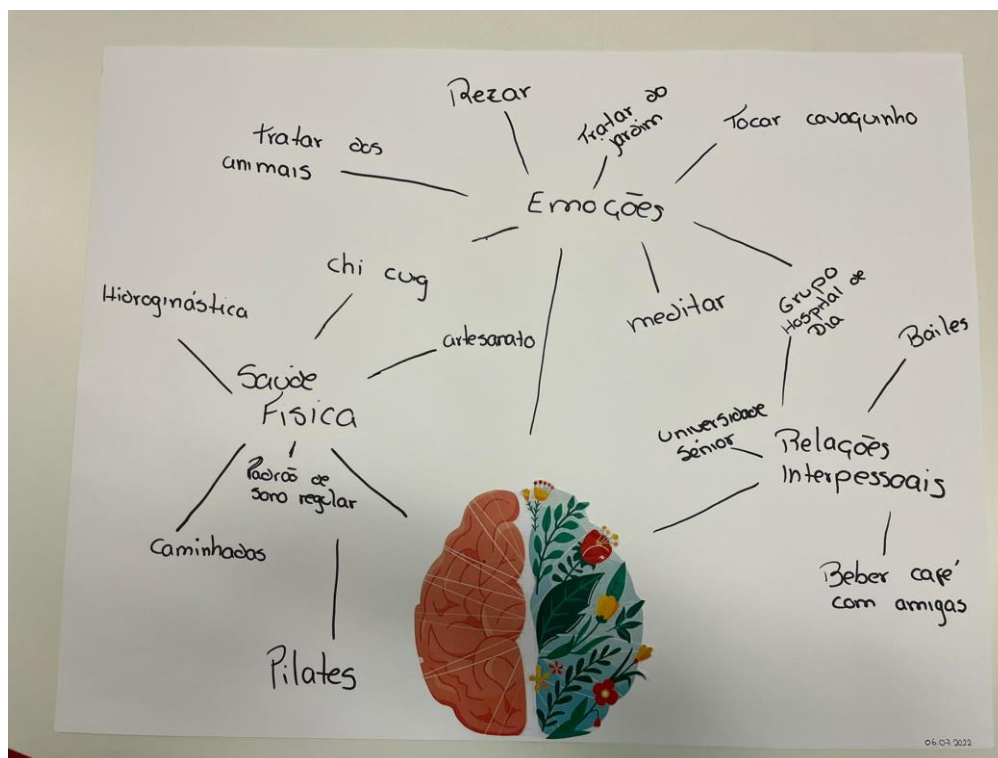
Após se concluir o mapa mental de acordo com as estratégias identificadas, forneço a cada um cartão de monitorização de hábitos, solicitando que tendo em conta as atividades descritas, selecionem aquelas com que mais se relacionem e escrevam no cartão, de forma a monitorizar durante um mês, até à próxima sessão, qual a frequência com que realizam atividades promotoras da sua saúde mental, de forma a aumentar a autoconsciencialização.

Termino o grupo fazendo um breve resumo da temática e fornecendo um folheto informativo simples sobre a mesma.

Senti dificuldades na gestão do grupo, uma vez que uma das suas características é a existência de diversas conversas paralelas ao longo da realização das atividades, no entanto, considero que consegui ir dirigindo a atenção dos intervenientes para o objetivo, quando necessário.

Sentia-me algo reticente ao início, uma vez que se tratava de um grupo maior aquele a que estava habituada e desconhecido, no entanto a receção por parte dos participantes foi bastante positiva e a participação cumpriu as expectativas.

1.2 CARTAZ ELABORADO COM OS PARTICIPANTES



APÊNDICE VIII. FOLHETO ELABORADO PARA OS CUIDADORES DE UTENTES COM DOENÇA MENTAL GRAVE



APÊNDICE X. INTERVENÇÃO PROMOTORA DE ADESÃO À TERAPÊUTICA

1. SESSÃO - MEDICAÇÃO EM PSIQUIATRIA- MITOS E CRENÇAS

Quadro1.- Plano de sessão – Medicação em Psiquiatria- Mitos e Crenças

Temática: Adesão ao regime terapêutico			
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves			
Duração: 70 minutos			
Objetivo: Compreender quais as conceções prévias dos utentes e desmistificar crenças dos mesmos acerca da medicação			
Amostra: Utesntes internados no serviço que não apresentem atividade psicótica exacerbada ou alterações do comportamento graves nem défice cognitivo acentuadoz			
Plano			
1º momento (10 minutos)	- Apresentação dos participantes - Identificar o tema - Clarificar os objetivos	Metodologia expositiva	
2º momento (10 minutos)	- Avaliar posicionamento e sentimentos relativamente à temática.	Técnica de avaliação sociodramática – os utentes deverão posicionar-se em linha reta no valor da régua (imaginária no chão) em que consideram inserir-se relativamente às questões colocadas.	
3º Momento (40 minutos)	- Avaliar conhecimentos prévios e sentimentos relativamente à adesão terapêutica; - Informar e desmistificar conceitos previamente adquiridos sobre a medicação.	Metodologia de discussão orientada – Cada utente deverá, à vez, retirar um cartão e partilhar uma crença/sentimento/pensamento sobre o tópico nele escrito. Procede-se a uma discussão entre todos os participantes.	Recursos: -Cartões com tópicos
4º Momento (10 minutos)	- Incentivar a expressão de dúvidas e sentimentos. - Avaliar e obter feedback da sessão	Metodologia interrogativa	
Justificação	A metodologia de discussão orientada trata-se de uma discussão de 2 sentidos. Promove a partilha de informação e de experiências de forma espontânea, levando a uma aprendizagem ativa e participada. Permite às pessoas a partilha de pontos de vista, experiências pessoais e responder a questões. (IEFP, 2004)		

1.1 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

Intervenientes: Enfª Catarina; Enfª supervisora; utentes MX, CS, MA.

A primeira sessão de psicoeducação preparada tinha como objetivos a avaliação das crenças e posições dos indivíduos face aos mitos comuns relativamente a terapêutica de uso psiquiátrico e a desmistificação e clarificação dos mesmos.

Nesta estiveram presentes os utentes MX, CS, e MA. Todos com patologias de diagnóstico e tempos de internamento diferentes entre si. MX encontra-se num momento próximo da alta, CS está internada há 1/2 semanas e MA foi internada no serviço há 4 dias. Em termos de doença, o utente MX encontra-se num primeiro internamento e primeiro contacto com

medicação da especialidade, CS já tem uma patologia diagnosticada há diversos anos e a cumprir medicação desde então e CS apesar de estar no primeiro contacto com um serviço de internamento de psiquiatria, seria seguida por profissionais no privado e terá iniciado terapêutica há 20 anos, embora de forma muito instável.

A sessão iniciou-se com uma apresentação dos objetivos, bem como a apresentação do plano desta. Foi explicado aos utentes que esta integraria um programa de 4 intervenções e feito o reforço da importância da sua participação nas mesmas, a que acedem.

O primeiro momento da intervenção passou por uma avaliação dos seus posicionamentos face à ingestão da terapêutica, sendo-lhes pedido através de uma técnica breve de sociometria, que se colocassem num ponto de régua imaginária entre 0 e 10, consoante o quanto se identificavam com as afirmações por mim pronunciadas.

Relativamente à afirmação "Eu sinto-me melhor desde que iniciei a toma de medicação", observou-se que o utente MX, com maior tempo de internamento, se posicionou no 5, conseguindo identificar e descrevendo melhorias no seu estado de saúde mental em comparação com o momento anterior à sua entrada no serviço. A utente CS, com o segundo maior tempo de internamento, opta por se quantificar na posição 0, referindo que em comparação com a sua entrada não observa melhorias no seu estado de saúde. A utente MA, dos 3 quem apresenta um menor tempo de permanência no serviço, coloca-se numa posição negativa na régua. Para além de não identificar melhorias, verbaliza efeitos indesejados da terapêutica. Nomeadamente sonolência, bradipsiquismo e sensação de cansaço.

Na afirmação "Eu acho que devo continuar a tomar a medicação depois da alta" os utentes MX e CS posicionam-se na posição 0 e a utente MA opta por se manter em valores negativos. O utente MX justifica a sua opção com a crença de que é jovem e considera que poderá encontrar diferentes estratégias de gestão do seu bem-estar e saúde mental. A utente CS, indo de encontro ao referido na frase anterior, nomeia a falta de resultados com a medicação atual de internamento, referindo que se sentia bem com a terapêutica que cumpria no domicílio e partilhando o seu motivo de internamento associado à ingestão de álcool. Relativamente à utente MA, diz reconhecer a necessidade de medicação e a sua importância, no entanto, não pondera continuar a terapêutica de internamento por não a considerar adequada para si.

No que diz respeito à afirmação "Sei que medicação estou a tomar e porque motivo a faço" o utente MX posiciona-se no valor 10 enquanto CS e MA se colocam no 0.

MX aborda facilmente e de forma objetiva a sintomatologia que o trouxe ao internamento. CS e MA associam a sua avaliação ao desconhecimento da terapêutica que lhes está a ser administrada, referem que essa informação não foi ainda partilhada consigo pela equipa.

Na segunda parte da sessão ocorreu então uma discussão orientada sobre as afirmações descritas nos cartões apresentado. Cada utente retirou um cartão à vez e procedeu-se à partilha de ideias e conceções relativamente ao assunto descrito, as afirmações centraram-se nas seguintes frases

- a) “Não são os medicamentos que me vão resolver os problemas”;
- b) “Se tomar medicação, vou mudar a minha forma de ser/personalidade”;
- c) “Se começar a tomar a medicação vou ficar viciado”;
- d) “Posso deixar de tomar a medicação quando me sentir melhor”;
- e) Se os primeiros medicamentos não funcionaram, os restantes também não funcionarão”;
- f) “Se um medicamento funcionou com o meu amigo, também irá funcionar comigo”;
- g) “Irei sentir-me melhor assim que começar a tomar a medicação”;
- h) “Medicação psiquiátrica é para pessoas fracas”;
- i) “Posso tomar a medicação apenas quando e se me apetecer e o efeito será o mesmo”;
- j) “Tomar medicação vai prejudicar a minha vida sexual”;
- k) “A medicação faz-me sentir sonolento e como um “zombie””;
- l) “Posso continuar a beber álcool enquanto tomo a medicação”
- m) “A medicação vai adoecer o meu cérebro”

Perante as frases apresentadas os utentes mostraram no geral deter conhecimento relativamente às mesmas. O utente MX verbaliza de forma assertiva as suas opiniões e de forma correta. Apresentou-se, no entanto, com alguma ansiedade e inquietude, demonstrou ainda menor tolerância para com a apelatividade das restantes utentes. CS aborda alguns aspetos relacionando-os com a sua experiência, intervém de forma manipuladora tentando centrar as questões nas suas necessidades e situação pessoal. É por diversas vezes advertida para não interromper os outros participantes e com necessidade de redirecionar a conversa para a atividade. MA participa também ativamente no debate de ideias e demonstra conhecimento relativamente à maioria dos temas, no entanto centra bastante o seu discurso nos efeitos indesejados da medicação e no efeito negativo que exercem sobre si.

Das frases apresentadas aquelas que suscitaram maiores dúvidas e divergência de opiniões foram “Se começar a tomar a medicação vou ficar viciado” e “A medicação vai adoecer o meu cérebro”.

CS e MA afirmam que estas são verdadeiras enquanto MX se opõe ao ponto de vista das colegas. Estas afirmações foram aquelas em que existiu maior necessidade de intervenção a nível de uma explicação teórica mais aprofundada a fim de desconstruir as crenças prévias. A interação do grupo deu-se de uma forma maioritariamente correta, excetuando as ocasiões

de maior apelatividade da utente CS. Os intervenientes tinham já estabelecida entre si uma relação de confiança e sentiam-se bastante confortáveis uns com os outros, o que terá facilitado as partilhas.

Todos participaram de forma ativa, bastante comunicativos e interessados. Relacionaram muitas das suas opiniões e crenças com a sua experiência ou experiências anteriores de familiares/amigos.

Por diversos momentos, recorri a MX como forma de exemplo e comparação com as restantes participantes, uma vez que se encontrava numa fase mais estabilizada da sua doença, com pontos de vista corretos e dado que as restantes utentes lhe atribuíam também confiança ao reconhecerem a sua maior estabilização do ponto de vista mental.

Durante a intervenção senti-me maioritariamente confortável, sendo que existia algum nível de ansiedade ao início por receio de não conseguir realizar a atividade de forma correta e assertiva. À medida que a sessão foi decorrendo, fui-me sentindo mais confiante nas intervenções. Assumi uma postura de maior observação e supervisão durante o momento de discussão orientada, intervindo apenas quando necessário, uma vez que se verificou que entre si os utentes conseguiam debater e chegar a conclusões corretas, existindo apenas necessidade de as complementar teoricamente de forma breve.

