

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Estágio de Natureza Profissional em ESMP com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Elaborado por:

Vanessa Yadira Pereira da Cunha Lopes

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Estágio de Natureza Profissional em ESMP com Relatório de Estágio

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PsicAEROMente: Riscos Psicossociais e Capital Psicológico Positivo nos Profissionais de
Saúde

Orientador:

Professor Doutor Carlos Laranjeira

Co-orientador:

Mestre João Gomes

Elaborado por:

Vanessa Yadira Pereira da Cunha Lopes, n. °5200299

Leiria, 2023

*“Vida é para quem é corajoso o suficiente para se
arriscar e humilde o bastante para
aprender”*

Clarice Lispector

Ao meu esposo Hugo por me ter acompanhado nesta caminhada sem nunca duvidar do meu esforço, sendo o meu farol nos dias de tempestade; à minha querida filha Gabriela, que embora no auge dos seus 5/6 anos, teve a capacidade de compreender a minha maior ausência...que altruísmo; aos meus pais, por serem o meu porto de abrigo; aos meus sogros por me terem permitido traçar este caminho.

O vosso coração é do tamanho do mundo e o vosso amor é incomensurável.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Laranjeira, pela sua dedicação, empenho e disponibilidade para a realização deste Projeto, cuja mestria foi fundamental para a prossecução do mesmo.

Ao professor João Gomes, que supervisionou os três ensinamentos clínicos realizados, demonstrando uma empatia imensa, um saber desmedido, uma capacidade de escuta incrível e por ter proporcionado os momentos de silêncio necessários para conseguir transmitir as minhas emoções.

À enfermeira orientadora do ensino clínico na comunidade, por ter sido a pessoa que mais contribuiu para o meu autoconhecimento, que me ajudou a crescer tanto profissional como pessoalmente, que me ouviu nos momentos menos bons e que me “tratou as feridas da alma”. Todos os dias agradeço por tê-la na minha vida e acredito que trouxe uma amiga para a vida.

Ao enfermeiro orientador do ensino clínico de cuidados diferenciados, pela sua capacidade de ajustamento às adversidades que encontramos pelo caminho, pela sua empatia e empenho na realização do estágio, traçando todos os esforços para me permitir adquirir competências especializadas em enfermagem de saúde mental.

À Ana João, pela sua disponibilidade para (co)dinamizar as sessões do projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem; por me escutar e amparar; e, por nunca me deixar desistir. Obrigada Ana, pela pessoa que foste e continuas a ser para mim.

Aos meus colegas de curso pelo percurso que traçamos juntos.

A todos, o meu Muito Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

ARS – Administração Regional de Saúde

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI - Centro de Respostas Integradas

DEMOLA – Curso de Inovação Pedagógica: Sistema de Apoio à cocriação de inovação, criatividade e empreendedorismo

DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamento Aditivos e Dependências

DL – Decreto Lei

EC - Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

ECSM – Equipa Comunitária de Saúde Mental

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EM – Entrevista Motivacional

ESSLei - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

ET - Equipa de Tratamento

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IP - Instituto Politécnico

MT – Médio Tejo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OIT – Organização Internacional dos Trabalhadores

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SSST - Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e menciona os ensinamentos clínicos realizados no âmbito da prática especializada, que decorreram em contexto comunitário, ambulatório e respostas diferenciadas, entre 10 de maio de 2021 e 21 de janeiro de 2022. Com este relatório pretendeu-se efetuar uma reflexão crítica fundamentada sobre o desenvolvimento das competências comuns e especializadas do EEESMP, e dar a conhecer resultados associados à prática baseada na evidência. Para o efeito, e numa primeira parte, foi realizada uma breve contextualização dos contextos de aprendizagem, seguida de uma análise crítico-reflexiva das competências adquiridas.

Na segunda parte, apresenta-se o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, intitulado “PsicAEROMente: Riscos Psicossociais e Capital Psicológico Positivo nos Profissionais de Saúde”. Este projeto visou aumentar o capital psicológico positivo dos enfermeiros e assistentes operacionais de um serviço de psiquiatria de um Hospital da Lezíria, através de uma intervenção especializada em ESMP. O grupo-alvo foi composto por 18 participantes, entre enfermeiros e assistentes operacionais. Tratando-se de um Projeto de Melhoria Contínua, o mesmo orientou-se pelas diferentes fases do ciclo de *Deming*. O programa de intervenção foi composto por 6 sessões formativas, em que a primeira sessão visou a apresentação do programa e a avaliação inicial, e a última visou a reaplicação dos instrumentos de avaliação, incluindo a avaliação/satisfação do programa. As sessões 1, 2, 3 e 4, de base cognitiva-comportamental, tiveram como focos centrais de intervenção: stresse, *burnout* e relacionamentos; esperança e otimismo; resiliência; e, por último, a autoeficácia.

Com a aplicação do programa verificou-se a alteração positiva dos focos de enfermagem autoeficácia, resiliência e otimismo, o que reforça o contributo do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica no desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde mental em contexto laboral.

Palavras-chave: Capital Psicológico Positivo; Riscos Psicossociais; Saúde Mental; Enfermeiros

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the master's course in Mental and Psychiatric Nursing at the School of Health Sciences of Polytechnic University of Leiria and mentions the clinical teaching carried out within the scope of specialized practice, which took place in a community context, outpatient and differentiated responses, between 10th May of 2021 and 21st January of 2022. The aim of this report is to carry out a reasoned critical reflection on the development of the EESMP's common and specialized competences, and to publicize results associated with evidence-based practice. For this purpose, and in the first part, a brief contextualization of the learning contexts was carried out, followed by a critical-reflexive analysis of the acquired skills.

In the second part, the Project for Continuous Improvement of the Quality of Nursing Care is presented, entitled "PsicAEROMente: Psychosocial Risks and Positive Psychological Capital in Health Professionals". This project aimed to increase the positive psychological capital of nurses and operational assistants of a psychiatry service at a Hospital in Lezíria, through a specialized intervention in ESMP. The target group consisted of 18 participants, including nurses and operational assistants. Since this is a Continuous Improvement Project, it was guided by the different phases of the Deming cycle. The intervention program consisted of 6 training sessions, in which the first session aimed at the presentation of the program and the initial assessment, and the last aimed at the reapplication of the assessment instruments, including program assessment/satisfaction. Sessions 1, 2, 3, and 4, with a cognitive-behavioral basis, had as central intervention focuses: Stress, burnout, and relationships; Hope and optimism; Resilience and self-efficacy.

With the application of the program, there was a positive change in the focuses of nursing self-efficacy, resilience, and optimism, which reinforces the contribution of the Specialist Mental Health and Psychiatric Nurse in the development of strategies that promote mental health in the work context.

Keywords: Positive Psychological Capital; Psychosocial Risks; Mental health; Nurses

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
-------------------------	-----------

PARTE I - CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA. 18

1.1. ENSINO CLÍNICO I - CONTEXTO DE AMBULATÓRIO.....	19
--	----

1.2. ENSINO CLÍNICO II - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	22
---	----

1.3. ENSINO CLÍNICO III - CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS.....	25
---	----

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA 33

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	36
---	----

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	36
--	----

2.1.2. Melhoria da qualidade.....	42
-----------------------------------	----

2.1.3. Gestão de cuidados.....	44
--------------------------------	----

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	46
---	----

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	49
---	----

2.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento pessoal e profissional.....	50
---	----

2.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, famílias, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	52
--	----

2.2.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo da vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.....	71
--	----

2.2.4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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.....62

2.3. TORNAR-ME ENFERMEIRA ESPECIALISTA E MESTRE EM ESMP 68

PARTE II - PROJETO DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

3. RISCOS PSICOSSOCIAIS E CAPITAL PSICOLÓGICO POSITIVO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE..... 73

3.1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....73

3.2. PERCEÇÃO DO PROBLEMA.....78

3.3. PROPOSTA DE MELHORIA.....80

3.4. FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS.....81

3.5. PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA.....82

3.6. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES.....87

3.7. VERIFICAÇÃO DE RESULTADOS..... 92

3.8. PROPOSTA MEDIDAS CORRETIVAS, PADRONIZAR E TREINAR A EQUIPA; RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO 96

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA 100

CONSIDERAÇÕES FINAIS 102

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....104

APÊNDICES

Apêndice I - Plano de sessão / Questionário de satisfação / Resultados da atividade e diapositivos de sessão “O mundo das drogas...Como sobreviver”

Apêndice II – Plano de sessão / Questionário de satisfação / Resultados da atividade e diapositivos da sessão “Inteligência Intrapessoal e Tomada de Decisão”

Apêndice III – Consentimento Informado

Apêndice IV – Questionário sociodemográfico para caracterização da amostra

Apêndice V – Programa psicAEROMente

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Número de itens e subescalas da versão portuguesa da COPSOQ II.....	84
Tabela 2. Caracterização da amostra (N=18).....	86
Tabela 3. Estatística descritiva das subescalas da COPSOQ II (Pré-intervenção)	92
Tabela 4. Estatística descritiva dos construtos da PsyCap (Pré-intervenção).....	93
Tabela 5. Teste de amostras emparelhadas - COPSOQ II.....	94
Tabela 6. Teste de <i>Wilcoxon</i> - COPSOQ II.....	96
Tabela 7. Teste de amostras emparelhadas da Escala PsyCap.....	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tópicos extraídos das estratégias, Planos e Recomendações Nacionais e Internacionais que relevam para a intervenção em CAD.....	32
Figura 2. Avaliação dos Riscos Psicossociais no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.....	78
Figura 3. Representação das causas do problema através do Diagrama de <i>Ishikawa</i>	79

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.....	98
---	----

INTRODUÇÃO

A enfermagem é considerada uma profissão de extrema importância na estrutura das profissões intimamente ligadas à saúde. No setor de saúde, as características do trabalho impactam na qualidade dos cuidados prestados, afetando quer os profissionais, quer os utentes. Neste sentido, fenómenos laborais como o absentismo, *burnout*, assédio moral, presentismo são cada vez mais frequentes, sendo que o seu aparecimento decorre, frequentemente, da falta de condições de trabalho e sobrecarga de funções, assim como pelo crescente aumento dos riscos psicossociais (Pousa & Luca, 2021). Existe uma multiplicidade de fatores psicossociais no trabalho que interagem entre si, levando ao stress ocupacional, sendo a enfermagem uma das profissões mais expostas a este fenómeno (Pousa & Luca, 2021). Em função deste desgaste profissional, a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority*, como a quarta profissão mais stressante, uma vez que trabalha direta e diariamente com outras pessoas (Fávero & Migott, 2017).

Atualmente é dada uma importância crescente ao capital humano, ao que ele representa e ao que proporciona quando bem gerido. São as pessoas que constituem o capital humano de cada organização, e este desenvolve-se nomeadamente através da experiência e formação. Assim, o investimento no capital humano contribui para o sucesso das organizações porque influencia o seu desempenho e confere à organização uma inteligência coletiva (Halder, 2018). Também, os estudos sobre comportamento organizacional positivo, têm salientado que as pessoas e as equipas têm muitas potencialidades e recursos para enfrentar os riscos psicossociais a que estão expostos. Um dos construtos amplamente estudado a este nível, é o Capital Psicológico Positivo (PsyCap), que conjuga 4 forças individuais (Autoeficácia, Esperança, Otimismo e Resiliência) essenciais, e, que se encontra aberto ao desenvolvimento. Tendo em conta que o construto de PsyCap está intimamente ligado à performance dos colaboradores (Luthans & Youssef-Morgan, 2004), dado o seu carácter preditivo em relação a vários outros construtos (Avey, 2014) como o bem-estar no trabalho, a sua promoção e desenvolvimento torna-se uma meta-chave para o sucesso das organizações.

A organização do trabalho, é fundamental para desencadear ou inibir uma sobrecarga psíquica, dependendo da liberdade na organização, da valorização do trabalhador e do seu poder de decisão dentro da instituição. Uma organização autoritária que não permite uma descarga da energia tensional desencadeia um aumento da carga psicológica, principalmente se o trabalho estiver relacionado com o contacto direto com pessoas (Fávero & Migott, 2017).

Assim, os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular, estão expostos a diversas pressões no seu dia-a-dia, que acabam por interferir de forma negativa no *work-life balance* (Schwartz et al., 2019). Esta situação decorre da complexidade dos processos cuidativos, que sendo prestados de forma contínua podem determinar experiências de sofrimento e desgaste emocional/físico da pessoa que cuida. De acordo com o Relatório “Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década” desenvolvido pelo Conselho Nacional de Saúde (2019), a prevalência de perturbações psiquiátricas na população portuguesa desde o ano 2018, é de 22,9%, com destaque para as perturbações da ansiedade (16,5%), e as perturbações do humor (7,9%). De realçar, ainda, que a ocorrência de pelo menos uma perturbação psiquiátrica durante a vida (*lifetime prevalence*) é de 42,7% (valores superiores aos identificados para os restantes países europeus) (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Nunca como hoje se falou tanto da importância da saúde mental e, com a pandemia, esta preocupação alastrou de forma inédita ao mundo laboral. Com a pandemia COVID-19, Areosa e Queirós (2020) apontam para uma diminuição da saúde mental nos contextos laborais justificando a necessidade de incrementar os cuidados subjacentes à saúde ocupacional nas diferentes organizações, em especial da saúde, com vista à prevenção da doença mental no local de trabalho. De realçar que a evidência é inequívoca ao afirmar que nos ambientes em que os conflitos interpessoais são comuns, e onde os colaboradores se sentem desvalorizados e, muitas vezes, não ouvidos, o risco de perturbações mentais, é muito maior (Wu et al., 2021).

Ora, também eu durante a minha atividade profissional em contexto de psiquiatria de agudos, tenho observado múltiplos quadros de sofrimento psíquico, além de me aperceber que nem sempre os profissionais estão atentos ao seu aparecimento, particularmente o grupo dos assistentes operacionais. A irritabilidade, o stresse, a despersonalização, a impulsividade fá-los questionarem-se sobre o porquê destas respostas, mas sem capacidade para lhe atribuírem um significado. Diante deste cenário, diversas questões se colocam: Como cuidar de quem cuida? Como capacitar os profissionais na gestão do stresse diário a que estão expostos? De que forma o Enfermeiro Especialista em ESMP, pode acrescentar valor no âmbito da gestão dos riscos psicossociais em contexto laboral? Na esteira destas preocupações, surgiu o interesse pessoal pela temática “Riscos Psicossociais e Capital Psicológico Positivo”. Assim, com o intuito de elevar a minha capacidade de resposta, percebi a necessidade de investir no desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me intervir de forma diferenciadora junto da equipa, e tomei a decisão de frequentar o Mestrado em ESMP.

Com o propósito de desenvolver competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, o contexto da prática profissional torna-se o local onde o enfermeiro observa, vivencia, reflete e atua, tendo em conta os pressupostos e conteúdos teóricos aprendidos. Permite ainda, que o próprio desenvolva o autoconhecimento e a sua capacidade crítico-reflexiva relativamente às melhores práticas, concretizando o perfil de competências especializadas, estipuladas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº140/2019; Regulamento nº515/2018).

Os contributos provenientes dos vários Ensinos Clínicos (EC), em conjunto com o planeamento e implementação de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem permitiram consolidar a aquisição de competências comuns e adquirir competências especializadas. Paralelamente, e porque a sustentação teórica é crucial para o progresso da enfermagem, tornou-se fundamental centrar as atividades profissionais em fundamentos teóricos. Os modelos e as teorias de enfermagem são uma estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico(a) expõe, conduzindo a um aumento do caráter disciplinar da enfermagem e promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados (Huitzi-Egilegor et al., 2014; McCrae, 2011; Zarzycka et al., 2013). De realçar que a prática baseada na evidência segue o fio condutor dos padrões de qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho). Neste sentido, os referenciais teóricos que nortearam a minha prática, alicerçaram-se na Teoria de *Hildegard Peplau* e no Modelo de Tidal de *Phil Barker*, principalmente pela valorização da relação interpessoal e pelo papel ativo da pessoa no seu processo terapêutico (Tomey & Aligood, 2004). Adicionalmente, foram usados os contributos do Modelo Transteórico da Mudança de *Prochaska* e *DiClemente* (Hashemzadeh et al., 2019) e o Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar (Mileski et al., 2022).

No final deste percurso académico, surge o atual relatório, que foi elaborado no âmbito do Mestrado em ESMP da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e envolve a descrição e reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas nos Ensinos Clínicos (EC), durante o período compreendido entre o dia 10 de maio de 2021 e o dia 21 de janeiro de 2022. Os EC visaram o desenvolvimento de competências especializadas em ESMP, mobilizando os conhecimentos teóricos adquiridos durante a formação especializada nestes locais. Segundo o Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho,

“o enfermeiro especialista em saúde mental compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (p.17034).

Com a realização deste relatório, pretendeu-se atingir os seguintes objetivos:

- 1) Caracterizar os diferentes contextos de aprendizagem da prática especializada em ESMP;
- 2) Realizar uma análise crítico-reflexiva fundamentada sobre o desenvolvimento das competências especializadas (comuns e específicas) definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista (EE) e para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP);
- 3) Demonstrar a aplicação do conhecimento adquirido ao longo da formação;
- 4) Evidenciar os resultados obtidos pelo desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem intitulado “PsicAEROMente: Riscos Psicossociais e Capital Psicológico Positivo nos Profissionais de Saúde”.

A estrutura do relatório subdivide-se em duas partes por forma facilitar a sua organização e compreensão. A primeira parte aborda a caracterização dos contextos da prática especializada em ESMP, seguindo-se uma descrição e reflexão sobre as competências comuns e específicas do EEESMP adquiridas durante a prática clínica. A segunda parte centra-se na apresentação de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, os resultados decorrentes da sua aplicação e respetivas implicações para a prática.

Considerou-se pertinente desenvolver um programa de intervenção no âmbito da prática especializada em ESMP com o propósito de capacitar os profissionais com estratégias promotoras do capital psicológico positivo de forma a mitigar os efeitos adversos dos riscos psicossociais. Esta necessidade encontrou respaldo na política institucional da organização onde o projeto foi implementado a qual promove uma cultura de segurança, orientada para a qualidade dos cuidados, e onde o capital humano da força de trabalho é valorizado.

Para a redação do presente relatório, a metodologia usada baseou-se na análise crítico-reflexiva, assente em evidência científica, com base em pesquisa em bases de dados como a

MEDLINE/Pubmed e Scielo, bem como consulta de documentos reguladores da profissão e demais estruturas da saúde, acerca do desenvolvimento de competências do EEESMP.

Este trabalho cumpre as regras estipuladas no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSLei, as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a Norma da *American Psychological Association* (APA) – 7ª edição.

PARTE I – CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O desenvolvimento humano e a formação envolvem adaptação e transformação de saberes, para os quais são determinantes os contextos onde estes processos ocorrem. Tendo em conta a natureza do exercício profissional e a formação em enfermagem, é clara a importância que assumem as trajetórias de formação, as quais envolvem uma importante componente prática, elemento basilar no desenvolvimento das aprendizagens e competências (Martinho et al., 2014; Bennett, 2021).

Para Watson (1979, citado por Tomey & Aligood, 2004), a Enfermagem é uma ciência humana que estuda o indivíduo de forma pessoal e integral, e dá resposta à promoção, recuperação da saúde e à prevenção da doença. Já para a OE (2015, p.99) a enfermagem é uma profissão que visa a prestação de cuidados ao “ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. Neste sentido, o enfermeiro assume-se como o profissional que detém as habilitações legais e as competências científicas, técnicas e humanas, necessárias para o efeito. Os cuidados de enfermagem incluem intervenções autónomas e interdependentes baseadas em metodologia científica, e alicerçadas na relação de ajuda (OE, 2015). Neste sentido, a relação de ajuda estabelecida, além de empática, reveste-se muitas vezes de uma troca e partilha de emoções e sentimentos na procura da satisfação das necessidades do seu alvo de cuidados através do saber-ser, saber-saber, saber-estar, saber-fazer e saber-transformar.

A competência *per si*, não é apenas um saber que se possui e aplica, mas sim algo que se utiliza de forma eficaz e eficiente no momento adequado, com base nos conhecimentos adquiridos e obtidos através do crescimento, experiência e sensibilidade profissionais. Estas competências, sendo elas comuns ou específicas encontram-se descritas nos regulamentos n.º 140/2019 de 06 de fevereiro e n.º 515/2018 de 07 de agosto e serão explanadas no capítulo 2.

Nesta parte do documento far-se-á a apresentação dos locais de EC, nomeadamente a caracterização das realidades experienciadas: funcionalidade das respostas; processos de decisão; perfis e referenciação dos clientes; principais focos de atenção dos cuidados de enfermagem; metodologias de trabalho; e âmbito de atuação do EEESMP.

De referir que os EC são momentos privilegiados de observação e intervenção em contexto clínico cujo objetivo passa por desenvolver capacidades, atitudes, competências e processos de autorregulação, bem como integrar, mobilizar e estimular os conhecimentos adquiridos na componente teórica e construir a identidade profissional do estudante (Alarcão & Rua, 2005; Hurley et al., 2022).

Assim, a prática especializada em ESMP decorreu em contexto de ambulatório de Psiquiatria num Hospital do Centro Hospitalar Médio Tejo; em contexto comunitário – numa UCC do Médio Tejo; e, por fim, em contexto de respostas diferenciadas – num Centro de Respostas integradas do Ribatejo e na mesma UCC do Médio Tejo na qual realizei o EC anterior, repartindo a carga horária por ambos os locais.

Os contextos de aprendizagem foram escolhidos, tendo em conta a sua localização geográfica, pois são locais próximos da minha área de residência. Saliento que não optei pelo internamento de psiquiatria para realizar o EC, dado que exerço a minha atividade profissional num contexto com características idênticas. Neste sentido, optei por obter experiências e conhecimentos advindos de outros âmbitos de intervenção. Passarei de seguida, a caracterizar os diferentes contextos de EC.

1.1. ENSINO CLÍNICO I - CONTEXTO DE AMBULATÓRIO

O EC foi desenvolvido no período de 10 de maio e 22 de julho de 2021, num Departamento de Psiquiatria de um Hospital do CHMT, o qual está integrado na Rede de Referência Hospitalar no campo de ação da Psiquiatria e Saúde Mental (segundo a Lei nº36/98 de 24 de julho e o Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de fevereiro). De acordo com o CHMT (2021), o Departamento de Psiquiatria foi inaugurado em 2002, tendo como valências o serviço Ambulatório, que engloba a consulta externa, o Hospital de Dia, e a Urgência Psiquiátrica. Posteriormente, em 2007, foi inaugurado o internamento de Psiquiatria. O serviço de psiquiatria assegura, também, a prestação de cuidados nas valências de Psiquiatria de Ligação, Psiquiatria Forense, Pedopsiquiatria, Intervenção Comunitária e também Investigação e Formação. Este serviço tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, assumindo-se como um centro de elevada competência na organização e prestação assistencial e uma referência no esforço de investigação, desenvolvimento e inovação, promovendo a complementaridade entre as três Unidades

Hospitalares (CHMT, 2021). Os seus valores essenciais baseiam-se: a) na qualidade, procurando alcançar os melhores resultados na prestação de cuidados, adotando o princípio da melhoria contínua e promovendo a cooperação entre os diferentes serviços; b) na ética e integridade, norteando as ações segundo os mais nobres princípios de conduta; c) no respeito pelos direitos individuais; e na d) na competência e inovação, através da implementação de novas soluções que possibilitem assegurar cuidados seguros (CHMT, 2021).

O CHMT (2021), tem uma área de abrangência que engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de cerca de 266 mil habitantes, distribuídos por 14 concelhos. O EC foi desenvolvido na valência da consulta de enfermagem, a qual funciona entre período das 9h às 18h de segunda a sexta-feira. O acesso a esta consulta pode decorrer por proposta: a) da equipa de enfermagem do internamento e do hospital de dia de psiquiatria; b) do médico psiquiatra; c) da consulta de psicologia; d) dos grupos terapêuticos; ou, através e) da assistente social.

De acordo com o protocolo do CHMT (2021), o ambulatório de psiquiatria funciona com base na metodologia de gestor de caso (terapeuta de referência), a qual permite fomentar a possibilidade de criar com as pessoas uma compreensão e validação das suas necessidades individuais e recursos favoráveis ao autocuidado, bem como a possibilidade de desenvolver uma relação de confiança mútua (Machado et al., 2021). Esta metodologia assume, ainda, particular interesse no âmbito das doenças mentais graves, quer por facilitar os processos de adesão ao regime terapêutico, quer por melhorar os resultados em saúde, no que se refere à promoção das competências pessoais e melhoria do funcionamento social (CHMT, 2021; Machado et al., 2021).

Stanhope e Lancaster (2011) afirmam que a gestão de caso é uma das intervenções que irá influenciar positivamente os indicadores em saúde no século XXI. Contudo, devem ser estabelecidas estratégias baseadas na evidência para garantir o seu êxito. De acordo com o Regulamento 515/2018 de 07 de agosto (2018, p.21429), o enfermeiro especialista “recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde”, desempenhando a função de terapeuta de referência. Significa que o EEESMP pode coordenar programas de gestão de casos, de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.

Neste sentido, o plano de intervenção é desenvolvido em parceria com o utente e família, numa perspetiva multimodal, que inclui: terapia farmacológica; intervenção psicossocial; intervenção familiar; intervenção vocacional e intervenção comunitária. Adicionalmente, cabe ao enfermeiro de referência a realização da consulta no pós-alta, com o objetivo de promover a adesão ao regime terapêutico; diminuir as taxas de reinternamento; prevenir novas tentativas de suicídio; e diminuir as idas ao serviço de urgência (Davey & Chanen, 2016; Vera San Juan et al., 2021).

As patologias médicas mais prevalentes correspondem à Depressão e Esquizofrenia; e as menos frequentes incluem o abuso de substâncias psicoativas como, o álcool e as drogas, sendo a idade dos utentes que recorrem à consulta bastante variável (desde o início da adolescência, até à idade adulta). Quanto aos focos de atenção em enfermagem mais identificados destaca-se a adesão ao regime terapêutico, o autocuidado e o humor.

O sistema de informação de apoio à prática clínica em utilização é o SClínico, o qual integra a taxonomia CIPE, o que para mim foi facilitador, uma vez que é o mesmo sistema utilizado na minha prática profissional. Os modelos de enfermagem em vigor neste contexto de EC, estão alicerçados no modelo da enfermagem psicodinâmica de *Hildegard Peplau*, o qual sublinha a importância das relações interpessoais no cuidado de enfermagem; e, ainda na teoria das necessidades humanas fundamentais de *Virgínia Henderson* (Tomey & Alligood, 2004).

É inevitável referir o impacto da resposta à pandemia COVID-19, a qual justificou a necessidade de mudar as práticas do serviço, passando grande parte das consultas a ser realizada telefonicamente, no sentido de perceber se os utentes mantinham a adesão ao regime terapêutico e que outros cuidados específicos necessitavam. O Guia de Recomendações de consultas de enfermagem à distância, realizado pela Ordem dos Enfermeiros (2021), refere que existem princípios essenciais na prática da teleconsulta¹ que, embora sejam do conhecimento de todos os profissionais, devem ser destacados, nomeadamente, o facto da teleconsulta assentar no respeito pela relação profissional-utente, permitindo manter não só a confiança entre os dois intervenientes, como também a independência de opinião do profissional, a autonomia do utente e a confidencialidade. Assim, quando o utente solicita uma consulta desta tipologia, esta não deve substituir o contacto físico, devendo realizar-se sob condições de qualidade e segurança

¹ A OMS refere que a teleconsulta permite a prestação de serviços de saúde à distância, através de tecnologias da informação e da comunicação, sem que o profissional de saúde e o utente estejam presentes fisicamente no mesmo local (OE, 2021).

semelhantes a uma consulta presencial e só deve ser realizada quando o profissional de saúde tiver uma ideia clara e fundamentada da situação clínica do utente.

Assim, e tendo por base a prática baseada na evidência, é possível perceber que a teleconsulta foi fulcral para manter o seguimento dos utentes e, assim assegurar os processos de *recovery*². O processo de *recovery*, alicerça-se, no princípio de que a pessoa pode não ter controlo total sobre os seus sintomas, mas poderá ter controlo sobre a sua própria vida (Jacob, 2015; Townsend, 2018). Esta abordagem desafia a visão medicalizada e hospitalocêntrica que configura grande parte da história da psiquiatria, para passar a sublinhar o cuidado centrado na pessoa e sua circunstância. Esta mudança de paradigma contribui por um lado para a sustentabilidade do sistema de saúde, e, por outro, “despatologiza” a doença mental ao permitir que os processos de reabilitação aconteçam em ambiente natural (Jaiswal, 2020).

Numa perspetiva crítico-refletiva, encontrei uma realidade que desconhecia, nomeadamente quanto à atuação do enfermeiro como terapeuta de referência. Assim, o recurso à metodologia de gestão de caso, permitiu incluir os utentes e famílias nos processos de tomada de decisão, facilitando o desenvolvimento do *rapport*³. Por outro lado, esta metodologia estabelece prioridades e executa cuidados de uma forma objetiva e sistematizada, contribuindo para o desenvolvimento e melhoria da eficácia das políticas de saúde. De realçar, que muito embora nem todos os problemas de saúde dos utentes e famílias sejam do domínio técnico-científico do gestor de cuidados, este não fica indiferente a eles, reunindo todos os esforços e mobilizando os parceiros de saúde para que esses problemas sejam solucionados pelos profissionais mais habilitados.

1.2. ENSINO CLÍNICO II - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A UCC onde decorreu o EC, no período 06 de setembro e 19 de novembro de 2021, pertence à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, e ao ACES do Médio Tejo (ACES MT). Atualmente, a UCC abrange uma população alvo de cerca de 12.599 utentes (BI-CSP, 2022), sendo que a sua carteira de serviços, promove várias parcerias, nomeadamente, a nível da intervenção precoce:

- NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco;
- CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;

² O conceito de *recovery* foi sendo desenvolvido ao longo dos últimos anos e teve origem no chamado movimento de *empowerment* da pessoa (Saraiva & Cerejeira, 2014). Trata-se de um processo holístico e não linear, que dá enfoque à esperança, à capacitação e aos significados.

³ *Rapport* é definido como um relacionamento harmonioso sustentado na díade utente-enfermeiro (Butt, 2021).

- Rede Social;
- RSI – Rendimento Social de Inserção;
- EMIVA – Equipa Municipal de Intervenção na Violência;
- CLA II – Centro Local de Apoio à Integração de Imigrantes;
- Saúde Escolar;
- Articulação com a UCSP, comunidade (centros de apoio domiciliário) e com a ECCI (UCC, 2022).

Esta unidade funciona de segunda a sexta-feira no horário de expediente das 8h às 20h e aos sábados, domingos e feriados, das 9h às 17h (apenas quando necessário). A sua missão visa contribuir para a melhoria do estado de saúde da população residente no concelho, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, no domicílio e na comunidade, a indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência (BI-CSP, 2022).

Os seus valores assentam nos seguintes critérios:

- Respeito pela individualidade da pessoa (crenças, etnia, idade, sexo, etc.);
- Salvaguarda dos direitos da pessoa, através do reconhecimento de que a saúde individual é da responsabilidade da pessoa e que esta é responsável pelo seu projeto de saúde;
- Articulação e cooperação entre todos os elementos da equipa, com as outras unidades funcionais do ACES Médio Tejo e com as estruturas da comunidade;
- Autonomia assente na organização funcional e técnica, visando o cumprimento do Plano de Ação (BI-CSP, 2022).