Como aspetos menos positivos na intervenção realço as dificuldades que tive em gerir a apelatividade de CS e desestabilização que trazia por momentos ao grupo. Carecendo de uma atitude mais assertiva da minha parte. A gestão do tempo é também outro aspeto a melhorar, uma vez que a sessão acabou por se prolongar para além do tempo estipulado, o que causou atrasos no restante turno.

Positivamente, realço não só a interação entre o grupo e a aquisição de conhecimentos através de um método psicoeducativo mais informal, mas também as partilhas efetuadas pelos utentes. Durante a intervenção acabaram por partilhar muito sobre si, da sua situação de doença, episódios de desestabilização anteriores, opiniões e experiências prévias. Através da informação obtida é possível avaliar e adaptar não só as seguintes sessões, como o próprio plano de cuidados individualizados dos utentes.

Da sessão realizada emergiu também a constatação de que é necessária uma maior intervenção psicoeducativa individual sobre a terapêutica que cada utente se encontra a cumprir.

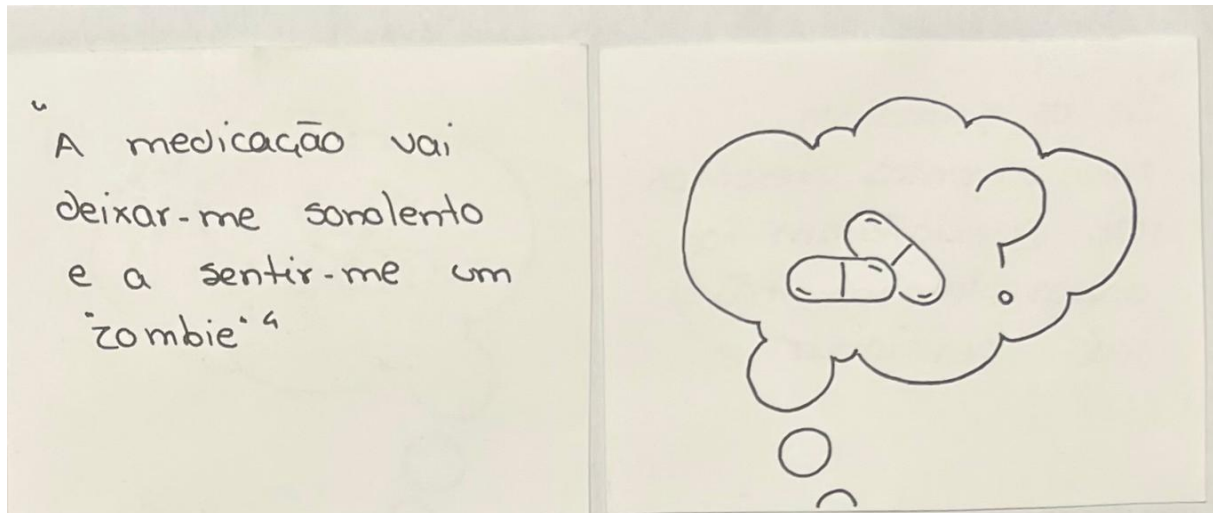


Figura 1. Exemplo de cartão de tópico. Elaboração própria

2. SESSÃO- IMPORTÂNCIA DA ADESÃO À MEDICAÇÃO

Quadro 2.- Plano de sessão – Importância da adesão à medicação

Temática: Adesão ao regime terapêutico			
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves			
Duração: 120 minutos			
Objetivo: Informar acerca das vantagens da toma de medicação/ consequências da não adesão			
Amostra: Utentes internados no serviço que não apresentem atividade psicótica exacerbada ou alterações do comportamento graves nem défice cognitivo acentuado			
Plano			
1º momento (10 minutos)	- Apresentação dos participantes - Identificar o tema - Clarificar os objetivos - Relembrar conteúdos da última sessão	Metodologia expositiva e interrogativa	
2º Momento (30 minutos)	- Avaliar posicionamento e sentimentos relativamente à temática. - Promover expressão de sentimentos;	Carta Terapêutica É solicitado aos utentes que escrevam uma carta à sua medicação, com enfoque nos sentimentos que detêm relativamente à mesma e na influência que esta exerce nas suas vidas.	Recursos: -Cadeiras -Canetas -Folhas
3º momento (70 minutos)	- Orientar e esclarecer relativamente às vantagens e desvantagens da toma da medicação.	Aprendizagem colaborativa – Através da elaboração de um cartaz em conjunto, os utentes deverão procurar informação relativamente às vantagens da adesão à terapêutica psiquiátrica e às consequências da não adesão.	Recursos: -Computador -Internet -Cartolina -Canetas -Papeis - Mesas -Cadeiras -Artigos
4º Momento (10 minutos)	- Incentivar a expressão de dúvidas e sentimentos. - Avaliar e obter feedback da sessão	Metodologia interrogativa	
Justificação	As cartas terapêuticas têm sido utilizadas como forma de intervenção psicoterapêutica, alguns estudos relatam no seu uso uma maior observação dos utentes da linguagem utilizada e conteúdo emocional expresso relativamente ao tema. Ainda no campo da saúde, a sua utilização justifica-se com o facto de que cartas lidas para o grupo aumentam a coesão grupal e neste momento as pessoas podem gerar alternativas e ser encorajadas a tomar atitudes mais saudáveis, o insight é estimulado e há um aumento das discussões relativas ao tema (Brouwers as cited in Paiva & Rasera, 2012) Kress, Hoffman e Thomas as cited in (Paiva & Rasera, 2012) afirmam também que a função das cartas é potenciar a mudança, incluindo forças individuais, pensamentos motivadores e conselhos. A aprendizagem colaborativa consiste numa forma de aprendizagem na qual os indivíduos cooperam na execução das tarefas propostas para atingir os objetivos comuns, favorecendo a interação entre si (Kemczinski, Marek, Hounsell & Gasparini as cited in Lovato, Michelotti, Silva & Loretto. 2018)		

2.1 RELATÓRIO DE SESSÃO

A segunda sessão de intervenção preparada como objetivos informar e consciencializar acerca das vantagens da toma de medicação/ consequências da não adesão terapêutica em psiquiatria.

Nesta estiveram presentes os utentes VT, CS, e MA. Todos com patologias de diagnóstico e tempos de internamento diferentes entre si. Foi a primeira sessão de VT no grupo, e a segunda de CS e MA, pelo que se procedeu a uma breve apresentação dos participantes. VT partilha de forma retraída alguns aspetos sobre si e a sua condição de doença. CS e MA acolhem-no de forma positiva e integradora, com uma atitude cordial. Os utentes responderam ainda ao questionário MAT- Medida de Adesão aos Tratamentos.

Seguidamente relembrou-se os conteúdos da última sessão, momento em que CS e MA partilham as informações adquiridas com VT, contextualizando-o. Foi então apresentado o tema da intervenção e a metodologia escolhida. CS mostra-se entusiasmada e satisfeita, MA acede a fazer a pesquisa, mas questiona a necessidade da elaboração do cartaz, referindo cansaço.

O primeiro momento da intervenção passou por uma pesquisa efetuada na internet acerca das vantagens da adesão à terapêutica psiquiátrica e as consequências da não adesão. VT, que apresenta um delírio de teor persecutório relacionado com redes 5g e dispositivos eletrónicos, acede, no entanto, a permanecer junto do computador e a escolher algumas imagens no mesmo. CS assume o controlo do computador, com o auxílio de MA na escrita e leitura do português.

Apesar do empenho dos utentes, verificou-se uma grande dificuldade na realização de uma pesquisa que desse resposta ao desafio lançado, pelo que optei por alterar a estratégia e propor aos participantes que a realização do cartaz fosse efetuada com base nas vantagens que cada um identifica e nas consequências que sentem advir da falta de adesão.

Assim, cada utente foi partilhando aspetos da sua experiência pessoal que mobilizou para identificar vantagens/benefícios da adesão à terapêutica em psiquiatria.

CS manteve a postura da sessão anterior, com uma atitude manipulativa e com alguma apelatividade. Dificuldade em respeitar a partilha dos restantes utentes e a sua vez para falar. Com necessidade de diversas advertências. Por vezes com intervenções menos corretas, que aproveitei para utilizar de suporte e esclarecer alguns aspetos teóricos, como por exemplo corrigir a ideia de que o abandono da terapêutica leva ao consumo de álcool por parte de todos os doentes.

MA apresentou-se comunicativa, participou ativamente, expressou as suas opiniões de forma assertiva. Inicialmente um pouco reticente quando à intervenção, mas com o passar do tempo foi ficando mais entusiasmada e participativa. Por vezes com discurso centrado na sintomatologia que associa a efeitos adversos da medicação. Com necessidade de redirecionar a atenção para a realização da atividade. No entanto, demonstrou-se sempre

preocupada em estimular a participação de VT e a sua integração nas tomadas de decisão. MA apresenta ainda uma superstição de prejuízo com a cor amarela, cor de fundo da cartolina, no entanto aceitou a participar.

VT que mantinha uma postura retraída no início da intervenção, pouco comunicativo, sem dirigir o olhar, com dificuldades em expressar a sua opinião e tomada de decisão. Com a aceitação positiva e estímulo por parte das colegas, foi demonstrando um crescente conforto no contacto social, e no final, embora de forma um pouco retraída, já exprimia a sua opinião e teceu elogios às colegas.

Durante a partilha de experiências e consequente reflexão sobre os aspetos identificados, foi observável a correlação que cada utente, apesar de diferentes diagnósticos de internamento, fazia com os pontos identificados. Se ao início esta identificação se realizou com alguma dificuldade, no final ocorria de forma mais espontânea e a partilha e reflexão sobre as experiências pessoais permitiu uma intervenção psicoeducacional fluída e de algum carácter informal.

A interação do grupo deu-se de uma forma maioritariamente correta, excetuando as ocasiões de maior apelatividade da utente CS e algumas dispersões temáticas de MA. As intervenientes tinham já estabelecida entre si uma relação de confiança e aceitaram de forma bastante positiva VT, promovendo a sua socialização.

Por diversos momentos consegui efetuar uma ponte entre os aspetos que referiam e os conteúdos abordados na sessão anterior e fornecer informação objetiva tendo em conta as suas situações específicas, uma vez que a discussão se deu a partir da partilha de experiências.

A elaboração do cartaz ficou totalmente ao critério dos utentes, tendo sido a escolha das imagens também da sua responsabilidade.

Optaram por relacionar imagens de pombas brancas com as vantagens da adesão à medicação, referindo que lhes traz paz e também uma imagem que representa a família, fazendo a ponte com os conflitos familiares que surgem com a instabilidade psicológica e emocional que apresentavam. Curiosamente, escolheram ainda uma imagem em que relacionam a felicidade com a estabilidade que a medicação provoca a longo termo.

No que diz respeito às imagens associadas às consequências, escolheram imagens que simbolizam a tristeza e sofrimento, bem como o isolamento social.

Durante a intervenção senti-me confortável e mais confiante.

Diferentemente da sessão anterior, assumi uma postura de facilitadora durante o momento de discussão orientada, intervindo de forma a complementar com informação, mas de forma breve e informal, aquilo que referiam.

Como aspetos menos positivos na intervenção realço as dificuldades que tive em gerir o tempo.

Positivamente, realço não só uma postura mais assertiva que consegui manter na gestão do grupo, mas também a interação entre os utentes, que se demonstrou bastante positiva. Durante a intervenção acabaram por partilhar muito sobre si, da sua situação de doença, episódios de desestabilização anteriores, opiniões e experiências prévias.

Os utentes voltaram a referir interesse em informação específica da sua medicação atual.

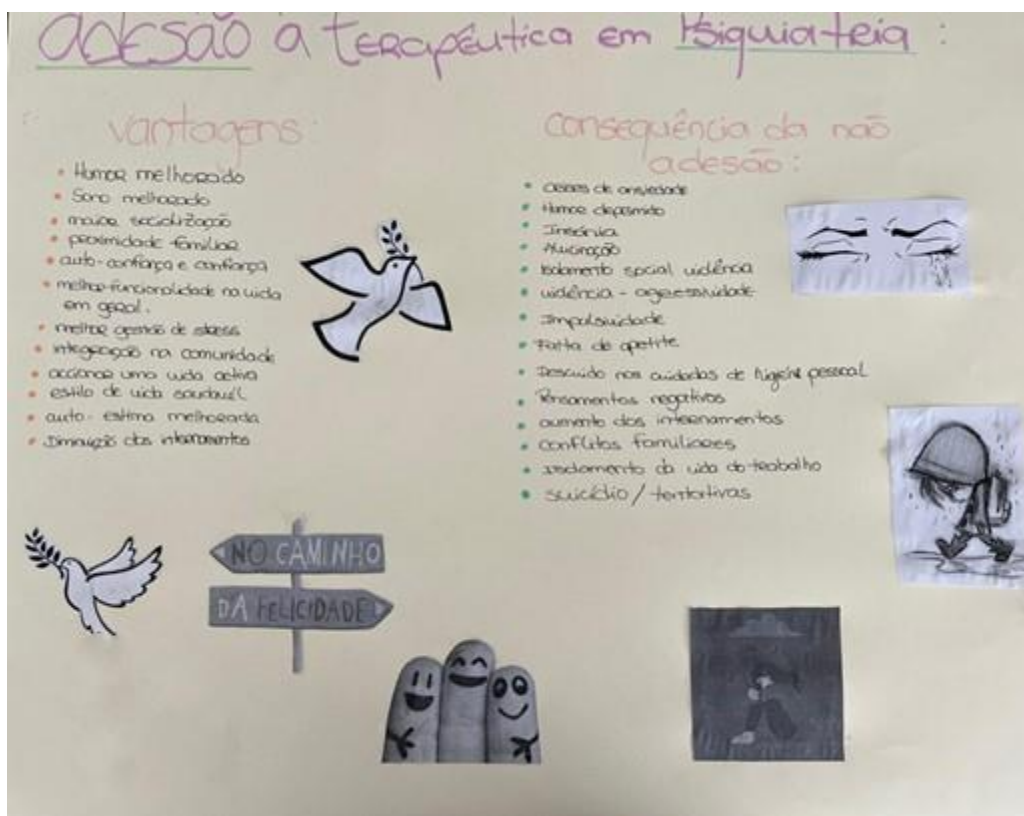


Figura 2. Cartaz elaborado pelos utentes sobre a adesão à terapêutica.

3. SESSÃO- ESTRATÉGIAS DE ADESÃO À TERAPÊUTICA

Quadro 3 .- Plano de sessão – Estratégias de Adesão à Terapêutica

Temática: Adesão ao regime terapêutico			
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves			
Duração: 60 minutos			
Objetivo: Informar e Orientar na definição de estratégias para promover a adesão terapêutica			
Amostra: Utentes internados no serviço que não apresentem atividade psicótica exacerbada ou alterações do comportamento graves nem défice cognitivo acentuado			
Plano			
1º momento (15 minutos)	- Apresentação dos participantes - Identificar o tema - Clarificar os objetivos - Relembrar conteúdos da última sessão	Metodologia expositiva e interrogativa	
2º momento (40 minutos)	- Consciencializar para a importância da adesão à medicação no alcance de objetivos pessoais; - Orientar na procura de estratégias facilitadoras de adesão à terapêutica	Problematização – É pedido aos utentes que identifiquem objetivos pessoais a realizar no pós-alta e que analisem tendo em conta o seu estado de saúde atual quais as barreiras/problemas ao seu alcance. Atendendo às temáticas abordadas anteriormente, faz-se a ligação entre a necessidade de medicação e a estabilização psíquica necessária à funcionalidade global do indivíduo. De seguida, os utentes deverão pensar e definir estratégias facilitadoras ao seu cumprimento da medicação, como alternativas de resolução ao problema encontrado. No final, procede-se à elaboração de um elemento criativo de suporte, com o registo dos objetivos e estratégias sugeridas.	Recursos: -Cartolina -Canetas -Pinceis -Tintas -Cola - Linha -Papeis - Mesas -Cadeiras -Tesoura
3º Momento (10 minutos)	- Incentivar a expressão de dúvidas e sentimentos. - Avaliar e obter feedback da sessão	Metodologia interrogativa	
Justificação	Na técnica de Problematização os indivíduos identificam os problemas de acordo com a sua observação da realidade, sendo estes extraídos da sua realidade social, dinâmica e complexa. Este método permite o desenvolvimento do raciocínio reflexivo e crítico (Vasconcellos as cited in Lovato, Michelotti, Silva & Loretto. 2018) Problematizar é conseguir resolver o problema proposto, arquitetando os conteúdos, reorganizando-os, compreendendo-os e procurando alternativas para construir a melhor solução (Lovato, Michelotti, Silva & Loretto. 2018)		

3.1 RELATÓRIO DE SESSÃO

A terceira sessão teve como objetivos a orientação na procura de estratégias promotoras de adesão à terapêutica.

Nesta estiveram presentes os utentes CS e VT. Com patologias de diagnóstico e tempos de internamento diferentes entre si.

Procedeu-se inicialmente a uma contextualização da temática e da explicação da relevância do tema. Tal como anteriormente lembrou-se os conteúdos da sessão anteriormente através da partilha dos conhecimentos por parte dos utentes.

O primeiro momento da sessão passou então por pedir aos utentes que identificassem em si uma qualidade e seguidamente um objetivo significativo a concretizar após a alta. CS identifica prontamente mais do que uma qualidade que reconhece em si, enquanto VT apresenta dificuldades em fazê-lo, sendo necessária alguma ajuda na reflexão.

No que diz respeito aos objetivos significativos, notou-se alguma incapacidade em fazê-lo por parte dos utentes, pelo que optei por alterar a estratégia e solicitar que identificassem atividades que gostem de fazer e que lhes proporcionem bem-estar. CS acede prontamente e consegue expressar diversas atividades, VT consegue também fazê-lo embora de forma mais ponderada. Perante esta identificação, oriento a discussão de forma que compreendam a necessidade do cumprimento de terapêutica para a manutenção destas qualidades que identificam e para a concretização das atividades de bem-estar e que lhes proporcionam prazer.

De seguida, os utentes tendo em conta as suas características, recursos e contexto pessoal, refletiram acerca de estratégias a adotar após a alta que facilitem a sua adesão à terapêutica, de entre as quais se encontram por exemplo “pedir ao meu pai para me ligar”, “colocar o despertador do telemóvel”, “pedir na farmácia que me arranjem a medicação”, “andar com a medicação sempre comigo”.

Ao longo de todo o processo foi-lhes pedido que escrevessem os aspetos que identificaram. VT, que anteriormente se apresentava muito renitente à escrita por ter tremores a nível das mãos, acede a fazê-lo com alguma confiança.

Na fase seguinte, foi-lhes solicitado que construíssem um material de suporte, com recurso a pintura.

Diferentemente da sessão anterior, VT toma a iniciativa de começar a atividade, toma decisões sobre a cor a aplicar, explica de forma assertiva qual considera ser o método de pintura correto e propõe estratégias e hipóteses de soluções de problemas, nomeadamente para a criação das cores em falta e que desejava utilizar.

CS mantém atitudes anteriormente descritas. Apresenta-se inquieta, apelativa, embora aceite e respeite as opiniões e decisões de VT.



Figura 3. Cartaz elaborado pelos utentes sobre as estratégias de adesão.

4. SESSÃO- MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA- GRUPOS E CARACTERÍSTICAS

Quadro 4 .- Plano de sessão – Medicação Psiquiátrica- Grupos e Características

Temática: Adesão ao regime terapêutico			
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves			
Duração: 80 minutos			
Objetivo: Informar acerca das principais características dos grupos de medicação			
Amostra: Utentes internados no serviço que não apresentem atividade psicótica exacerbada ou alterações do comportamento graves nem défice cognitivo acentuado			
Plano			
1º momento (10 minutos)	- Apresentação dos participantes - Identificar o tema - Clarificar os objetivos	Metodologia expositiva	
2º momento (60 minutos)	- Fornecer Informação relativamente à terapêutica efetuada pelos utentes: características gerais, efeitos adversos, precauções.	Aprendizagem baseada em Projetos- Projeto didático. É solicitado aos utentes que de forma individual realizem um folheto simples com informação relativa a uma classe de medicamentos psiquiátricos e que de seguida o expliquem aos restantes.	Recursos: -Cartolina -Canetas -Pinceis -Tintas -Cola - Linha -Papeis - Mesas -Cadeiras -Tesoura -Computador - Livros
4º Momento (10 minutos)	- Incentivar a expressão de dúvidas e sentimentos. - Avaliar e obter feedback da sessão	Metodologia interrogativa	
Justificação	A metodologia de aprendizagem baseada em projetos centra os indivíduos na obtenção de informação e competências, tornando-os ativos e responsáveis na construção do seu conhecimento (Dewey, Masson, Miranda, Munhoz Jr. & Castanheira as cited in Lovato, Michelotti, Silva & Loretto. 2018) Ao adquirirem autonomia sobre os seus interesses e habilidades, os indivíduos compreendem a importância de aprender (Helm & Katz; Moursund as cited in Lovato, Michelotti, Silva & Loretto. 2018)		

4.1 RELATÓRIO DE SESSÃO

A intervenção não se realizou uma vez que os utentes tiveram alta clínica.

APÊNDICE XI. INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA

1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

Sessão 1	
Intervenientes: Enf ^a Catarina Gonçalves; Enf ^a supervisora; Utentes	
Duração: 60 minutos	
Data e local: 07/12/2022. Hospital de Dia	
Recursos: Sala multidisciplinar; Questionários; Caneta; Guia- Exercitar a Esperança	
Plano	
1º momento	- Apresentação dos intervenientes; -Apresentação do projeto e da metodologia; -Convite para integração no grupo; -Apresentação do Guia- Exercitar a Esperança
2º momento	- Preenchimento dos Questionários; - Apresentação do Grupo; - Partilha de perceções sobre o conceito de esperança; - Apresentação das atividades para casa- Brasão da esperança; Animador de esperança
3º Momento	- Término da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Agendamento da próxima sessão
Bibliografia de apoio	Querido, A; Marques, R; Dixe, M. (2011) EXERCITAR A ESPERANÇA (Volume I) - Um Guia Prático Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa, Revista Psychologica, 53, 353-378. Sartore, A & Grossi, S. (2008). Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP 42 (2) • Jun 2008
Sessão 2	
Intervenientes: Enf ^a Catarina Gonçalves; Enf ^a supervisora; Utentes	
Duração: 60 minutos	
Data e local: 14/12/2022. Hospital de Dia	
Recursos: Sala multidisciplinar; Guia- Exercitar a Esperança	
Plano	
1º momento	- Receção das utentes; - Partilha de experiências/sentimentos sobre a semana;
2º momento	- Partilha das atividades realizadas durante a semana e reflexão sobre as mesmas; - Reflexão sobre a esperança e as suas determinantes; - Apresentação das atividades para casa-Os meus valores importantes; Cartas terapêuticas;
3º Momento	- Término da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Agendamento da próxima sessão:
Bibliografia de apoio	Querido, A; Marques, R; Dixe, M. (2011) EXERCITAR A ESPERANÇA (Volume I) - Um Guia Prático Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde
Sessão 3	
Intervenientes: Enf ^a Catarina Gonçalves; Enf ^a supervisora; Utentes	
Duração: 60 minutos	
Data e local: 21/12/2022. Hospital de Dia	
Recursos: Sala multidisciplinar; Guia- Exercitar a Esperança	
Plano	

1º momento	- Receção das utentes; - Partilha de experiências/sentimentos sobre a semana;
2º momento	- Partilha das atividades realizadas durante a semana e reflexão sobre as mesmas; - Apresentação das atividades para casa- Um dia no meu diário da esperança
3º Momento	- Término da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Agendamento da próxima sessão:
Bibliografia de apoio	Querido, A; Marques, R; Dixe, M. (2011) EXERCITAR A ESPERANÇA (Volume I) - Um Guia Prático Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde
Sessão 4	
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves; Enfª supervisora; Utentes	
Duração: 60 minutos	
Data e local: 04/01/2022. Hospital de Dia	
Recursos: Sala multidisciplinar; Guia- Exercitar a Esperança	
Plano	
1º momento	- Receção das utentes; - Partilha de experiências/sentimentos sobre a semana;
2º momento	- Partilha das atividades realizadas durante a semana e reflexão sobre as mesmas; - Apresentação das atividades para casa-Os domínios importantes da vida; Definir objetivos realistas
3º Momento	- Término da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Agendamento da próxima sessão:
Bibliografia de apoio	Querido, A; Marques, R; Dixe, M. (2011) EXERCITAR A ESPERANÇA (Volume I) - Um Guia Prático Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde
Sessão 5	
Intervenientes: Enfª Catarina Gonçalves; Enfª Especialista Luisa Narciso; Utentes	
Duração: 60 minutos	
Data e local: 11/01/2023. Hospital de Dia	
Recursos:Sala multidisciplinar; Guia- Exercitar a Esperança	
Plano	
1º momento	- Receção das utentes; - Partilha de experiências/sentimentos sobre a semana;
2º momento	- Partilha das atividades realizadas durante a semana e reflexão sobre as mesmas; - Realização da entrevista de avaliação final e obtenção de feedback; - Preenchimento dos Questionários;
3º Momento	- Término da sessão; - Esclarecimento de dúvidas;
Bibliografia de apoio	Querido, A; Marques, R; Dixe, M. (2011) EXERCITAR A ESPERANÇA (Volume I) - Um Guia Prático Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa, Revista Psychologica, 53, 353-378. Sartore, A & Grossi, S. (2008). Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP 42 (2) • Jun 2008

1.1 AVALIAÇÃO

A amostra da presente intervenção foi composta por 4 utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 46 e os 64 anos de idade. Todas foram diagnosticadas há menos de um ano e encontram-se a realizar quimioterapia curativa. Apresentavam na sessão inicial elevados níveis de esperança e baixos valores de stress percecionado.