Os programas de Saúde Mental existentes nesta UCC em que o EEESMP intervém são os seguintes:

- Preparação para a parentalidade;
- Projeto de educação para a saúde nas escolas – núcleo de crianças e jovens em risco;
- Consulta individual;
- Colaboração com o Departamento de psiquiatria de um hospital do Médio Tejo;

- Articulação com os parceiros da comunidade.

A UCC abrange 12 freguesias e nela estão alocados 7 enfermeiros, sendo 2 enfermeiros generalistas e 5 enfermeiros especialistas (1 enfermeiro especialista em ESMP, 1 enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, 1 enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, 1 enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria, 1 Enfermeiro especialista em Reabilitação).

Os utentes que recorrem à UCC, no que concerne à saúde mental, podem ser referenciados por qualquer estrutura da comunidade, pelo EEESMP, ou outros enfermeiros especialistas da UCC que observem que os utentes necessitam de acompanhamento. Adicionalmente, os utentes podem recorrer à UCC e solicitar a respetiva consulta sem qualquer referência prévia.

O perfil do utilizador inclui maioritariamente, pessoas com diagnóstico de depressão, esquizofrenia, comportamentos aditivos e dependências. As idades dos utentes são muito variadas, desde a primeira infância até à velhice. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na infância incluem a tristeza; e na adolescência relacionam-se com o abuso de substâncias e humor comprometido. Já na idade adulta, destacam-se os seguintes diagnósticos: aceitação do estado de saúde não demonstrado; o *coping* e a adaptação comprometidos; a insónia; e a sobrecarga do familiar cuidador.

Nesta UCC, o sistema de informação em vigor é o SClínico, o qual está sustentado na taxonomia CIPE. O modelo de cuidados em vigor utilizado pela EEESMP é o Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar, das autoras Wright e Leahey. Este modelo é considerado uma ferramenta eficaz de abordagem às famílias com diferentes estruturas e situações de saúde. Compreende dois componentes específicos, a saber: o de avaliação e o de intervenção familiar. O primeiro é composto por três categorias principais: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. O segundo, coloca em prática a interseção dos domínios de funcionamento cognitivo, afetivo e comportamental, com as intervenções familiares identificadas (Mileski et al., 2022; Monteiro et al., 2016). Esta abordagem salienta as competências relacionais e comunicacionais no processo de cuidado, e sublinha os contributos de *Hildegard Peplau* através da sua teoria das relações interpessoais (Tomey & Alligood, 2004).

À semelhança do local de EC anterior, também neste são realizadas diversas intervenções psicossociais e psicoterapêuticas, com destaque para: a) a relação de ajuda; b) o suporte emocional;

c) as técnicas de modificação de comportamentos e gestão de stresse; d) a redução da discriminação e do estigma do doente mental; e) o apoio familiar e social; f) a reabilitação profissional e emprego protegido; g) o treino de habilidades sociais da pessoa com doença mental; h) a reestruturação cognitiva; e, i) o treino do autocontrolo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Paralelamente às intervenções psicossociais e psicoterapêuticas, são também desenvolvidas intervenções psicoeducativas em contexto escolar (desde o pré-escolar, até ao ensino secundário). Assim, e no início de cada ano letivo, o EEESMP reúne-se com os diretores de cada turma por forma a perceber quais as necessidades psicoeducativas e define um plano de sessões, em áreas como a “Promoção da Saúde Mental”, “Abuso de substâncias”, “Inteligência Emocional”, ou outras temáticas que se considerem prioritárias. De referir que durante as sessões através da observação, o EEESMP consegue identificar crianças/adolescentes que possam necessitar de outro tipo de intervenção mais diferenciada. Neste sentido, e no final da sessão são identificadas as situações que necessitem de acompanhamento adicional, e se necessário é agendada uma consulta de enfermagem na UCC, após contacto com o familiar cuidador/tutor, que é também envolvido neste processo de cuidados. Muitas vezes, são as próprias crianças/adolescentes que, no final das sessões, se dirigem ao EEESMP para pedir ajuda para a resolução de algum problema, em áreas como o *bullying*, abuso de drogas e conflitos familiares.

No que respeita ao exercício do enfermeiro no serviço, este é suportado pela metodologia de gestão de caso, sendo que a atividade do EEESMP acontece sob égide de uma liderança participativa, onde este tem a autonomia de programar a intervenção no contexto comunitário, de acordo com as necessidades identificadas. Os utentes sentem uma grande abertura na procura de ajuda no que respeita à saúde mental, que os ajuda a abrir novos caminhos e a traçar novos objetivos de vida.

1.3. ENSINO CLÍNICO III - CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS

O EC em contexto de respostas diferenciadas, teve lugar no Centro de Respostas Integradas (CRI) do Ribatejo entre 22 de novembro de 2021 e 21 de janeiro de 2022. O CRI é composto por uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, psicólogos, médicos e assistentes sociais. Os objetivos do CRI estão alinhados às diretrizes da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [DICAD] (CRI Ribatejo, 2021), em termos de prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e a reinserção dos utentes.

Resultante da mais recente orgânica do Ministério da Saúde, foi criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)⁴, extinguindo-se o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT). Esta alteração permitiu atribuir às Administrações Regionais de Saúde (ARS), parte da operacionalização das políticas no que concerne aos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD). A implementação desta Rede de Referência/Articulação, permite ao cidadão portador de problemas ligados aos CAD, ter o acesso aos cuidados de saúde integrados, socorrendo-se para tal das respostas que, em cada momento, efetivamente necessita (SICAD, 2013).

Da extinção do IDT, resultou a integração das Unidades de Intervenção Local nas ARS, e a criação de uma Equipa Multidisciplinar de Coordenação Regional, para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Posteriormente, foram alterados os Estatutos de cada ARS, tendo em vista albergar os modelos das Unidades Funcionais que asseguram as suas novas atribuições em matéria de intervenção nos CAD. Neste sentido, foi criada em cada ARS, a DICAD⁵, com várias funções, entre elas:

- ✓ “Assegurar a execução dos programas de intervenção local tendo em vista a limitação do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a minoração das dependências;
- ✓ Colaborar, ao nível da sua área de intervenção geográfica, na delineação da estratégia nacional e das políticas com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à minoração das dependências e na sua avaliação;

⁴ O SICAD é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa, que tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências ao qual são atribuídas uma série de esferas, descritas na rede de referência/articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (SICAD, 2013).

⁵ Os Serviços da DICAD são constituídos por equipas multidisciplinares que intervêm aos níveis da Prevenção, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos, e ainda ao nível da Reinserção, que varia de unidade para unidade, de acordo com as características de cada uma (SICAD, 2013). Ao nível organizacional, a DICAD tem 1 Unidade de Coordenação Regional, sediada em Lisboa e 8 Unidades de Intervenção local (UIL): dos quais, 5 Centros de Respostas Integradas (CRI), com um total de 14 Equipas de Tratamento (ET), e 3 Unidades de Internamento.

- ✓ Planear, coordenar, executar e promover, ao nível da sua área de intervenção geográfica, a apreciação dos programas de prevenção, de tratamento, de redução de riscos, de minoração de danos e de reinserção social;
- ✓ Prestar apoio técnico à realização dos programas e projetos de intervenção local;
- ✓ Assegurar a implementação de procedimentos e meios de recolha de dados, proceder à sua consolidação e remeter ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD, os dados e informações fundamentais para prossecução das suas atribuições, e desenvolver estudos sobre as intervenções realizadas na região, bem como elaborar os relatórios de atividades;
- ✓ Promover a realização de diagnósticos das necessidades de intervenção de âmbito regional e local e definir as prioridades e o tipo de intervenção a efetuar bem como os recursos a afetar, designadamente a projetos e programas cofinanciados, visando um planeamento nacional sustentado;
- ✓ Planear a articulação interinstitucional e estimular a participação das instituições da comunidade, públicas ou privadas, no desenvolvimento de ações de prevenção, de tratamento, de redução de riscos e minimização de danos e de reinserção social, no campo de ação dos programas nacionais promovidos pelo SICAD;
- ✓ Promover, desenvolver e aplicar metodologias de avaliação das diferentes ações desenvolvidas ou apoiadas, atualizar diagnósticos, executar relatórios e examinar as respetivas conclusões;
- ✓ Assegurar, ao nível da região, a articulação com o SICAD para a prossecução de programas e projetos” (SICAD, 2013, p.17-18).

Os utentes são referenciados para o CRI do Ribatejo, através dos internamentos de psiquiatria, das consultas de enfermagem nas UCC, pelas equipas domiciliárias ou mesmo pelos Centros de Saúde. Para dar início ao processo, o utente passa por uma consulta médica e de psicologia, seguindo depois para a consulta de enfermagem. Na consulta médica, são aferidas as doses de metadona que podem ser adquiridas pelo utente, ou administradas no próprio CRI, sendo as doses ajustadas conforme as necessidades do utente e o *craving*⁶ para os consumos. Apesar das doses poderem ser adquiridas no CRI, semanal ou quinzenalmente, existe a necessidade de

⁶ *Craving* - desejo intenso de experimentar repetidamente determinado tipo de droga (Månsson et al., 2022).

vigilância regular no CRI (pelo menos uma vez por mês) para despiste de drogas através de exame sumário de urina.

No âmbito do programa de Redução de Riscos e Minimização de Danos, (RRMD), para além do CRI, existe uma unidade móvel alocada a esta unidade, cujo objetivo passa por frequentar semanalmente locais previamente assinalados como “locais de consumo”, com vista à troca de seringas, distribuição de preservativos e intervenção psicoeducativa. Esta unidade móvel é também mobilizada em contexto recreacional no qual o consumo de substâncias licitas ou ilícitas seja provável, com vista à minimização de danos.

Para o plano de tratamento são mobilizados todos os parceiros da equipa para conseguir a reinserção social dos utentes, no âmbito da reestruturação pessoal, apoio ao emprego, tendo como objetivo a construção de um projeto de vida satisfatório e sustentável (Almeida et al., 2020). De realçar que o encaminhamento da pessoa depende do método pelo qual chega o pedido de ajuda, seja através linha telefónica, através do médico de família, por IPSS direcionadas para uma vertente social, ou através do email institucional (Silva, 2022).

Por norma, as respostas de RRMD são quase todas imediatas e integram uma abordagem biopsicossocial nas diferentes áreas de vida da pessoa, visando interromper os ciclos de pobreza e estimular a inclusão social através de uma diversidade de iniciativas, como: a) integração em grupos de procura de emprego; b) realização de atividades ocupacionais; c) participação em grupos de prevenção da recaída; e d) monitorização de projetos na área da reinserção (SNS, 2022). Para o efeito, a Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET), desenvolve consultas de ambulatório, onde é realizada uma avaliação diagnóstica, seguida de uma consulta médica e respetivo acompanhamento, passando por sessões de psicoterapia individual, bem como por tratamento com agonistas opiáceos, evoluindo para terapia familiar, grupos terapêuticos, treino de aptidões sociais e programas de inserção laboral, garantindo a resposta especializada no tratamento e reinserção dos utentes com CAD (SNS, 2022).

Esta abordagem, integrada e articulada com outros serviços diferenciados de saúde, permite reduzir as comorbilidades físicas e psíquicas dos utentes, e minimizar os riscos das infeções sexualmente transmissíveis e das doenças infetocontagiosas, permitindo obter ganhos quer ao nível da saúde individual como da saúde pública (SNS, 2022).

É notório o enfoque nos processos de dissuasão, os quais envolvem um trabalho abrangente na procura de respostas adaptadas aos problemas e necessidades dos indivíduos. A dissuasão, deve

ter o seu foco nas características e necessidades individuais, concedendo-lhe uma essência própria, integradora e complementar, que vai para além da descriminalização, mas, cujo foco incide na prevenção e redução do (ab)uso de drogas, usando a psicoeducação como forma de sensibilizar e informar os consumidores para os riscos dos consumos (López et al., 2021).

Neste processo o enfermeiro tem um trabalho fundamental, sendo que a sua ação no contexto do CRI se dirige particularmente ao diagnóstico “abuso de substâncias” definido pela taxonomia CIPE (ICN, 2019). Com efeito, o enfermeiro deve munir-se de um conhecimento aprofundado da situação da pessoa, sustentado nos critérios de avaliação, diagnóstico e utilização de instrumentos eficazes, assegurando que a sua intervenção é a mais adequada às necessidades e características dos indivíduos (SNS, 2022). A entrevista psicossocial é um dos instrumentos usados pelas equipas para colher informações sobre o percurso dos consumos e enquadramento pessoal, profissional e social. Acresce, o instrumento de suporte ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test*) que permite a avaliação do risco do consumo, permitindo enquadrar e fundamentar a intervenção e/ou decisão de encaminhamento (Pautrat et al., 2022).

Neste processo de dissuasão, o enfermeiro assume um papel preponderante, pelo que a sua intervenção deve ser sustentada num modelo teórico. O enfoque recai sobre modelo transteórico de mudança/estádios de mudança de *Prochaska e DiClemente* (Hashemzadeh et al., 2019) e sobre a entrevista motivacional de *Miller e Rollnick* (Luty & Iwanowicz, 2018).

O modelo transteórico de mudança veio revolucionar a intervenção e tratamento na toxicodependência. Neste modelo, os autores segmentaram o processo de mudança em etapas diferenciadas e com características específicas pelas quais qualquer indivíduo passa quando vivencia um processo de mudança de um comportamento (DiClemente & Crisafulli, 2022). Para os autores, a mudança trata-se de um fenómeno que acontece por etapas progressivas, cada uma com características próprias, o que torna essencial a existência de intervenções específicas, diferenciadas e adequadas, dependendo do estágio de mudança em que o indivíduo de encontra (SICAD, 2013). Deste modo, cada etapa de mudança viabiliza informação não só descritiva como também prescritiva em relação à opção de tratamento (DiClemente, 2005; SICAD, 2013). Cada estágio representa a etapa vivenciada pelo indivíduo no seu processo de mudança desde o momento em que não tem crítica para o seu estado de saúde (Pré-contemplanção), não colocando a hipótese de mudar de comportamento, até ao momento em que põe em prática uma

série de estratégias/ações para resolver o comportamento-problema, implicando um plano de manutenção dessas mesmas ações (DiClemente & Crisafulli, 2022). A mudança de estádios é verificada a partir de um processo de ajuda intencional, tornando mais célere e mais eficaz este processo, sendo a motivação do indivíduo a base para a mudança (SICAD, 2013).

Os processos de mudança englobam diversas técnicas, métodos e intervenções usualmente associadas a orientações teóricas distintas, o que legitima a escolha do termo transteórico como designação do modelo de intervenção (SICAD, 2013). Destaque para a Intervenção Motivacional, a qual compreende um conjunto de estratégias dirigidas no sentido de aumentar a motivação de um indivíduo consumidor de substâncias psicoativas num curto período de tempo (SICAD, 2013). Trata-se de uma intervenção especializada em ESMP, sendo indicada para trabalhar a adesão e motivação de um indivíduo que se encontra em fase de iniciação do tratamento, permitindo aumentar o *insight* para a redução dos consumos, levando à aceitação do tratamento (Mullen et al., 2020). A Entrevista Motivacional constitui-se como um estilo de aconselhamento centrado na pessoa que, ao ser diretivo, estimula a mudança de comportamento e permite que a pessoa explore e resolva a sua ambivalência em relação aos consumos e a motive a procurar ajuda para os problemas de saúde mental (Lawrence et al., 2017; SICAD, 2013).

Tendo em conta o supracitado, o EEESMP deve ter presente através das ações que implementa, que cada indivíduo é único, inseparável do seu meio envolvente, e que devido às suas características, só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma mais adequada. A função do EEESMP, nesta dualidade, é ajudar o indivíduo a encontrar esta satisfação e adequabilidade ao meio envolvente, ajudando-o a encontrar estilos de vida saudáveis que visem uma vida livre de drogas e/ou uma minimização dos riscos dos danos e redução dos riscos inerentes ao uso das mesmas. Na esteira desta asserção, surgem as intervenções breves de base educativa e motivacional que permitem gerir os comportamentos relacionados com os consumos através do fornecimento de informação, educação para a saúde e aconselhamento (Sequeira & Sampaio, 2020). Para o seu desenvolvimento é seguido o método FRAMES, composto por seis elementos básicos: *Feedback* (Identificar a presença de um problema), *Responsability* (Responsabilizar a pessoa), *Advice* (Aconselhar), *Menu of Options* (Discutir metas e estratégias de *coping*), *Empathy* (Desenvolver compreensão empática) e *Self-efficacy* (Realizar com êxito uma tarefa específica) (Mattoo et al., 2018).

O contacto com a realidade do CRI permitiu-me dissipar o [pre]conceito de que o enfermeiro neste contexto se acomoda numa abordagem paternalista, centrada apenas na administração de metadona, quando na realidade, o enfermeiro assume um papel ativo na mobilização de técnicas psicoeducativas, psicoterapêuticas, psicossociais, permitindo-lhe atuar em vários domínios, tal como é apresentado no Plano Estratégico do SICAD (2020-2022) (Figura 1). Não obstante, sublinho, que o reforço de profissionais diferenciados na área da SMP (potencia intervenções dirigidas aos processos de ajustamento psicoemocional subjacentes à trajetória de doença/tratamento), se traduziria numa maior disponibilidade de cuidados, e consequente melhoria dos níveis de saúde.

É ainda de realçar que no decorrer do EC, foi possível verificar que existe todo um trabalho multidisciplinar e institucional de parcerias formais e informais, customizado às necessidades identificadas. Considero, assim, fundamental dar continuidade à dinâmica das equipas terapêuticas multidisciplinares e manter a política de referenciação. Por outro lado, é crucial reforçar os programas de treino de competências pessoais, de educação cívica, de educação parental (papéis; limites/fronteiras), desenvolver estratégias que previnam processos de desinserção e exclusão social que sensibilizem e promovam o encaminhamento de utentes.

Os principais desafios incluem a necessidade de um maior envolvimento das famílias e *stakeholders* no processo de tratamento e reinserção; bem como, a consciencialização dos utentes para a sua situação e condição de vida, seja pela redução da exposição às situações de consumo, seja pela sua capacitação para respostas assertivas e tomadas de decisão na procura de ajuda para tratamento e acompanhamento.

Figura 1. Tópicos extraídos das Estratégias, Planos e Recomendações Nacionais e Internacionais que relevam para a intervenção em CAD



Fonte - Plano estratégico do SICAD 2020–2022

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O Enfermeiro especialista é para a OE (2012, p.15)

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Este, no decorrer do seu exercício profissional, deve distinguir-se não só pelas suas competências adquiridas, como pela formação recebida e pela experiência no desempenho das suas funções, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Deve ainda deter habilidades de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a seu campo de intervenção (Regulamento n.º 140/ 2019 de 06 de fevereiro, 2019).

Para cada área de especialização em enfermagem foram definidas pela OE um conjunto de competências comuns e específicas. As competências comuns são competências transversais a todos os enfermeiros especialistas, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/ 2019 de 06 de fevereiro, 2019, p.4745). Já as competências específicas são definidas para cada área de especialização e “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/ 2019 de 06 de fevereiro, 2019, p.4745).

De acordo com o mesmo Regulamento, com a obtenção das competências clínicas especializadas o enfermeiro integra um conjunto de “conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (p.4745), elencadas num determinado referencial teórico, o que permitirá ao enfermeiro ser perito na área.

Assim, todas as competências adquiridas em cada EC, quer comuns, quer específicas tiveram por base o modelo teórico de enfermagem psicodinâmica proposto por *Hildegard Peplau* e o Modelo de Tidal de *Phil Backer* (Tomey & Alligood, 2004).

Quanto ao modelo teórico de enfermagem psicodinâmica, Peplau defende que os enfermeiros de saúde mental prestam cuidados de forma adequada, pois integram no plano terapêutico a abordagem física e psíquica de cada indivíduo, dependendo do contexto e valendo-se de práticas como a intervenção psicoterapêutica, o aconselhamento e a consultadoria, ou em programas educativos que proporcionam supervisão clínica na sua área de atuação e competência (Clark, 2023). A teoria de Peplau, assenta nas relações de interpessoais, onde o propósito da enfermagem é ajudar o outro na identificação das dificuldades sentidas. A teórica descreve ainda 4 fases da relação enfermeiro-utente, que apesar de interdependentes, se podem sobrepor durante o tempo da relação. São elas: a fase de Orientação, em que o indivíduo sente uma necessidade e procura ajuda profissional, e onde o enfermeiro ajuda a pessoa a reconhecer e compreender o seu problema e a perceber quais as suas necessidades; a fase de Identificação, em que o indivíduo identifica quem o pode ajudar, e onde é permitida a exploração de sentimentos para facilitar a transição saúde-doença como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade e fornece a satisfação necessária; a fase de Exploração, em que o indivíduo tenta retirar toda a valia do que lhe é oferecido através da relação, e o enfermeiro pode projetar novos objetivos a atingir através do esforço pessoal e de deslocações de poder deste para a pessoa cuidada; a fase de Resolução, em que o indivíduo adota, gradualmente, novos objetivos, sendo este um processo no qual a pessoa se “liberta” do enfermeiro no sentido da sua independência (D'Antonio et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

A teórica adiciona que nas diferentes fases do processo interpessoal, o enfermeiro pode assumir diferentes papéis, a saber: pessoa estranha; pessoa de recurso; professor; líder; substituto e conselheiro (Tomey & Alligood, 2004). Segundo Almeida et al. (2005, p.206) “a enfermagem na perceção da teórica, é uma relação humana entre uma pessoa que está enferma ou necessita de serviços de saúde e uma enfermeira com uma formação especializada, para reconhecer e responder à necessidade de ajuda”. É inequívoca a contribuição desta abordagem para o crescimento e desenvolvimento pessoais, tanto para a pessoa cuidada, quanto para o enfermeiro. Relacionando a teoria interpessoal e o processo de enfermagem, pode-se afirmar que ambos são sequenciais e focam-se no relacionamento terapêutico; ambos utilizam técnicas de resolução de problemas para a colaboração do enfermeiro e do utente, com o objetivo final de atender às

necessidades deste último; ambos usam comunicação, observação e registo como ferramentas básicas utilizadas pela enfermagem.

Por sua vez, no Modelo de Tidal a relação terapêutica entre enfermeiro-utente é percebida numa perspetiva de abertura face à mudança (Barker & Buchanan-Barker, 2017). É através desta relação terapêutica, que o enfermeiro desenvolve o seu crescimento profissional e pessoal que, naturalmente, promove uma maior abertura à compreensão do outro e das suas necessidades. O modelo afasta a ideia de que o profissional sabe o que é melhor para as pessoas, enfatizando que são elas próprias, no seu processo relacional que encontram o que é melhor para si mesmas (Barker & Buchanan-Barker, 2017). Nesta perspetiva é enfatizada a natureza humana em constante metamorfose, e o enfermeiro desenvolve uma prática co-participativa (Barker, 2001; Freitas et al., 2020). O modelo dá ainda ênfase à espiritualidade que, segundo Barker (2001), muitas vezes tem faltado aos modelos de prática na enfermagem psiquiátrica. A ênfase em explorar e desenvolver a experiência vivida da pessoa em tratamento é focada especificamente nos significados e valores que a pessoa atribui ou associa a si, ou à sua experiência. Desta forma, o Modelo Tidal é um modelo orientado para o processo de *recovery*, tendo em conta que enfatiza que a experiência de aprendizagem, salvaguardando os recursos pessoais e interpessoais que podem permitir o processo de reabilitação da pessoa cuidada (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2017; Young, 2010). O processo de *recovery* engloba quatro componentes essenciais, nomeadamente: a esperança vivenciada como o elemento catalisador deste processo; a autoidentidade que implica uma reorientação da pessoa, conhecer-se a si próprio e conhecer a própria doença; ter um sentido na vida que implica uma reavaliação dos objetivos e metas de vida anteriores; e, a responsabilidade pessoal que engloba a capacidade de assumir controlo da própria vida, como a gestão do bem-estar, da medicação, e a autonomia relativamente às próprias escolhas (Andresen, Oades, & Caputi, 2003).

Resgatando os teóricos referidos e colocando os seus modelos como fio condutor, é no segundo capítulo deste relatório que integro a reflexão acerca da aquisição das competências comuns de EE, e das competências especializadas em ESMP.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O Regulamento nº 140/2019 de 06 de fevereiro (2019) enuncia que os Enfermeiros Especialistas detêm um conjunto de competências partilhadas, que na sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de investigação demonstram um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Os quatro domínios de competências comuns são os seguintes:

- ✓ Responsabilidade profissional, ética e legal;
- ✓ Melhoria da qualidade;
- ✓ Gestão dos cuidados;
- ✓ Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Tendo por base este documento regulador segue-se uma abordagem abrangente, sobre as atividades e aprendizagens desenvolvidas nos EC, que permitiram adquirir/consolidar estas competências.

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio refere-se ao desenvolvimento da prática profissional e ética no seu campo de intervenção, demonstrando uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do utente, por forma a promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro). De acordo Sequeira e Sampaio (2020), a prática clínica deve ser fundamentada nos princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, responsabilidade e vulnerabilidade, pelo que o respeito por estes princípios se torna de especial relevância no domínio da saúde.

Neste sentido, cada enfermeiro deve analisar a sua intervenção refletindo sobre os problemas éticos com que se depara com a intuito de promover o bem-estar do utente. Deve ainda assumir uma abordagem colaborativa enfermeiro-utente, na qual o utente assume simultaneamente o papel de parceiro e alvo de cuidados. Este tipo de abordagem é fundamental para a definição do plano de tratamento adequado no sentido da responsabilização da pessoa cuidada. Sobre este assunto, Peplau refere que a relação de enfermagem se constitui como um processo interpessoal terapêutico significativo que funciona em cooperação com outros processos humanos que

tornam a saúde possível para indivíduos e comunidades (Hartley et al., 2020). Essa aliança terapêutica é definida como a relação que medeia o profissional e o utente, com a singularidade específica de cada um dos intervenientes, exigindo esforços renovados em cada nova interação. Para os enfermeiros, o desenvolvimento da aliança terapêutica exige uma convergência entre as habilidades profissionais interpessoais e a experiência de vida pessoal (Hartley et al., 2020). Já para os utentes, a aliança terapêutica é percebida como um suporte de vida que permite promover o trabalho colaborativo e a sensação de serem compreendidos (Hartley et al., 2020; Ventosa-Ruiz et al., 2022).

Nesta aliança terapêutica o enfermeiro especialista age de acordo com os normativos ético-legais e a deontologia profissional, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, no garante de uma avaliação sistemática das melhores práticas [centradas nas preferências dos utentes] (Regulamento nº 140/2019 de 06 de fevereiro, 2019). O Código Deontológico descreve que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” tendo este último, como princípios orientadores da sua atividade “a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; a excelência do exercício na profissão em geral, e na relação com outros profissionais” (OE, 2015, p.5).

Assente nos valores da igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional, o Código Deontológico (OE, 2015), refere que o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, deve assumir o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido. Deve, ainda, participar na orientação da comunidade na procura de soluções para os problemas de saúde identificados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (OE, 2015).

Os EEESMP são profissionais de referência na prestação de cuidados a pessoas com doença mental, podendo e devendo funcionar como gestores de caso, pelo seu treino e experiência nas áreas de intervenção psicoterapêutica individual e de grupo, de psicofarmacologia e de reabilitação psicossocial (Hurley et al., 2022). De acordo com Machado et al. (2021), as orientações atuais reforçam o investimento nos cuidados de saúde mental comunitários pela

aproximação dos serviços aos contextos naturais, facilitando assim os processos de *recovery* e inserção social. A mesma fonte, também nos diz que é necessário superar a abordagem tecnocrática e hospitalocêntrica da saúde mental. Neste sentido, prevê-se que os cuidados na comunidade possam ganhar maior expressividade, socorrendo-se aos serviços hospitalares, apenas quando for necessário e no menor período de tempo possível (Machado et al., 2021; Storm et al., 2019). À pessoa com doença mental devem ser prestados cuidados que incentivem a sua integração na sociedade, e que desenvolvam os processos de *empowerment* (capacitação) e *recovery* (Machado et al., 2021).

Deste modo, durante os EC, o raciocínio clínico iluminado pelos normativos ético-deontológicos, esteve presente em todas as ações e decisões assistenciais, tanto no diagnóstico dos fenómenos, como na escolha das intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos, quer na intervenção individual, quer na intervenção grupal, tanto em contexto comunitário como em contexto de ambulatório. Para Tanner (2006, cit. por Cerullo & Cruz, 2010), a formulação diagnóstica contém as expectativas de intervenções e resultados possíveis, em dado contexto, e depende do grupo-alvo e dos relacionamentos que são estabelecidos entre as pessoas.

Em todos os EC, os utentes foram sempre respeitados pelas suas idiossincrasias individuais (valores, costumes e crenças). A confidencialidade dos dados foi mantida bem como a segurança da informação escrita e oral. De realçar, que nos estudos de caso, foi preservada a privacidade dos participantes, utilizando nomes fictícios e perguntando aos mesmos se autorizavam que este fosse realizado, protegendo a informação de carácter sensível.

Não obstante, no decorrer do estágio em contexto de ambulatório, surgiu um constrangimento de natureza ético-legal. Aquando da realização do estudo de caso, ponderei o recurso a consultas telefónicas de forma a garantir o acompanhamento necessário, percebendo de antemão que a utente alvo do estudo recorria frequentemente ao serviço, e ainda que o uso da consulta telefónica era habitual no serviço, devido à situação pandémica em que o País se encontrava. No entanto, tal não foi possível, pois, de acordo com a enfermeira orientadora, o contacto telefónico não permitia criar o *rapport* com a mesma. Neste sentido, segui a recomendação da orientadora e realizei duas consultas presenciais nas quais adotei uma postura ética, quer no tratamento da informação obtida através da consulta do processo clínico, quer através da

aplicação de diferentes instrumentos de colheita de dados, como a entrevista semiestruturada e a observação.

Contudo, e à luz da evidência disponível, Travelbee (citado por Townsend, 2011, p.125-126) refere que:

“para estabelecer *rapport* é fundamental criar: um sentimento de harmonia baseado no conhecimento e apreciação da singularidade de cada indivíduo. É a capacidade de ser e ainda assim apreciar o outro como ser humano – apreciar mutuamente a descoberta de cada personalidade. A capacidade de querer verdadeiramente saber dos outros é o princípio base do *rapport*.”

Assim, criar *rapport* é buscar uma aproximação, criar um sentimento de confiança mútua e um vínculo entre enfermeiro e utente. A literatura acrescenta que é possível desenvolver *rapport* através da consulta telefónica. Segundo Watts et al. (2020) e Hatami et al. (2022), não existem diferenças na qualidade da relação terapêutica, independente da condição de tratamento (via telemática versus presencial). Estes resultados questionam aqueles profissionais de saúde que são tendenciosos contra a tele saúde, levando-os a subestimar a qualidade potencial do relacionamento desenvolvido usando este meio de comunicação. Na sua generalidade, os estudos revelam efeitos semelhantes entre a teleconsulta e a consulta convencional face-a-face vertidos na melhoria dos sintomas, funcionamento e satisfação do utente (Greenwood et al., 2022). De acordo com Hatami et al. (2022) a tele saúde pode englobar várias modalidades, que vão desde a videoconferência, terapia por telefone, programas de intervenção via online e apps de saúde mental. Face ao cenário pandémico, esta estratégia ganhou forte expansão, sendo que a sua utilização em situações eletivas, releva diligência dos profissionais e proporciona elevados níveis de satisfação nos seus utilizadores. Entre outras vantagens, é, ainda, possível aumentar a acessibilidade dos utentes e reduzir custos e inconvenientes da deslocação das populações à sua unidade de saúde, bem como diminuir a taxa de recaídas (Sánchez-Guarnido et al., 2022).

Alguns autores propõem estratégias para aumentar a adequabilidade no uso deste método. Para o efeito, a estruturação da consulta telefónica deve obedecer aos seguintes pontos-chave: a) preparação; b) estabelecimento de confiança (*rapport*); c) exploração; d) avaliação; e) plano de ação; f) final/encerramento; e, por fim, g) após a chamada o resumo com a otimização dos registos. Assim, a consulta telefónica constitui-se como uma opção válida, permitindo

rentabilizar a atividade assistencial dos serviços de saúde mental sendo um bom complemento à abordagem presencial (Lobo & Silva, 2020).

Partindo da evidência disponível, e na ponderação entre ter uma utente sem acompanhamento *versus* com acompanhamento, penso que atitude mais prudente seria a inclusão da consulta telefónica no plano terapêutico desde logo, por já existir *rapport* prévio (na medida em a cronicidade da doença mental determinava múltiplos contactos anteriores, ao evento que justificou a intervenção atual). Este constrangimento foi do meu ponto de vista um fator limitador do sucesso da intervenção, pois decorrente do planeamento inicial que incluía pelo menos 7 sessões telefónicas com a utente, acabou por se traduzir em dois contactos presenciais com a mesma.

Já no decorrer do EC II, mais especificamente em contexto comunitário, tive a oportunidade de realizar consultas de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário, na comunidade e ambulatório. Colaborei com a equipa, nomeadamente com a delegada de saúde, na sinalização dos utentes que se encontram em tratamento ambulatório compulsivo, e que não compareciam às consultas programadas.

A Lei da saúde Mental (Lei n.36/98 de 24 de julho), estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo das pessoas com doença mental⁷. A mesma Lei, refere que internamento compulsivo só pode ser acionado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e termina assim que cessem os fundamentos que lhe deram origem (grau de perigo e bens jurídicos em causa). Sempre que possível o internamento é substituído por tratamento em regime ambulatório.

O debate sobre o tratamento compulsivo de pessoas com doença mental coloca em causa alguns dos princípios éticos, nomeadamente o princípio da autodeterminação e da autonomia. O tratamento compulsivo é tido em conta quando as pessoas não apresentam *insight* para o seu estado de saúde e gravidade da doença, nem para a necessidade da toma da medicação; e por isso recusam qualquer tipo de tratamento indicado para proteger a sua integridade, sobrepondo-

⁷ Os pressupostos da referida Lei referem que o portador de anomalia psíquica grave que por força dela, crie uma situação de perigo para bens jurídicos, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse obedecer ao tratamento médico necessário, pode ser internado num estabelecimento adequado. Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento prejudique de forma acentuada o seu estado de saúde (Lei n.36/98 de 24 de julho).

se à sua autonomia e vontade. “A autonomia é um princípio *prima facie*, mas que não pode ser tomado por absoluto, como acontece em diferentes contextos (idade, estado inconsciente, grave deterioração cognitiva) que incluem, também, os portadores de doença mental, quando a situação clínica faz perigar a vida da pessoa ou coloca em risco terceiros” (CNECV, 2019, p.2). A discussão surge então centrada em que condições poderá o Estado ou os profissionais legitimar o recurso a tratamentos que não são aceites pela pessoa, contrariando a sua expressa vontade, colocando em causa o princípio da autodeterminação e da autonomia, em prol do princípio beneficente da defesa do bem e do superior interesse da pessoa com doença mental.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2019) é perentório ao afirmar que o princípio da autonomia é o espelho da dignidade da pessoa, de onde advêm direitos fundamentais. O respeito por este princípio ético em situações de doença, fundamenta o poder da pessoa em aceitar ou recusar o tratamento de saúde, que não deverá ser exercido por outrem, salvo em condições excepcionais. O CNECV (2019) acrescenta ainda que nas situações em que a autonomia se encontra comprometida, nas formas de doença mental cuja situação clínica pode colocar em risco a vida do utente ou de terceiros e bens, considera-se que não há objeção ética em aceitar, em prol do superior interesse da pessoa e da salvaguarda de terceiros e bens, a prescrição de tratamentos e de medidas, que podem ter em conta a sua contenção sob controlo judicial, prevalecendo o valor ético beneficente, devendo os profissionais atuar com humanidade e informar a pessoa sobre as medidas a ser implementadas (CNECV, 2019). Assim, as práticas usadas pelos profissionais na aplicação de medidas de contenção e de tratamento compulsivo, devem ter a finalidade de obter a melhoria clínica da pessoa e devem ser sustentadas num uso fundamentado, adequado, subsidiário e proporcional. O Estado tem o dever de colocar ao dispor os meios adequados para a obtenção dos melhores resultados nas diferentes fases da doença (CNECV, 2019).

Tendo por base a evidência disponível, torna-se então indiscutível que na situação de tratamento ambulatorio compulsivo, a lei se sobrepõe aos princípios éticos da autonomia e autodeterminação, levando em conta o princípio da beneficência do utente, devendo o enfermeiro atuar como facilitador deste processo, mobilizando a equipa e os parceiros de saúde (delegado de saúde), para atuar nos casos em que em que não se vê cumprido este princípio (de Waardt et al., 2022).

Assim, ao longo do percurso relatado nos parágrafos anteriores tornou-se possível desenvolver diversas unidades de competência do domínio em questão, nomeadamente, as unidades de competência A1.1, A1.2, A1.3, A2.1 e A2.2, através da construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com os utentes, do desempenho no papel de consultora nos cuidados da área de competência, da avaliação dos resultados do processo de tomada de decisão, assumindo a defesa dos Direitos Humanos conforme deontologia profissional e adotando uma conduta preventiva e antecipatória por forma a garantir a segurança, a privacidade e a dignidade dos utentes (Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro, 2019).

2.1.2. Melhoria da qualidade

No domínio da melhoria da qualidade, refere o Regulamento 140/2019 de 06 de fevereiro (2019), que o enfermeiro deve garantir um papel dinamizador no progresso e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e desenvolver práticas de qualidade, particularmente através dos programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Também o regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, na competência C2, refere que “o enfermeiro participa em programas de melhoria da qualidade, atuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas” (OE, 2011, p.23) e na competência C3 enfatiza que o enfermeiro deve desenvolver processos de formação contínua, onde deve adotar uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, reconhecer as áreas de maior carência formativa, procurar manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados, e assumir responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida, e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências (OE, 2011).

A Direção Geral da Saúde (2015) considera que a qualidade na área da saúde apresenta características específicas que a diferenciam pela procura constante da satisfação e diminuição das necessidades em cuidados de saúde do cliente, referindo que:

“o Sistema de Saúde Português tem que se adaptar à alteração progressiva dos padrões demográficos e epidemiológicos do país, (...), que ocorre de forma rápida, à enorme produção de novas evidências científicas, à tendência do aumento da despesa global no sector da saúde, aos resultados da investigação clínica e da inovação em saúde e à necessidade de cumprimentos de princípios éticos na definição de prioridades. Todo este

complexo e dinâmico contexto faz apelo à melhoria contínua da qualidade, como um imperativo para gestores, profissionais de saúde e cidadãos que utilizam o sistema de saúde” (Direção Geral da Saúde, 2015, p. 16).

O DL nº 157/99 de 10 de maio refere que “os centros de saúde têm como atribuições, em geral, a promoção da saúde (...)”. Neste contexto a UCC está em posição privilegiada para atuar na prevenção e promoção da saúde mental, através da literacia em saúde. O conceito de literacia em Saúde Mental, defendido pela OMS (citado por Sequeira & Sampaio 2020, p.57), “preconiza a alfabetização em saúde, capacitando a pessoa nas suas tomadas de decisão e potenciando-a como sendo a sua própria cuidadora, obtendo assim, ganhos em saúde”. Jorm (2012, cit. por Sequeira & Sampaio, 2020) refere que a literacia em saúde mental tem muitas componentes entre elas: o reconhecimento da doença mental; os comportamentos de procura de ajuda (incluindo barreiras e facilitadores); e, o conhecimento de estratégias de autoajuda eficazes para os problemas mais leves.

Neste sentido, e no decorrer do EC II, apostei na elaboração de um guia de boas práticas sobre o sono (foco de atenção de enfermagem); e um guia dirigido a profissionais de saúde acerca dos riscos psicossociais e capital psicológico em contexto laboral. A apresentação do projeto psicAEROMente no CRI, gerou discussão em torno dos riscos psicossociais e capital psicológico positivo, nas suas quatro vertentes – autoeficácia; esperança; otimismo e resiliência (focos de atenção de enfermagem). De realçar que estes aspetos são frequentemente desvalorizados pelas equipas, mas que quando trabalhados podem fomentar a melhoria da qualidade dos cuidados.

Tendo em conta o supracitado, a literatura diz-nos que, sendo os enfermeiros um dos grupos profissionais maioritário no setor da saúde, eles assumem um papel relevante na sustentabilidade dos sistemas de saúde, mas também no compromisso para com a saúde das comunidades e populações. Para responder a estes desafios a enfermagem tem acompanhado a evolução da ciência e da técnica através da investigação, não ficando indiferente ao universo científico em que se desenvolve, nem à realidade a quem se dirige. Contudo, a exigência física, cognitiva e emocional associada à complexidade dos cuidados, e o ritmo de trabalho têm sido apontados como determinantes da qualidade do exercício profissional. Acrescem os fenómenos de *distresse* e *burnout*, violência física e psicológica, e o trabalho por turnos, que interferem na vida familiar, agravando o cansaço destes profissionais, e por isso, as intervenções mitigadoras

do stresse laboral pressupõem a identificação dos fatores psicossociais implicados no trabalho da enfermagem (Pousa & Lucca, 2021).

A par dos riscos psicossociais têm surgido, nos últimos anos, estudos sobre a aplicabilidade dos conceitos da Psicologia Positiva (que visa o estudo das emoções positivas, o caráter positivo e as intuições positivas) ao nível do comportamento organizacional (Jafari et al., 2021). O Comportamento Organizacional Positivo (POB) permite aos enfermeiros a oportunidade de prestar um serviço eficaz e de alta qualidade. Em todas as organizações, o capital humano é um recurso valioso, que permite às empresas o seu crescimento e desenvolvimento (Jafari et al., 2021). No entanto para se obter o máximo proveito desse capital é fulcral explorar as dimensões internas do ser humano que podem influenciar o seu desempenho nas organizações. O comportamento organizacional positivo foi introduzido por Fred Luthans na convicção de que a mobilização do estudo dos pontos positivos do comportamento organizacional contribuem para a gestão da melhoria do desempenho/qualidade das organizações acreditando que o capital psicológico é avaliado através da crença do profissional na sua capacidade para alcançar o sucesso, e na sua determinação em perseguir objetivos e criar sentimentos positivos sobre si mesmo (Jafari et al., 2021). Desta forma, Luthans refere que o capital psicológico pode ser medido através dos elementos de autoeficácia, otimismo, esperança e resiliência do profissional (Jafari et al., 2021), capacidades estas que podem ser mensuráveis, capazes de serem aprendidas e desenvolvidas, gerando ganhos para a melhoria de desempenho (Heinitz et al., 2018).

Com a realização das atividades descritas, considero ter desenvolvido algumas unidades de competência referentes ao domínio em questão, como é o caso das unidades B1.1, B1.2, B2.1, B2.2, B3.1 e B3.2, através da incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, da participação da definição de metas para a melhoria dos cuidados ao nível organizacional, identificando oportunidades de melhoria e estabelecendo prioridades, elaborando guias orientadores de boas práticas, fomentando a implementação de programas de melhoria contínua e a adesão à saúde e à segurança ocupacional, envolvendo os profissionais na gestão do risco (Regulamento n.º 140/ 2019 de 06 de fevereiro, 2019).

2.1.3. Gestão de cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, segundo o Regulamento 140/2019 de 06 de fevereiro (2019), as competências comuns do enfermeiro especialista passam por gerir os cuidados de enfermagem, de forma a otimizar a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, e adaptar a gestão e a liderança dos recursos ao contexto e às situações, visando sempre a garantia da qualidade dos cuidados.

Durante os EC, a oportunidade de participar nas reuniões de equipa permitiu um aprofundamento deste domínio. As reuniões da equipa são o momento onde são planeadas as atividades a desenvolver, e abordados os diferentes casos em regime de hospital de dia, ambulatório e visita domiciliária. Scherer et al. (2007) aludem que estas reuniões deviam ir mais além, ao operarem como um recurso para integrar as diversas formas de pensar e agir, além de permitirem discussões e reflexões que permitam rever conceitos, posturas, atitudes, condutas, fornecer inovações na prática, trabalhar conflitos emergentes e facilitar os relacionamentos interpessoais. Estas reuniões permitem, ainda, clarificar as funções de cada elemento, por forma a potenciar as capacidades, habilidades e competências de cada um, num claro comprometimento com a cultura de segurança dos cuidados (Russ, 2021).

Durante os EC, tive igualmente a oportunidade de colaborar com assistentes sociais na observação de utentes e das suas necessidades específicas, no que concerne à institucionalização, permanência em centro de dia ou intervenção no domicílio. Nos utentes incapazes de gerir a limpeza da casa e que apresentassem os autocuidados (alimentar-se e higiene) comprometidos, eram implementadas intervenções psicossociais, cuja finalidade visava melhorar os resultados de saúde dos utentes, tendo em vista o aumento e a manutenção das suas competências e capacidades, prevenção do risco de incapacidade e melhoria do funcionamento social. Tive ainda oportunidade de intervir em consultas iniciais e de seguimento, o que permitiu avaliar a motivação, empenho e progresso dos utentes e/ou famílias aos longo das consultas, tendo em vista a promoção e a recuperação da saúde mental, bem como a prevenção de recaída.

Particularmente no EC III, treinei e desenvolvi estratégias e competências comunicacionais e educacionais, através de técnicas e intervenções, cujas ferramentas são essenciais à práxis do EEESMP, como a escuta ativa e a relação de ajuda, utilizando técnicas como a modificação de comportamentos, a entrevista motivacional aplicada na fase de manutenção - onde é expectável que haja uma consolidação da mudança e a prevenção de recaídas. Aqui as intervenções passaram por: manter as mudanças alcançadas, reforçar as vantagens percebidas das mudanças e prevenir a recaída (Sequeira & Sampaio, 2020).

Nos diferentes EC foi possível perceber que o clima organizacional é, fortemente, determinado pela qualidade do trabalho em equipa, e pelo apoio interpares, nas suas diversas áreas de competência profissional. Neves (2012, p. 125) subscreve esta ideia, ao mencionar que a “equipa tem de compreender a diversidade dos seus componentes, as competências e os saberes dos seus profissionais, e tirar partido disso no benefício de todos (...) em que as várias disciplinas aprendem das outras, com as outras e sobre as outras”.

Com as intervenções e atividades realizadas e descritas acima, considero que desenvolvi as unidades de competência C1.1, C2.1 e C2.2, pois disponibilizei assessoria aos enfermeiros e à equipa, colaborei nas decisões da equipa de saúde e na referenciação de utentes para outros prestadores de cuidados saúde, negocieei recursos à prestação de cuidados de qualidade, reconheci que os membros da equipa desempenham papéis distintos e interdependentes, e fomentei uma ambiente positivo e favorável à prática (Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro, 2019).

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De acordo com o regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro (2019) as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais referem-se ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, na medida em que:

“o Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro de 2019, p,4749).

Este domínio refere-se igualmente à prática baseada em evidência, em que “o Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro de 2019, p. 4749).

A tomada de decisão sobre os cuidados de saúde só existe quando se efetiva o relacionamento terapêutico em que ambos os intervenientes (profissional e utente) se transformam. Ao lidar com a complexidade das exigências dos utentes, o enfermeiro precisa de se apropriar de conhecimentos sobre a condição humana e a saúde mental. É natural que nesse processo o

enfermeiro se possa identificar com aspetos da vida do utente, e por isso é fundamental separar o que é seu, daquilo que é do outro, por forma a evitar processos de contratransferência, e assim não comprometer o relacionamento terapêutico (Nóbrega et al., 2017).

Ao conviver com o utente, principalmente, quando se trata de doença crónica, tanto o enfermeiro como o utente experienciam uma variedade de fenómenos, sentimentos, pensamentos e reações que podem interferir de forma positiva no relacionamento terapêutico (Orichio, 2012). Para o sucesso do relacionamento terapêutico vários ingredientes são necessários, designadamente: o autoconhecimento; a capacidade para amar e ser amado; a aceitação e o não julgamento; a empatia e o envolvimento emocional; e, por fim, a confiança e o respeito mútuo (Orichio, 2012; Tolosa-Merlos, 2023). A este propósito, Negreiros et al. (2010) acrescentam que para o desenvolvimento da relação terapêutica, é necessário saber comunicar, pela sua influência direta na interação com a pessoa. Phaneuf (2005) acrescenta que a comunicação e o autoconhecimento são condições *sine qua non* da qualidade dos cuidados, e peças cruciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade.

Ser capaz de identificar os próprios hábitos é o primeiro passo para qualquer mudança de padrão mental ou de comportamento. O meu primeiro exercício de autoconsciência aconteceu na Unidade Curricular de Desenvolvimento Pessoal e Comunicação Terapêutica, onde foi realizada uma autoanálise e uma *digital storytelling*⁸. A jornada do autoconhecimento teve início, mas jamais terá fim. De facto, assumir uma atitude introspetiva permite-nos quebrar paradigmas que construímos ao longo da vida, estar dispostos a enfrentar os medos e inseguranças tendo a humildade para reconhecê-los e aceitá-los, para ulteriormente reformular os modelos mentais. A autoconsciência é fundamental para os enfermeiros melhorarem a relação enfermeiro-utente e a sua práxis. São várias as teorias que existem sobre a autoconsciência, mas poucos estudos exploram as perspetivas dos enfermeiros em relação à autoconsciência e o que esta significa para si e quais as implicações da mesma no cuidado ao utente (Rasheed et al., 2019). Contudo, é cientificamente comprovado que a autoconsciência pode aumentar a confiança dos enfermeiros para a gestão de situações desafiadoras, e na prestação de cuidados culturalmente competentes (Rasheed et al., 2019). Na esteira desta asserção, os EC foram também fulcrais no desen-

⁸*Digital Storytelling* - ferramenta de comunicação estruturada que permite capturar, partilhar e preservar histórias através de uma variedade de recursos multimédia, como imagens, áudio e vídeo, em torno de um tema escolhido. A utilização deste recurso permite adquirir desenvolver *skills* de autoanálise, literacia digital, global, tecnológica visual e informativa (Laranjeira et al., 2021).

volvimento do autoconhecimento, pois em todos eles foram realizadas análises crítico-reflexivas, na procura do saber-ser, saber-estar e saber-fazer. Benner (2001, p. 14) refere como fundamental para esta construção de saberes o exercício reflexivo uma vez que a reflexão permite “aos enfermeiros que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico”. Como elemento facilitador de processo sobre reflexão sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na ação é importante referir o Ciclo Reflexivo de *Gibbs*⁹. Este modelo, elenca-se numa estrutura para examinar experiências e, devido à sua natureza cíclica, presta-se particularmente bem a experiências repetidas, permitindo aprender e planear a ação. Assim, no decorrer na prática clínica foi fundamental a utilização deste modelo, que permitiu a construção de reflexões orientadas sobre a prática no sentido da melhoria do desenvolvimento profissional como EEESMP, permitindo assim contribuir para o meu autoconhecimento. De salientar que os momentos de *debriefing*¹⁰ com o supervisor de EC, permitiram a discussão das várias reflexões realizadas em cada EC, tendo em vista o alcance dos melhores resultados e do modo como estes deveriam ser alcançados.

Ainda neste domínio, há que realçar os estudos de caso efetuados em cada um dos EC, nos quais tive a oportunidade de estabelecer e treinar a relação terapêutica e o uso da assertividade. De acordo com a literatura, a comunicação é um processo interpessoal que engloba trocas verbais e não-verbais de informações e ideias. Estão descritos quatro estilos de comunicação:

“a comunicação assertiva, passiva, passiva-agressiva e agressiva. Na comunicação assertiva, os indivíduos defendem os seus direitos básicos pessoais sem para isso violarem os direitos básicos dos outros. Expressam os seus direitos de forma aberta e honesta e assumem a responsabilidade pelas suas próprias ações deixando os outros fazerem as escolhas deles. Este tipo de comportamento leva estes indivíduos a estabelecer relações agradáveis e satisfatórias com os outros” (Querido et al., 2020, p.2).

⁹ O modelo abrange 6 etapas: 1) Descrição da experiência; 2) Sentimentos e pensamentos sobre a experiência; 3) Avaliação da experiência; 4) Análise para entender a situação; 5) Conclusão sobre o que aprendeu e o que poderia ter feito diferente; 6) Plano de ação de como lidaria com situações semelhantes no futuro, ou mudanças gerais que se possam achar apropriadas (Universidade de Edimburgo, 2020).

¹⁰ O *debriefing* é uma reflexão estruturada pós-experiência que contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados (Plowe, 2020).

Neste sentido, com as intervenções realizadas, foi possível desenvolver as unidades de competência D1.1, D2.1, D2.2 e D2.3. Assim, mobilizei estratégias de autoconhecimento para facilitar o reconhecimento de fatores que pudessem interferir no relacionamento com o cliente e ou a equipa multidisciplinar; reconheci os meus recursos e limites pessoais e profissionais, tomando consciência sobre a influência pessoal na relação profissional; geri sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; atuei eficazmente sob pressão e reconheci e antecipei situações de eventual conflitualidade. Da mesma forma, atuei como formadora em contexto de trabalho (EC), diagnosticando as necessidades formativas/lacunas de conhecimento para cada contexto e avaliando o impacto das mesmas nos formandos. Na mesma medida, adquiri conhecimento disciplinar e interdisciplinar que contribuiu para a prática especializada, designadamente, na prestação de cuidados seguros e competentes e na rentabilização das oportunidades de aprendizagem. Foi ainda possível desenvolver a tomada de iniciativa na análise de situações de elevada complexidade, com recurso às tecnologias de informação e métodos sistematizados de pesquisa.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

De acordo com o Regulamento 515/2018 de 07 de agosto de 2018, as competências específicas do EEESMP dão resposta à promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas a processos de vida e problemas de saúde. O EEESMP mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe possibilitam mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Segundo o mesmo Regulamento, as competências específicas do EEESMP são as seguintes:

- ✓ “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, Mercê de vivências e processos de autoconhecimento pessoal e profissional;
- ✓ Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, famílias, grupos e comunidades na otimização saúde mental;
- ✓ Ajuda a pessoa ao longo do ciclo da vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

- ✓ Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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” (Regulamento 515/2018 de 07 de agosto de 2018, p.21427).

Passarei, de seguida, a abordar as atividades e aprendizagens desenvolvidas nos EC, que permitiram adquirir as competências supracitadas.

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

“Conhece-te a ti mesmo”

Sócrates

Reza a história, que o Deus Apolo tornou esta frase, proferida por Sócrates, numa mensagem à humanidade, tentando dizer que o ser humano precisa de procurar o conhecimento de si mesmo para que possa conhecer a verdade sobre o mundo, pois só com esse autoconhecimento, conseguimos entender com mais profundidade os nossos comportamentos, desejos, emoções e motivações, evitando criar personagens que acabam por nos distanciar da nossa essência, sem questionarmos quais os nossos limites e vontades.

Sócrates foi pioneiro ao realçar a importância do autoconhecimento como meio para aceder à própria ignorância. Esta filosofia nasce a partir da reflexão interna, ou seja, quando olhamos para o que existe dentro de nós. O Mito da Caverna de Platão¹¹ é uma alegoria que retrata exatamente a importância do autoconhecimento. Transpondo esta alegoria para a realidade, o autoconhecimento pertence a quem aprende a se conhecer, libertando-se das correntes da sua realidade, e tenta libertar os que estão à sua volta. Quando nos permitimos abandonar

¹¹ Este Mito, fala-nos de uma caverna onde viviam prisioneiros acorrentados, que desde o seu nascimento, que somente viam as suas sombras projetadas numa parede. Para eles a realidade era constituída por aquelas sombras e nada mais existia. Certo dia, um prisioneiro liberta-se e começa a explorar o mundo exterior saindo da caverna, e percebe que as sombras eram controladas por outros prisioneiros. Esta alegoria realça de que forma a procura pelo conhecimento nos permite sair da zona de conforto, permitindo o autoquestionamento. Para Platão, a caverna simboliza o mundo onde todos os seres humanos vivem. O senso comum e os preconceitos da sociedade são representados pelas correntes, que nos impedem de saber a verdade sobre o mundo. O ato do prisioneiro se libertar demonstra a missão de quem rompe os preconceitos e procura o conhecimento. Já as sombras, são a representação das falsas crenças e a luz do dia, é o conhecimento, que pode ser ofuscante para quem não estiver habituado. O sol, é a verdade, é o que ilumina tudo o que existe e que dá origem ao conhecimento (Platão, 2019).

preconceitos e a questionar o que nos foi ensinado, vamos obter respostas que irão mudar a nossa percepção, e o mundo que nos rodeia.

Assim, a primeira competência do EEESMP está intimamente relacionada com o próprio, e da forma como se reflete na relação com o outro. A reflexão sobre a minha história pessoal e profissional deixou um rasto que levou às minhas escolhas, e fizeram de mim a pessoa que sou hoje, despida de preconceitos e provida de autoconhecimento, porém ainda com caminho a percorrer.

A autoconsciencialização permite uma maior percepção do outro e da relação interpessoal, resultando numa condição básica para otimização da saúde (Elias et al., 2020). Neste sentido, o cuidado dirigido à pessoa com doença mental requer do profissional o conhecimento sobre a complexidade do outro. Para tal, é importante orientar o indivíduo no sentido de que o autoconhecimento é importante para sua vida e para o seu projeto individual de saúde. Desta forma, o autoconhecimento é uma estratégia pessoal e coletiva, na medida que contribui para as práticas de cuidado (Elias et al., 2020).

A “mobilização de si” reflete-se na capacidade do EEESMP de estabelecer relações terapêuticas, e pode condicionar os resultados esperados das intervenções desenvolvidas (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto). O contacto com a pessoa com doença mental, nos diferentes EC, teve um forte impacto na aquisição desta competência, onde tive necessidade de me mobilizar como instrumento terapêutico, seja na procura dos recursos internos, seja na regulação das emoções. Realço, ainda, as reflexões com os professores, supervisores, orientadores e colegas de percurso, as quais permitiram obter uma nova perspetiva, e um outro olhar sobre caminho a trilhar. Este aprofundamento do autoconhecimento revelou-se de extrema importância na relação com o outro, permitindo-me tomar consciência de mim mesma durante a relação terapêutica, e na realização das intervenções especializadas, tornando possível a concretização da unidade de competência F1.1 (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto).

Realço a elaboração de um diário de bordo, que intitulei “conversas à mesa” onde todos os dias, escrevia sobre os sentimentos e emoções experienciados. Com a elaboração deste diário, apercebi-me que muitas das emoções vivenciadas as fui incorporando como parte de mim, e ao invés de projetá-las negativamente no outro (não permitindo a abertura para a relação terapêutica), aprendi a integrá-las.

Neste processo de autoconhecimento, torna-se de particular importância saber identificar e gerir internamente, as emoções e sentimentos para evitar impasses terapêuticos¹². Ao fazê-lo, torna-se possível gerir os fenómenos de transferência, contratransferência, resistências, e o impacto de si próprio na relação terapêutica (F1.1.2), mobilizando o “dar conta de si” integrativo (F1.1.4), o que me permitiu manter o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico (F1.1.3). Este processo foi gradual ao longo dos EC, na relação terapêutica estabelecida com os utentes, o que me fez refletir sobre as minhas emoções e o seu impacto. Barker (2001) afirma que é essencial que o próprio se reconheça e esteja atento ao impacto de si na relação, para que esta seja centrada no outro e no significado que este atribui à doença. Importa salientar que as reuniões intermédias e finais, também tiveram um contributo incomensurável nesta autoreflexão. Senti que a calma, a escuta ativa, a postura, os momentos de silêncio promovidos pelo professor supervisor foram fundamentais para o meu processo de autoconhecimento, permitindo-me extravasar as minhas emoções, para depois refletir sobre as mesmas, crescendo e ganhando estratégias de *coping* eficazes para lidar com as mesmas. Esta competência, pelas suas características é fundamental para atingir as restantes competências do EEESMP.

2.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, famílias, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

“Quando a dor de não estar vivendo for maior que o medo da mudança, a pessoa muda”

Sigmund Freud

Durante o meu percurso para a aquisição desta competência, procurei proceder à recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos utentes, incluindo a promoção e proteção da saúde, e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de juízo clínico, comunicação, sensibilidade cultural e linguística, e técnicas de entrevista e de observação do comportamento.

De modo a desenvolver estas capacidades, foram necessários momentos de interação com o utente, que permitiram uma avaliação das suas necessidades, dinâmicas familiares, assim como das relações com a comunidade. Esta abordagem permitiu melhorar a minha práxis mais,

¹² Impedimento ou dificuldade na relação, durante o processo terapêutico, cuja resolução não é aparente. Há um desencontro entre a pessoa e o terapeuta (Safran et al., 2014).

propriamente, na identificação de agentes protetores e desencadeantes de crise e definir estratégias para lidar com os mesmos. O primeiro contacto com o utente é fundamental pois pode condicionar toda a relação, sendo que a avaliação inicial proporciona um momento singular para o início da relação de ajuda. A avaliação inicial, corresponde à primeira etapa do processo de enfermagem e contempla a colheita sistemática de dados, para posteriormente serem classificados, analisados e registados (Toney-Butler & Unison-Pace, 2022). O pensamento crítico aplicado durante o processo de enfermagem, permite a obtenção de uma estrutura de tomada de decisão para o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado incorporando os conceitos de prática baseada em evidências (Toney-Butler & Unison-Pace, 2022).

Para isso, procurei desenvolver competências de observação e de técnicas de entrevista. A entrevista de enfermagem, é um momento de interação entre o utente e o enfermeiro e pode ter objetivos distintos. Segundo Querido e Laranjeira (2019), através da entrevista é possível a colheita de dados, o apoio psicológico e/ou resolução de problemas, com vista a assistir o utente perante uma situação que lhe é árdua. Para os mesmos autores, existem vários tipos de entrevista, no entanto, foi sempre utilizada a entrevista semiestruturada, em que o utente foi colocado em situação de colaborador e foi garantido o anonimato das informações.

Adotei uma atitude de disponibilidade pautada pelo rigor e isenção de juízos prévios. Paralelamente, tentei que todos os comportamentos veiculassem abertura, empatia, estímulo e compreensão e mantendo o contato visual com o utente. A observação, por sua vez, sendo um processo deliberado de atenção e concentração sobre o utente/situação (em que se pretende observar, investigar e analisar) permite o revelar de determinadas variáveis, monitorizando-as ativa e objetivamente, sem julgamento ou intenção de as modificar (Querido & Laranjeira, 2019).