Apesar de referirem recursos de esperança, à exceção de uma utente que não identifica nenhum, demonstram pouco conhecimento sobre o tema e as possíveis estratégias a adotar.

Conforme previsto realizaram-se um total de 5 intervenções de grupo, estando o seu planeamento em anexo.

Foi visível a evolução do grupo no que diz respeito à sua coesão, demonstrando maior à vontade na partilha de experiências e sentimentos.

Estava prevista inicialmente uma metodologia maioritariamente online, sendo a presença física restrita à primeira e última sessão. No entanto, por vontade das participantes, realizaram-se todas as sessões em formato presencial, ficando o online para aquelas que não se poderiam deslocar nesses dias.

Foi necessária uma adaptação da estrutura das sessões planeadas, dado que se verificou por parte do grupo uma maior necessidade de tempo disponível para a partilha de sentimentos e preocupações, ao invés de temáticas exclusivamente centradas na promoção da esperança. Assim, optou-se por definir também atividades do guia a realizar no domicílio e que se partilhariam na sessão seguinte, refletindo sobre as mesmas.

A avaliação é feita de acordo com a proposta de Yalom (2006), que nos apresenta um conjunto de fatores terapêuticos que pressupõem com a sua presença a eficácia das intervenções. Desta lista de fatores fazem parte: instilação de esperança; universalidade; coesão; partilha de informações; altruísmo; desenvolvimento de técnicas de socialização; comportamento imitativo; aprendizagem interpessoal; fatores existenciais; catarse; recapitulação corretiva do grupo primário (Yalom as cited in Santos; Oliveira; Munari; Peixoto & Barbosa, 2012).

Estes podem ser avaliados a partir da observação das atividades ou do relato dos participantes (Oliveira, Munari, Bachion, Santos & Santos as cited in Aquilo & Sei, 2020).

Assim, aquilo que se verificou foi a presença de pelo menos um ou mais fatores terapêuticos em cada uma das sessões, tal como registo abaixo indicado.

O fator terapêutico com maior presença ao longo das sessões foi a partilha de informações, neste é evidente a partilha de informações ou de orientações por parte dos profissionais ou dos restantes elementos do grupo (Aquilo & Sei, 2020). A sua verificação assídua relaciona-se com a metodologia adotada, em que uma parte da sessão se dedica à apresentação das atividades e indicação para a sua realização. Por outro lado, também se verificou na partilha das utentes, como o exemplo em que TM e AM na 2ª sessão aconselham MC sobre atividades a realizar de forma a diminuir o isolamento e como o fazer para se integrar nos diferentes projetos.

O segundo fator mais identificado foi a catarse, que traduz a expressão de sentimentos e emoções profundas (Aquilo & Sei, 2020). Esta foi verificável em 4 das sessões realizadas e constatou-se na partilha das utentes com o grupo, tal como TM que na última sessão verbaliza “tenho muita gente à minha volta, mas sinto-me muito sozinha e isolada. Sinto-me triste e já há algum tempo. Ponho a carapaça de que está tudo bem e lá vou eu, e quando chego a casa desabo sozinha. Tenho pensado muito no daqui para a frente, mas e o “agora”? “ (sic)

Outro fator terapêutico identificado ao longo das sessões foi a Universalidade, o sentimento de que não eram as únicas a passar por determinadas situações foi observável logo na primeira sessão, quando verificam que todas utilizam peruca e o partilham. Também no discurso de CC na 4ª intervenção o podemos observar quando diz “todas passamos pelo mesmo. Os mesmos sintomas e efeitos do tratamento” (sic). Para além deste, também a coesão foi observada ao longo das sessões, principalmente no comportamento e preocupação que as utentes demonstravam umas para com as outras, outro episódio que o demonstra foi quando impossibilitada de estar presente por motivos de saúde MC se propõe a participar no grupo por chamada telefónica apesar de se encontrar na cama, ou quando AM na impossibilidade de conciliar horários, reúne condições para participar através do seu local de trabalho.

No que diz respeito ao comportamento imitativo, podemos constatar quando CC se apresenta ao grupo sem peruca, após se ter debatido a questão do seu uso entre as utentes e, por exemplo TM, ter partilhado que muitas vezes não a utiliza e o faz no inverno apenas para combater o frio.

A presença do fator terapêutico relativo aos fatores existenciais observou-se também em 2 intervenções em expressões como “aconteceu. Não podemos fazer nada, há que lutar para a frente” de CC.

Relativamente ao altruísmo, identificou-se na última sessão do grupo, com AM a referir que “foi bom ver que ajudámos também outras senhoras. Como MC, que se nota uma diferença brutal desde o início, este fator relacionado com a instilação de esperança, presente em 3 das intervenções e reconhecido pelas utentes não só na mudança de MC, mas também nas

alterações que foram fazendo na vida umas das outras, como CC e AM ajudarem MC a melhorar a sua autoestima.

Não foram observados ao longo da intervenção os fatores terapêuticos de recapitulação corretiva do grupo primário, desenvolvimento de técnicas de socialização.

A identificação de fatores terapêuticos nas diferentes sessões demonstrou a eficiência do grupo e a interação benéfica entre os integrantes do mesmo. Assumindo a presença de um fator terapêutico nas sessões significa que contribuiu para uma alteração terapêutica na pessoa (Santos; Oliveira; Munari; Peixoto & Barbosa, 2012), o grupo demonstrou-se um recurso terapêutico a utilizar pela equipa.

Relativamente à avaliação dos ganhos das utentes com a intervenção, encontram-se descritos no estudo de caso múltiplo realizado (APÊNDICE XII).

Em termos de desenvolvimento pessoal e profissional, a realização do grupo psicoterapêutico trouxe-me diversos ganhos, indo de encontro a competências estipuladas para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Como principais dificuldades realço a gestão do grupo, uma vez que um dos maiores desafios foi o de não direcionar excessivamente a intervenção a uma utente em específico aquando da partilha de problemas ou situações de sofrimento psíquico ou emocional. O facto de não deter experiência com pessoas com doença oncológica ou de não conhecer muita da informação sobre o diagnóstico e tratamentos foi algo que me trouxe também algumas inseguranças, nomeadamente em respostas a questões mais específicas ou em compreender determinadas partilhas.

APÊNDICE XII. INTERVENÇÃO GRUPAL DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA: ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO

1. METODOLOGIA

1.1 TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo utilizado na presente investigação foi o estudo exploratório com recurso ao estudo de caso múltiplo. Os estudos exploratórios possibilitam uma maior familiaridade com um problema, permitindo a sua maior explicitação ou formulação de hipóteses para futuros estudos. Ao nível do conhecimento permitem identificar os fatores intervenientes numa dada situação (Vilelas, 2022). Por outro lado, os estudos de caso múltiplos, em comparação com os estudos de caso único, são mais amplos e detalhados, o que leva a uma análise mais completa do fenómeno estudado, ainda que em etapas iniciais (Gonçalves et al.; Bogdan & Biklen as cited in Moreira; Sá & Costa, 2021)

1.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin as cited in (Gariso, 2014) uma questão de investigação define-se como um enunciado interrogativo que contém uma ou mais variáveis e a população a estudar. A esperança é um elemento crucial na vivência das pessoas com doença oncológica, tendo em conta a componente potenciadora de stress e insegurança quanto ao futuro que o seu diagnóstico aporta (Querido, 2005), sendo uma condição essencial para lidar com a doença e/ou a preparação para a morte (Miller; Pires; Polleti as cited in Cavaco; José; Louro; Ludgero; Marrachinho & Santos. 2010).

As intervenções grupais criam um contexto de acolhimento, permitem a partilha de experiências e funcionam como um potencial importante de construção de sentidos frente ao vazio, possibilitando inúmeros resultados terapêuticos (Carvalho, Amparo & Nogueira as cited in Sousa et al. 2020). Tendo em conta o referido e indo de encontro aos objetivos da intervenção planeada, desenvolve-se a questão de investigação: “Qual o impacto de uma intervenção grupal de promoção da esperança na saúde mental e bem-estar das utentes com cancro de mama em tratamento em hospital de dia?”.

1.3 VARIÁVEIS EM ESTUDO

Entende-se por variável qualquer característica ou qualidade da realidade que possa ser alterável no seu valor, devendo estar de acordo com o problema, objetivos e hipóteses (Vilelas, 2022).

As variáveis podem em termos relacionais entre si, ser denominadas como dependentes e independentes. Sendo que a variável independente não depende de nenhuma outra, enquanto uma variável dependente está condicionada, determinada ou influenciada pela variável independente (Vilelas, 2022).

Para o presente estudo, definem-se como variáveis:

- a) Independentes: intervenção grupal de promoção da esperança.
- b) Dependentes: nível de esperança; nível de stress; bem-estar percecionado.

A Herth Hope Index, validada para português (2008), constitui-se por 12 itens e permite a avaliação dos valores de esperança em contextos clínicos, rápida e facilmente (Sartore & Grossi, 2008), serve como instrumento para avaliar os níveis de esperança dos participantes. Para avaliação do nível de stress, recorre-se à Escala de Perceção de Stress (1983), uma medida de avaliação de stress em que se avalia o nível em que um indivíduo aprecia as suas situações de vida como stressantes (Trigo, Canudo, Branco & Silva, 2010). O bem-estar percecionado será avaliado com recurso a entrevista no final da intervenção.

Para além destas, Fortin define ainda as variáveis atributo como as características da amostra em estudo. Estas permitem-nos caracterizar o perfil dos indivíduos em estudo (Gariso, 2014). Sendo as definidas, de acordo com o objetivo do estudo: idade, estado civil, habilitações literárias, tempo decorrido desde o início do tratamento, antecedentes de doença psiquiátrica, conhecimento de outras pessoas que passaram pela mesma situação. Estas foram recolhidas através de um questionário sociodemográfico elaborado para o efeito.

1.4 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E DA AMOSTRA

A amostra nos estudos de caso assume uma preocupação essencial, uma vez que nestes a escolha de casos não se baseia na incidência de fenómenos, mas sim no interesse do caso em relação ao problema que se está a estudar, bem como às variáveis potencialmente interessantes (Vilelas, 2022).

Esta constitui uma amostra intencional, uma vez que não é escolhida de forma arbitrária, mas de encontro às características que o investigador considera relevantes (Vilelas, 2022).

Assim, das utentes com cancro de mama a realizar quimioterapia em hospital de dia, foram selecionadas através de entrevistas não estruturadas, utentes a realizar tratamento entre o período de 01 de Dezembro de 2022 e 13 de Janeiro de 2023.

Foram definidos como critérios de inclusão: mulheres diagnosticadas com cancro de mama, a realizar quimioterapia curativa. Com literacia digital que permita a participação nas sessões, meio tecnológico e acesso à internet, que aceitem participar na intervenção e assinem o documento de consentimento informado.

Desta forma, a amostra era constituída por 4 utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 46 e os 64 anos.

1.5 COLHEITA DE DADOS

Seguindo o modelo do processo de investigação, após identificados os elementos teóricos e definido o tipo de estudo, demonstra-se necessário a escolha das técnicas de recolha de dados (Vilelas, 2022).

Uma vez que estudo de investigação pode recair sobre uma grande diversidade de variáveis, pode implicar diversos métodos de colheita de dados. Sendo a natureza do problema de investigação, bem como as variáveis escolhidas, sua operacionalização e a estratégia de análise selecionada, a base da escolha do método de colheita de dados pelo investigador (Fortin as cited in Gariso, 2014).

Para o estudo em caso, definiram-se como formas de colheita de dados a aplicação de questionários e escalas, a observação participante e a entrevista semiestruturada.

Os questionários são instrumentos de registos escritos e planeados com vista a pesquisar dados de indivíduos através de questões (Vilelas, 2022).