Ao realizar o processo de observação dá-se início ao processo de registo da história clínica, das perspetivas de tratamento e de resolução dos problemas, no âmbito da intervenção de enfermagem. Os objetivos da observação permitem então compreender a situação do utente; identificar os sinais e sintomas clínicos; identificar os fatores precipitantes que contribuíram para a situação clínica; reconhecer a expressão do utente (expressões corporais, mímica do rosto, gestos, conduta, linguagem, expressão do pensamento e dos afetos); desenvolver um plano terapêutico; acompanhar a resposta do utente ao tratamento; e monitorizar a evolução do

mesmo. Por estes motivos, a observação fornece informação rica e profunda sobre o utente e a sua situação (Querido & Laranjeira, 2019). Para além da observação e da entrevista semi-estruturada, recorri à utilização do genograma e ecomapa, instrumentos fundamentais para uma avaliação global do indivíduo e família. Os problemas mais referenciados e nos quais tive a oportunidade de intervir durante o período dos EC foram os seguintes: humor comprometido, tristeza, *coping* ineficaz, insónia, sobrecarga do familiar cuidador, ansiedade, aceitação do estado de saúde não demonstrada, autoestima comprometida, falta de autocontrolo e adesão ao regime terapêutico comprometida. Relativamente às dinâmicas das consultas, como já foi referido anteriormente, são realizadas pelo enfermeiro de referência, com recurso a metodologia de gestão de casos, sendo que, tanto em contexto de ambulatório, como na comunidade ou cuidados diferenciados, as intervenções e técnicas implementadas foram as seguintes:

✓ Escuta Ativa – uma intervenção de enfermagem que se caracteriza por um conjunto de atividades que possibilitam a compreensão das necessidades dos utentes através de uma atitude de interesse, aceitação e respeito incondicional. A empatia e a compreensão são elementos fulcrais nesta intervenção, na qual a expressão de sentimentos e pensamentos deve ser estimulada, sem qualquer tipo de censura ou juízo de valor. Os seus objetivos passam por estabelecer o *rapport* ; promover a segurança, o conforto e a confiança do utente; e, estabelecer a relação terapêutica (Sequeira & Sampaio, 2020). Nos diferentes EC, as estratégias de intervenção utilizadas passaram por: encorajar o utente a expressar sentimentos; usar o silêncio para permitir a expressão de emoções, valorizando-as; focalizar na interação, eliminando preconceitos, influências, preocupações pessoais e distrações; identificar os temas predominantes no discurso; responder ao utente demonstrando a compreensão da mensagem transmitida; e, dar feedback ao utente sobre a partilha.

✓ Relação de Ajuda – pretende enfatizar a capacidade natural dos utentes para a autoatualização, através de uma abordagem não diretiva, centrada no utente, por forma a criar um ambiente favorável ao crescimento, onde o utente possa ser autêntico, aceite e compreendido, com vista à procura de soluções para os seus problemas (Sequeira & Sampaio, 2020). Na literatura, a relação de ajuda compreende 3 fases de implementação – Fase de orientação (primeiro contacto com o utente, onde se estabelece um ambiente de confiança e onde são definidos os papéis e clarificadas as necessidades do mesmo – diagnósticos de enfermagem); fase de trabalho (onde se procura dar resposta às necessidades do utente, passando a relação a estar centrada no problema e na forma de o solucionar); e a fase de

conclusão (onde é realizada uma avaliação da intervenção e percecionado se os objetivos foram atingidos) (Sequeira & Sampaio, 2020). Para a sua concretização foram desenvolvidas as seguintes estratégias de intervenção: i) estabelecer contacto com o utente, identificando-me; ii) acompanhar o utente na expressão da sua necessidade de ajuda; e, iii) avaliar as dificuldades na resolução dos problemas e suas causas propondo estratégias alternativas (levando o utente a priorizar as alternativas e os recursos necessários para dar resposta ao problema, discutindo as suas vantagens e desvantagens). Estas estratégias foram facilitadas pelo facto das fases de orientação e de trabalho, estarem previamente estabelecidas pelos enfermeiros orientadores (em consultas de seguimento), o que facilitou sem dúvida, a confiança e o *rapport* do utente.

✓ Relação Terapêutica – caracteriza-se pela parceria estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, cujo objetivo passa por ajudar o utente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde, envolvendo neste processo a família e/ou pessoa significativa (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho), o que foi tido em conta em todos os EC.

✓ Reestruturação Cognitiva – técnica do domínio das intervenções psicoterapêuticas, que visa assistir e encorajar o utente a alterar padrões distorcidos de pensamento para que perceba a si mesmo e ao mundo que o rodeia de forma mais realista, utilizando estratégias que objetivam o reconhecimento e a modificação dos pensamentos automáticos (distorções cognitivas) (Amaral, 2010; Sequeira & Sampaio, 2020). As estratégias de intervenção utilizadas passaram por assistir os utentes: a desenvolver crenças racionais [saudáveis]; a verbalizar sentimentos negativos; e a identificar os fatores de stresse, utilizando técnicas comportamentais como o questionamento socrático, a descatastrofização e o exame de evidências.

✓ Modificação de Comportamento – intervenção comportamental, que pretende a progressão positiva de uma pessoa que apresenta um diagnóstico de enfermagem de natureza comportamental, sendo o seu intuito ajudar a pessoa a substituir um comportamento indesejável por um comportamento desejável, utilizando estratégias de intervenção como as técnicas de terapia comportamental - a entrevista motivacional, o treino do autocontrolo e o contrato terapêutico (Sequeira & Sampaio, 2020). Esta estratégia foi mobilizada em todo os EC, mas mais propriamente no EC em contexto de cuidados diferenciados, já que a intenção pretendida

era a aceitação do estado de saúde e a modificação do comportamento, nomeadamente no que concerne aos comportamentos aditivos.

✓ Entrevista Motivacional (EM) – é uma técnica inserida no domínio das intervenções comportamentais. Um estilo de comunicação colaborativo, centrado na pessoa, que permite melhorar a motivação intrínseca para a mudança (Sequeira & Sampaio, 2020). A EM - é a chave para a mudança, sendo necessária em todo o seu processo; - é multidimensional, pois engloba fatores internos, que estabelecem a fase para a mudança, e fatores externos, que criam condições para a mudança; - é dinâmica e flutuante no tempo, pois depende das interações sociais, dos contextos e engloba 6 estádios motivacionais, designadamente: a pré-contemplação; a contemplação; a preparação; a ação; a manutenção; e a recaída (Sequeira & Sampaio 2020). Durante os EC deparei-me com utentes nas fases de preparação, ação e manutenção. Na primeira (fase de preparação), existe a janela para a mudança, durante um determinado período de tempo, e as intervenções passaram por oferecer ao utente um menu de opções para a mudança; negociar planos e realizar contratos de mudança; apoiar na procura de redes de suporte e explorar as expectativas do tratamento. A segunda (fase de ação), é período em que a pessoa tem intenção de mudar. Neste estádio as intervenções passaram por: fornecer suporte à mudança realista através de pequenos passos; ajudar a identificar situações de risco; manter contacto; e, analisar estratégias de mudança. Na última (fase de manutenção), é expectável que haja uma consolidação da mudança e o evitamento de recaídas (Sequeira & Sampaio, 2020). Aqui as intervenções passaram por manter as mudanças alcançadas, reforçar as vantagens percebidas das mudanças e prevenir as recaídas.

✓ Treino de Autocontrolo – O autocontrolo encontra-se inserido no domínio da saúde psicossocial e refere-se aos resultados que descrevem a capacidade de uma pessoa para conter o comportamento, seja ele física ou emocionalmente danoso para si ou para terceiros. O treino do autocontrolo traduz-se na capacidade de o utente conseguir controlar as suas emoções e os seus desejos ou, por outras palavras, é a capacidade de saber fazer a gestão emocional, de forma a manter o domínio das reações. É muito utilizado em situações de ansiedade, impulsividade, agressividade (Sequeira & Sampaio, 2020). As estratégias de intervenção utilizadas passaram por: a) avaliar a motivação dos utentes para a mudança e consciencializá-los para essa necessidade; b) assistir os utentes a identificar os seus pontos positivos e a reforçá-los; c) encorajar os utentes a avaliar o seu comportamento e assimilar as respetivas consequências; d) assistir os utentes a identificar os seus pontos positivos, e, e) elogiar os progressos conseguidos.

✓ Treino de comunicação assertiva – esta técnica permite ao enfermeiro expressar a sua opinião de forma clara, sem ser agressivo. Ela permite afirmar, através da comunicação verbal e não-verbal, o que o utente/enfermeiro quer, pensa e sente, sem invadir o espaço do outro (Sequeira & Sampaio, 2020). O comportamento assertivo ajuda o enfermeiro a sentir-se bem consigo próprio e a aumentar a sua autoestima levando ao aumento da sua capacidade de desenvolver relações satisfatórias com o utente. Contudo, isto só poderá ser alcançado através dos princípios da honestidade, frontalidade, adequação e respeito pelos direitos básicos individuais (Towsend, 2011). Como já referi anteriormente, a comunicação assertiva esteve na base de todo o meu percurso, dado ser um elemento *core* das competências específicas do EEESMP.

✓ Intervenções Psicoeducativas – possibilitam a compreensão dos factos sobre a doença mental de forma clara e concisa, sendo uma forma de ajudar o utente a desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. O conhecimento acerca da doença é fundamental para que os utentes e as suas redes de apoio, possam ser capazes de conceber os próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de prevenção da doença (Regulamento n.º356/2015 de 25 de junho).

✓ Reabilitação Psicossocial – processo que pretende oferecer aos utentes a oportunidade de atingir o seu potencial de funcionamento independente na comunidade, envolvendo as competências individuais de cada um, e a introdução de mudanças ambientais. Os seus principais objetivos focam-se na emancipação da pessoa com doença mental, na melhoria da competência social, na redução da discriminação/ estigma e na criação de um sistema de apoio social de longa duração, intervindo em áreas como o treino de competências sociais e pessoais, a formação profissional, o emprego apoiado e/ou protegido, as atividades ocupacionais e o *empowerment* (OE, 2011).

Durante as consultas e visitas domiciliárias desenvolvidas, foi possível verificar que a maioria dos utentes carece de recursos socioeconómicos, a vários níveis (habitação, alimentação, medicação). Para mitigar estas dificuldades foi necessário acionar os parceiros da comunidade, para conseguir os apoios sociais necessários, e, assim, contribuir para a sinergia entre as instituições. Por sua vez, colaborei nestes processos, nomeadamente, na avaliação global das respostas humanas às situações de maior vulnerabilidade. Pude, ainda, constatar que a intervenção no domicílio exige do enfermeiro a compreensão que a pessoa está inserida num

contexto familiar e social e que não pode ser isolada deste. Constato assim que, com as intervenções e técnicas desenvolvidas, promovi a avaliação das necessidades em saúde mental dos grupos e comunidades, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente (F2.1) e executei uma avaliação global que permitiu uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família (F2.2), dando resposta aos critérios de avaliação F2.1.1, F2.1.2, F2.2.1, F2.2.2 e F2.2.3 (Regulamento n° 515/2018 de 07 de agosto).

No que concerne à coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção/proteção da saúde mental e prevenção da doença, realço o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – psicAEROMente - direcionado para os profissionais de saúde. Este projeto, visou capacitar os profissionais da instituição onde exerço funções com estratégias de Autoeficácia, Esperança, Resiliência e Otimismo, contribuindo para a redução dos fatores de stresse e a gestão dos conflitos interpessoais (F2.3.4). Este programa, foi partilhado com os profissionais do EC de respostas diferenciadas, através de uma sessão de formação em serviço, a qual mereceu o melhor acolhimento.

Por forma a dar resposta ao critério de avaliação F2.3.1 – “Implementa na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo” (Regulamento n° 515/2018 de 7 de agosto de 2018, p.21428), destaco também a colaboração nas sessões psicoeducativas dinamizadas pelo DICAD, associadas aos projetos “WhatsUP Net educando”; “Eu e os Outros” e o projeto elaborado pelos alunos do IP Tomar em parceria com o CRI “*An app a day keeps the doctor away*”, inserido no projeto DEMOLA¹³. Sendo a intervenção psicoeducativa uma das

¹³ Objetivos dos programas:

“WhatsUP Net educando” - aumentar a literacia digital dos encarregados de educação - benefícios e riscos do estar online; aumentar competências de comunicação com os educand@s relativamente à internet, segurança digital e à utilização problemática da internet, de forma a promover um diálogo aberto sobre oportunidades e riscos relacionados ao uso da Internet; aumentar competências para estar atento a sinais de alerta junto dos educand@s face à utilização problemática da internet.

“Eu e os Outros” - promover a reflexão em grupo sobre temas do desenvolvimento ligados à adolescência; criar uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social; promover os processos de tomada de decisão, confrontação no seio do grupo e exploração de informação.

“An app a day keeps the doctor away” - identificar quais as estratégias de autorregulação usadas pelos jovens; elaborar um programa de prevenção para que cada jovem consiga identificar o seu nível de risco de dependência de tecnologia; providenciar uma aplicação para reduzir o desenvolvimento de comportamentos aditivos tecnológicos.

competências do EEESMP descrita no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018, pode-se afirmar que o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e a parceria com os intervenientes, tendo por objetivo aumentar o *insight* sobre os problemas existentes e a capacidade de encontrar novas possibilidades na resolução das dificuldades. O principal objetivo da intervenção psicoeducativa passa por dotar os utentes e familiares com conhecimento sobre a doença e o seu tratamento, para que estes possam trabalhar em conjunto com o enfermeiro e assim obter ganhos em saúde, com destaque para a prevenção da recaída; gestão da crise e prevenção de comportamentos da esfera suicidária (Ameel et al., 2019; Sarkhel et al., 2020).

Todos os programas em que tive oportunidade de participar, como observadora e como interveniente, visaram uma intervenção preventiva, e promotora de *empowerment* e saúde mental em comportamentos problemáticos, relacionados com o uso da internet, jogo, drogas lícitas e ilícitas. Desta forma, foi possível promover o *insight* e a tomada de decisão partilhada, envolvendo os intervenientes (jovens, pais, tutores e professores) numa abordagem dirigida ao desenvolvimento comunitário participativo. Neste sentido, adquiri aprendizagens através da realização de intervenções psicoeducativas dirigidas as diferentes grupos-alvo – pais/educadores, alunos, professores – e com recurso a estratégias telemáticas.

No que diz respeito à implementação de programas de promoção da participação ativa, através da educação para a cidadania e *empowerment* das pessoas com doença mental grave (F2.3.2) e de projetos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental (F2.3.3), realço a importância das visitas domiciliárias bem como a avaliação dos utentes em consulta, pelo método de gestão de caso, permitindo uma prestação de cuidados diferenciada. Numa perspetiva ecológica foi sempre favorecida a participação ativa do utente e família, dotando-os de estratégias de *coping* eficazes, que lhes permitissem potenciar a sua funcionalidade, com recurso ao trabalho colaborativo da equipa multidisciplinar e dos parceiros da comunidade.

2.2.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo da vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”

Carl Gustav Jung

É indiscutível que, a referência a esta terceira competência nos reporta à segunda competência, estando ambas interligadas. Deste ponto de vista, o processo de enfermagem, enquanto metodologia científica de intervenção, permite que o enfermeiro tenha conhecimento sobre as necessidades de saúde do utente através da colheita de dados, tendo como finalidade o desenvolvimento do plano de cuidados (Garcia et al., 2017). No momento atual, os cuidados de ESM, exigem do enfermeiro uma postura que priorize o estabelecimento da relação terapêutica, o reconhecimento das experiências de vida do utente, e a procura pela sua responsabilização na tomada de decisão (Garcia et al., 2017).

Ao EEESMP cabe averiguar os diagnósticos sensíveis à sua intervenção, e catalogar quais os focos nos quais pode intervir, utilizando a taxonomia CIPE [Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem] (ICN, 2019), criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros (Towsend, 2011). Outra taxonomia, amplamente usada, é a NOC-NANDA (Classificação dos Resultados de Enfermagem), a qual permite uma avaliação criteriosa dos indicadores de resultado, dado que verte o conhecimento disciplinar produzido (Sequeira & Sampaio, 2020).

Para uma adequada consecução do processo de enfermagem foram usadas ambas as taxonomias nos diversos EC, bem como a metodologia de gestão de casos. Para Towsend (2011), a gestão de casos, sendo um modelo inovador e em expansão na prestação de cuidados, resulta numa melhoria dos cuidados ao utente, permitindo ajudar os utentes em risco a prevenir episódios de doença evitáveis. Assim, nos diversos contextos, tive a oportunidade de mobilizar esta metodologia de trabalho, o que me deu uma nova visão sobre os cuidados de enfermagem, comparativamente à que utilizo no meu contexto profissional - método de individual de trabalho.

A gestão de casos resulta numa valorização do desenvolvimento de relações de confiança mútua, e numa “profunda compreensão e validação das necessidades individuais e recursos da pessoa, promotoras do seu autocuidado, em situações complexas e crónicas, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde”, permitindo a “existência de um aumento da capacitação das pessoas com doença mental crónica” (Almeida & Amendoeira, 2015, pp. 340-341). O gestor de caso coopera com os restantes profissionais e mobiliza os recursos necessários a fim de assegurar as melhores intervenções à obtenção dos objetivos delineados. Através do trabalho colaborativo, o EEESMP

responsabiliza-se pelos cuidados prestados, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes, conforme o enquadramento legal (F3.3.1).

Tendo em conta o supracitado, no decorrer dos EC, considero ter dado resposta às unidades de competência que estão na base da terceira competência, a saber: estabeleci diagnósticos de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade (F3.1), através da observação e entrevista; identifiquei os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental (F3.2.); realizei e implementei o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade (F3.3.); realizei e implementei um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados (F3.4.); recorri à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em ESMP, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde (F3.5.).

Ressalvo a importância dos estudos de caso realizados nos EC, pois foi a forma mais concreta de verter a aplicação do processo de enfermagem, devido à proximidade de acompanhamento aos utentes em estudo. Também na atividade desenvolvida na comunidade (visitas domiciliárias, e intervenções realizadas em contexto escolar) foi de extrema importância, tal como o trabalho desenvolvido com as equipas multiprofissionais. Durante os EC, foi ainda possível coordenar, juntamente com a equipa multidisciplinar a transição de utentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental/cuidados de saúde gerais/unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados, nomeadamente no que concerne à identificação de focos de enfermagem que necessitassem de outro tipo de intervenção, como a doença orgânica (F3.5.4).

Ainda na intervenção com adolescentes, planeei e desenvolvi programas de treino de aptidões sociais e de regulação socioemocional, com foco nas áreas específicas que evitem a exclusão social, mais concretamente em situações de comportamentos aditivos (F3.3.5), concebendo estratégias de capacitação dos adolescentes, por forma, a desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, permitindo eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental (F3.4.1).

A colaboração com a Autoridade de Saúde nas situações previstas na Lei de Saúde Mental relativas ao internamento compulsivo (F3.5.3) foi efetivada no EC na comunidade, o que me

permitiu gerir as emergências psiquiátricas tendo em conta o nível de risco (F3.4.3). Neste sentido, avalei e detetei emergências psiquiátricas, e o seu nível de risco com vista à intervenção (F3.1.7).

Ainda de referir que nos três contextos de EC, foi realizada a supervisão do regime medicamentoso, nas situações de doença mental grave (F3.5.5). Os enfermeiros são profissionais que desempenham um papel essencial nesta área de intervenção capacitando as pessoas para uma adesão eficaz (Machado et al., 2021). Para que a sua concretização seja facilitada, fez-se necessário mobilizar um conjunto de habilidades comunicacionais e de relação de ajuda. Adicionalmente, foram mobilizadas capacidades pessoais como a resiliência, o conhecimento prévio e compreensivo das doenças mentais e a capacidade de construir relacionamentos eficazes, criando pontes para uma relação terapêutica e para a efetividade dos cuidados, abrindo, desta forma, espaço para a aquisição da quarta competência do EEESMP.

2.2.4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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.

*“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”*

Mahatma Gandhi

Segundo o Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, a quarta competência refere-se à prestação de “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” (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, p. 21430), através da implementação das intervenções identificadas no processo de cuidados.

Ao longo do EC foram realizadas várias atividades que permitiram dar resposta a esta quarta competência. Para o efeito contribuíram os conteúdos teóricos apreendidos, o contacto com os enfermeiros orientadores, e a revisão bibliográfica que suportou os planeamentos de cuidados. A aprendizagem só pode acontecer se existirem espaços e momentos de abertura, e relações horizontais entre os intervenientes, de forma que o enfermeiro especialista, em equipa, seja capaz de expor as suas dúvidas, emitir hipóteses, criar soluções que diligenciem a criatividade e o trabalho em equipa, e fortaleçam a capacidade de agir.

A literatura enfatiza que o desenvolvimento profissional contínuo está estritamente ligado à educação e à aprendizagem ao longo da vida, seja ela formal ou informal, desde que resulte na aquisição de conhecimentos e na transferência para uma prática competente (Mlambo et al., 2021). Neste sentido, torna-se necessário que os enfermeiros se possam munir das melhores evidências, o que requer diferentes modos de aprendizagem e formas de aquisição/construção do conhecimento. A este propósito, Mlambo et al. (2021) enfatizam o papel da aprendizagem informal baseada nas experiências profissionais diárias, comprovando que a aprendizagem mais sólida acontece por meio de interação com os utentes, colegas e através da supervisão, participação em reuniões/*briefings* e observação.

Neste sentido, o desenvolvimento e implementação de programas de psicoeducação e treino em saúde mental (F4.1), adveio quer dos estudos de caso efetuados nos EC, quer das intervenções grupais realizadas em contexto escolar, e materiais educativos (panfletos) dirigidos à população em geral. Com a realização destas atividades foi-me possível fornecer orientações aos utentes e à população, de forma, a promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais (F4.1.1, F4.1.3). Durante as sessões psicoeducativas em contexto escolar, consegui consolidar os critérios de competência F4.1.8: ao demonstrar sensibilidade e habilidade para abordar assuntos relacionados com abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e tomada de decisão; e, ao analisar o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planear abordagens de acordo com a situação (F4.1.9, F4.1.10).

Em todos os EC foi também possível, através das sessões psicoeducativas promover a adesão ao tratamento em pessoas com doença mental (F4.1.2), ensinando os utentes, pessoas significativas e família, sobre os efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas, quer farmacológicas, quer não farmacológicas (F4.1.4), permitindo assim ajudar o utente na avaliação do uso de um leque de modalidades terapêuticas (F4.1.5). De realçar que em todo este processo foi prestado apoio sistematizado às famílias dos utentes com doenças mentais graves e crónicas (F4.1.6, F4.1.7).

Intervenção psicoeducativa em contexto escolar

- ✓ Sessão psicoeducativa realizada a duas turmas de 10º e 11º ano, a frequentar os cursos de Técnicas de Multimédia e Técnicas de Desporto, intitulada “O mundo das drogas...como sobreviver”

As intervenções psicoeducativas devem visar a literacia em saúde mental relativa à capacitação da pessoa/família/grupos para comportamentos promotores de saúde. Neste sentido, após auscultadas as professoras diretoras de turma e averiguadas as suas necessidades, foi realizada uma sessão psicoeducativa sobre o “mundo das drogas”. Tendo em conta a disponibilidade facultada pela diretora do agrupamento de escolas, as intervenções psicoeducativas aos grupos de alunos tiveram o seu início em novembro de 2022. Foi programada uma sessão de 90’ aplicada a duas turmas distintas do 10º e dos 11º anos. O plano da sessão onde se pode verificar o relatório da atividade bem como os slides apresentados, encontram-se no Apêndice I.

- ✓ Sessão psicoeducativa realizada a duas turmas de 11º ano, a frequentar os cursos de Técnicas de Multimédia e Técnicas de Desporto, intitulada “Inteligência intrapessoal e tomada de decisão”

Na continuidade da sessão anterior, foi realizada uma sessão psicoeducativa, à mesma turma de 11º ano intitulada “Inteligência intrapessoal e tomada de decisão”. De referir que os conteúdos abordados nesta sessão foram resgatados das sessões psicoeducativas nas quais estive presente no CRI, nomeadamente do programa “Eu e os Outros”. Considero que, ao transladar o conhecimento adquirido num local de estágio para outro, mostra a evidência que os programas psicoeducativos não são estanques, nem dirigidos apenas a uma população, e podem ser implementados ou readaptados para diferentes grupos-alvo. A realização da sessão psicoeducativa superou as minhas expectativas na medida em que, já conhecendo a turma, e sabendo o comportamento disfuncional dos alunos em sala de aula, estes estiveram atentos e demonstraram bastante interesse, envolvendo-se ativamente. O plano da sessão, os resultados, bem como os diapositivos apresentados encontram-se no Apêndice II.

A segunda unidade de competência (F4.2), remete-nos para o desenvolvimento de processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do utente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao utente e à situação. Para Chalfour (2008) e Laranjeira (2021), os processos psicoterapêuticos exigem capacidade de abertura, conhecimento de si e de reconhecimento sobre o modo como os processos são expressos, negados, desvirtuados ou recusados no profissional e no doente. A relação terapêutica estabelecida é influenciada por atributos da dimensão profissional que estão intrinsecamente conectados ao domínio teórico, conhecimento técnico e com as características pessoais do profissional (Laranjeira, 2021). Desta forma, é evidente que a competência F1 também é transversal para a

aquisição desta última competência. Por sua vez, o foco da intervenção socioterapêutica é centrado na interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interações familiares, sociais, profissionais ou outras. A melhor perceção dos problemas de interação experimentados em grupo, possibilita à pessoa desenvolver novas respostas adaptativas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que surgem nos diferentes grupos que integra ao longo do ciclo de vida, desenvolvendo um maior sentimento de bem-estar (OE, 2011).

Deste modo, no âmbito da observação de doentes em consulta ou em ambulatório e da intervenção com profissionais de saúde foram realizadas várias intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, das quais nomeio: a reestruturação cognitiva; entrevista motivacional; o treino do autocontrolo; a reabilitação psicossocial; a técnica da modificação de comportamentos; a promoção da esperança; e a terapia de relaxamento. Estas intervenções tiveram um grande impacto nos diagnósticos: autocontrolo da ansiedade ineficaz; socialização comprometida; tristeza; humor comprometido; risco de não adesão ao regime terapêutico. Em todas as intervenções realizadas verificou-se, através dos resultados obtidos, ganhos em saúde, conseguindo desta forma dar resposta às competências F3 e F4.

Paralelamente, os estudos de caso realizados nos diferentes EC contribuíram significativamente para afirmar as competências de EESMP, com o desenvolvimento de técnicas socioterapêuticas e psicoterapêuticas. A aprendizagem baseada em casos (*case based learning*) é um método de ensino que destaca o uso de casos (em contexto real) para estimular o entusiasmo e interesse do estudante, melhorar a aprendizagem independente e a sua capacidade de comunicação interpessoal (Liu et al., 2020). Durante os EC realizei três estudos de caso, onde identifiquei necessidades e resultados esperados, estabeleci diagnósticos de saúde mental e implementei o plano de cuidados individualizado. Para elaboração dos diagnósticos de enfermagem utilizei o sistema taxonómico preconizado pela Ordem dos Enfermeiros - a CIPE® 2 - que promove a utilização de uma linguagem unificada de enfermagem para a documentação da prestação de cuidados.

De referir que o contacto com os utentes e com os profissionais, permitiu implementar intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas (individuais, familiares ou de grupo), focadas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e respetivas transições (F4.2.1), sendo possível aumentar o *insight* do utente para a sua patologia (F4.2.2), facilitar as respostas adaptativas (F4.2.3), ajudando-o a desenvolver e incorporar os défices causados pela doença

mental de forma positiva (F4.3.4), e assim favorecer a sua saúde mental. Em contexto dos EC, estas técnicas passaram não só pelas técnicas descritas acima na aquisição da segunda competência, como pela regulação e expressão de emoções que permitiram aos utentes vivenciar experiências gratificantes (F4.2.5), destacando aqui o uso das técnicas de relaxamento de *Jacobson* e o treino Autogénico de *Shultz*.

Intervenção psicoterapêutica grupal

✓ Relaxamento

O relaxamento é um estado de repouso voluntário, tanto físico como psíquico, e que pode estar indicado para estados de stresse, ansiedade, insónia, disforia, controlo da dor, controlo de agressividade, entre outros (Norelli et al., 2022). O relaxamento permite uma diminuição da atividade fisiológica do indivíduo que é acompanhada de uma sensação de calma, paz e bem-estar. O Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho, acrescenta que a técnica/treino de relaxamento, é uma modalidade terapêutica que permite que a pessoa relaxe de forma a atingir um estado de calma aumentado, o que promove a redução dos níveis de stresse, ansiedade ou raiva. O Relaxamento Muscular Progressivo de *Jacobson* é talvez o método mais conhecido de relaxamento muscular profundo, cuja técnica se baseia na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam tensão muscular (Townsend, 2011; Toussaint et al., 2021)

Esta intervenção foi realizada no EC II, primeiramente para promover o relaxamento e a descontração, mas também como estratégia de gestão e regulação das emoções (Sequeira & Sampaio, 2020). A sua implementação decorreu da necessidade manifestada pelos colaboradores da UCC, que se encontravam exaustos pela carga horária a que estiveram expostos durante o período de vacinação contra a COVID-19.

Intervenção Psicossocial em contexto ambulatório

A intervenção psicossocial está intrinsecamente ligada ao processo de *recovery*, o qual abrange quatro elementos essenciais, nomeadamente: a) a esperança, vista como um incentivo a este processo; b) a autoidentidade que permite à pessoa conhecer-se a si própria e conhecer a própria doença; c) o sentido na vida que acarreta uma reavaliação dos objetivos e metas de vida anteriormente definidas; e d) a responsabilidade pessoal que se refere à capacidade de assumir o controlo pela própria vida, a gestão da medicação, e a autonomia relativamente às próprias escolhas (Andresen et al., 2003; Jacob et al., 2017; Vera San Juan., 2021).

Assumindo a esperança como um catalisador do processo de *recovery*, a *World Health Organization* (2010) afirma que a promoção da esperança realista e a definição de objetivos é recomendada como princípio de boa prática clínica na abordagem das pessoas com distúrbios mentais e considerada uma intervenção efetiva no âmbito do apoio psicossocial nas situações de perturbações psicóticas.

São ainda conhecidos os efeitos positivos da esperança nas pessoas com esquizofrenia, depressão e comportamentos da esfera suicidária (Sari et al., 2021). Parece ser consensual que o EEESMP tem um papel fundamental na promoção da esperança e da resiliência, fomentando o uso de recursos/estratégias pessoais, para a gestão da complexidade dos problemas mentais (Laranjeira & Querido, 2022). Além disso, a própria relação enfermeiro-utente tem o potencial de promover a esperança (Olsman, 2020).

A abordagem da esperança através da intervenção psicossocial foi realizada ao longo de todo o percurso da prática clínica, principalmente em utentes com comportamentos da esfera suicidária e com o diagnóstico de humor comprometido, pois é através da promoção da esperança que se conseguem traçar objetivos futuros. Percebendo de antemão que a esperança é um processo dinâmico, subjetivo e altamente individualizado, implicou da minha parte a sua avaliação com recurso a instrumentos específicos, tais como a escala de esperança de *Herth* e a entrevista clínica semi-estruturada, com recurso a questões abertas, no sentido de identificar objetos de esperança, recursos e ameaças. Questões “como descreve a esperança na sua vida?”, “quais as suas fontes de esperança?”, “de que forma a situação de doença que vivencia neste momento afeta a sua esperança?”, e “o que espera do futuro?” constituem exemplos de narrativas (Querido, 2018) utilizadas no âmbito das consultas de ESMP desenvolvidas. Também, no EC I, através do estudo de caso (a esperança foi um dos focos de atenção), para o qual foi desenvolvido o “Livro da Esperança”, com o propósito de facilitar a regulação socioemocional da utente e a respetiva modificação positiva de comportamentos.

Ainda no seguimento da aquisição da quarta competência, que visa a promoção da reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais (F4.3), destaco as intervenções realizadas no âmbito da visita domiciliária e da Equipa Comunitária de Saúde Mental (ECSM) para a população adulta.

“As referidas ECSM seguem um modelo sistémico na abordagem das pessoas com doença mental, devendo assegurar que o tratamento decorre na comunidade, em articulação com outros profissionais de saúde e outros níveis de cuidados, contribuindo para a redução do estigma e da discriminação, frequentemente associados à doença mental” (Despacho n.º 8455/2022, de 11 de julho, p.87).

No seio desta equipa e no âmbito da visitação domiciliária, desenvolvi intervenções autónomas que passaram pela: colheita de dados para a identificação das necessidades dos utentes; elaboração de diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados; e, supervisão e gestão dos planos terapêuticos. Paralelamente, desenvolvi intervenções partilhadas com a equipa multidisciplinar, como: avaliar as necessidades de saúde dos utentes; contribuir para o diagnóstico multidimensional do estado de saúde dos utentes; e, desempenhar o papel de terapeuta de referência.

Desta forma, é notório que o trabalho em equipa multidisciplinar, contribui para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade (F4.3.4), através de intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupo ou na comunidade (F4.3.2), sobre uma abordagem compreensiva e ajustada às necessidades de cada pessoa, visando a inserção familiar, social e profissional (F4.3.2) e o regresso ao local de trabalho de pessoas com doença mental (F4.3.3).

Em suma, considero estar em condições de exercer a profissão no domínio especializado da ESMP, ainda que identifique a clara necessidade de promover a partilha e discussão das diferentes experiências do meu exercício profissional com os pares. Só assim será possível consolidar a *expertise* e, conseqüentemente, objetivar resultados que se possam traduzir nos mais elevados padrões de qualidade de cuidados.

2.3. TORNAR-ME ENFERMEIRA ESPECIALISTA E MESTRE EM ESMP

A prática de enfermagem é caracterizada por um carácter científico, devido à sua orientação instrumental e à sua base disciplinar assente no conhecimento científico. Entende-se por carácter científico a tomada de decisões práticas orientadas pela ciência e pelo conhecimento científico. No entanto, o carácter científico da prática de enfermagem não depende apenas da transferência direta do conhecimento científico para a prática, mas da avaliação da ciência para a sua heurística e poder explicativo, bem como da aplicação da racionalidade prática relativamente aos resultados esperados e requisitos situacionais (Hayes, 2017).

Neste sentido, emerge a prática baseada na evidência enquanto método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar (Pereira, 2016). A utilização da evidência leva assim à construção de uma reflexão crítica e construtiva das práticas na enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento dos cuidados mais adequados em prol da qualidade de vida dos utentes.

O avanço no conhecimento baseado na evidência, requer que o EEESMP integre continuamente as novas descobertas da investigação numa prática orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, e que promovam o aumento do conhecimento e o desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto de 2018).

Para a aquisição de competências durante o meu percurso académico tive a necessidade de procurar um nível elevado de conhecimento, quer através da prática clínica, quer através da pesquisa bibliográfica, por forma a proporcionar às pessoas que cuidei, experiências gratificantes que se traduzissem nos resultados de enfermagem e nos ganhos em saúde. Neste sentido, tornar-me enfermeira especialista e mestre em ESMP significa prestar cuidados especializados, cuja missão passa pela busca pela excelência que se repercute nas pessoas alvo dos cuidados (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho).

Nesta busca pela excelência, é fulcral nomear as competências inerentes ao grau de mestre. Assim, a legislação em vigor, expressa através do Decreto-Lei n.º 65/2018, estabelece que o detentor do grau de mestre deve:

- a) “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multi-disciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p.4162).

Assim, uma profissão complexa como a de Enfermagem pressupõe uma formação contínua, que permita o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, dando continuidade ao 1º ciclo de estudos (Licenciatura em Enfermagem), de forma a permitir adaptação às mudanças e evoluções que surgem, sendo imprescindível o desenvolvimento de conhecimento baseado na evidência científica, o que se refletiu ao longo deste relatório. Acresce a este desenvolvimento de competências a realização, implementação, e partilha de resultados de um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (Parte II).

Numa perspetiva reflexiva e de autoconhecimento, não poderei deixar de referir que durante o percurso académico vi-me confrontada com momentos de bastante fragilidade que me fizeram questionar sobre: “Quem eu sou?”; “Para onde quero ir?”; “Qual o meu objetivo?”. No entanto, chego ao final deste percurso com a certeza que ao aprofundar o meu autoconhecimento fui vendo estas questões esbaterem-se. Hoje, considero-me uma pessoa mais crítica e empática no reconhecimento das emoções/comportamentos, o que sem dúvida se repercute na minha prática profissional. Consigo ainda reconhecer e mobilizar estratégias adaptativas de *coping* e de autoconhecimento para a gestão de stresse no âmbito das relações interpessoais quer nas esferas pessoal, quer profissional. Percebo agora, que a primeira competência do EEESMP é o *core* para conseguir elencar todas as outras competências. O contacto com diversos *settings*, a observação das dinâmicas das equipas, a mobilização e implementação das técnicas e intervenções em contexto real abriram os meus horizontes relativamente à prática especializada em ESMP. Foi através das experiências vividas e percecionadas que me “despi de preconceitos” (que considerava não ter) e que adquiri as competências de EEESMP, através do contacto com os pares, os utentes e respetivas famílias. Além disso, foi através da prática que percebi a

importância da existência de um referencial teórico em enfermagem que serve de suporte à (co)construção de conhecimentos e aptidões imprescindíveis à prática, pois só assim o enfermeiro EESMP consegue dar visibilidade à sua atividade profissional.

Apesar de ter sido um caminho sinuoso, este era um caminho necessário, que me ofereceu os saberes necessários para uma prática assente nos mais nobres princípios da profissão.

Em suma, este caminho, ao me permitir a confrontação com as minhas fragilidades e limites, permitiu o desenvolvimento do meu autoconhecimento, fundamental para o adequado desempenho das minhas competências como EEESMP. Considero ter adquirido – com o desenvolvimento das atividades académicas, em especial com a justificação das opções assumidas ao longo do projeto de melhoria – capacidades investigativas para, de forma autónoma, manter um caminho de diferenciação ao longo do meu percurso profissional.

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

3. RISCOS PSICOSSOCIAIS E CAPITAL PSICOLÓGICO POSITIVO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O presente projeto de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem teve aproximação os princípios da investigação-ação, e recorreu ao ciclo PDCA ou também conhecido pelo Ciclo de *Deming*. Este ciclo pressupõe a metodologia de projeto sendo a sua operacionalização efetivada em quatro fases distintas: planejar, fazer, verificar e agir (“Plan”, “Do”, “Check”, “Act”) traduzindo-se num efetivo contributo para aumentar a qualidade dos cuidados oferecidos com real benefício para os clientes (Tamher et al., 2021).

3.1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Os enfermeiros constituem um dos grupos profissionais na área da saúde com maior risco de desgaste. É, portanto, consensual que o seu papel é crucial para uma prestação de serviços de saúde de alta qualidade, sendo inegável que ao proporcionar um ambiente de trabalho satisfatório a sua performance e desempenho são potenciados (Soares Marques et al., 2021).

Nos últimos anos, tornou-se claro pelas tendências existentes na literatura, que existem intervenções que podem ajudar a criar este ambiente satisfatório, prevenindo problemas generalizados e crescentes – tais como os riscos psicossociais (Soares Marques et al., 2021). Estes riscos traduzem-se, para o colaborador, em doenças físicas (ex. problemas cardiovasculares e dores musculares) e doenças mentais (como o stresse, *burnout* ou a depressão). Para além do profissional, também a saúde e resiliência de uma organização podem ser afetados, através de altos níveis de absentismo, alta rotatividade, e falta de comprometimento do profissional para com a organização. As fontes de riscos psicossociais são inúmeras, e prendem-se essencialmente com:

- 1) Conteúdo do trabalho – ordens superiores que promovem o conflito, falta de clareza de papéis desempenhados, e falta oportunidades de desenvolvimento (formação);
- 2) Organização e gestão do trabalho - sobrecarga de trabalho, falta de envolvimento dos profissionais na tomada de decisões que afetam a sua autonomia, mudanças organizacionais mal geridas, comunicação ineficaz ou inexistente, organização do horário de trabalho, e conflitos entre família-trabalho/trabalho-família;

- 3) Contexto social do trabalho - falta de apoio de superiores hierárquicos ou dos colegas, assédio psicológico e/ou sexual; violência de terceiros, e insegurança no trabalho (Franklin & Gkiouleka, 2021).

Atualmente, e três anos após o início da era COVID-19, novos e antigos riscos psicossociais no local de trabalho ameaçam o bem-estar psicológico dos profissionais, sendo que as respostas psicológicas dos profissionais expostos aos riscos psicossociais podem incluir mau humor, baixa motivação, exaustão, ansiedade, depressão, *burnout* e ideação suicida (Lulli et al., 2021). Uma revisão da literatura conduzida por Zanelli e Kanan (2018) aponta como fatores de risco mais comuns – o assédio moral, sexual e a violência no trabalho; a adição ao trabalho; o consumo abusivo de substâncias; a corrupção; o stresse; o *burnout*; as perturbações do humor e de ansiedade; e comportamentos da esfera suicidária, sendo que a gravidade dos danos são definidos pela intensidade e tempo de exposição aos fatores de risco. Os autores referem em contrapartida, que baixos índices de riscos psicossociais se traduzem em sentimentos de bem-estar no trabalho; satisfação e compromisso com o trabalho e práticas de liderança positivas. Na procura de uma melhor delimitação dos fatores de risco psicossociais, Ahumada e Martínez (2011) propõem uma classificação quanto à natureza destes fatores que assenta em sete áreas: (1) desempenho profissional; (2) direção; (3) organização e função; (4) tarefas e atividades; (5) ambiente de trabalho; (6) jornada de trabalho; e (7) organização e contexto social. Uribe (2015), acerca da natureza das áreas dos fatores de risco psicossociais, refere que cada área não constitui um fator de risco por si só, mas depende da vivência da pessoa e do processo de interiorização destes fatores no ambiente laboral. Assim, tendo em conta as características individuais de cada profissional como a idade, género e fatores de personalidade, cada um percebe e vivencia a exposição aos fatores de risco de forma idiossincrática (Gartzia et al., 2018; Havermans et al., 2018). Ilić et al. (2017), acrescentam que com base nos fatores pessoais e estilos de confrontação, os enfermeiros representam um grupo profissional autoseletivo que se encontra exposto a altas exigências laborais, grande responsabilidade, forte comprometimento e insegurança no trabalho, cujo esgotamento tende a ser ignorado, embora tenha consequências graves na saúde física e mental.

Contudo, com a abordagem correta, os riscos psicossociais relacionados com o trabalho podem ser prevenidos e geridos com sucesso, independentemente da dimensão ou tipo de empresa. De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, a gestão dos riscos psicossociais constitui não só uma obrigação moral e um bom investimento para as entidades

empregadoras, como também um imperativo legal estabelecido na Diretiva-Quadro 89/391/CEE (citado por AESST, 2021), e reforçado por acordos-quadro com os parceiros sociais sobre stresse no trabalho e sobre assédio e violência no trabalho. Além disso, o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar reconhece o aumento das pressões no local de trabalho e incentiva as entidades empregadoras a implementarem medidas voluntárias suplementares para a promoção do bem-estar mental (AESST, 2021). Embora as entidades empregadoras tenham a responsabilidade legal de assegurar a avaliação e o controlo adequados dos riscos no local de trabalho, é fundamental garantir também o envolvimento dos trabalhadores, uma vez que estes e os respetivos representantes têm uma melhor perceção dos problemas que podem ocorrer no local de trabalho, e a sua participação garantirá que as medidas aplicadas sejam adequadas e eficazes (AESST, 2021).

Tendo em conta as variáveis que contribuem para um ambiente desgastante, onde abundam os riscos psicossociais¹⁴, torna-se fulcral ajudar a criar um ambiente de trabalho positivo e melhorar a saúde psicológica dos profissionais de saúde. Este paradigma tem atraído a atenção das empresas e dos investigadores, dando lugar a uma mudança do paradigma organizacional (*growth mindset*) focado na predição do bem-estar, ao invés do tradicional paradigma centrado na doença (*fixed mindset*). Surge então, cada vez mais, uma crescente preocupação para desenvolver o capital psicológico (PsyCap) do próprio profissional, por forma a garantir melhores resultados relacionados com o trabalho, bem como o seu bem-estar, evitando as consequências negativas, resultantes dos desafios e da carga de trabalho (Burhanuddin et al., 2022).

Em vários estudos, o capital psicológico, ou PsyCap - conceito relacionado à saúde mental dos profissionais - é apresentado como um dos fatores protetores dos riscos psicossociais (Estiri et al., 2016; Luthans & Broad, 2022). Num mundo cada vez mais competitivo, o desempenho dos trabalhadores e a força de trabalho são os pontos positivos do capital psicológico (PsyCap), que pode ser aumentado através da construção básica superior PsyCap, que integra quatro construtos independentes: autoeficácia, otimismo, esperança e resiliência. Especificamente, cada um dos construtos significa: cultivar a confiança necessária para ter sucesso em tarefas desafiadoras

¹⁴ Para a identificação dos riscos, foram desenvolvidos modelos teóricos e instrumentos que avaliam, na perceção dos profissionais da organização, a existência de fatores psicossociais, que podem ter caráter de risco ou de proteção. Entre os vários instrumentos, validados por suas propriedades psicométricas, o COPSOQ, por sua ampla abrangência, em uma perspectiva multidimensional, é o instrumento mais utilizado na comunidade internacional para avaliação dos riscos psicossociais no trabalho (Pousa & Lucca, 2021).

(autoeficácia); ser otimista sobre o sucesso atual e futuro (otimismo); insistir em direção a um estado motivacional positivo, permitindo obter energia em direção aos objetivos traçados e ser capaz de reestruturar os caminhos (quando necessário) para atingir as metas (esperança); ser flexível, para que, diante de problemas ou desafios, se consiga desviar deles e retornar ao seu estado original ou desenvolver-se além dele para alcançar o sucesso (resiliência) (An et al., 2020; Luthans & Broad, 2022). Os quatro construtos são considerados semelhantes a estados e, como tal, capazes de serem desenvolvidos e alterados (Luthans & Broad, 2022). Juntos ou de forma independente, os construtos podem fomentar a motivação pessoal e elevar os esforços para o sucesso, levando à melhoria na atitude, comportamento e resultados do desempenho dos profissionais (An et al., 2020; Tshering, 2022).

De realçar que os quatro construtos do PsyCap constituem focos de atenção de acordo com a taxonomia CIPE, e, portanto, sensíveis à intervenção especializada em ESMP, a saber: a) 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, associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia; b) Otimismo “Emoção positiva; c) Autoeficácia “Crença”; e, d) Resiliência “positiva” (International Council of Nurses [ICN], (2019).

De acordo com Donaldson et al. (2020) intervenções organizacionais positivas que visam e melhoram a esperança, eficácia, resiliência e otimismo podem ser altamente eficazes e concretizam-se numa maneira robusta de melhorar o bem-estar e o funcionamento positivo. Os mesmos autores reforçam que o PsyCap está fortemente associado à proatividade no local de trabalho, proficiência, adaptabilidade e maior desempenho. Para Liu et al. (2020), o capital psicológico positivo é uma manifestação importante da saúde física e mental de cada pessoa, que pode lhe permite fortalecer o envolvimento com o trabalho e o bem-estar subjetivo e inibir o comportamento silencioso. Desta forma, o capital psicológico positivo aumenta o comprometimento organizacional, diminui o stress/*burnout* e reduz os sintomas de ansiedade nos enfermeiros, influenciando o seu desempenho profissional (Liu et al., 2022).

A evidência científica sobre o bem-estar e a saúde mental do trabalhador é assim perentória em relação a este assunto. Lucas et al. (2022), referem que os novos desafios e exigências do trabalho demonstram o interesse do investimento na promoção da saúde, bem-estar e produtividade dos colaboradores. Estas mudanças passam pela implementação de programas

promotores de saúde mental e de bem-estar laboral, que permitam prevenir problemas de saúde e adquirir hábitos de vida saudáveis, com impacto positivo no trabalhador e na organização.

Percebendo a importância do fenómeno nos contextos de saúde, os quais foram fortemente pressionados pela pandemia COVID-19, levou-me a escolher esta temática para o presente projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os profissionais de saúde da linha de frente envolvidos na resposta à pandemia COVID-19 enfrentaram desafios físicos e psicológicos que abalaram o seu bem-estar e satisfação no trabalho (Caponnetto et al., 2022; Jeong & Kim, 2022). A crise pandémica, concomitantemente com os problemas pré-existentes, expôs os profissionais de saúde a uma fadiga emocional constante, levando a uma carga de trabalho acrescida e vulnerabilidade ao stress, o que aumentou os níveis de ansiedade, irritabilidade e solidão dos profissionais (Caponnetto et al., 2022). As evidências mostram que o Capital Psicológico (PsyCap) foi um importante fator de proteção contra os referidos stressores (Caponnetto et al., 2022; Zeng, et al., 2022). Estes achados, são também corroborados por Chang et al. (2023), os quais concluíram que o PsyCap pode mediar parcialmente a relação entre a violência no local de trabalho e a identidade profissional, e neste sentido os administradores hospitalares devem implementar medidas para prevenir e reduzir o risco de violência no local de trabalho e fornecer aos profissionais de saúde programas de treino de habilidades para melhorar o PsyCap.

Ao longo da minha atividade profissional num serviço de internamento de psiquiatria de agudos, são frequentes os relatos de insatisfação no trabalho, intenção de saída, diminuição da produtividade, e vulnerabilidade ao stress. Por outro lado, existe uma escassez de estratégias da parte dos profissionais em áreas como a autoeficácia, esperança, otimismo e resiliência para enfrentar os riscos psicossociais referidos. De realçar que a enfermagem pelo seu perfil de competências pode avaliar os riscos profissionais e atuar sobre os mesmos, consciencializando e aumentando a segurança do profissional, bem como realizar mudanças promotoras de ambientes saudáveis (Lucas et al., 2022). Assim, foi efetuada a avaliação de riscos psicossociais e de capital psicológico, com o propósito de desenvolver um programa de intervenção dirigido a um grupo de enfermeiros e assistentes operacionais.

3.2. PERCEÇÃO DO PROBLEMA

Para alicerçar o presente projeto de melhoria contínua, foi efetuado o levantamento documental na organização onde exerço a atividade profissional, tendo sido identificado um estudo realizado em 2012 pelo Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho sobre a avaliação dos riscos psicossociais, designadamente para o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental:

Figura 2. Avaliação dos Riscos Psicossociais no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO		ANÁLISE QUALITATIVA RISCOS	
CÓD. RISCO	FATORES DE RISCO	P (%)	CLASSE DE RISCO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL			
ST.01	SOBRECARGA DE TRABALHO	44	ALTO
FORM.02	PARTICIPAÇÃO/ FORMAÇÃO/ INFORMAÇÃO/ COMUNICAÇÃO	64	MODERADO
RESP.03	RESPONSABILIDADE/ AUTONOMIA/ CONTROLO	58	MODERADO
RI.04	RELAÇÕES INTERPESSOAIS	57	MODERADO
CP.05	CONFLITO DE PAPEIS	54	MODERADO
CR.06	CARREIRA E REALIZAÇÃO	49	ALTO
CT.07	CONDIÇÕES DE TRABALHO	48	ALTO
EEMOC.08	EXIGÊNCIAS EMOCIONAIS	48	ALTO
V.09	VIOLÊNCIA (VERBAL, FÍSICA, INSEGURANÇA)	49	ALTO

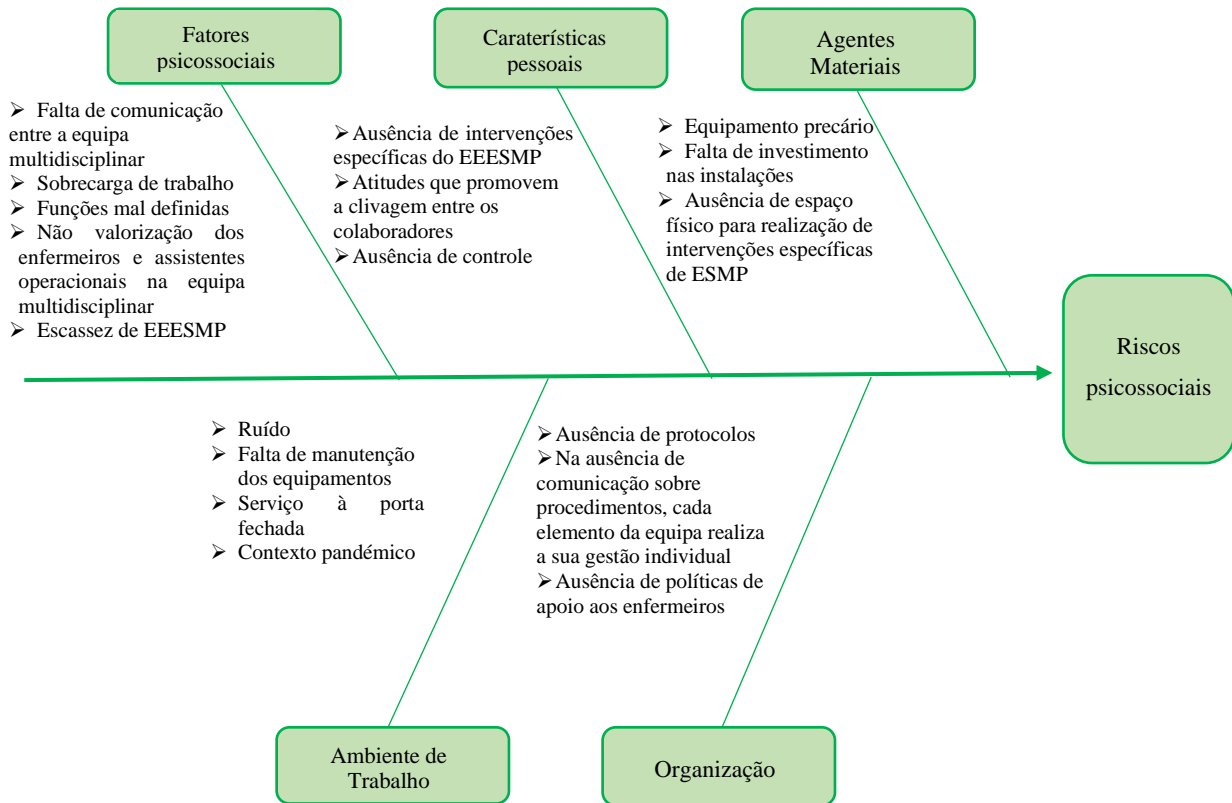
Fonte - Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho [SSST] da instituição envolvida

Após a análise destes resultados, pode-se verificar a relevância da identificação dos riscos psicossociais com destaque para os níveis de alto risco nos domínios: sobrecarga de trabalho; carreira e realização; condições de trabalho; exigências emocionais; e violência (verbal, física e insegurança). Quanto aos riscos: participação/formação/informação/comunicação; responsabilidade/autonomia/controlo; relações interpessoais; conflito de papéis, verifica-se um score “moderado”. Neste sentido, torna-se imprescindível intervir, no sentido de minimizar os riscos identificados com score “Alto” e “Moderado”, e prevenir o aparecimento de novos riscos.

Paralelamente, foi realizado um *brainstorming* com a equipa sobre os riscos psicossociais, tendo recorrido ao Diagrama de *Ishikawa* ou de Causa e Efeito por forma a classificá-los. O diagrama de *Ishikawa* é uma das ferramentas da qualidade, também conhecido como diagrama espinha de peixe ou de causa e efeito, e assenta na identificação das principais causas de problemas, indicando ainda suas subcausas, por forma a comprovar que vários fatores além de serem comuns entre si, podem relacionar-se. Essa ferramenta não identifica necessariamente a

causa do problema, contudo, permite obter o máximo de foco possível na organização das possíveis causas do problema, organizando a procura pela sua identificação (António et al., 2016).

Figura 3. Representação das causas do problema através do Diagrama de *Ishikawa*



Fonte - Elaboração própria

O diagrama de *Ishikawa* foi elaborado com a finalidade de perceber as principais causas que estão na origem do problema, neste caso, quais os riscos psicossociais a que os trabalhadores estão expostos (Franklin & Gkiouleka, 2021). Na dimensão fatores psicossociais destacam-se a falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar, a sobrecarga de trabalho, as funções mal definidas, a não valorização dos enfermeiros e assistentes operacionais na equipa multidisciplinar, e a escassez de EEESMP o que contribui para o facto de cada elemento da equipa realizar a sua gestão individual, que, aliada à ausência de protocolos e de políticas de apoio aos enfermeiros, se enquadram na dimensão organização. Por sua vez, o equipamento precário, a falta de investimento nas instalações e a ausência de espaço físico para realização de intervenções específicas de ESMP, incluídas na dimensão agentes materiais, contribuem igualmente para o risco acrescido do problema. As características pessoais dos elementos da equipa, como as atitudes que promovem a clivagem entre os colaboradores, a ausência de controle e a ausência de intervenções específicas do EEESMP, promovem o stresse e o *burnout*,

que se configuram em riscos psicossociais. Como agente causador do problema, enquadra-se igualmente a dimensão ambiente de trabalho, onde se inclui o ruído, a falta de manutenção dos equipamentos, o facto de ser um serviço à porta fechada e o contexto pandémico.

3.3. PROPOSTA DE MELHORIA

É então indiscutível que os riscos psicossociais em ambiente laboral se assumem como uma das grandes ameaças atuais, quer para a saúde, quer para a segurança dos trabalhadores, sendo os profissionais de saúde um dos grupos mais expostos a estes riscos, e de forma particular os enfermeiros e os assistentes operacionais. Aqui torna-se visível a aplicabilidade dos conceitos da Psicologia Positiva, que visa o estudo das emoções positivas, o carácter positivo e as intuições positivas, no contexto organizacional, nomeadamente ao nível do comportamento organizacional, pois ao obter uma maior autoeficácia, otimismo, esperança, e resiliência, os riscos psicossociais poderão ser ultrapassados, sem que o bem-estar físico e psíquico seja abalado (Saleem et al., 2022). Urge assim a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no sentido da promoção da saúde, visando o aumento do capital psicológico positivo dos profissionais. Assim, e porque sigo um percurso de EEESMP, reafirmo que a melhoria contínua da qualidade está alinhada com a missão dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, que refere que:

“a enfermagem de saúde mental foca-se 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).

A elaboração deste projeto, como já referido, seguiu os enunciados descritivos de qualidade dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho), cuja visão remete-nos para:

“uma mudança de paradigma biomédico, para uma intervenção holística, apelando a ações de informação sobre saúde mental, bem como a promover a sua importância e a prevenir as perturbações mentais; à realização de ações concretas a fim de melhorar a

inclusão social e combater os fenómenos de discriminação e de estigmatização; à implementação de ações de prevenção dos problemas relacionados com o stress e a depressão, bem como ao desenvolvimento da promoção da saúde mental” (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho, p.17035).

Assim, e enquadrado pelos enunciados dos padrões de qualidade em ESMP – a promoção da saúde; a prevenção de complicações; e, o bem-estar e o autocuidado (Regulamento n. 356/2015 de 25 de junho) – considera-se relevante atuar na dinamização de um programa que permita a promoção da saúde mental nas organizações como área de atuação do EEESMP. Neste sentido a elaboração deste projeto de melhoria contínua visa contribuir para a promoção da saúde e bem-estar mental em contexto laboral, numa clara alusão às organizações amigas da saúde mental.

3.4. FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS

Nesta fase foram formulados os objetivos gerais e específicos uma vez que já são conhecidos os contornos do problema. O delinear dos objetivos surgiu como um elemento “chave”, no sentido de planear o caminho a percorrer.

Objetivo Geral:

- Aumentar o capital psicológico dos enfermeiros e assistentes operacionais de um serviço de psiquiatria de um Hospital da Lezíria, através de uma intervenção especializada em ESMP.

Objetivos Específicos:

- Avaliar os níveis *baseline* dos riscos psicossociais e do capital psicológico do grupo-alvo;
- Desenvolver um programa de intervenção no âmbito da prática especializada em ESMP com o propósito de capacitar o grupo-alvo acerca dos fatores de risco psicossociais e estratégias promotoras de capital psicológico;
- Reavaliar os níveis dos riscos psicossociais e do capital psicológico do grupo-alvo, pós-intervenção;
- Propor medidas preventivas e/ou corretivas face aos resultados obtidos.

3.5. PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

A *checklist* de Heather Palmer foi usada para uma avaliação da qualidade do projeto.

Identificação das dimensões em estudo

Para o EEESMP é esperado que exista uma política de formação contínua dos enfermeiros, que promova o desenvolvimento profissional e a qualidade, levando à satisfação dos enfermeiros, no que concerne à qualidade do exercício profissional especializado, sendo que nesta procura da qualidade o enfermeiro especialista em saúde mental contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, pois a enfermagem de saúde mental, apoiada na evidência científica e nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, pretende alcançar os mais elevados padrões de qualidade no cuidar (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho).

As dimensões em estudo incluem: a) a satisfação/aceitabilidade dos profissionais, a qual resulta da diferença entre as expectativas do profissional sobre a qualidade do seu exercício e a sua perceção sobre os resultados obtidos; e, b) a adequação técnico-científica enquanto capacidade de transladar conhecimentos que favoreçam a qualidade dos cuidados prestados.

Desta forma, o desenvolvimento deste projeto visou a obtenção de ganhos em saúde mental, seja pelo incremento da autoeficácia, esperança, resiliência e otimismo, seja pela minimização dos riscos psicossociais no grupo de profissionais em análise.

Unidades de Estudo

A unidade de estudo é a equipa de enfermeiros e assistentes operacionais de uma unidade funcional de psiquiatria, de um Hospital da Lezíria. Esta escolha decorre do facto destes profissionais constituírem grupos vulneráveis aos riscos psicossociais fruto da presença constante junto dos utentes.

De forma a preservar a confidencialidade e a privacidade dos dados pessoais, a identidade dos participantes e todas as informações recolhidas no decurso da sua participação, foram protegidas em ficheiro encriptado (com acesso limitado ao investigador), e apenas usadas no contexto do estudo. A cada participante foi solicitado [por escrito] o consentimento informado (Apêndice III). Adicionalmente, foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital (CE/HDS/14.06.2021) para a realização do projeto de melhoria.

Tipo de Dados

Os indicadores de avaliação são essenciais para alcançar mudanças desejadas e desenvolver planos de melhoria de qualidade (Illife et al., 2016). São usados em variados contextos de cuidados de saúde para medir, comparar e melhorar a qualidade dos cuidados, sendo necessário que estes sigam métodos de desenvolvimento rigorosos, aprovados e baseados em evidência (Kotter et al., 2012). É através dos indicadores baseados em evidência que é possível fornecer medidas objetivas, para que sejam avaliadas estruturas, processos e resultados em saúde (Schall et al., 2017). Assim, foram definidos os seguintes indicadores:

- i) **Indicadores de estrutura** – plano de sessões formativas e respetivos materiais de apoio;
- ii) **Indicadores de processo** relacionam-se com as percentagens de profissionais envolvidos no projeto de melhoria (taxa de presença), e de profissionais que completaram o mesmo (taxa de adesão);
- iii) **Indicadores de resultado**, centram-se nos *outcomes* obtidos através da implementação do programa de intervenção. Neste caso, é expectável a redução dos riscos psicossociais e a melhoria dos níveis de capital psicológico positivo do grupo-alvo;
- iv) **Indicadores de qualidade** baseiam-se na satisfação dos enfermeiros e assistentes operacionais com a aplicação do programa (com recurso a escala de tipo *likert*).