No que diz respeito à observação participante, é uma técnica adequada ao investigador que pretende compreender um fenómeno que lhe é exterior e que lhe vai permitir integrar-se nas vivências das pessoas que o experienciam. Nesta o investigador torna-se parte da situação a observar (Vilelas, 2022).

Por fim, a entrevista semiestruturada constitui-se por um conjunto de perguntas onde o entrevistado tem a oportunidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto. Devendo o conjunto de questões pré-definidas ser enquadrado num contexto de conversa informal (Vilelas, 2022).

1.6 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta o anteriormente explicitado, foi constituído um grupo psicoterapêutico, fechado, com 4 participantes, maiores de 18 anos, com cancro de mama e a realizar quimioterapia curativa no hospital de dia de oncologia. A intervenção teve a duração de 5 sessões semanais com 1 hora cada.

Imagem 1. Desenho da metodologia de investigação

1. Identificação das utentes com cancro de mama a realizar tratamento de quimioterapia no Hospital de dia entre os dias 1 de Dezembro e 16 de Janeiro
2. Realização de entrevistas para verificar a presença dos critérios de inclusão, bem como a aceitação em participar no grupo.
3. Avaliação dos níveis de stress e de esperança das participantes antes de iniciar a intervenção, com recurso a Escala de Esperança de Herth- Herth Hope Index (2008) e a Escala de Perceção de Stress (1983), bem como avaliação do estado mental e colheita de dados sociodemográficos.

- | |
|---|
| 4. Realização da Intervenção psicoterapêutica de grupo, com enfoque na promoção da esperança. Com recurso ao Guia- Exercitar a Esperança (Querido, Marques & Dixe, 2018). |
| 5. Avaliação dos níveis de stress e de esperança das participantes após a intervenção, com recurso a Escala de Esperança de Herth- Herth Hope Index (2008) e a Escala de Perceção de Stress (1983), bem como a perceção do impacto da intervenção no seu bem-estar através da entrevista semiestruturada. |

1.7 INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Tem a duração de 5 semanas e ocorre no formato misto. Sendo a primeira e última sessões presenciais e o acompanhamento intermédio feito através de videochamadas de grupo, semanalmente. Tal opção prende-se com as dificuldades de deslocação que as participantes possuem.

As temáticas abordadas seguem o guia- exercitar a esperança (Querido, Marques & Dixe, 2011), dado ser um instrumento já criado e validado e tendo em conta a relação entre as intervenções propostas e as identificadas na restante evidência referenciada anteriormente. O mesmo guião será fornecido às utentes no primeiro encontro, com vista à realização de atividades a definir, durante o período de intervalo entre as sessões.

1.8 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A realização de qualquer investigação implica o levantamento de questões morais e éticas. Qualquer investigação que envolva seres humanos corre o risco de pôr em causa os direitos e liberdades da pessoa, sendo por isso necessário respeitar aquando do início de uma investigação: O direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade, o direito contra a proteção, desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo (Vilelas, 2022).

Desta forma, todas as participantes foram informadas dos procedimentos do estudo, bem como do anonimato do mesmo e do seu caráter voluntário. Foi igualmente assinado por todas o consentimento informado.

2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1 APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Quadro 1. História de Enfermagem das utentes- 1ª entrevista

Utente AM	Utente TM	Utente CC	Utente MC
<p>Utente de 46 anos de idade, com neoplasia da mama diagnosticada há 6 meses, iniciou quimioterapia há 2 meses. Sem metástases. Sem antecedentes médico-cirúrgicos ou psiquiátricos. Com familiares com antecedentes de doença oncológica. Reside com o companheiro e a filha de 7 anos. Encontra-se a trabalhar como responsável de controlo de qualidade numa fábrica. Independente nas Atividades de Vida Diárias.</p> <p>Exame do estado mental: Idade aparente correspondente à idade real. Aspeto cuidado, utiliza peruca. Sem alterações a nível do pensamento ou da percepção. Humor eutímico, fâcies pouco expressivo. Contacto superficial, comunicativa apenas quando abordada. Atenção facilmente captável e fixável. Discurso provocado, coerente e organizado. Aborda dificuldades do tratamento como cansaço fácil e maior fragilidade após sessões de quimioterapia. Identifica como recursos para manter estabilidade psicoemocional continuar a trabalhar e sair. Com dificuldades no seio familiar na gestão da doença, nomeadamente com a aceitação por parte da filha. Não conhece nem possui qualquer estratégia promotora de esperança.</p>	<p>Utente de 54 anos, com neoplasia da mama diagnosticada há 8 meses, iniciou quimioterapia há 2 meses. Sem metástases. Com antecedentes de depressão e alcoolismo. Com familiares com antecedentes de doença oncológica. Divorciada. Reside sozinha, tem 2 filhos que residem longe. Professora no ensino superior, está de baixa. Independente nas Atividades de Vida Diárias.</p> <p>Exame do estado mental: Idade aparente correspondente à idade real. Aspeto cuidado, utiliza peruca. Sem alterações a nível do pensamento ou da percepção. Humor eutímico. Contacto fácil. Atenção facilmente captável e fixável. Comunicativa. Discurso espontâneo, coerente e organizado. Aborda receios relativamente à sua cadela, uma vez que ficará sozinha quando iniciar radioterapia. Refere sentir-se com medo da sua reação ao longo do processo de tratamento devido ao anterior diagnóstico de depressão. Apesar de divorciada, identifica o ex-marido como um apoio e os seus amigos e família como recursos. Católica, identifica a oração e a meditação como estratégias de esperança.</p>	<p>Utente de 49 anos, com neoplasia da mama diagnosticada há 6 meses, iniciou quimioterapia há 5 meses. Sem metástases. Sem antecedentes. Sem familiares com antecedentes de doença oncológica. Casada. Reside com o esposo e 2 filhas. Enfermeira, está de baixa. Independente nas Atividades de Vida Diárias.</p> <p>Exame do estado mental: Idade aparente correspondente à idade real. Aspeto cuidado, utiliza peruca. Sem alterações a nível do pensamento ou da percepção. Humor eutímico. Contacto fácil. Atenção facilmente captável e fixável. Comunicativa. Discurso espontâneo, coerente e organizado. Aborda temática da ansiedade da espera da confirmação do diagnóstico e das dificuldades físicas durante a quimioterapia-cansaço fácil, falta de forças. Identifica como recursos de esperança a fé e a confiança.</p>	<p>Utente de 64 anos, com neoplasia da mama diagnosticada há 10 meses, iniciou quimioterapia há 5 meses. Sem metástases. Com familiares com antecedentes de doença oncológica. Viúva. Reside sozinha, tem 2 filhos. Reformada. Independente nas Atividades de Vida Diárias.</p> <p>Exame do estado mental: Idade aparente superior à idade real. Aspeto cuidado, utiliza peruca. Sem alterações a nível do pensamento ou da percepção. Humor depressivo. Comunicativa, com discurso espontâneo, coerente e organizado, negativista. Ideias de menos valia. Sente-se isolada. Refere não querer saber da doença nem do que lhe acontecerá. Aborda diversas pessoas próximas que faleceram com doença oncológica, bem como a possibilidade de o filho ter o mesmo diagnóstico. Identifica como recursos de esperança a família/amigos, no entanto dirige o discurso para as desilusões que lhe causaram.</p>

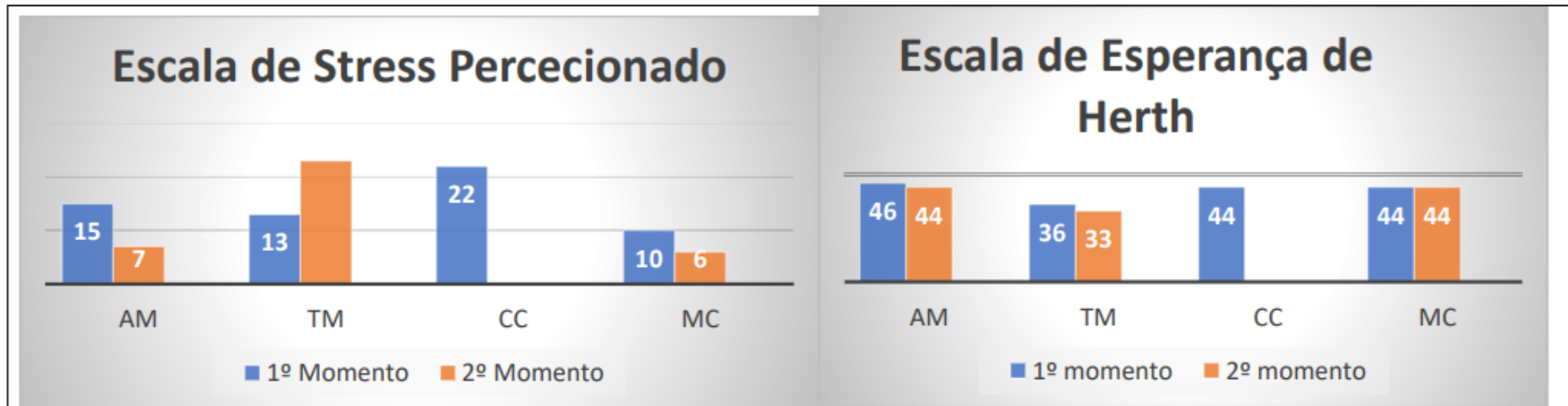
Quadro 2. Diagnósticos de enfermagem das utentes no primeiro momento

Utente AM	Utente TM	Utente CC	Utente MC
<u>Stress</u> (Escala de Stress Percecionado: 15 pontos)	<u>Stress</u> (Escala de Stress Percecionado: 13 pontos)	<u>Stress</u> (Escala de Stress Percecionado: 22 pontos)	<u>Stress</u> (Escala de Stress Percecionado: 10 pontos)
Stress: "Status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo." (CIPE, 2019)			
<u>Esperança</u> (Escala de Esperança de Herth: 46 pontos)	<u>Esperança</u> (Escala de Esperança de Herth: 36 pontos)	<u>Esperança</u> (Escala de Esperança de Herth: 44 pontos)	<u>Esperança</u> (Escala de Esperança de Herth: 44 pontos)
Esperança: "Emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia." (CIPE, 2019)			

2.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quadro 3. Avaliação das utentes ao longo da intervenção

Utente AM	Utente TM	Utente CC	Utente MC
Foi verificável uma evolução ao nível da participação de AM nas intervenções, se inicialmente adotava uma postura mais retraída e participando apenas quando solicitada, com o decorrer das sessões foise mostrando mais comunicativa com as restantes utentes, participando de forma ativa. Inicialmente apresentava discurso provocado, centrado nas suas dificuldades familiares, passando gradualmente a abordar questões de um ponto de vista com maior positividade. Com aquisição de conhecimento ao nível de estratégias promotoras de esperança e refere alteração das suas atividades, com uma maior realização de atividades promotoras de bem-estar a que antes associava egoísmo. Humor eutímico. Calma e sorridente.	Comunicativa ao longo das sessões. Humor eutímico, calma. Verbaliza aumento da sensação de pertença e utilidade ao partilhar as suas experiências e poder ajudar as restantes senhoras. Toma iniciativa na partilha das suas emoções, fazendo reflexões sobre as mesmas. Refere maior autoconsciência sobre o seu bem-estar e necessidade de autocuidado. No entanto, na última sessão com humor ansioso. Com choro fácil, embora comunicativa. Discurso espontâneo. Aborda problemas familiares recentes, a que associa aumento do stress. Com conflitos familiares com a filha, verbaliza dificuldade na resolução de problemas. Isolamento social nos últimos dias. Realizada consulta de enfermagem individual.	CC manteve-se com humor eutímico ao logo das sessões. Comunicativa. Participa de forma ativa. Com maior autoconsciencialização emocional ao longo da intervenção. Inicialmente com discurso centrado exclusivamente em problemas físicos da recuperação. Com gradual aumento da reflexão sobre as suas emoções e experiências de doença, focalizando intervenções posteriores nestes aspetos.	Houve uma clara evolução de MC ao longo da intervenção. Humor eutímico, sorridente, muito comunicativa e afetuosa para com a equipa e restantes utentes. Empenhada na realização das atividades e no seu processo de autoconhecimento. Por diversas vezes toma a iniciativa de realizar e partilhar mais atividades do guia do que as solicitadas. Verbaliza os seus sentimentos, com enfoque na esperança e bem-estar. Reconhece-se como uma pessoa de valor para os outros, relacionado com a ajuda prestada. Menos isolada.