Fonte de Dados

As fontes de dados referem-se aos instrumentos de aquisição de informação, fundamentais para analisar a pertinência do projeto. A colheita de dados, neste projeto, foi efetivada através de um questionário sociodemográfico e profissional para caracterização da população em estudo (Apêndice IV); da escala COPSQ II, validada para a população portuguesa por Silva (2006), do PsyCap Questionnaire, desenvolvido por Luthans e Youssef-Morgan em 2004 e validado para a população portuguesa por Assunção (2020); e, por fim, de um questionário de satisfação. A escala COPSQ II é formada por 119 itens de autopreenchimento, tendo revelado adequadas características psicométricas. Todos os itens são avaliados através de uma escala tipo *likert* de 5 pontos (1 -Nunca/quase nunca, 2- Raramente, 3- Às vezes, 4 – Frequentemente e 5- Sempre ou 1 –Nada/quase nada, 2- Um pouco, 3- Moderadamente, 4-Muito e 5 – Extremamente). Os diferentes itens da escala COPSQ II perfazem 35 subescalas (Tabela 1).

A análise dos resultados pressupõe a interpretação fator a fator. Ou seja, o COPSOQ II não mede um único construto, mas sim diversos riscos psicossociais e variáveis de saúde, stresse e satisfação. Desta forma, deverão ser calculadas as médias dos itens de cada fator, assumindo a interpretação desse valor sentidos distintos conforme o fator/ subescala em causa (Silva, 2006).

Tabela 1. Número de itens e subescalas da versão portuguesa do COPSOQ II

SUB-ESCALAS	Nº questões
Exigências quantitativas	1,2,3
Ritmo de trabalho	4
Exigências cognitivas	5,6,7
Exigências emocionais	8,9,10
Exigências de esconder emoções	11,12,13,14
Influência no trabalho*	15,16,17,18
Possibilidades de desenvolvimento*	19,20,21
Variação no trabalho*	22
Previsibilidade*	23,24
Transparência do papel desempenhado*	25,26,27
Recompensas (Reconhecimento)*	28,29,30,31
Conflitos de papéis laborais	32,33,34,35
Apoio social de colegas*	36,37,38
Apoio social de superiores*	39,40,41
Comunidade social no trabalho*	42,43,44
Qualidade da liderança*	45,46,47,48
Confiança horizontal*	49,50,51
Confiança vertical*	52,53,54
Justiça/respeito*	55,56,57,58
Responsabilidade social*	59,60,61,62
Significado do trabalho*	63,64,65
Compromisso face ao local de trabalho*	66,67,68
Satisfação no trabalho*	69,70,71,72
Insegurança laboral	73,74,75,76
Perceção de saúde*	77
Conflito trabalho/família	78,79,80
Conflito família/trabalho	81,82
Problemas em dormir	83,84,85,86
Extenuação	87,88,89,90
Stresse	91,92,93,94
Sintomas depressivos	95,96,97,98
Stresse somático	99,100,101,102,103
Stresse cognitivo	104,105,106,107
Autoeficácia*	108,109,110,111,112,113
Comportamentos ofensivos	114,115,116,117,118,119
Número de subescalas	35
Número de questões	119

* Fatores protetores; Fonte: Elaboração própria

Quanto ao PsyCap Questionnaire foi usada a versão composta por 24 itens divididos em grupos de seis itens por cada uma das suas quatro dimensões (autoeficácia, otimismo, esperança e resiliência). As respostas são dadas numa escala de tipo *likert*, de seis pontos, que oscilam entre o 1 “Discordo Totalmente” e o 5 “Concordo Totalmente”. Os valores de *alfa de cronbach* foram considerados adequados, ficando em 0,86 para a autoeficácia, 0,87 para a esperança, 0,73 para

a resiliência e 0,77 para o otimismo (Assunção, 2020). Por ser uma escala de utilização pública, não houve necessidade de pedir autorização para a sua utilização.

O questionário de satisfação foi construído com recurso a escala do tipo *likert* pontuada entre “1 – nada satisfeito” e “10 – extremamente satisfeito”. São avaliadas as respostas relativas à satisfação subjacente às seguintes áreas: “o tempo das sessões”; “as metodologias utilizadas nas sessões”; “o domínio das temáticas por parte do dinamizador das sessões”; “a relação criada entre o dinamizador e os participantes”; “qualidade das sessões”; e “a minha satisfação global com o programa”.

Tipo de avaliação

Avaliação interna – autoavaliação e interpares. Este tipo de avaliação é realizado por profissionais, por norma funcionários da própria instituição, na procura incansável de atingir as suas metas (OE, 2014). Assim a avaliação do programa psicAEROMente foi realizada através do impacto descrito pelos profissionais, bem como através da aplicação das escalas COPSOQ II, PsyCap e do questionário de satisfação.

Quem colhe os dados e como

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

Relação temporal

Este programa tem por base uma avaliação retrospectiva, pois o estudo é realizado a partir de registos do passado, tendo seguimento a partir daquele momento até o presente e prospetiva já que o estudo é desenvolvido no presente e é seguido para o futuro (OE, 2014).

Definição da população e seleção da amostra

A seleção da amostra teve uma base institucional, uma vez que é constituída por elementos presentes na instituição, neste caso, profissionais de saúde. É intencional e seletiva, pois a seleção dos elementos da população para fazer parte da amostra dependeu de um conjunto de critérios de inclusão e exclusão (OE, 2014). Foram definidos como critérios de inclusão, todos os profissionais (enfermeiros e assistentes operacionais) que se encontravam a desenvolver a sua atividade no período em que decorreu o projeto. E excluídos todos aqueles que recusassem participar, ou estivessem ausentes por motivo de férias ou baixa médica. Assim a população consistia em 22 elementos, dos quais 18 profissionais integraram a amostra. Dos 4 elementos

da população não incluídos na amostra, 2 recusaram participar e os restantes encontravam-se de baixa médica.

Os dados foram tratados com recurso ao *software* SPSS (versão 28.0). Na análise descritiva dos dados sociodemográficos foram utilizados, o número (n), a percentagem (%), a média (M), o desvio padrão (DP), mínimo (Min) e o máximo (Max).

No que concerne às habilitações literárias, sexo e funções desempenhadas (Tabela 2), a maior parte da amostra tem curso superior, nomeadamente licenciatura (33,3%) e pós-licenciatura de especialização (27,8%). A amostra é composta maioritariamente por profissionais do sexo feminino (n=12; 66,7%). Já relativamente às funções desempenhadas, 66,7% da amostra exerce funções como enfermeiro/a, e 33,3% como assistente operacional. Os profissionais têm idades compreendidas entre os 26 e os 62 anos, sendo a média de idades de 45,8 (DP=10,5) anos.

Tabela 2. Caracterização da amostra (N=18)

Habilitações	N	%
3º ciclo do ensino Básico (7º ao 9º ano)	4	22,2
Ensino Secundário (10º ao 12º ano)	3	16,7
Ensino Superior	6	33,3
Pós-Licenciatura	5	27,8
Sexo		
Masculino	6	33,3
Feminino	12	66,7
Função desempenhada		
Assistente operacional	6	33,3
Enfermeiro	12	66,7

Fonte: Elaboração própria

Quais as medidas corretivas passíveis de serem usadas

As medidas corretivas implementadas incluem medidas educacionais e estruturais, sendo que as primeiras passam pela formação da equipa sobre os riscos psicossociais e o capital psicológico positivo, e as segundas assentam na realização de um guia de boas práticas para a prevenção e gestão de riscos psicossociais.

3.6. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES

O programa formativo foi estruturado em seis sessões grupais, de 120 minutos cada, desenvolvidas presencialmente e com uma periodicidade semanal. O grupo era fechado (não havendo entrada de novos elementos) para se trabalhar ativamente sobre os seus problemas e facilitar o seu desenvolvimento e coesão grupal. Recorreu-se à sequência cognitivo-comportamental e com aproximação aos princípios da psicoeducação. De sublinhar que o programa desenvolvido incluiu duas vertentes: uma educativa e outra de suporte (Sequeira & Sampaio, 2020).

A vertente educativa teve como objetivos: a) fornecer informação sobre a temática; b) esclarecer sobre os riscos psicossociais e o capital psicológico positivo; e, c) elucidar sobre os recursos disponíveis para ultrapassar as dificuldades sentidas.

A vertente de suporte visou: a) ajudar os colaboradores a gerir emoções e a usar estratégias para lidar com as principais dificuldades; e, por fim, b) partilhar experiências e sentimentos com pares que se encontrem em situação semelhante.

Todas as sessões foram co-dinamizadas por uma EEESMP, o que facilitou por um lado a prossecução do programa, e por outro lado permitiu múltiplos momentos de reflexão que permitiram ajustes face ao planeamento inicial.

Segundo o Padrão de documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho), um programa de intervenção deve respeitar uma estrutura, pelo que deve reger-se por um guia orientador de estruturação de fases (início, desenvolvimento e conclusão). Importa, agora, descrever as fases do programa psicAEROMente, nomeadamente a base na qual são suportadas as sessões, bem como os focos de enfermagem aos quais se dirige, os métodos utilizados para a realização das sessões e as técnicas utilizadas que remetem para as competências do EEESMP:

Na sessão inicial (sessão 0) foi apresentado o programa – estrutura, dinâmicas, metodologias, responsáveis e cronograma. Foram igualmente obtidos os consentimentos e aplicado um questionário sociodemográfico bem como os instrumentos utilizados (Escala COPSOQ II e PsyCap). Os dados recolhidos foram tratados com recurso ao IBM® SPSS® (versão 28), recorrendo a análises descritivas e a estatística inferencial.

O conjunto das quatro sessões customizadas às necessidades apresentadas e alinhadas com a evidência científica disponível, versaram as seguintes temáticas (Apêndice V):

- Stresse, *burnout* e relacionamentos;
- Esperança e otimismo;
- Resiliência;
- Autoeficácia.

A última sessão (sessão 5) objetivou reavaliar os riscos psicossociais e capital psicológico, recorrendo aos instrumentos utilizados na sessão inaugural. Para além disso, avaliou-se a satisfação dos participantes com o programa, bem como a análise SWOT decorrente da sua implementação.

Sessão 1. Stresse, *burnout* e relacionamentos

Stresse e *burnout* são focos de atenção de enfermagem. Segundo o ICN (2019), stresse corresponde a um “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”. De acordo com a mesma fonte, o *burnout*, constitui-se como um “processo de coping comprometido: depleção de energia devido a stresse continuado; falta de apoio e de relações; conflitos entre as expectativas e a realidade”. Por sua vez, os relacionamentos são relatados como uma “estrutura psicossocial” (ICNP, 2019).

O Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH) define o stresse ocupacional como um conjunto de reações físicas e emocionais que se tornam prejudiciais à pessoa e que ocorrem quando as exigências do trabalho não são proporcionais às competências, recursos ou necessidades do profissional. Se não forem avaliados e geridos adequadamente, os riscos psicossociais podem aumentar os níveis de stresse e levar a problemas de saúde física e mental (Lulli et al., 2021).

É sabido, que o trabalho permite a autorrealização, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência humana. Contudo, também pode constituir uma ameaça quando impõe fatores de

risco à saúde e o profissional não dispõe de estratégias eficazes para se proteger desses riscos. Estes fatores de risco quando não controlados podem originar a síndrome de *burnout*¹⁵. Enquanto o stress é um fenómeno de adaptação temporária em resposta a um estímulo externo ou interno da pessoa, o *burnout* representa um processo de quebra de adaptação resultante da exposição prolongada e recorrente a este stress (Nobre et al., 2019) com repercussões na qualidade das relações no ambiente laboral nos domínios individual, interpessoal e organizacional e que contemplam os conflitos entre os membros da equipe até a tensão que pode existir na interação entre os profissionais de saúde, os utentes e os familiares (Perniciotti, 2020). Assim, o stress, o *burnout* e os relacionamentos prejudicados constituem riscos psicossociais pelo que importa capacitar os profissionais com conhecimento válido sobre estes fenómenos respetivas estratégias preventivas e/ou adaptativas.

Neste sentido, para a realização da primeira sessão, para além de uma forte vertente educativa com enfoque em áreas de autocuidado físico, mental e social (ex. sono, alimentação, atividade física, socialização e atividades lúdicas); recorreu-se ainda a técnicas de reestruturação cognitiva, de *brainstorming* e *role-playing* (treino da comunicação assertiva no âmbito da autoafirmação e expressão de sentimentos positivos e negativos), as quais permitiram capacitar os participantes na identificação dos riscos psicossociais e das estratégias de *coping* adaptativas a mobilizar.

Sessão 2. Esperança e otimismo

A esperança é uma emoção definida pelo 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 (ICNP, 2019).

A esperança constitui uma determinante importante da saúde mental, já que a maioria das pessoas pode recuperar da doença mental através da promoção da esperança enquanto intervenção específica de Enfermagem. Este foco, tem uma influência positiva na saúde mental das pessoas, promovendo o conforto e a qualidade de vida, e operando na redução da depressão e suicídio. Permite ainda reduzir a dependência relacional e prevenir o aparecimento de fenómenos de exaustão familiar, com efeito preditivo no bem-estar subjetivo (Querido, 2018).

¹⁵ Estado de exaustão física, emocional e mental, ocasionado pelo envolvimento da pessoa em sensações de elevada exigência emocional no local de trabalho; e, que reduz o interesse e a motivação para o trabalho, afeta a qualidade do atendimento, e resulta em atitudes e comportamentos negativos em relação a si mesmo, os clientes e o trabalho (Nabizadeh-Gharghozar et al., 2020).

Neste sentido, preservar a esperança em situações penosas, requer habilidades para gerir os fatores que promovem e inibem a esperança. Contudo, o equilíbrio entre os fatores promotores e inibidores de esperança pode ser difícil de alcançar, sem a presença de profissionais de saúde altamente qualificados. A prática profissional dos EEESMP, deve ter como foco a promoção e manutenção da esperança, de forma a ajudar as pessoas a lidar com o sofrimento, por ser considerada um poderoso mecanismo de cura (Laranjeira & Querido, 2022).

A atual necessidade de um plano holístico, ressalta o papel do EEESMP na promoção da esperança, particularmente naqueles que já esgotaram todo o seu potencial de recursos pessoais para enfrentar os problemas ou estão em uma situação ameaçadora (Laranjeira & Querido, 2022).

Para o desenvolvimento da sessão recorreu-se a técnicas que visaram: a) apoiar a expressão verbal da autorreflexão positiva sobre a percepção da esperança na vertente pessoal e grupal (brasão da esperança e árvore de talentos); b) estimular o interesse dos participantes para trabalhar a esperança e otimismo; e, c) aconselhar/exercitar sobre atividades promotoras de esperança (Querido et al., 2021).

Sessão 3. Resiliência

Resiliência é uma temática relevante dada a sua correlação com os fatores do *burnout*. Elevada resiliência está relacionada com menos stresse, protegendo do *burnout*. Os resultados de um estudo realizado por Silva et al. (2016) alertam para correlações negativas entre exaustão emocional e resiliência, e correlações positivas entre realização pessoal e resiliência. Pessoas resilientes são capazes de, após a adversidade, recuperar o equilíbrio, tanto em termos mentais quanto emocionais, e aprender com a experiência tornando-se mais fortes e preparadas. Evidência recente sugere que a resiliência se desenvolve a partir da identidade profissional, apoio proveniente dos pares, comunicação eficaz, bem como da flexibilidade para se autocuidar (Curtin et al., 2022).

Para o desenvolvimento da sessão recorreu-se a técnicas de *brainstorming*, *case-based learning* e *team-based learning*, através de atividades cognitivo-comportamentais pelas quais os participantes desenvolvem soluções efetivas ou formas de lidar com problemas da vida real, mobilizando a sua capacidade de resiliência. Recorreu-se ao plano de resiliência (4 S's) (Alberts, 2019) o qual permite explorar e refletir sobre os recursos internos, ajudando a construir um plano de resiliência que funcione como um recurso perante a adversidade.

Sessão 4. Autoeficácia

A autoeficácia é um construto relevante dada a sua correlação com os fatores do *burnout*, nomeadamente no que diz respeito à exaustão emocional e a baixa realização profissional. A autoeficácia representa a perceção da pessoa sobre as suas competências na execução de tarefas. A investigação sobre a autoeficácia em contexto laboral baseia-se na suposição de que a condição de saúde e as restrições contextuais podem reduzir a capacidade de agir do profissional e afetar a sua autoavaliação (Luna & Gondim, 2021).

A baixa autoeficácia reduz a procura de alternativas para solucionar os problemas do profissional, causando um maior dano à saúde mental. Por outro lado, a autoeficácia elevada reduz a atribuição do stresse ao contexto, uma vez que o profissional perceciona o ambiente como controlado. Menor perceção dos riscos psicossociais pode estar associada à maior autoeficácia, pois a pessoa procura ou identifica soluções para os problemas, deslocando sua atenção para aspetos não ansiogénicos da experiência vivida (Barbaranelli et al., 2018; Luna & Gondim, 2021). Assim, a autoeficácia desempenha um papel protetor para saúde mental e física (Luna & Gondim, 2021).

A ausência de políticas que identifiquem os fatores de risco psicossociais em contexto laboral, pode fazer com que a autoeficácia se deteriore, e se acentue a sintomatologia física e psicológica do colaborador. Luna e Godim (2021) acrescentam que observância de tais fatores de risco pode minar um dos principais e mais preciosos recursos pessoais do trabalhador – a autoeficácia - com impacto no seu futuro adoecimento e previsível afastamento do trabalho.

Assim, para o desenvolvimento desta sessão recorreu-se a atividades cognitivo-comportamentais pelas quais os participantes desenvolvem exercícios de tomada de consciência de si (ex. Janela Johari¹⁶), promovendo a modificação de comportamentos. Paralelamente, foi usada a técnica de autocontrolo PROARR [Parar, Relaxar, Observar, Analisar, Refletir e Responder] (Queirós, 2014) que permite o relaxamento em situações emocionais extremas, ajudando à não ocorrência de reações desajustadas.

¹⁶ Esta estratégia visa ampliar o autoconhecimento ou consciência de si próprio, potenciar a autorrevelação, identificar competências pessoais e emocionais a melhorar, e promover a compreensão das relações interpessoais (Albuquerque et al., 2016).

3.7 VERIFICAÇÃO DE RESULTADOS

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

Resultados *baseline* (pré-intervenção)

Para avaliar quais os riscos com impacto para a saúde antes da aplicação do programa, foi aplicada a escala COPSOQ II. De acordo com Silva et al. (2006), para analisar os resultados da escala, podemos situar a média obtida em determinado fator em tercis, ou seja, a divisão da amplitude da cotação dos itens (1 a 5), de cada subescala, em três partes iguais, com os respetivos pontos de corte 2,33 e 3,66. Esta divisão tripartida assume uma interpretação “semáforo”, mediante o impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão representa, nomeadamente: verde (situação favorável), amarelo (situação intermédia) e vermelho (situação de risco).

Para apresentação dos resultados, na tabela 3, estão assinaladas as subescalas em que o valor mais alto corresponde ao valor que representa maior exposição aos riscos psicossociais, sendo que o ponto de corte para a presença de valores críticos, situa-se nos 3,66 e o ponto de corte para os melhores valores, situa-se nos 2,33. De referir que estes pontos de corte são invertidos para os fatores protetores assinalados na tabela.

Podemos verificar através dos resultados obtidos, que apenas as subescalas “exigências emocionais”, “influência no trabalho”, apoio social de superiores”, “qualidade da liderança”, “justiça e respeito”, “satisfação no trabalho” existe um elevado nível de risco, encontrando-se assinalada a vermelho. Em situação favorável (assinaladas a verde) encontram-se as subescalas “transparência do papel desempenhado”, “insatisfação laboral”, “conflito família/trabalho” e “comportamento ofensivos”. Em posição intermédia de risco (identificadas a amarelo) encontram-se as restantes subescalas.

Tabela 3. Estatística descritiva das subescalas da COPSOQ II (Pré-intervenção)

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Exigências quantitativas	1,67	4,33	2,54	0,67
Ritmo de trabalho	2,00	4,00	3,06	0,54
Exigências cognitivas	2,00	5,00	3,59	0,86
Exigências emocionais	2,67	5,00	3,81	0,73
Exigências para esconder emoções	2,25	4,00	3,03	0,52
Influência no trabalho*	1,00	3,25	1,88	0,76
Possibilidades de desenvolvimento*	2,00	5,00	3,43	0,81
Variações no trabalho*	1,00	5,00	2,50	1,20

Previsibilidade*	1,00	4,00	2,39	0,99
Transparência do papel desempenhado*	2,67	4,67	3,66	0,61
Recompensas*	1,00	3,75	2,60	1,00
Conflitos laborais	2,50	4,25	3,43	0,53
Apoio social de colegas*	2,00	4,00	2,96	0,59
Apoio social de superiores*	1,00	3,00	2,04	0,74
Comunidade social no trabalho*	1,00	4,33	2,81	0,87
Qualidade da liderança*	1,00	3,50	2,24	0,69
Confiança horizontal*	2,33	3,33	2,78	0,32
Confiança vertical*	2,00	4,00	3,15	0,54
Justiça e respeito*	1,25	3,25	2,24	0,64
Responsabilidade social*	1,50	5,00	3,24	0,88
Significado do trabalho*	2,00	5,00	3,59	0,77
Compromisso face ao local de trabalho*	2,00	4,00	3,00	0,54
Satisfação no trabalho*	1,00	4,25	2,32	0,85
Insegurança laboral	1,00	3,50	1,75	0,75
Perceção de saúde*	1,00	4,00	3,17	0,99
Conflito trabalho-família	1,33	4,67	3,27	1,18
Conflito família-trabalho	1,00	2,50	1,08	0,35
Problemas em dormir	1,00	5,00	3,26	1,11
Extenuação	1,50	5,00	3,15	1,14
Stresse	1,25	5,00	3,11	1,35
Sintomas depressivos	1,50	3,25	2,36	0,53
Stresse somático	1,00	4,60	2,46	1,26
Stresse cognitivo	1,00	4,00	2,54	0,99
Autoeficácia*	2,83	4,17	3,62	0,41
Comportamentos ofensivos	1,00	3,50	2,21	0,85

Fonte: Elaboração própria; * Fatores protetores

Nota: verde (situação favorável), amarelo (situação intermédia) e vermelho (situação de risco).

Quanto aos construtos da escala PsyCap (pré-intervenção) [Tabela 4], a média mais elevada é relativa ao construto Esperança (M=3,67), e a média mais baixa refere-se ao construto autoeficácia (M=3,34).

Tabela 4. Estatística descritiva das subescalas da PsyCap (Pré-intervenção) (N=18)

Construtos	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Autoeficácia	2,50	4,33	3,34	0,46
Esperança	2,67	4,50	3,67	0,50
Resiliência	2,60	4,40	3,47	0,57
Otimismo	2,75	4,75	3,64	0,52

Fonte: Elaboração própria

Resultados pós-intervenção

A avaliação do programa psicAEROMente foi realizada através da reaplicação das escalas COPSOQ II e PsyCap, bem como pelo impacto do programa descrito pelos participantes (questionário de satisfação).

Relativamente à escala COPSOQ II, e dado que a amostra é inferior a 30 pessoas, efetuou-se o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, tendo sido obtido um $p > 0,05$ em algumas subescalas (distribuição normal), justificando o uso de teste *t* para amostras emparelhadas. Nas dimensões que não seguem a normalidade, utilizou-se o teste de *Wilcoxon*.

Na tabela 5, pode-se verificar que não houve diferenças significativas nas dimensões exigências emocionais ($p=0,34$), possibilidades de desenvolvimento ($p=0,06$), variações relacionadas com o trabalho ($p=0,13$), confiança vertical ($p=0,21$), significado do trabalho ($p=0,17$) e compromisso face ao local de trabalho ($p=1,00$).

Nas seguintes dimensões, verificou-se uma redução do valor médio após a aplicação da intervenção: exigências quantitativas (2,54 vs 2,28); exigências para esconder emoções (3,03 vs 2,46); problemas em dormir (3,26 vs 2,17); extenuação (3,15 vs 2,26), stresse (3,11 vs 2,03), sintomas depressivos (2,36 vs 1,50), stresse cognitivo (2,54 vs 1,97). Estes resultados indicam-nos que após a aplicação do programa os profissionais referem menos exigências quantitativas, têm menos necessidade de esconder emoções e os problemas em dormir diminuíram. Por outro lado, as dimensões extenuação, stresse, sintomas depressivos e stresse cognitivo também foi verificada uma diminuição do valor médio após a intervenção nestas dimensões.

Já nas seguintes dimensões, verificou-se um aumento do valor médio após a aplicação da intervenção: transparência no papel desempenhado (3,61 vs 4,37); apoio social de superiores (2,04 vs 3,00); comunidade social no trabalho (2,81 vs 3,59); qualidade da liderança (2,24 vs 3,28); justiça e respeito (2,18 vs 3,12); responsabilidade social (3,24 vs 3,86); satisfação no trabalho (2,32 vs 2,78); autoeficácia (3,62 vs 4,32). Estes dados indicam-nos que após a aplicação do programa, existe uma maior transparência no papel desempenhado, há uma perceção de maior apoio dos superiores, a comunidade social no trabalho é mais salutar, a qualidade da liderança melhorou, bem como a justiça e o respeito pelos profissionais, a satisfação no trabalho, a responsabilidade social, e por fim a crença de autoeficácia. Exceção para as exigências cognitivas (3,59 vs 4,0) em que houve um agravamento do valor médio, provavelmente devido à sobrecarga de trabalho e escassez de recursos humanos.

Tabela 5. Teste t para amostras emparelhadas - COPSOQ II

	Aplicação Inicial		Aplicação Final		t
	M	DP	M	DP	
Exigências quantitativas	2,54	0,67	2,28	0,42	2,18*
Exigências Cognitivas	3,59	0,86	4,00	0,58	-2,93**
Exigências Emocionais	3,81	0,73	3,98	0,78	-0,96
Exigências para esconder emoções	3,03	0,52	2,46	0,55	5,08**
Possibilidades de desenvolvimento*	3,43	0,81	3,70	0,82	-2,01
Variações no trabalho*	2,50	1,20	2,89	0,90	-1,59
Transparência no papel desempenhado*	3,61	0,61	4,37	0,34	-7,87**
Apoio social dos superiores*	2,04	0,74	3,00	0,68	-7,02**
Comunidade social no trabalho*	2,81	0,87	3,59	0,49	-5,45**
Qualidade da liderança*	2,24	0,69	3,28	0,44	-8,33**
Confiança vertical*	3,15	0,54	3,33	0,30	-1,32
Justiça e respeito*	2,18	0,60	3,12	0,54	-6,73**
Responsabilidade social*	3,24	0,88	3,86	0,37	-3,61**
Significado do trabalho*	3,59	0,77	3,72	0,64	-1,44
Compromisso face ao local de trabalho*	3,00	0,54	3,00	0,43	0,00
Satisfação no trabalho*	2,32	0,85	2,78	0,73	-2,63**
Problemas em dormir	3,26	1,11	2,17	0,62	4,65**
Extenuação	3,15	1,13	2,26	0,87	3,96**
Stresse	3,11	1,35	2,03	0,88	3,96**
Sintomas depressivos	2,36	0,53	1,50	0,84	4,26**
Stresse cognitivo	2,54	0,99	1,97	0,57	2,65*
Autoeficácia*	3,62	0,41	4,32	0,44	-4,88**

* Fatores protetores

Nota: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Fonte: Elaboração própria

Nas dimensões em que não se confirmou a normalidade da distribuição, optou-se pela realização de um teste não paramétrico para amostras emparelhadas, nomeadamente o teste de *Wilcoxon*.

Tal como se pode verificar na tabela 6, não se observaram diferenças significativas após a aplicação do programa, tendo em consideração as dimensões: influência no trabalho, insegurança laboral, perceção de saúde, conflito família-trabalho e comportamentos ofensivos.

No que concerne à dimensão ritmo de trabalho, o valor médio da mesma diminui significativamente após a intervenção ($Z=-2,12$; $p<0,05$). O mesmo acontece nas subescalas conflitos laborais ($Z=-3,19$; $p<0,01$) e confiança horizontal ($Z=2,70$; $p<0,05$). Subsequentemente, o valor médio do conflito trabalho-família também diminui significativamente, após a aplicação do programa ($Z=-2,48$; $p<0,05$).

Porém, na dimensão previsibilidade verificou-se um aumento do valor médio, após a intervenção ($Z=-3,50$; $p<0,01$), bem como na perceção de recompensas ($Z=-3,27$; $p<0,01$), face à avaliação inicial. Também se verificou um aumento do valor médio do apoio social dos colegas após a intervenção ($Z=3,20$; $p<0,01$).

Por último, o valor médio do stresse somático diminuiu significativamente, após a intervenção, tendo em consideração o valor inicial ($Z=-2,417$; $p<0,05$).

Tabela 6. Teste de *Wilcoxon* - COPSOQ II

Subescalas	Aplicação Inicial		Aplicação Final		Z
	M	DP	M	DP	
Ritmo de trabalho	3,06	0,54	2,72	0,46	-2,12*
Influência no trabalho*	1,88	0,76	1,94	0,61	-0,83
Previsibilidade*	2,39	0,99	3,58	0,49	-3,50**
Recompensas*	2,60	1,00	3,63	0,60	-3,27**
Conflitos laborais	3,43	0,53	2,79	0,42	-3,19**
Apoio social de colegas*	2,96	0,59	3,65	0,33	3,20**
Confiança horizontal*	2,78	0,32	2,46	0,33	2,70*
Insegurança laboral	1,75	0,75	1,61	0,46	-0,90
Perceção de saúde*	3,17	0,99	3,00	1,19	-0,82
Conflito trabalho-família	3,27	1,18	2,24	1,02	-2,48*
Conflito família-trabalho	1,08	0,35	1,17	0,38	-1,09
Stresse Somático	2,46	1,26	1,70	0,54	-2,42*
Comportamentos ofensivos	2,21	0,85	2,09	0,71	-0,83

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Fonte: Elaboração própria

Paralelamente, efetuou-se o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* para a Escala PsyCap, tendo sido obtido um $p > 0,05$, ou seja, as variáveis em estudo seguem uma distribuição normal, pelo que se optou pela utilização do teste t para amostras emparelhadas.

Pode confirmar-se que nas dimensões autoeficácia, resiliência e otimismo da escala PsyCap foram obtidas diferenças estatísticas significativas após a aplicação do programa, com incremento das referidas capacidades (Tabela 7). Na dimensão autoeficácia, o teste t revelou uma diferença média de 0,43 (DP= 0,50) entre os dois períodos analisados. Na dimensão resiliência também se verificou um teste t significativo ($t= 7,58$; $p<0,05$), com uma diferença média de 0,91 (DP= 0,51). Por fim, na dimensão otimismo a diferença média foi de 0,64 (DP= 0,52) entre os dois momentos.