Diagnósticos de Enfermagem:

AM		TM		CC		MC	
1ºMomento	2º Momento	1ºMomento	2ºMomento	1ºMomento	2ºMomento	1ºMomento	2ºMomento
Stress	Stress diminuído	Stress	Stress	Stress		Stress	Stress diminuído
Esperança	Esperança	Esperança	Esperança	Esperança		Esperança	Esperança

No que diz respeito à entrevista semiestruturada, foi aplicada a três utentes no final da intervenção. Relativamente às primeiras questões: Considera que a intervenção teve impacto no seu bem-estar? Com que fatores o relaciona? Todas referiram que a intervenção teve impacto no seu bem-estar. AM aborda a questão referindo que esta lhe permitiu identificar estratégias que lhe permitem melhorar a sua saúde mental e parar de se culpabilizar na realização de atividades de autocuidado. Por outro lado, TM relaciona com a maior autoconsciencialização que esta lhe proporcionou sobre a necessidade de se autocuidar emocional e psicologicamente. MC relaciona o impacto da intervenção com o seu isolamento, uma vez que ao mudar-se de uma grande cidade para cá e viver numa zona isolada da serra não estabeleceu grandes conhecimentos. O facto de se deslocar semanalmente para a participação nas sessões e as partilhas com as restantes utentes permitiram-lhe diminuir o isolamento social. Por outro lado, a realização das atividades levou a um maior conhecimento dos seus recursos e estratégias a adotar para melhoria da saúde mental. Ambas referem que o facto de poderem partilhar as suas emoções e sentimentos com outras pessoas que vivenciam a mesma situação é outro fator que influencia o seu bem-estar, uma vez que por vezes não o fazem com a família e amigos por não quererem incomodar. Em relação às questões: Qual a sua opinião sobre a modalidade de grupo? E quais os aspetos a melhorar? As 3 utentes referem a modalidade como positiva, AM dizendo que o poder ajudar outras senhoras na mesma situação é bastante positivo e que o facto de poder ouvir outras histórias e experiências de pessoas na mesma situação lhes permite “por a sua situação em perspetiva” e refletir se a sua situação é assim tão má como inicialmente parecia. MC relaciona a resposta com a anterior, referindo a diminuição do isolamento e a importância de ouvir experiências de outras pessoas na mesma situação. TM refere que a modalidade de grupo é bastante positiva pela possibilidade de partilhar os seus sentimentos e receios com alguém que vive os mesmos problemas. No que concerne aos aspetos a melhorar, AM refere que deveria ser uma atividade permanente no serviço, alargada aos restantes utentes. Todas respondem positivamente à questão: Voltaria a participar num grupo no mesmo formato e/ou recomendaria a alguém que esteja a passar pela mesma situação?

CONCLUSÃO

Com vista a dar resposta à questão “Qual o impacto de uma intervenção grupal de promoção da esperança na saúde mental e bem-estar das utentes com cancro de mama em tratamento em hospital de dia?” foram aplicadas as escalas de Esperança de Herth e de Stress Percecionado, antes e após a intervenção especializada, bem como foi criada uma entrevista final semiestruturada de avaliação da perceção de influência no bem-estar e avaliação da metodologia de intervenção.

Os valores iniciais de esperança das utentes eram elevados (média= 42,5), tal fator pode estar relacionado com o facto de se tratar de utentes em processo de quimioterapia curativa, em regime de ambulatório e com início de tratamento há menos de 1 ano. Tendo em conta os achados de Benzein et al.; Apóstolo et al. (as cited in Pinto, Caldeira & Martins, 2012) de que o tratamento em ambulatório permite uma maior proximidade dos entes queridos, diminuir as faltas ao trabalho e atenuar a agressividade dos tratamentos, a presença de relações significativas e a proximidade com os outros, com o meio envolvente e com o transcendente contribuem de forma significativa para a esperança, levando a valores mais elevados. Também o tempo de diagnóstico e início de tratamento influenciam os valores de esperança, correlacionando-se negativamente e assumindo que quanto maior o tempo desde o início de tratamento, menor o índice de esperança (Benzein et al as cited in Pinto, Caldeira & Martins, 2012), o que se reflete de importância para o resultado uma vez que todas as senhoras se encontravam em tratamento há menos de 6 meses.

Comparando os valores iniciais e valores após a intervenção (média=40,3), constata-se que se mantêm elevados, apesar de uma ligeira diminuição do seu valor. De constatar, no caso de MC, as incongruências encontradas entre o valor de esperança obtido na avaliação inicial e a sua avaliação do estado mental, podendo demonstrar um viés dos resultados obtidos no primeiro momento. A alteração da metodologia das sessões pode também ter influenciado este aspeto, uma vez que dado as necessidades das utentes, após as primeiras sessões, se optou por privilegiar os momentos de partilha relacionados com as suas vivências, ficando as atividades de esperança remetidas a trabalhos para casa e posterior partilha e reflexão das mesmas, não se verificando, no entanto, o enfoque esperado.

No que diz respeito a avaliação do stress percecionado, obteve-se uma diminuição dos valores iniciais das utentes, à exceção de TM, cujo valor aumentou. Neste caso há a valorizar a avaliação do estado de mental da utente aquando da resposta ao questionário, podendo ter influenciado resultados, uma vez que o stresse percecionado é influenciado por eventos quotidianos, relações interpessoais e alterações na disposição pessoal (Trigo; Canudo; Branco & Silva, 2010).

Comparando a diminuição dos valores de stress percecionado antes (média=15) e após (média=12) intervenção e as partilhas das utentes no grupo, bem como na entrevista semiestruturada, estabelece-se uma influência positiva da intervenção na diminuição do stress, tendo em conta a resposta de AM de que a intervenção lhe permitiu identificar estratégias que lhe permitem melhorar a sua saúde mental e parar de se culpabilizar na realização de atividades de autocuidado e de MC de que a realização das atividades levou a um maior conhecimento dos seus recursos e estratégias a adotar para melhoria da saúde mental.

Em relação à percepção da influência da intervenção no bem-estar das utentes, tal como descrito anteriormente, verifica-se uma percepção positiva do mesmo.

De referir que não foram aplicadas escalas nem efetuada a entrevista a CC, que se encontrou ausente na última sessão por se encontrar a realizar tratamento de radioterapia. Tendo em conta os resultados obtidos constata-se uma influência positiva da intervenção promotora da esperança na saúde mental e bem-estar nas utentes participar no grupo. No entanto verificou-se também a limitação de conclusões e obtenção de resultados mais concretos pela pouca adequação dos métodos de colheita de dados, que se demonstraram pouco eficazes na avaliação do impacto da intervenção após a adequação estrutural da mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cavaco, V; José, H; Louro, S; Ludgero, A; Marrachinho, A & Santos, M. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. Revista Referência- II Série - n.º12 - Mar. 2010
- Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP 42 (2) • Jun 2008
- Gariso, M. (2014). A prática de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Instituto Politécnico de Leiria.
- Moreira, A; Sá, P; Costa, A. (2021). Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: métodos (Vol. 1). UA Editora. <http://hdl.handle.net/10773/30770>
- Pinto, S; Caldeira, S. & Carlos, J. (2012). A esperança da pessoa com cancro - estudo em contexto de quimioterapia. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=uyccyJ>
- Querido, A. (2005). A Esperança em Cuidados Paliativos. [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa]
- Querido, A; Marques, R; Dixe, M. (2011) EXERCITAR A ESPERANÇA (Volume I) - Um Guia Prático Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde
- Sartore, A. C., & Grossi, S. A. A.. (2008). Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. Revista Da Escola De Enfermagem Da USP, 42(2), 227–232. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234200800020000>
- Sousa J; Vale R; Pinho E; Almeida R; Nunes F, Farinha M, et al. (2020). Effectiveness of therapeutic groups in psychosocial care: analysis in the light of yalom's therapeutic factors. Rev Bras Enferm. 2020
- Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa, Revista Psychologica, 53, 353- 378
- Vilelas, J. (2022). Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento. 3ª edição. Silabo.

APÊNDICE XIII. MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NA INTERVENÇÃO GRUPAL DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA: ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Autora: Catarina dos Santos Gonçalves

O atual trabalho, intitulado “Intervenção grupal na promoção da esperança num grupo de mulheres com cancro de mama”, insere-se no âmbito do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do Instituto Politécnico de Leiria e tem como principal objetivo promover a saúde mental e esperança das utentes com cancro de mama, tendo como objetivos específicos:

- a) Analisar impacto da intervenção nos níveis de esperança e de stress das utentes;
- b) Implementar uma intervenção de promoção da esperança e saúde mental das utentes com cancro de mama;
- c) Avaliar a perceção das utentes sobre o benefício da intervenção em grupo no seu bem-estar através da entrevista, no final da intervenção

Pretendemos contribuir para um maior conhecimento relativamente à temática, sendo por isso fundamental a sua participação.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração, tendo em conta que:

- Compreende que a sua participação é totalmente voluntária, podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem prejuízo para o seu tratamento ou outra consequência;
- Este estudo não lhe atribui qualquer despesa ou risco;
- As informações serão recolhidas através dos processos clínicos, de um questionário sociodemográfico, a Escala de Esperança de Herth, a Escala de Perceção de Stress e uma pequena entrevista semiestruturada;
- Todos os dados recolhidos serão anónimos, sendo as informações confidenciais e não utilizadas para outros fins para além desta investigação;
- A sua participação implica a presença em 5 intervenções de grupo, de periodicidade semanal.

Data: _____

Assinatura da Participante _____

A Enfermeira: Catarina Gonçalves

APÊNDICE XIV- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA CARACTERIZAÇÃO DAS UTENTES PARTICIPANTES NA INTERVENÇÃO DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA

Com vista a caracterizar o grupo participante no presente projeto e poder efetuar comparações estatisticamente relevantes, peço-vos que respondam às seguintes questões. Relembro que as informações pessoais são confidenciais e permanecerão anónimas em todas as fases do processo.

1. Idade _____

2. Estado Civil

Casada/União de Facto	
Divorciada/Separada	
Solteira	
Viúva	

3. Habilitações Literárias:

Ensino Básico	
Ensino Secundário	
Ensino Superior	

4. Antecedentes Clínicos de Doença Psiquiátrica:

Sim	
Não	

Se sim, qual: _____

5. Tempo decorrido desde o diagnóstico oncológico _____

6. Conhece outras pessoas que passaram pela mesma situação:

Sim	
Não	

7. Costuma falar com alguém sobre os seus sentimentos, emoções sobre a doença:

Sim	
Não	

8. Considera a promoção da esperança um elemento importante durante o tratamento oncológico:

Sim	
Não	

9. Possui estratégias de promoção da sua esperança a que recorra quando necessário:

Sim	
Não	

Se sim, identifique duas:

APÊNDICE XIV. GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS FATORES TERAPÊUTICOS

Grelha elaborada com base em Yalom (2006) as cited in Santos,L; Oliveira, L: Munari, D;
Peixoto, M & Barbosa, M. (2012)

Fator Terapêutico	Observado
instilação de esperança	
universalidade	
coesão	
compartilhamento de informações	
altruísmo	
desenvolvimento de técnicas de socialização	
comportamento imitativo	
aprendizagem interpessoal	
fatores existenciais	

catarse	
recapitulação corretiva do grupo familiar primário	

Legenda:

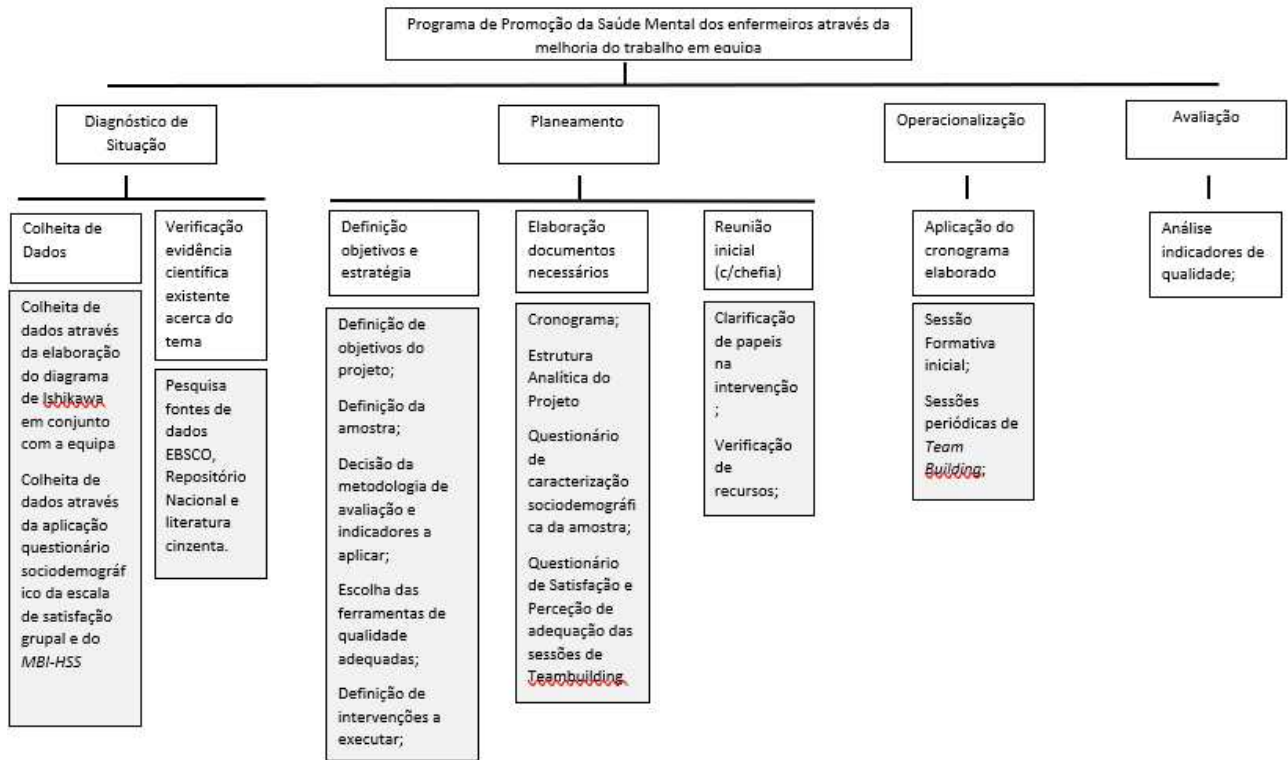
- instilação de esperança - perceber que o grupo já ajudou outros participantes;
- universalidade - identificar que outros membros do grupo vivenciam situação e sentimentos semelhantes;
- coesão - atração que os membros sentem por seu grupo e pelos demais membros;
- compartilhamento de informações - instrução didática recebida da coordenação do grupo e compartilhamento de informações e orientações entre os membros do grupo;
- altruísmo - satisfação em oferecer ajuda a outros membros do grupo;
- desenvolvimento de técnicas de socialização - aprendizagem social e desenvolvimento de habilidades sociais básicas;
- comportamento imitativo - reprodução/ imitação do comportamento de outro membro por julgá-lo adequado e satisfatório;
- aprendizagem interpessoal - aprender a interagir com outras pessoas por meio de relacionamentos autênticos e gratificantes, sem distorções;
- fatores existenciais - reconhecimento de que alguns fatos da vida são inerentes à condição humana e não há como evitá-los;
- catarse - mais comum em grupos com objetivos psicoterápicos, é uma descarga emocional com compartilhamento de sentimentos internos, profundos; recapitulação corretiva do grupo familiar primário - reviver experiências insatisfatórias e conflitos com o grupo familiar primário no convívio com outros participantes e, assim, reelaborar sua experiência familiar de maneira corretiva

APÊNDICE XVI. PERGUNTAS ORIENTADORAS DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PERGUNTAS ORIENTADORAS – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Considera que a intervenção teve impacto no seu bem-estar?
2. Com que fatores o relaciona?
3. Qual a sua opinião sobre a modalidade de grupo?
4. Quais os aspetos a melhorar?
5. Voltaria a participar num grupo no mesmo formato e/ou recomendaria a alguém que esteja a passar pela mesma situação?

APÊNDICE XVI. ESTRUTURA ANALÍTICA DO PROJETO



APÊNDICE XVII. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

Com vista a caracterizar o grupo participante no presente projeto e poder efetuar comparações estatisticamente relevantes, peço-vos que respondam às seguintes questões. Relembro que as informações pessoais são confidenciais e permanecerão anónimas em todas as fases do processo.

1. Sexo

Feminino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------	--------------------------

2. Idade ____

3. Estado Civil

Casado/União de Facto	<input type="checkbox"/>
Divorciado/Separado	<input type="checkbox"/>
Solteiro	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>

4. Anos a Exercer na Profissão

Inferior a 2 anos	<input type="checkbox"/>
De 3 a 5 anos	<input type="checkbox"/>
De 6 a 8 anos	<input type="checkbox"/>
Superior a 9 anos	<input type="checkbox"/>

5. Anos a Exercer no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Inferior a 2 anos	<input type="checkbox"/>
De 3 a 5 anos	<input type="checkbox"/>
De 6 a 8 anos	<input type="checkbox"/>
Superior a 9 anos	<input type="checkbox"/>

6. Possui Título de Enfermeiro Especialista em ESMP

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

7. Tipo de Horário

Rotativo por Turnos	<input type="checkbox"/>
Fixo	<input type="checkbox"/>

Muito Obrigada pela Colaboração!

APÊNDICE XIX. PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE TEAM BUILDING DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

SESSÃO Nº0

Participantes	Profissionais de enfermagem do internamento de agudos
Duração	60 minutos
Recursos necessários	-Sala -Cadeiras -Computador -Projektor -Questionários e Escalas definidos
Objetivos	- Ensinar relativamente ao <i>Team Building</i> , satisfação profissional, trabalho em equipa e as suas implicações para a saúde mental -Apresentar o projeto
Plano	<p><u>1º momento (20minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar o conceito de Satisfação Profissional e as suas determinantes; - Ensinar o conceito de trabalho em equipa e a sua relação com a saúde mental; - Ensinar o conceito de <i>Team Building</i>. <p><u>2º momento (30minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o enquadramento do projeto; - Clarificar os objetivos da implementação do projeto na equipa; - Convidar os colegas a participar no projeto; - Efetuar contrato de compromisso; <p><u>3º momento (10minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação das escalas e questionário sociodemográfico aos profissionais que aceitem participar no projeto. - Aplicação de questionário de satisfação e adequação

SESSÃO Nº1

Participantes	Profissionais integrantes do projeto
Duração	60 minutos
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - Sala - Cadeiras - Mesas - Folhas de papel - Lápis
Objetivos	<p>Promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarificação de objetivos profissionais - Alertar para a importância da partilha de objetivos em equipa
Plano	<p><u>1º momento (10 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir aos participantes que pensem nas atividades/projetos que gostariam de realizar no serviço. - Cada participante deverá desenhar numa folha que represente o seu desejo. Após 30 segundos, todos devem parar e passar a folha ao colega à sua direita, que continuará o desenho. Assim sucessivamente até que as folhas regressem à origem. <p><u>2º momento (20 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Os participantes deverão, de forma ordenada, partilhar aquilo que foi desenhado e o que gostariam de desenhar. <p><u>3º momento (20 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar uma reflexão sobre: <ol style="list-style-type: none"> a) Importância de conhecermos os nossos objetivos; b) Importância de sabermos expressar os nossos objetivos à equipa; c) Importância de conhecermos os objetivos dos colegas e de como os podemos ajudar; d) Importância do trabalho em grupo e coesão da equipa. <p><u>3º momento (10 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de questionário de satisfação e adequação

SESSÃO Nº2

Participantes	Profissionais integrantes do projeto
Duração	90 minutos
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - Sala - Cadeiras - Mesas - Caixas -Vendas para os olhos
Objetivos	<p>Promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação efetiva - Tolerância entre os membros da equipa
Plano	<p><u>1º momento (15 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dividir o grupo em pares. Explicar que um dos elementos terá que percorrer um percurso de obstáculos com os olhos vendados, sob orientação do seu colega e sem poder falar, apenas ouvir. - O par deverá definir uma estratégia entre si. <p><u>2º momento (40 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O participante escolhido deve realizar o percurso, enquanto o seu par se mantém de fora a dar instruções; - Por cada vez que esbarre num obstáculo, o par será penalizado, retrocedendo alguns passos. - A primeira dupla a terminar o percurso vence o desafio. <p><u>3º momento (25 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar uma reflexão sobre: <ol style="list-style-type: none"> a) A capacidade de planeamento antes de realizar uma tarefa; b) A forma como se comunica e a sua efetividade em situações de frustração/ stress. c) A forma de comunicar no seio da equipa e quais as estratégias para a sua melhoria <p><u>3º momento (10 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de questionário de satisfação e adequação

SESSÃO Nº3

Participantes	Profissionais integrantes do projeto
Duração	60 minutos
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - Sala - Cadeiras - Mesas - Folhas de papel - Lápis
Objetivos	<p>Promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação - Empatia entre os membros da equipa - Resolução conjunta de problemas
Plano	<p><u>1º momento (10 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir aos participantes que, de forma individual e anónima escrevam num papel uma dificuldade de relação que tenham com outro elemento da equipa e que não se sintam à vontade para expor verbalmente; - Os papeis são recolhidos e distribuídos de forma aleatória por todos os participantes. <p><u>2º momento (20 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Os participantes deverão, de forma ordenada, ler o papel que lhes foi distribuído, assumindo o problema como seu. - Os restantes elementos devem refletir sobre o problema, propondo soluções. <p><u>3º momento (20 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar uma reflexão sobre: <ol style="list-style-type: none"> a) Importância de nos colocarmos no lugar do outro; b) A individualidade dos problemas de cada um e a necessidade de não os julgar/desprezar; c) Importância da relação grupal e tolerância perante os erros de cada um <p><u>3º momento (10 minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de questionário de satisfação e adequação

SESSÃO Nº4

Participantes	Profissionais integrantes do projeto
Duração	60 minutos
Recursos necessários	- Cartões impressos com frases específicas
Objetivos	Promover: - Interação - Aproximação - Comunicação
Plano	<p>1º momento (20 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir aos participantes que escolham uma frase de forma aleatória; - De forma ordenada, cada um deve dizer o seu nome e responder à questão que está escrita no papel que escolheu. <p>2º momento (30 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar reflexão: <ul style="list-style-type: none"> a) comparativamente àquilo que foi a partilha e o que é observável no contexto laboral; b) relativamente ao que pode ser feito, por parte de cada um, para estreitar laços de relacionamento interpessoal. <p>3º momento (10 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de questionário de satisfação e adequação
Exemplos de questões:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se eu fosse um móvel, qual seria? Porquê? 2. Se eu fosse uma novela, qual seria? Porquê? 3. Se eu fosse um legume qual seria? Porquê? 4. Se eu fosse uma equipa de futebol, qual seria? Porquê? 5. Se eu fosse um eletrodoméstico, qual seria? Porquê? 6. Se eu fosse uma roupa, qual seria? Porquê? 7. Se eu fosse um som, qual seria? Porquê? 8. Se eu fosse uma cor, qual seria? Porquê? 9. Se eu fosse um filme, qual seria? Porquê? 10. Se eu fosse uma cidade, qual seria? Porquê? 	

SESSÃO Nº5

Participantes	Profissionais integrantes do projeto
Duração	60 minutos
Recursos necessários	-Sala -Folhas -Cadeiras -Lápis -Quadro -Giz
Objetivos	-Diagnóstico de problemas - Resolução conjunta de problemas - Comunicação em equipa - Compromisso para resolução de problemas na equipa
Plano	<p><u>1º momento (10minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Num ambiente calmo colocar música que potencie reflexão; - Pedir aos participantes que individualmente e sem censura escrevam tudo o que sentem relativamente às questões “como se sente na equipa de trabalho? Quais os aspetos positivos e aspetos a melhorar? Sugestões de melhorias ou soluções de problemas específicos. <p><u>2º momento (3minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Após as reflexões, selecionar 2 ou 3 mais significativas no momento <p><u>3º momento (15minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recolher as folhas, baralhá-las, e escrever no quadro os tópicos selecionados como mais importantes; -Procurar encontrar um consenso entre os participantes na determinação da ordem de importância dos assuntos tratados. Durante o qual é possível compreender o ponto de vista dos participantes sobre cada tópico. <p><u>4º momento (15minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Procurar definir com os participantes a escolha das ações a executar a partir daquele momento para a resolução dos problemas identificados. <p><u>5º momento (10minutos):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de questionário de satisfação e adequação

SESSÃO Nº6

Participantes	Profissionais integrantes do projeto
Duração	50 minutos
Recursos necessários	-Sala -Cadeiras - Escalas definidas
Objetivos	- Encerrar o projeto e fazer a sua avaliação junto da equipa
Plano	<u>1º momento (10minutos):</u> - Aplicação das escalas aos profissionais que participaram no projeto. <u>2º momento (30minutos):</u> - Promover uma reflexão acerca do projeto, tentando identificar junto dos participantes quais os pontos negativos e positivos do mesmo, bem como dos ganhos que consideram ter trazido à equipa e quais os aspetos a melhorar em intervenções futuras. <u>3º momento (10minutos):</u> -Encerramento do projeto.