Tabela 7. Teste de amostras emparelhadas da Escala PsyCap

		Diferenças emparelhadas				t	df	Sig.	
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença				
					Inferior				Superior
Par 1	Autoeficácia – final & Autoeficácia- inicial	0,43	0,50	0,12	0,18	0,68	3,60	17	0,001
Par 2	Esperança – final & Esperança – inicial	0,42	0,51	0,12	0,16	0,67	3,47	17	0,145
Par 3	Resiliência – final & Resiliência – inicial	0,91	0,51	0,12	0,65	1,16	7,56	17	0,021
Par 4	Otimismo – final & Otimismo – inicial	0,64	0,52	0,12	0,38	0,90	5,25	17	0,016

Fonte: Elaboração própria

3.8. PROPOSTA MEDIDAS CORRETIVAS, PADRONIZAR E TREINAR A EQUIPA; RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

O programa recolheu um elevado nível de aceitação por parte do grupo-alvo, traduzido pelos níveis de satisfação obtidos – através da avaliação com recurso a instrumento de *likert* (entre 0 – “nada satisfeito” e 10 – “totalmente satisfeito”) obtiveram-se resultados médios superiores a 9 em todas as afirmações, nomeadamente: o tempo de cada sessão; a metodologia utilizada em cada sessão; o domínio das temáticas por parte do dinamizador das sessões; a relação criada entre o dinamizador e os participantes; e, a satisfação global com o programa.

Os resultados foram partilhados com a equipa, que reconheceu a sua importância enquanto facilitador de aquisição de estratégias para lidar com os riscos psicossociais. Foi proposto fazer uma apresentação aos restantes serviços, estendendo o programa a toda a área de abrangência do hospital, integrando o programa nos projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A busca pela qualidade da assistência em saúde é uma preocupação contínua das instituições de saúde, que cada vez mais investem em melhoria estrutural, organizacional, e em capacitar os profissionais para o aperfeiçoamento dos seus processos de trabalho (Danno et al., 2021).

Não obstante, apontam-se algumas limitações nomeadamente no que diz respeito ao tamanho da amostra, o que limita a comparabilidade e transferibilidade dos resultados. Os instrumentos de avaliação sendo de autorresposta e compostos por um elevado número de itens, poderão aumentar o risco de viés (desejabilidade social) e cansaço dos participantes. Por outro lado, e apesar dos elevados níveis de satisfação relativamente ao programa, sugere-se em próximas

edições a inclusão de técnicas cognitivo-comportamentais de 3ª geração (ex. *Mindfulness*, Compaixão, Aceitação e Compromisso) as quais enfatizam a importância da qualidade da consciência na manutenção e promoção do bem-estar. Constitui-se, igualmente, como limitação ao estudo a ausência de monitorização *follow-up* dos indicadores em análise.

Para o estudo da viabilidade do projeto no contexto onde foi implementado recorreu-se à análise SWOT (*Strengths* [forças], *Weaknesses* [fraquezas], *Opportunities* [oportunidades] e *Threats* [ameaças]). De acordo com Turner (2010) esta análise permite preparar opções estratégicas, uma vez que é possível identificar precocemente alguns dos riscos e problemas a resolver.

Através da construção desta análise (Quadro 1) foi possível explicar quais os pontos favoráveis e desfavoráveis à execução deste projeto e adequar o planeamento do mesmo de forma a suplantir eventuais fraquezas e ameaças, e tirar benefício dos pontos fortes e oportunidades.

Quadro 1. Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade do Cuidados de Enfermagem

FORÇAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temática pertinente no serviço; ➤ Motivação da equipa para participar no estudo; ➤ Estudo pré-existente pelo SSST no serviço sobre riscos psicossociais. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorização dos riscos psicossociais em contexto laboral; ➤ Criação de programas dirigidos à Saúde Mental dos profissionais.
FRAQUEZAS	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amostra reduzida; ➤ Escassez e sobrecarga dos recursos humanos; ➤ Falta de divulgação do projeto e dos resultados obtidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contexto pandémico (COVID 19); ➤ Dificuldade dos membros da equipa na identificação dos fatores de risco psicossocial; ➤ Falta de políticas de <i>empowerment</i> dos trabalhadores em relação à temática em estudo; ➤ Inexistência de protocolos.

Fonte: Elaboração própria

A motivação dos participantes demonstrou constituir-se como uma força do programa face à recetividade demonstrada nas atividades propostas, mas também pela assiduidade na frequência das sessões que o compuseram. Por outro lado, assentou numa temática de elevada pertinência, previamente sinalizada pelo SSST sobre os riscos psicossociais no serviço envolvido.

Face aos resultados obtidos, o projeto abriu uma janela de oportunidade para a valorização dos riscos psicossociais em contexto laboral, e representou a oportunidade de evidenciar a importância de atender à saúde em geral [e à saúde mental em particular], dos trabalhadores incluídos

no grupo-alvo, sustentando dessa forma a criação de programas de promoção da saúde e prevenção da doença ocupacional.

Por outro lado, o contexto pandémico associado à escassez de políticas de SM dirigidas ao grupo-alvo pode ter intensificado a problemática. Acresce a carência de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho que limitam a implementação deste tipo de programas, pelo que se torna necessário sensibilizar as estruturas de gestão para a formação contínua e para o desenvolvimento de medidas que visem o autocuidado dos profissionais.

Diante deste cenário foram propostas as seguintes medidas corretivas:

- Divulgação do programa e dos seus resultados nos diferentes serviços do hospital;
- Realização de *workshops* que fomentem o aumento da literacia dos profissionais, reforçando a acessibilidade ao projeto psicAEROmente e sua adequabilidade aos diferentes serviços/equipas;
- Criação de protocolos de atuação comuns a toda a equipa por forma a evitar situações de risco acrescido.

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Tendo por base a metodologia de projeto, o programa procurou formar o grupo-alvo através de uma abordagem assente na aprendizagem cooperativa, ativa e experiencial. Trata-se de um projeto alinhado aos padrões de qualidade da ESMP (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho), nomeadamente nos enunciados descritivos relativos à promoção da saúde, a prevenção de complicações, e ao bem-estar e autocuidado.

Quanto ao enunciado descritivo da “promoção da saúde” foi identificada a situação de saúde da população visada e os recursos da mesma, traçando o diagnóstico da situação de saúde mental e dos recursos específicos, reais e potenciais dos profissionais, o que permitiu a promoção e o aproveitamento destes recursos para promover estilos de vida saudáveis. A intervenção desenvolvida permitiu reforçar os fatores de proteção (PsyCap) e minimizar os riscos psicossociais. Torna-se assim possível construir ambientes saudáveis promotores da saúde mental, através da promoção de competências, como a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade em lidar com os stressores, a autoconsciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a autoconfiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância, almejando a promoção da literacia em saúde mental (OE, 2011).

Quanto aos enunciados descritivos “prevenção de complicações” e “bem-estar e autocuidado”, e tendo em conta os resultados obtidos, é necessário capacitar as profissionais para a promoção da saúde e prevenção da doença, através de políticas direcionadas para programas de saúde mental. As administrações hospitalares devem melhorar a capacidade de cuidado humanístico, reforçando as características psicológicas (PsyCap) dos profissionais, o que se traduzirá numa maior confiança no seu trabalho e no desenvolvimento de relacionamentos positivos com os utentes.

É então fundamental que as organizações olhem para o desenvolvimento do capital psicológico positivo como uma vantagem competitiva, dadas as suas implicações na satisfação e bem-estar, no compromisso e desempenho organizacionais (Nafei, 2015). Os resultados obtidos neste projeto demonstram que as organizações devem procurar complementar aquilo que procuram nos seus profissionais com práticas inovadoras que visem o desenvolvimento pessoal e reforço das competências de comunicação. Investir em intervenções de natureza educativa de psicossocial (em base regular) contribuem para uma força de trabalho mais motivada e produtiva ao mesmo tempo que favorece um vínculo de pertença para com a organização (Kim et al., 2017; Silva &

Andrade, 2019). Será por esta via que se torna possível promover o desenvolvimento de organizações amigas da saúde mental.

Similarmente, sugere-se que as áreas do autoconhecimento e autocuidado, como mediadoras do bem-estar socioprofissional, possam ser integradas nos currículos privilegiando estratégias ativas de ensino-aprendizagem – na medida em que colocam a pessoa no centro dos processos formativos, ou seja, valorizam as suas necessidades, percepções, experiências, tempos e motivações.

No domínio da investigação, torna-se necessário a implementação de estudos experimentais e quasi-experimentais que permitam avaliar a efetividade de programas psicossociais que previnam os riscos em contexto laboral e promovam o capital psicológico positivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização do presente relatório possibilitou uma descrição sobre o percurso realizado ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, necessário para o desenvolvimento sustentado e eficaz de um projeto de melhoria contínua e da aquisição das competências específicas fundamentais para a obtenção do título de especialista e do grau de mestre. O caminho percorrido até aqui foi bastante árduo devido aos constrangimentos do percurso académico e laboral, nomeadamente a crise pandémica que o País atravessou, o que culminou com os pedidos de prorrogação de entrega do relatório. Apesar dos constrangimentos, o caminho mostrou-se igualmente proveitoso, pois as aprendizagens foram inúmeras, em diversos *settings* (EC), o que permitiu vivenciar e adquirir um leque diferenciado de aprendizagens que contribuíram para a consolidação das competências do EEESMP (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho). Com a elaboração deste relatório foi permitido consolidar os conhecimentos adquiridos, explanando a forma como foram adquiridas as competências, quer a nível teórico, como a nível prático, com a consciência de que existe uma abertura para o aperfeiçoamento das mesmas.

Os objetivos iniciais com a elaboração deste relatório, alinham-se com o referencial teórico normativo da profissão, nomeadamente no Código Deontológico de Enfermagem (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro), bem como nas Competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), e nas Competências do EEESMP (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho). Estruturalmente, o relatório reflete o percurso realizado para a obtenção das competências EEESMP e do grau de mestre, através da caracterização dos diferentes contextos de aprendizagem da prática especializada em ESMP (Parte I), tendo atingido o objetivo 1; da realização de uma análise crítico-reflexiva fundamentada sobre o desenvolvimento das competências especializadas (comuns e específicas) definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista (EE) e para o EEESMP e evidenciar a aplicação do conhecimento adquirido ao longo da formação tendo atingido os objetivos 2 e 3; e por fim, da evidência dos resultados obtidos pelo desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Parte II), tendo atingido o objetivo 4. Naturalmente que para atingir estes objetivos, foi necessária uma reflexão conjunta, quer com os professores supervisores, quer com os peritos na área, que proporcionaram um processo de

desenvolvimento e aquisição de competências de EEESMP através da análise crítico-reflexiva das intervenções realizadas. Reforço ainda a importância dos referenciais teóricos que fundamentaram a prática ao longo do percurso.

A consolidação das competências aconteceu através: a) da realização de intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, em resposta às necessidades da pessoa/família/comunidade; e, com b) a realização do projeto de melhoria contínua, centrado nos “Riscos psicossociais e no Capital Psicológico Positivo”. Este último constituiu-se um grande desafio pessoal e profissional, e foi com base na metodologia do projeto que fui implementando e avaliando o mesmo sempre na procura de novos saberes. Relativamente à aplicação do ciclo de *Deming* no projeto psicAEROMente, foi uma ferramenta a qual me permitiu operacionalizar, verificar e validar o impacto da intervenção nos profissionais de saúde. Os resultados superaram a minha expectativa, na medida em que houve uma mudança dos focos de enfermagem autoeficácia, otimismo e resiliência, apesar das resistências da equipa à mudança. É, portanto, um programa que pode não só ser aplicado ao *setting* laboral em questão, mas é transferível a outros *settings*, mesmo em áreas não relacionadas com a saúde.

A operacionalização deste projeto proporcionou momentos de aprendizagem enriquecedores, conseguindo, aprofundar, adquirir e desenvolver competências na área de ESMP. Sem dúvida que a execução do mesmo foi uma mais-valia para apropriação de conhecimentos e habilidades, fornecendo suporte para a tomada de decisão, possibilitando assim a aquisição e desenvolvimento das competências de EEESMP. Por outro lado, capacitar os profissionais para a autoeficácia, esperança, resiliência e otimismo reforça o contributo do EEESMP no desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde mental em contexto laboral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2021). *Riscos psicossociais e stresse no trabalho*. Acedido em: <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress> (20 de janeiro de 2023).
- Ahumada, H. T., & Martínez, M. R. (2011). *Conceptos básicos em la evaluación del riesgo psicossocial em los centros de trabajo*. In A. J. García & A. C. Ávila, (Eds.), *Reflexiones teórico-conceptuales de lo psicossocial em el trabajo* (pp. 95-112). Juan Pablos Editor.
- Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-82.
- Alberts, H. (2019). *3 Resilience Exercises for helping professionals*. Positive Psychology Program: Netherlands. Acedido em <https://PositivePsychologyProgram.com> (2 de fevereiro de 2023).
- Albuquerque, L, Brito, B. & Leite, S., (2016). *Aplicativo Janela de Johari: instrumento inovador no processo de feedback*. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXIII Prêmio Expocom 2016 – Exposição da Pesquisa Experimental em Comunicação.
- Almeida, H., Carvalho, S., Silva, M., Barbosa, J., Abrantes, E., Lino, R. et al. (2020). *A Intervenção em Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e dependências - Processos e resultados da aplicação do modelo de mediação social e comunitária. Relatório final*. Lisboa: SICAD.
- Almeida, S., & Amendoeira, J. (2015). *O enfermeiro gestor de caso no empowerment da pessoa com doença mental crónica*. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém.
- Almeida, T. (2006). *Contributo da supervisão na gestão do stresse dos alunos em ensino clínico. Mestrado em Supervisão Dissertação*, Universidade de Aveiro. Acedido em: <http://ria.ua.pt/handle/10773/1309>
- Almeida, V., Lopes, M. V., & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum [Peplau's theory of interpersonal relations: an analysis based of Barnum]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 202–210. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342005000200011>

- Amaral, A.C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental Mediante a CIPE*. Lisboa: Lusociência.
- Ameel, M., Kontio, R., & Välimäki, M. (2019). Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 26(9-10), 301–322. <https://doi.org/10.1111/jpm.12543>
- An, M., Shin, E., Choi, M., Lee, Y., Hwang, Y., & Kim, M. (2020). Positive Psychological Capital Mediates the Association between Burnout and Nursing Performance Outcomes among Hospital Nurses. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5988. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165988>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychotherapy*, 37(5), 586-594
- António, N., Teixeira, A. & Rosa, A. (2016). *Gestão da qualidade - de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. 2. ed. rev. e aum. Lisboa: Sílabo.
- Assunção, M. (2020). *Inovação Grupal: O Papel do Capital Psicológico e da Aprendizagem Grupal* [Dissertação de Mestrado Psicologia das Organizações], Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Avey, J. B. (2014). The left side of psychological capital: new evidence on the antecedents of PsyCap. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 21(2), 141-149.
- Barbaranelli, C., Fida, R., Paciello, M., & Tramontano, C. (2018). 'Possunt, quia posse videntur': They can because they think they can. Development and validation of the Work Self-Efficacy scale: Evidence from two studies. *Journal of Vocational Behavior*, 106,249-269. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.01.006>
- Barker P. (2001). The Tidal model: the lived-experience in person-centred mental health nursing care. *Nursing Philosophy*, 2(3): 213-23. <https://doi.org/10.1046/j.1466-769X.2000.00062.x>
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P.B. (2017). *El Modelo Tidal: salud mental, reinvidicación y recuperación* [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Disponível em: https://www.1decada4.es/pluginfile.php/760/mod_label/intro/TidalManual_espaniol.pdf

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (A. Queirós, & B. Lourenço, Trads.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bennett C. (2021). *Improving mental health education in nursing school*. *Nursing*, 51(9), 48–53. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000769868.09336.15>
- BI-CSP (2017). ACES Médio Tejo. Acedido em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3140251/Pages/default.aspx> (20 de novembro de 2022).
- Burhanuddin, N., Ahmad, N., Said, R., & Asimiran, S. (2019). A Systematic Review of the Psychological Capital (PsyCap) Research Development: Implementation and Gaps. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 8(3), 133–150.
- Butt M. (2021). Approaches to building rapport with patients. *Clinical medicine (London, England)*, 21(6), e662–e663. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0264>
- Caponnetto P, Platania S, Maglia M, Morando M, Gruttadauria SV, Auditore R, Ledda C, Rapisarda V, Santisi G. (2022). Health Occupation and Job Satisfaction: The Impact of Psychological Capital in the Management of Clinical Psychological Stressors of Healthcare Workers in the COVID-19 Era. *Int J Environ Res Public Health*. 19(10):6134. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106134>.
- Cerullo, J., & Cruz, D. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (1), 124-129. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100019>
- Chalifour J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanista da relação de ajuda*, 1º Volume. Loures: Lusodidacta.
- Chang T, Jiang X, Wei J, et al. (2023). Mediating effects of psychological capital on the relationship between workplace violence and professional identity among nurses working in Chinese public psychiatric hospitals: a cross-sectional study *BMJ Open*. 13:e065037. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065037>
- Clark G. (2023). A History of the Concept of Interpersonal Relations in Nursing Based on the Psychiatric Nursing Textbook Literature. *Issues in mental health nursing*, 44(1), 48–54. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2108948>

- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2019). *Parecer sobre tratamento compulsivo e direitos das pessoas com doença mental*. Acedido em: https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/105-cneqv-2019?download_document=3242&token=26e4b988e18663a5071e61eb61bd1cc2 (10 de janeiro de 2023)
- Conselho Nacional da Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS.
- Curtin, M., Richards, H. L., & Fortune, D. G. (2022). Resilience among health care workers while working during a pandemic: A systematic review and meta synthesis of qualitative studies. *Clinical Psychology Review*, 95, 102173. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102173>
- Danno, C., Esteves, L. & Bohomol, E. (2021). Quality improvement programs and the professional nursing practice environment: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 74(1):e20200108. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0108>
- D'Antonio, P., Beeber, L., Sills, G., & Naegle, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing inquiry*, 21(4), 311–317. <https://doi.org/10.1111/nin.12056>
- Davey, C., & Chanen, A. M. (2016). The unfulfilled promise of the antidepressant medications. *The Medical journal of Australia*, 204(9), 348–350. <https://doi.org/10.5694/mja16.00194>
- de Waardt DA, van Melle AL, Widdershoven GAM, Bramer WM, van der Heijden FMMA, Rugkåsa J and Mulder CL (2022) Use of compulsory community treatment in mental healthcare: An integrative review of stakeholders' opinions. *Frontiers in Psychiatry* 13:1011961. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1011961>
- Decreto-lei 35/99, de 5 de fevereiro: Ministério da Saúde. Diário da República n.º 30/1999, Série I-A de 1999-02-05.
- Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio. Ministério Público. Acedido em: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1676&tabela=leis&so_milo= (10 de dezembro de 2022).

- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, páginas 4147 – 4182. Acedido em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879> (10 de dezembro de 2022).
- Despacho n.º 8455/2022, de 11 de julho. Diário da República n.º 132/2022, Série II de 2022-07-11, páginas 87 – 89
- DiClemente, C. & Crisafulli, M. (2022). Relapse on the Road to Recovery: Learning the Lessons of Failure on the Way to Successful Behavior Change. *J Health Serv Psychol.* 48, 59–68. <https://doi.org/10.1007/s42843-022-00058-5>
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde/Programa Nacional de Saúde Ocupacional.
- Elias, A., Tavares, C. & Muniz, M. (2020). A interseção entre ser enfermeiro e ser terapeuta em saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1):e20180134. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0134>.
- Estiri, M., Nargesian, A., Dastpish, F. *et al.* (2016). The impact of psychological capital on mental health among Iranian nurses: considering the mediating role of job burnout. *SpringerPlus* 5, 1377. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3099-z>
- Fávero, B. & Migott, A. (2017). Atividade laboral do enfermeiro e a relação com a síndrome de burnout. *Enfermagem Brasil*, 16(6):391-402.
- Franklin, P., & Gkiouleka, A. (2021). A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2453. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052453>
- Freitas, R., Araújo, J., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R., & Monteiro, A. (2020). Nursing care in mental health based on the TIDAL MODEL: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20180177. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>
- Garcia, A.; Pedreira de Freitas, M.; Lamas, J. & Toledo, V. (2017). Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1):209-18. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>

- Gartzia, L., Pizarro, J., & Baniandres, J. (2018). Emotional androgyny: A preventive factor of psychosocial risks at work?. *Frontiers in Psychology*, 9, 2144. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02144>
- Greenwood, H., Krzyzaniak, N., Peiris, R., Clark, J., Scott, A. M., Cardona, M., Griffith, R., & Glasziou, P. (2022). Telehealth versus face-to-face psychotherapy for less common mental health conditions: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR Mental Health*, 9(3), e31780. <https://doi.org/10.2196/31780>
- Halder N. (2018). Investing in human capital: exploring causes, consequences and solutions to nurses' dissatisfaction. *Journal of Research in Nursing*, 23(8), 659–675. <https://doi.org/10.1177/1744987118807251>
- Hamdani, S. U., Zill-E-Huma, Zafar, S. W., Suleman, N., Um-UI-Baneen, Waqas, A., & Rahman, A. (2022). Effectiveness of relaxation techniques 'as an active ingredient of psychological interventions' to reduce distress, anxiety and depression in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health systems*, 16(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00541-y>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International journal of nursing studies*, 102, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Hashemzadeh, M., Rahimi, A., Zare-Farashbandi, F., Alavi-Naeini, A., & Daei, A. (2019). Transtheoretical Model of Health Behavioral Change: A Systematic Review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 24(2), 83–90. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_94_17
- Hatami, H., Deravi, N., Danaei, B., Zangiabadian, M., Shahidi Bonjar, A. H., Kheradmand, A., & Nasiri, M. J. (2022). Tele-medicine and improvement of mental health problems in COVID-19 pandemic: A systematic review. *International journal of methods in psychiatric research*, 31(3), e1924. <https://doi.org/10.1002/mpr.1924>
- Havermans, B., Boot, C., Hoekstra, T., Houtman, I., Brouwers, E., Anema, J., & van der Beek, A. (2018). The association between exposure to psychosocial work factors and mental health in older employees, a 3-year follow-up study. *International Archives of*

- Occupational and Environmental Health*, 91(1), 57-66. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Hayes, S. (2017). The Essence of Nursing Practice: Philosophy and Perspective by Hesook Suzie Kim, *Journal of Hospital Librarianship*, 17(2), 175. <https://doi.org/10.1080/15323269.2017.1292393>
- Heinitz, K., Lorenz, T., Schulze, D., & Schorlemmer, J. (2018). Positive organizational behavior: Longitudinal effects on subjective well-being. *PloS one*, 13(6), e0198588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198588>
- Huitzi-Egilegor, J., Elorza-Puyadena, M., Urkia-Etxabe, J. & Asurabarrena-Iraola, C. (2014). Implementation of the nursing process in a health area: models and assessment structures used. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(5), 772–777. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3612.2479>
- Hurley, J., Lakeman, R., Linsley, P., Ramsay, M., & Mckenna-Lawson, S. (2022). Utilizing the mental health nursing workforce: A scoping review of mental health nursing clinical roles and identities. *International journal of mental health nursing*, 31(4), 796–822. <https://doi.org/10.1111/inm.12983>
- Hurley, J., Lakeman, R., Linsley, P., Ramsay, M. & Mckenna-Lawson, S. (2022). Utilizing the mental health nursing workforce: A scoping review of mental health nursing clinical roles and identities. *International journal of mental health nursing*, 31(4), 796–822. <https://doi.org/10.1111/inm.12983>
- Ilić, I., Arandjelović, M. Ž., Jovanović, J. M., & Nešić, M. (2017). Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout–Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*, 68(2), 167-178.
- Iliffe, S., Davies, N., Manthorpe, J., Crome, P., Ahmedzai, S., Vernooij-Dassen, M. & Engels, Y. (2016). Improving palliative care in selected settings in England using quality indicators: a realist evaluation. *BMC palliative care*, 15, 69. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0144-1>
- International Council of Nurses [ICN]. (2019). ICNP Browser. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser> (acesso a 1 de setembro de 2022)

- Jacob (2015). Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 37(2), 117-119
- Jacob, S., Munro, I., Taylor, B. & Griffiths, D. (2017). Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 24(1), 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.001>
- Jafari, F., Salari, N., Hosseinian-Far, A., Abdi, A., & Ezatizadeh, N. (2021). Predicting positive organizational behavior based on structural and psychological empowerment among nurses. *Cost effectiveness and resource allocation: C/E*, 19(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12962-021-00289-1>
- Jaiswal, A., Carmichael, K., Gupta, S., Siemens, T., Crowley, P., Carlsson, A., Unsworth, G., Landry, T. & Brown, N. (2020) Essential Elements That Contribute to the Recovery of Persons With Severe Mental Illness: A Systematic Scoping Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11:586230. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.586230>
- Jeong, S. A., & Kim, J. (2022). Factors influencing nurses' intention to care for patients with COVID-19: Focusing on positive psychological capital and nursing professionalism. *PloS one*, 17(1), e0262786. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262786>
- Kim, T., Karatepe, O. M., Lee, G., Lee, S., Hur, K., & Xijing, C. (2017). Does hotel employees' quality of work life mediate the effect of psychological capital on job outcomes?. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 29, 1638-1657.
- Kötter, T., Blozik, E., & Scherer, M. (2012). Methods for the guideline-based development of quality indicators--a systematic review. *Implementation science: IS*, 7, 21. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-21>
- Laranjeira C. (2021). Therapeutic relationship in mental health nursing: A scoping review. *European Psychiatry*, 64 (Suppl 1), S730–S731. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1935>
- Laranjeira, C., Carvalho, P., & Querido, A. (2021). Digital Storytelling: Art-Based Pedagogy to Improve Professional Development for Nurses. *Journal of continuing education in nursing*, 52(10), 454–456. <https://doi.org/10.3928/00220124-20210913-04>

- Laranjeira C. & Querido A. (2022). The multidimensional model of hope as a recovery-focused practice in mental health nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Suppl.3):e20210474. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0474>
- Laranjeira, C., & Querido, A. (2022). Hope and Optimism as an Opportunity to Improve the "Positive Mental Health" Demand. *Frontiers in psychology*, 13, 827320. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.827320>
- Lawrence, P., Fulbrook, P., Somerset, S., & Schulz, P. (2017). Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(9-10), 699–718. <https://doi.org/10.1111/jpm.12420>
- Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Lei de Saúde Mental. Diário da República - Diário da República n.º 169/1998, Série I-A (1998-07-24). Acedido em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1998-75115272-75108883> (10 de dezembro de 2022).
- Lei nº 102/2009, de 10 de setembro (2009). Regime jurídico da promoção e saúde no trabalho. Diário da República – 1ª Série nº 176/09 (10-09-2009). Acedido em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2009/09/17600/0616706192.pdf> (10 de dezembro de 2022).
- Liu, L., Li, M., Zheng, Q. & Jiang, H. (2020). The Effects of Case-Based Teaching in Nursing Skill Education: Cases Do Matter. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 57. <https://doi.org/10.1177/0046958020964421>
- Liu, X., Li, C., Yan, X., & Shi, B. (2022). Psychological capital has a positive correlation with humanistic care ability among nurses. *Frontiers in psychology*, 13, 955627. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.955627>
- Lobo, R. & Silva, E. (2020). Uma consulta telefónica em sete passos. *Revista Portuguesa de clínica Geral*, 36 (6). 524-530.
- López, G., Orchowski, L., Reddy, M. et al. (2021). A review of research-supported group treatments for drug use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 16, 51. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00371-0>
- Lucas I, Merêncio K, Ramalho F. (2022). Bem-estar, Saúde Mental e a Enfermagem do Trabalho: uma revisão da Literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*,

- 14, esub0350. Acedido em: <https://www.rpso.pt/bem-estar-saude-mental-e-a-enfermagem-do-trabalho-uma-revisao-da-literatura/> (10 de janeiro de 2023).
- Lulli, L., Giorgi, G., Pandolfi, C., Foti, G., Finstad, G., Arcangeli, G. & Mucci, N. (2021). Identifying Psychosocial Risks and Protective Measures for Workers' Mental Wellbeing at the Time of COVID-19: A Narrative Review. *Sustainability*, 13, 13869. <https://doi.org/10.3390/su132413869>
- Luna, A., & Gondim, S. (2021). Autoeficácia ocupacional, fatores de risco psicossocial do trabalho e mal-estar físico e psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(3), 51-64. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i3.972>
- Luthans, F., & Broad, J. D. (2022). Positive psychological capital to help combat the mental health fallout from the pandemic and VUCA environment. *Organizational dynamics*, 51(2), 100817. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2020.100817>
- Luthans, F., & Youssef-Morgan, C. (2004). Human, Social, and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in People for Competitive Advantage. *Organizational Dynamics*, 33(2), 143-160.
- Luty, J., & Iwanowicz, M. (2018). Motivational interviewing: Living up to its promise? *BJPsych Advances*, 24(1), 46-53. doi:10.1192/bja.2017.7
- Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P. & Renca, P. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. 1ª Edição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Månsson, J., Ekendahl, M., Karlsson, P. & Vepsä, K. (2022) Atmospheres of craving: a relational understanding of the desire to use drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, <https://doi.org/10.1080/09687637.2022.2142092>
- Martinho, J., Pires, R., Carvalho, J. C., & Pimenta, G. (2014). Formação e desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 1, 97-102.
- Mattoo, S. K., Prasad, S., & Ghosh, A. (2018). Brief intervention in substance use disorders. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 4), S466–S472. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224352>

- McCrae, N. (2011). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222–229. doi:10.1111/j.1365-2648
- Mileski, M., McClay, R., Heinemann, K., & Dray, G. (2022). Efficacy of the Use of the Calgary Family Intervention Model in Bedside Nursing Education: A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 1323–1347. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S370053>
- Mlambo, M., Silén, C. & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20, 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Monteiro, G., Moraes, J., Costa, S., Gomes, B., Franca, I. & Oliveira, RC. (2016). Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. *Aquichan*, 16 (4): 487-500. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.7>
- Mullen, A., Isobel, S., Flanagan, K., Key, K., Dunbar, A., Bell, A., & Lewin, T. J. (2020). Motivational Interviewing: Reconciling Recovery-Focused Care and Mental Health Nursing Practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(9), 807–814. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1731891>
- Nabizadeh-Gharghozar, Z., Adib-Hajbaghery, M. & Bolandianbafghi, S. (2020). Nurses' Job Burnout: A Hybrid Concept Analysis. *Journal of Caring Sciences*, 9(3), 154–161. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.023>
- Nafei, W. (2015). Meta-analysis of the impact of psychological capital on quality of work life and organizational citizenship behavior: A study on Sadat City University. *International Journal of Business Administration*, 6, 42.
- Negreiros, P., Fernandes, M., Macedo-Costa, K. & Silva, G. (2010). Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), 120-132. Acedido em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9529> (10 de dezembro de 2022).