APÊNDICE XVIII. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO E ADEQUAÇÃO DAS SESSÕES

Temática: _____

Sendo a sua opinião relativamente à ação desenvolvida de elevada importância, uma vez que permitirá não só avaliar a satisfação e iniciar um processo de melhoria do método de intervenção, mas também avaliar a pertinência das temáticas abordadas, agradeço que coloque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 “nada” e ao valor 5 “muito” conforme a sua opinião.

A- Conteúdos Programáticos e metodologia

	1	2	3	4	5
Conteúdos da ação de formação					
Interesse/utilidade dos conteúdos					
Adequação da metodologia utilizada					
Duração da ação de formação					
Estímulo à participação dos/as formandos/as					
Capacidade de motivar para a temática					

B- Organização

	1	2	3	4	5
Horário das sessões					
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos					
Condições físicas (salas, mobiliário, etc...)					

C- Avaliação Global

	1	2	3	4	5
Concretização dos objetivos propostos					
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos/pontos de vista					
Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colegas					

D- Críticas/Sugestões/Comentários

APÊNDICE XIXI. RESULTADOS: QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO E ADEQUAÇÃO DAS SESSÕES

SESSÃO Nº1

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1. Conteúdos da ação de formação	8	4	5	4,75	,463
2. Interesse/utilidade dos conteúdos	8	5	5	5,00	,000
3. Adequação da metodologia utilizada	8	4	5	4,50	,535
4. Duração da ação de formação	8	3	5	4,50	,756
5. Estímulo à participação dos/as formandos/as	8	4	5	4,75	,463
6. Capacidade de motivar para a temática	8	4	5	4,75	,463
7. Horário das sessões	8	3	5	4,50	,756
8. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	8	4	5	4,88	,354
9. Condições físicas (salas, mobiliário, etc...)	8	4	5	4,63	,518
10. Concretização dos objetivos propostos	8	3	5	4,50	,756
11. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos/pontos de vista	8	3	5	4,50	,756
12. Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colegas	8	4	5	4,88	,354
N válido (de lista)	8				

SESSÃO Nº2

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1. Conteúdos da ação de formação	8	4	5	4,88	,354
2. Interesse/utilidade dos conteúdos	8	4	5	4,88	,354
3. Adequação da metodologia utilizada	8	4	5	4,88	,354
4. Duração da ação de formação	8	4	5	4,75	,463
5. Estímulo à participação dos/as formandos/as	8	5	5	5,00	,000
6. Capacidade de motivar para a temática	8	4	5	4,88	,354
7. Horário das sessões	8	2	5	4,25	1,035
8. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	8	4	5	4,75	,463
9. Condições físicas (salas, mobiliário, etc...)	8	4	5	4,63	,518
10. Concretização dos objetivos propostos	8	4	5	4,88	,354
11. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos/pontos de vista	8	4	5	4,75	,463
12. Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colegas	8	5	5	5,00	,000
N válido (de lista)	8				

SESSÃO Nº3

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1. Conteúdos da ação de formação	6	4	5	4,67	,516
2. Interesse/utilidade dos conteúdos	6	4	5	4,83	,408
3. Adequação da metodologia utilizada	6	4	5	4,50	,548
4. Duração da ação de formação	6	4	5	4,67	,516
5. Estímulo à participação dos/as formandos/as	6	4	5	4,67	,516
6. Capacidade de motivar para a temática	6	4	5	4,83	,408
7. Horário das sessões	6	3	5	4,00	,632
8. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	6	4	5	4,83	,408
9. Condições físicas (salas, mobiliário, etc...)	6	4	5	4,33	,516
10. Concretização dos objetivos propostos	6	4	5	4,50	,548
11. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos/pontos de vista	6	4	5	4,33	,516
12. Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colegas	6	5	5	5,00	,000
N válido (de lista)	6				

SESSÃO Nº4

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1. Conteúdos da ação de formação	5	5	5	5,00	,000
2. Interesse/utilidade dos conteúdos	5	5	5	5,00	,000
3. Adequação da metodologia utilizada	5	4	5	4,80	,447
4. Duração da ação de formação	5	3	5	4,60	,894
5. Estímulo à participação dos/as formandos/as	5	4	5	4,80	,447
6. Capacidade de motivar para a temática	5	5	5	5,00	,000
7. Horário das sessões	5	3	5	4,00	,707
8. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	5	4	5	4,60	,548
10. Concretização dos objetivos propostos	5	5	5	5,00	,000
9. Condições físicas (salas, mobiliário, etc...)	5	4	5	4,40	,548
11. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos/pontos de vista	5	5	5	5,00	,000
12. Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colegas	5	5	5	5,00	,000
N válido (de lista)	5				

SESSÃO Nº5

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1. Conteúdos da ação de formação	7	4	5	4,71	,488
2. Interesse/utilidade dos conteúdos	7	4	5	4,71	,488
3. Adequação da metodologia utilizada	7	4	5	4,43	,535
4. Duração da ação de formação	7	4	5	4,57	,535
5. Estímulo à participação dos/as formandos/as	7	4	5	4,71	,488
6. Capacidade de motivar para a temática	7	4	5	4,71	,488
7. Horário das sessões	7	3	5	4,00	,577
8. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	7	4	5	4,71	,488
9. Condições físicas (salas, mobiliário, etc...)	7	4	5	4,29	,488
10. Concretização dos objetivos propostos	7	4	5	4,57	,535
11. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos/pontos de vista	7	4	5	4,43	,535
12. Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colegas	7	5	5	5,00	,000
N válido (de lista)	7				

ANEXOS

ANEXO I- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

INFORMAÇÃO
N.º 01/2023, de 06 de fevereiro

De: _____
Para: Sr. Presidente do CA-
C/C: _____

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo "Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros através da melhoria do Trabalho em Equipa."

<p style="text-align: center;">PARECER</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">DESPACHO/DELIBERAÇÃO</p> <p>TOMADO CONHECIMENTO E DELIBERADO ESTE CA CONVIDAR PAR O APOIO DA PRESENÇA NACIONAL, DEVIDO DETERMINAR EM CONFERÊNCIA LIVRE.</p> <p>2023.02.08</p>
--	---

A investigadora Catarina Santos Gonçalves, mestranda em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica do Instituto Politécnico de Leiria, solicitou autorização à _____ para realização do estudo, intitulado: "Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros através da melhoria do Trabalho em Equipa."

Questão prévia:
A investigadora solicitou urgência na emissão de parecer da Comissão de Ética. Para o efeito foi informada que a reunião apenas teria lugar no próximo dia 8 de fevereiro de 2023, sendo que referiu não poder aguardar. A signatária solicitou então autorização para emissão do parecer individualmente, não tendo existido qualquer oposição dos elementos da Comissão.
Assim, elabora-se o parecer seguinte, sendo o mesmo alvo de ratificação em reunião da Comissão de Ética no próximo dia 8 de fevereiro de 2023.

Cumprre apreciar:

I- Enquadramento
O enquadramento e justificação do estudo encontra-se no projeto do estudo da investigadora.

II- Objetivo geral
Implementação de um projeto de promoção da saúde mental nos enfermeiros através da melhoria do trabalho em equipa.

Quanto aos objetivos específicos, os mesmos constam do projeto da investigadora, os quais não merecem qualquer reparo.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
ESCALA Nº 21220814
06/02/23

[Assinatura] CCS 2/4
Página 1 de 2

MOD.07.ADM.02

INFORMAÇÃO
N.º 01/2023, de 06 de fevereiro

+

III- Tipo de estudo
O estudo é descritivo.

IV- População alvo
- Profissionais de enfermagem a desempenhar funções no serviço de internamento de psiquiatria do E.P.E.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude
A recolha de dados é efetuada através de questionários, cujos modelos estão anexos ao projeto, não existindo questões que mereçam censura ético legal.
O fundamento da licitude de recolha de dados é efetuado pelos participantes ao aderirem voluntariamente ao preenchimento do questionário, o qual não nos parece conter informação sob reserva, já que se trata de um questionário sociodemográfico.
A análise dos dados recolhidos será efetuada através do software SPSS.

VI- Conclusões e propostas
Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo. Os documentos que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas. Encontram-se acauteladas as questões ético-legais, sendo a adesão ao preenchimento do questionário, o instrumento que confere a licitude na recolha da informação atinente ao estudo.
Nestes termos, por se considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros através da melhoria do Trabalho em Equipa"

A equipa investigadora deverá comprometer-se a proceder à destruição da informação recolhida após conclusão do estudo.

Após finalização do estudo deverá ser agendada a apresentação do mesmo na t _____ ou o envio das suas conclusões.

É tudo quanto cumpre informar

P/la Comissão de Ética

Anexo: Requerimento com projeto completo do estudo.

MOD.07.ADM.02

Página 2 de 2

ANEXO II- DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR

Declaração do Orientador

Eu, João Manuel Ferreira Gomes, Assistente Convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, na qualidade de Professor Orientador de Catarina dos Santos Gonçalves, estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica / investigadora responsável do “Programa de Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros através da melhoria do trabalho em equipa”, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar a Aluna nas diferentes fases da sua realização, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos vigentes.

Data: 2022-12-02

Assinado por: **JOÃO MANUEL FERREIRA GOMES**
Num. de Identificação: 10946574
Data: 2022.12.02 19:14:51 +0000

ANEXO III-AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O GRUPO DE TRABALHO

01/05/22, 08:59

Gmail - Pedido de autorização para utilização da ESAG



Catarina Gonçalves <catarinadssantosgoncalves@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização da ESAG

2 mensagens

Catarina Gonçalves <catarinadssantosgoncalves@gmail.com>

22 de abril de 2022 às 13:28

Para:

Boa tarde,

Chamo-me Catarina Gonçalves e sou enfermeira no Departamento de Saúde Mental da Encontro-me atualmente a frequentar o Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do Instituto Politécnico de Leiria, no âmbito do qual me encontro a desenvolver um projeto que visa promover a saúde mental de profissionais de saúde através da melhoria do trabalho em equipa e da sua satisfação com a mesma, recorrendo à implementação de estratégias de *Team Building*. Neste sentido venho solicitar a sua autorização para a utilização da Escala de Satisfação Grupal, bem como a disponibilização da mesma.

Grata pela Atenção,

Com os melhores cumprimentos,
Catarina Gonçalves.

25 de abril de 2022 às 19:02

Para: Catarina Gonçalves <catarinadssantosgoncalves@gmail.com>

Boa tarde, cara Catarina Gonçalves

Agradeço antes de mais o interesse manifestado na escala referida, a qual envio em anexo. Trata-se de uma escala unidimensional, ou seja, basta fazer a média das respostas a todos os itens para obter a satisfação com a equipa. Como referência poderá utilizar o livro *Equipas de trabalho: instrumentos de avaliação* que editamos na Sílabo.

Votos de bom trabalho!

Cumprimentos,

[Citação ocultada]

ANEXO IV-LICENÇA DE UTILIZAÇÃO DO MBI-HSS

For use by Catarina Gonçalves only. Received from Mind Garden, Inc. on October 29, 2022

**Permission for Catarina Gonçalves to reproduce 50 copies
within three years of October 29, 2022**

Maslach Burnout Inventory
Instruments and Scoring Guides
English: MBI-HSS, MBI-HSS (MP), MBI-ES,
MBI-GS, and MBI-GS (S)
Portuguese: MBI-HSS, MBI-ES, and MBI-
GS forms

Christina Maslach
Susan E. Jackson
Michael P. Leiter
Wilmar B. Schaufeli
Richard L. Schwab

Published by Mind Garden
info@mindgarden.com
www.mindgarden.com

Important Note To Licensee

If you have purchased a license to reproduce or administer a fixed number of copies of an existing Mind Garden instrument, manual, or workbook, you agree that it is your legal responsibility to compensate the copyright holder of this work — via payment to Mind Garden — for reproduction or administration in any medium. **Reproduction includes all forms of physical or electronic administration including online survey, handheld survey devices, etc.**

The copyright holder has agreed to grant a license to reproduce the specified number of copies of this document or instrument **within three years from the date of purchase.**

You agree that you or a person in your organization will be assigned to track the number of reproductions or administrations and will be responsible for compensating Mind Garden for any reproductions or administrations in excess of the number purchased.

This instrument is covered by U.S. and international copyright laws as well as various state and federal laws regarding data protection. Any use of this instrument, in whole or in part, is subject to such laws and is expressly prohibited by the copyright holder. If you would like to request permission to use or reproduce the instrument, in whole or in part, contact Mind Garden, Inc.

MBI-General Survey: Copyright ©1996 Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson.
MBI-Human Services Survey: Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson.
MBI-Educators Survey: Copyright ©1986 Christina Maslach, Susan E. Jackson & Richard L. Schwab.
All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com