- Neves, M. (2012) O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem: Referência*, série III, (8), 125-134.
- Nobre, D., Rabiais, C., Ribeiro, P. & Seabra, P. (2019). Burnout assessment in nurses from a general emergency service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6):1457-63. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>
- Nóbrega, M., Fernandes, M. & Silva, P. (2017). Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1):e63562. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63562>
- Norelli, S., Long, A. & Krepps, JM. (2022). *Relaxation Techniques*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513238/>
- Olsman, E. (2020). *Hope in Health Care: A Synthesis of Review Studies*. In: van den Heuvel, S.C. (eds) *Historical and Multidisciplinary Perspectives on Hope*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46489-9_11
- Opsal, A., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2019). Readiness to change among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 14, 47. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0237-y>
- Ordem dos Enfermeiros Centro (2021). *Consultas de Enfermagem à Distância – Telenfermagem. Guia de Recomendações*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf (20 de novembro de 2022).
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf> (20 de novembro de 2022).
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ponta Delgada: Concelho de Enfermagem Regional. Acedido em:

- <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/acoresh/eventos/Documents/Gui%C3%A3o%20PMCQCE.pdf> (20 de novembro de 2022).
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatutos da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orichio, A. (2012). *O Relacionamento Terapêutico e comunicação entre a enfermagem e o paciente portador de transtornos psíquicos*. Acedido em: <https://livrozilla.com/doc/111941/o-relacionamento-terap%C3%AAutico-entre-a-enfermagem-e-o-paciente> (20 de novembro de 2022).
- Pautrat, M., Pierre Lebeau, J., & Laporte, C. (2022). Identifying available addictive disorder screening tests validated in primary care: A systematic review. *Addictive behaviors, 126*, 107180. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107180>
- Perniciotti, P., Serrano Júnior, C., Guarita, R., Morales, R., & Romano, W. (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Rev. SBPH, 23*(1), 35-52.
- Pereira, R. (2016). *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas*. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Platão (2019). *Platão: O Mito da Caverna*. Brasil: Lebooks Editora
- Plowe K. (2020). Increasing resiliency: A focus for clinical conferencing / group debriefing in nursing education. *Nurse education in practice, 49*, 102882. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102882>
- Pousa, P., & Lucca, S. (2021). Psychosocial factors in nursing work and occupational risks: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 74*(suppl 3): e20200198. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0198>
- Queirós M. (2014). *Inteligência Emocional – Aprenda a ser Feliz*. Porto: Porto Editora.

- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe6), 06-08. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0206>
- Querido, A. & Laranjeira, C. (2019). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Evidências em Saúde Mental: da Conceção à ação - Observação e Entrevista de Enfermagem. Acedido em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4756> (20 de janeiro de 2023).
- Querido, A., Laranjeira, C., Dixe, M., Figueiredo, M., Marques, R., & Charepe, Z. (2021). *A promoção da esperança nas transições de saúde-doença: Contributos para a Ação*. In Eunice Henriques (Ed.), *O cuidado centrado no cliente: da apreciação à intervenção de enfermagem* (pp. 187–202). Lusodidata/Sabooks Editora.
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D. & Valentim, O. (2020). *Treino de Assertividade*. 1ª Edição. Instituto Politécnico de Leiria
- Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 762–774. <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>
- Regulamento n.º 140/2019 – *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, de 6 de fevereiro. Diário da República, 2ª série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento n.º 515/2018 - *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*, de 7 de agosto. Diário da República n.º 151, 2.ª série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento n.º 356/2015 - *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*, de 25 de junho. Diário da República n.º 122, 2.ª série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Russ M. (2021). The Psychiatric Inpatient Multidisciplinary Team Meeting: A Model for Current Practice. *Journal of psychiatric practice*, 27(2), 101–108. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000532>
- Safran, J., Muran, J., & Shaker, A. (2014). Research on Therapeutic Impasses and Ruptures in the Therapeutic Alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1–2), 211– 232. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880318>

- Saleem, M., Isha, A., Yusop, Y., Awan, M. & Naji, G. (2022) The Role of Psychological Capital and Work Engagement in Enhancing Construction Workers' Safety Behavior. *Frontiers in Public Health* 10, 810145. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.810145>
- Sánchez-Guarnido, A. J., Gonzalez-Vilchez, M., de Haro, R., Fernández-Guillen, M., Graell-Gabriel, M., & Lucena-Jurado, V. (2022). Nursing and Telemental Health during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(2), 273. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020273>
- Saraiva, C. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel
- Sari, S., Agustin, M., Wijayanti, D., Sarjana, W., Afrikhah, U. & Choe, K. (2021) Mediating Effect of Hope on the Relationship Between Depression and Recovery in Persons With Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 12:627588. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.627588>
- Sarkhel, S., Singh, O. P., & Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S319–S323. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19
- Schall, M., Jr, Cullen, L., Pennathur, P., Chen, H., Burrell, K., & Matthews, G. (2017). Usability Evaluation and Implementation of a Health Information Technology Dashboard of Evidence-Based Quality Indicators. *Computers, informatics, nursing: CIN*, 35(6), 281–288. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000325>
- Schwartz, S. P., Adair, K. C., Bae, J., Rehder, K. J., Shanafelt, T. D., Profit, J. & Sexton, J. B. (2019). Work-life balance behaviours cluster in work settings and relate to burnout and safety culture: a cross-sectional survey analysis. *BMJ Quality & Safety*, 28(2), 142–150. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-007933>
- Scherer, E., Scherer, Z. & Campos, M. (2007). Perceções sobre coordenação e funcionamento de reuniões de equipe geral de um hospital-dia psiquiátrico. *Revista. Latino-Americana de Enfermagem*. 15 (1), 113-119.
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa. Lidel

- Serviço Nacional de Saúde (2022). *Regulamentação*. Lisboa: Serviço partilhado do Ministério da Saúde. Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/> (15 de fevereiro de 2023)
- SICAD (2013). *Linhas de orientação para a intervenção em dissuasão*. Acedido em: <https://www.sicad.pt/bk/intervencao/dissuasao/documents/loid.pdf> (20 de novembro de 2022).
- SICAD (2013). *Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Loures Gráficas. Lisboa
- SICAD (2020). Plano estratégico 2020-2022. Acedido em: https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Instrumentos/PlanoEstrategico/Lists/planoEstrategico/Attachments/9/PlanoEstrategico_SICAD_20_22_PT_Aprovado.pdf (20 de novembro de 2022).
- Silva, C. (2006). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ*. Análise Exacta - Consultadoria, Formação e Edição de livros.
- Silva, M. (2022). *O difícil caminho na prevenção e tratamento da toxicod dependência. Infomedia*. Acedido em: <https://ulpinfomedia.pt/o-dificil-caminho-na-prevencao-e-tratamento-da-toxicoddependencia/> (20 de novembro de 2022).
- Silva, M. & Andrade, A. (2019). Influência da Carreira e do Capital Psicológico em Aspectos de Vida e Trabalho. *Psico-USF*, 24, 55-67.
- Silva, S., Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Baptista, P., & Felli, V. (2016). Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16(16), 41–48. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0156>
- Soares N., Lopes M. & Gonçalves, S. (2021) Positive Psychological Capital as a Predictor of Satisfaction With the Fly-In Fly-Out Model. *Frontiers in Psychology*. 12:669524. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669524>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de saúde na Comunidade, centrados na população*. 7ª edição. Loures: Lusociência.

- Storm, M., Husebø, A.M.L., Thomas, E.C. et al. (2019). Coordinating Mental Health Services for People with Serious Mental Illness: A Scoping Review of Transitions from Psychiatric Hospital to Community. *Adm Policy Ment Health*, 46, 352–367. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-00918-7>
- Tamher, S. D., Rachmawaty, R. & Erika, K. A. (2021). The effectiveness of Plan Do Check Act (PDCA) method implementation in improving nursing care quality: A systematic review. *Enfermería Clínica*, 31, S627–S631. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.07.006>
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., Delgado-Hito, P., & MiRTCIME.CAT Working Group (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1-2), 253–263. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>
- Tomey, A e Alligood. M (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures. Lusociência.
- Toney-Butler, T. J., & Unison-Pace, W. J. (2022). *Nursing Admission Assessment and Examination*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., Offenbächer, M., Kohls, N., Hirsch, J., & Sirois, F. (2021). Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation, Deep Breathing, and Guided Imagery in Promoting Psychological and Physiological States of Relaxation. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2021, 5924040. <https://doi.org/10.1155/2021/5924040>
- Townsend, M. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing: concepts of care in evidence-based practise*. (9th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.
- Tshering K. (2022). Emotional Wellbeing and The Healthcare Workforce: A Review. *J Ment Health Clin Psychol*. 6(2), 1-5.
- Turner, S., (2010). *Ferramentas de Apoio à Gestão – guia essencial para o gestor de sucesso* (1ª ed.). Monitor – Projectos e Edições, Lda.

- Universidade de Edimburgo (2020). *Conjunto de ferramentas de Reflexão*. Acedido em: <https://www.ed.ac.uk/reflection/reflectors-toolkit/reflecting-on-experience/gibbs-reflective-cycle> (20 de novembro de 2022).
- Uribe, J. (2015). *Justicia social, trabajo y factores psicosociales*. In J. F. P. Uribe (Ed.), *Clima y ambiente organizacional: Trabajo, salud e factores psicosociales* (pp. 1-26). Manual Moderno.
- Ventosa-Ruiz, A., Moreno-Poyato, A., Lluch-Canut, T., Vaquerizo-Cubero, A., Vidal-Pascual, X., Gil-Guiñón, F., & Puig-Llobet, M. (2022). Impact of collaborative nursing care on the recovery process of mental health day hospital users: a mixed-methods study protocol. *BMJ open*, 12(3), e057969. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057969>
- Vera San Juan, N., Gronholm, P., Heslin, M., Lawrence, V., Bain, M., Okuma, A. & Evans-Lacko S (2021) Recovery From Severe Mental Health Problems: A Systematic Review of Service User and Informal Caregiver Perspectives. *Frontiers in Psychiatry* 12:712026. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.712026>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208–225. <https://doi.org/10.1037/int0000223>
- World Health Organization. (2010). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 1.0*. Geneva: WHO.
- Wu, A., Roemer, E. C., Kent, K. B., Ballard, D. W., & Goetzl, R. Z. (2021). Organizational Best Practices Supporting Mental Health in the Workplace. *Journal of occupational and environmental medicine*, 63(12), e925–e931. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002407>
- Young B. (2010). Using the tidal model of mental health recovery to plan primary health care for women in residential substance abuse recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(9), 569–575. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.487969>
- Zanelli, J. C., & Kanan, L. A. (2018). *Fatores de risco, proteção psicossocial e trabalho: Organizações que emancipam ou que matam*. Lages: Uniplac.

- Zarzycka, D., Dobrowolska, B., Slusarska, B., Wronska, I., Cuber, T., & Pajnkihar, M. (2013). Theoretical foundations of nursing practice in Poland. *Nursing Science Quarterly*, 26(1), 80-84. <https://doi.org/10.1177/0894318412466736>
- Zeng L, Feng f, Jin M, et al. (2022). Psychological capital and organizational citizenship behavior among nurses during the COVID-19 epidemic: Mediation of organizational commitment. *Research Square*, 2022. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2240184/v1>.

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de sessão / Questionário de satisfação / Resultados da atividade e Diapositivos da sessão “O mundo das drogas...como sobreviver”

Plano de sessão: Psicoeducativa	
Tema	“O mundo das drogas...como sobreviver”
Local	Agrupamento de escolas de (...)
Data	10/11/2021
Duração	90min
Mestranda	Mestranda: Vanessa Lopes Enfermeira Especialista: (...)
Destinatário	Alunos do 10º ano do curso profissional de Técnicas de Multimédia e Técnicas de Desporto às 10h e 15’ e alunos do 11º ano curso profissional de Técnicas de Desporto às 14h e 15’.
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sala de aula ➤ Computador e Projetor Multimédia ➤ Pen com a apresentação de diapositivos (PowerPoint)
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumentar os conhecimentos acerca das drogas e dos malefícios do seu consumo; ➤ Alterar a perceção e a representação social positiva associada ao consumo de drogas; ➤ Aumentar a perceção de risco face ao consumo de drogas; ➤ Promover fatores de proteção e anular ou reduzir fatores de risco associados ao consumo de drogas; ➤ Promover a discussão do tema de forma interativa: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Refletir sobre os comportamentos e atitudes face ao uso de drogas; ✓ Refletir sobre as expetativas face ao consumo de drogas, diminuindo as expetativas positivas e aumentando as expetativas negativas face a este consumo; ✓ Ajudar a lidar com a pressão para o consumo de drogas, identificando as fontes de pressão, explorando em particular a pressão de pares e as motivações pessoais; ➤ Treinar técnicas de recusa assertiva perante o incentivo ao consumo de drogas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver a capacidade crítica; ✓ Estimular a progressiva capacidade de tomada de decisão; ✓ Desenvolver a capacidade para dizer que não.

<p>Desenvolvimento</p>	<p>INTRODUÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de tempestade de ideias sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Expetativas dos alunos face à sessão; - O que são as drogas; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estatísticas atuais sobre consumo de drogas nos jovens (SICAD), justificando a necessidade de atuação e a importância da prevenção e dissuasão do consumo de drogas ✓ Através do método interrogativo perceber a opinião dos alunos face aos dados. <p>DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Efeitos do tabaco no organismo ✓ Técnicas de recusa assertivas, recorrendo à tempestade de ideias <p>CONCLUSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflexão sobre verdades e mitos associados ao consumo de drogas; ✓ Estimular a progressiva capacidade crítica e de tomada de decisão; ✓ Reforço das técnicas de recusa assertivas.
<p>Avaliação / Questionário de satisfação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação do comportamento dos alunos durante o decorrer da sessão (sinais de não adesão como: não participar, sair da sala durante a sessão e conversas paralelas, forma de comunicação e interação entre os alunos); ➤ Avaliar se os alunos se mostram interessados e respondem às questões colocadas durante a sessão; ➤ Feedback dos alunos acerca da sessão realizada e preenchimento do questionário de satisfação. <p style="text-align: center;"><u>QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO</u></p> <p>1. Gostei da temática apresentada:</p> <p>Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Nem por isso <input type="checkbox"/></p> <p>Nada <input type="checkbox"/></p> <p>2. Considero que a temática apresentada contribui para melhorar a minha tomada de decisão:</p>

	<p> Sim <input type="checkbox"/> Talvez <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> </p> <p>3. Considero que fiquei esclarecido(a) em relação à temática apresentada:</p> <p> Sim <input type="checkbox"/> Talvez <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> </p> <p>4. Gostava de ter conhecimentos mais aprofundados sobre a temática:</p> <p> Sim <input type="checkbox"/> Talvez <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> </p> <p>5. Percebi que estes conhecimentos ajudam a melhorar a minha tomada de decisão:</p> <p> Sim <input type="checkbox"/> Talvez <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> </p> <p>Podes deixar o teu comentário nas linhas abaixo:</p> <hr/> <hr/>
<p>Relatório da atividade</p>	<p>Participaram na sessão 24 alunos da turma do 10º ano e 22 alunos da turma do 11º ano.</p> <p>Verificou-se na generalidade que a turma do 10º é mais atenta e interessada relativamente à turma do 11º, onde os alunos permaneceram irrequietos, com pouca fixação da atenção. No entanto, em ambas as turmas, os alunos mostraram-se colaborantes, aquando da colocação de questões e os próprios, quando o tema tocava em algum interesse particular fazia questões pertinentes.</p> <p>No final das sessões foi entregue o Questionário de Satisfação.</p> <p>Resultados na turma de 10º ano:</p> <p>1ª questão – 20 alunos responderam “Muito”, 3 alunos responderam “Nem por isso”, 1 aluno abandonou a sala antes da entrega do questionário</p> <p>2ª questão – 15 alunos responderam “Sim” e 8 alunos responderam “Talvez”</p>

	<p>3ª questão – 23 alunos responderam “Sim”</p> <p>4ª questão – 19 alunos responderam “Sim”, 3 alunos responderam “Talvez”, 1 aluno respondeu “Não”</p> <p>5ª questão – 23 alunos responderam “Sim”</p> <p>Comentários – “Agora vou pensar duas vezes”; “Não sabia os efeitos que isto faz”; “Vou dizer aos meus amigos”</p> <p>Resultados da turma de 11º ano:</p> <p>1ª questão – 22 alunos responderam “Muito”</p> <p>2ª questão – 10 alunos responderam “Sim” e 12 alunos responderam “Talvez”</p> <p>3ª questão – 22 alunos responderam “Sim”</p> <p>4ª questão – 19 alunos responderam “Sim” e 4 alunos responderam “Talvez”</p> <p>5ª questão – 16 alunos responderam “Sim” e 6 alunos responderam “Talvez”</p> <p>Comentários – “Vou dar na cabeça da X para deixar de fumar”; “Faz mal, mas eu gosto, sinto-me bem”; “Acho que vou parar de fumar”</p>
<p>Fundamentação</p>	<p>De acordo com o Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, a promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em constante desenvolvimento para o qual convergem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, alicerçarem um projeto de vida e serem capazes de produzir escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem assim como missão, promover ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa.</p> <p>Ainda segundo o mesmo Protocolo, e na sua Clausula Terceira, o Ministério da Saúde tem o dever de impulsionar nos Serviços de Saúde a execução do Programa Nacional de Saúde Escolar, tendo em vista a promoção da saúde das crianças, dos jovens e da restante comunidade educativa e a aquisição de ganhos em saúde, nomeadamente através da promoção do reforço dos fatores de proteção relacionados com os estilos de vida, nas áreas de saúde prioritárias, realçando aqui as áreas da saúde mental, e do consumo de substâncias lícitas e ilícitas (PNSE, 2006).</p> <p>Por sua vez, o Referencial de Educação para a Saúde, que resulta de uma parceria entre a Direção-Geral da Educação e a Direção-Geral de Saúde, estabeleceram um Protocolo de Colaboração em fevereiro de 2014, e o SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. A forte cooperação técnica e científica entre estes três organismos públicos translada o valor estratégico desta parceria, bem como o elevado potencial de impacto deste Referencial que visa a criação de um entendimento e linguagem comuns sobre os temas, objetivos e conteúdos a abordar nas iniciativas de promoção e educação para a saúde dirigidas a crianças e jovens. O Referencial de Educação para a Saúde (RES) encontra-se organizado por níveis de educação e por ciclos de ensino – educação pré-escolar, 1.º, 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e ensino secundário, oferecendo, para cada um deles, uma proposta de abordagem específica de Promoção e Educação para a Saúde, sendo que um dos cinco temas identificados aponta para os Comportamentos Aditivos e Dependências.</p> <p>Sendo a psicoeducação uma Intervenção terapêutica da competência do EEESMP descrita no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018 (F4 –Presta Cuidados psicoterapêuticos, Sócio terapêuticos, psicossociais 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, pode-se afirmar que, ao realizar intervenções psicoeducativas, o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e parceria com os intervenientes, tendo por objetivo aumentar o insight sobre os problemas existentes e a capacidade</p>

	de encontrar novas possibilidades na resolução das dificuldades. Através da psicoeducação é possível promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos, uma vez que engloba a componente da compreensão e a aquisição de estratégias.
Bibliografia	<p>DIREÇÃO-GERAL DA EDUCAÇÃO e DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). Referencial de educação para a saúde. Direção-Geral da saúde Educação e Direção-Geral da Saúde. Lisboa. Obtido em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_novo.pdf em 03 de novembro de 2021</p> <p>Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018.</p> <p>SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (2021). Protocolo para a Saúde Escolar - PROTOCOLO ENTRE O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E O MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lisboa. Obtido em: https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-escolar-2/ em 03 de novembro de 2021</p>



D
R
O
G
A

É **TODA** e **QUALQUER** **SUBSTÂNCIA**, natural ou sintética, que introduzida no organismo modifica as suas funções, as sensações, o humor e o comportamento.

↓

Atuam em função da tua personalidade, disposição e do ambiente em que estás.

DROGAS

ESTIMULANTES



- Anfetaminas
- Cocaína
- Ecstasy
- Inalantes
- Nicotina

DEPRESSORAS



- Álcool
- Benzodiazepinas
- Barbitúricos
- Ópio
- Morfina
- Heroína

PSICADÉLICAS



- Cannabis
- LSD
- Cogumelos Mágicos
- Poppers
- Ketamina
- GHB

ANFETAMINAS

TAMBÉM CHAMADAS DE: Antes, Cristal, Speed

FORMAS DE APRESENTAÇÃO

- Cápsulas; comprimidos; pó

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Oral (mais comum); injetável; "snifadas"

LOCAL DE AÇÃO

- Sistema Nervoso Central



ANFETAMINAS

Efeitos da droga no organismo

↓

- Sentem-se despertos
- Confiantes
- Cheios de energia
- "Non-stop" speaking

Reverso da Medalha

↓

- Cansaço
- Apatia
- Depressão
- Fome
- Boca seca
- Desidratação
- Nervosismo

• **OVERDOSES**

Suscetibilidade Individual

↔

Despoletar de doenças mentais

COMO REDUZIR RISCOS

ANFETAMINAS	ECSTASY	TABACO	CANNABIS
<ul style="list-style-type: none"> • Não misturar com outras drogas/álcool • Tempo de ação • Dentes • Beber leite e/ou tomar um suplemento de cálcio • Engolir > "Snifar" > Injetar 	<ul style="list-style-type: none"> • Não misturar com outras drogas/álcool • Evitar estranhos • Dependência!!! • Peso (mulheres) • Roupas frescas e largas • Não usar chapéus ou bonés!!! • Beber água, bebidas açucaradas • Comer salgadinhos • Fazer pausas!!! 	<ul style="list-style-type: none"> • Doses extra de antioxidantes • Vit A, C e E • Frutas e vegetais • Evitar espaços e situações que levem a fumar! 	<ul style="list-style-type: none"> • Ataques de pânico ou hiperventilação • Procurar um sítio sossegado e seguro, respirar profundamente, tentar relaxar • Onde estás e com quem estás!!!

ECSTASY (MDMA)

TAMBÉM CHAMADAS DE: Pastilhas

FORMAS DE APRESENTAÇÃO

- Pastilhas; cápsulas; comprimidos

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Oral (mais comum); injetável; inalado

LOCAL DE AÇÃO

- Sistema Nervoso Central

ECSTASY (MDMA)

Efeitos da droga no organismo

↓

- Sensação de intimidade e de proximidade com outras pessoas
- Aumento da capacidade comunicativa
- Euforia
- Despreocupação
- Autoconfiança
- Expansão da perspetiva mental
- Incremento da consciência das emoções
- Diminuição da agressividade
- Intensificação da consciência sensitiva

Reverso da Medalha

↓

- **Hipertermia**
- Hepatotoxicidade
- Insuficiência renal aguda
- Morte súbita
- Deterioração da personalidade
- Sensação de uma maior intimidade com as pessoas
- Depressão
- Ansiedade
- ataques de pânico
- Má disposição
- Psicose
- Dificuldade de concentração
- Irritação
- Insónia

ECSTASY (MDMA)



SINAIS DE ALARME
↓
HIPERTERMIA

- PARAR DE TRANSPIRAR
- DESORIENTAÇÃO
- VERTIGENS
- DORES DE CABEÇA
- FADIGA
- CÂIBRAS (PERNAS, BRAÇOS, COSTAS)
- DESMAIO OU PERDA DA CONSCIÊNCIA
- POUCA URINA E COM ÊCZEMA
- VÔMITOS
- CANSAÇO REPENTINO/IRRITABILIDADE

COMO REDUZIR RISCOS

ANFETAMINAS	ECSTASY	TABACO	CANNABIS
<ul style="list-style-type: none"> • Não misturar com outras drogas/álcool • Tempo de ação • Dentes • Beber leite e/ou tomar um suplemento de cálcio • Engolir > "Snifar" > Injetar 	<ul style="list-style-type: none"> • Não misturar com outras drogas/álcool • Evitar estranhos • Dependência • Peso (mulheres) • Roupas frescas e largas • Não usar chapéus ou bonês • Beber água, bebidas açucaradas • Comer salgados • Fazer pausas 	<ul style="list-style-type: none"> • Doses extra de antioxidantes • Vit A, C e E <ul style="list-style-type: none"> • Frutas e vegetais • Evitar espaços e situações que levem a fumar! 	<ul style="list-style-type: none"> • Ataques de pânico ou hiperventilação • Procurar um sítio sossegado e seguro, respirar profundamente, tentar relaxar • Onde estás e com quem estás!!!

COCAÍNA

TAMBÉM CHAMADAS DE: Coca, Gulosa, Branca, Brinquinha, Neve/Snow

FORMAS DE APRESENTAÇÃO

- Pó (cristalino, branco, cintilante, de sabor amargo, insolúvel na água)

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Inalada (+++); injetável

LOCAL DE AÇÃO

- Sistema Nervoso Central



COCAÍNA



Reverso da Medalha
↓

Efeitos da droga no organismo
↓

- Ausência de fadiga, sono e fome
- Exaltação do estado de ânimo
- Maior segurança em si mesmo
- Reação geral de euforia e intenso bem-estar
- Diminui as inibições e o indivíduo vê-se como competente e capaz

DEPENDÊNCIA

- Irritabilidade
- Crises de ansiedade e pânico
- Diminuição da memória, da capacidade e da concentração
- Apatia sexual ou impotência
- Transtornos alimentares (bulimia e anorexia nervosa)
- Alterações neurológicas (cefaleias ou acidentes vasculares como o enfarte cerebral)
- Cardiopatias (aritmias)
- Problemas respiratórios (dispneia ou dificuldade para respirar, perfuração nasal)

TABACO (NICOTINA)

FORMAS DE APRESENTAÇÃO:

- Charuto
- Cigarro
- Cachimbo
- Rapé (aspirado pelo nariz)
 - Tabaco de Mascar
 - Tabaco aquecido



TABACO (NICOTINA)

Efeitos da droga no organismo

- Sensação reconfortante
- Menor agressividade
- Menos apetite
- Maior sensação de relaxamento



Reverso da Medalha

- Aumento do ritmo cardíaco
- Aumento da tensão arterial
- Bronquite Crónica, Enfisema pulmonar
- Cansaço fácil
- Aterosclerose, AVC, enfarte miocárdio
- Úlceras digestivas, faringite, laringite
- Alterações olfacto e paladar
- Pigmentação língua e dentes
- Neoplasias

COMO REDUZIR RISCOS

ANFETAMINAS

- Não misturar com outras drogas/álcool
- Tempo de ação!!!
- Dentes
 - Beber leite e/ou tomar um suplemento de cálcio
- Engolir > "Snifar" > Injectar

ECSTASY

- Não misturar com outras drogas/álcool
- Evitar estranhos
- Dependência!!!
- Peso (mulheres)
- Roupas frescas e largas
 - Não usar chapéus ou bonés!!!
- Beber água, bebidas açucaradas
- Comer salgados
- Fazer pausas!!!

TABACO

- Doses extra de antioxidantes
 - ✓ Vit A, C e E
 - ✓ Frutas e vegetais
- Evitar espaços e situações que levem a fumar!

CANNABIS

- Ataques de pânico ou hiperventilação:
 - ✓ Procurar um sítio sossegado e seguro, respirar profundamente, tentar relaxar
- Onde estás e com quem estás!!!

CANNABIS

TAMBÉM CHAMADO DE: Haxixe, charro, liamba, erva

FORMAS DE APRESENTAÇÃO:

- Erva – estado seco natural → Varias "castas" (o mais forte é o Skunk)
- Resina – Haxixe (+++ marroquino, libanês e pólen)

Vai um Charro?



CANNABIS

Efeitos da droga no organismo

- Relaxante
- Realça: cores e sons
- Alívio da dor
- Aumenta o apetite

Reverso da Medalha

- Ansiedade/nervosismo
- Sensações de paranóia
- "Branças" → dores de cabeça, falta de memória, tonturas, náuseas

Efeitos potenciam-se associados ao consumo concomitante de álcool

COMO REDUZIR RISCOS

ANFETAMINAS

- Não misturar com outras drogas/álcool
- Tempo de ação!!!
- Dentes
- Beber leite e/ou tomar um suplemento de cálcio
- Engolir > "Snifar" > Injectar

ECSTASY

- Não misturar com outras drogas/álcool
- Evitar estranhos
- Dependência!!!
- Peso (mulheres)
- Roupas frescas e largas
 - Não usar chapéus ou bonés!!!
- Beber água, bebidas açucaradas
- Comer salgados
- Fazer pausas!!!

TABACO

- Doses extra de antioxidantes
 - ✓ Vit A, C e E
 - ✓ Frutas e vegetais
- Evitar espaços e situações que levem a fumar!

CANNABIS

- Ataques de pânico ou hiperventilação:
 - ✓ Procurar um sítio sossegado e seguro, respirar profundamente, tentar relaxar
- Onde estás e com quem estás!!!

COMO REDUZIR RISCOS

ANFETAMINAS

- Não misturar com outras drogas/álcool
- Tempo de ação!!!
- Dentes
- Beber leite e/ou tomar um suplemento de cálcio
- Engolir > "Snifar" > Injectar

ECSTASY

- Não misturar com outras drogas/álcool
- Evitar estranhos
- Dependência!!!
- Peso (mulheres)
- Roupas frescas e largas
 - Não usar chapéus ou bonés!!!
- Beber água, bebidas açucaradas
- Comer salgados
- Fazer pausas!!!

TABACO

- Doses extra de antioxidantes
 - ✓ Vit A, C e E
 - ✓ Frutas e vegetais
- Evitar espaços e situações que levem a fumar!

CANNABIS

- Ataques de pânico ou hiperventilação:
 - ✓ Procurar um sítio sossegado e seguro, respirar profundamente, tentar relaxar
- Onde estás e com quem estás!!!

LSD

TAMBÉM CHAMADO DE: Ácidos, trips

FORMAS DE APRESENTAÇÃO:

- Pequenos quadrados de papel (mata borrão), previamente embebidos numa solução de droga
- Comprimidos



LSD

Efeitos da droga no organismo

- Alucinações auditivas e visuais
- Paredes das casas podem parecer vivas
- As cores são realçadas
- "Ver-se os sons"
- Excitação



ATENÇÃO

PROVOCA ALTERAÇÃO TOTAL DA REALIDADE

Reverso da Medalha

- Pupilas dilatadas
- Sudorese
- Batimentos cardíacos acelerados
- Aumento da pressão arterial
- Tremores
- Boca seca
- Insônia e falta de apetite
- Alucinações

O EFEITO DE UMA TRIP DURA ENTRE 8 A 12 HORAS



3

LSD

LSD

LSD	POPPERS	ALCOOL
<ul style="list-style-type: none"> • O ácido pode estar mais concentrado numa das metades da <i>trip</i>!! • Onde estás e com quem estás!!! • Evitar sítios escuros e desconhecidos • NÃO pregar sustos!!! 	<ul style="list-style-type: none"> • Misturar com estimulantes <ul style="list-style-type: none"> • Perigo!!! • Altamente inflamável • Tabaco!!! 	<ul style="list-style-type: none"> • Comer antes de beber • Beber <u>ÁGUA</u> antes de dormir • Não tomes analgésicos (Ex.: ben-u-ron®, Brufen®,...) • Não conduzas • Cuidado com o teor alcoólico das bebidas! • As mulheres não aguentam tanto o álcool como os homens • Evita beber mais do que o limite de segurança • Não mistures álcool com outras drogas!

COGUMELOS MÁGICOS

TAMBÉM CHAMADOS DE: Liberty Cad Mushroom

FORMAS DE APRESENTAÇÃO:

- São consumidos ingeridos:
 - ✓ Crus
 - ✓ Secos
 - ✓ Cozinhados
 - ✓ Infusão (chá – Shroon Brew)

Cogumelos secos

EFETOS MAIS INTENSOS



POPPERS

TAMBÉM CHAMADOS DE: Rush, liquid gold

FORMAS DE APRESENTAÇÃO

- Garrafas pequenas

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Inalação dos vapores libertados (normalmente em associação com outras drogas)

LOCAL DE AÇÃO

- Sistema Nervoso Central



POPPERS

LSD	POPPERS	ALCOOL
<ul style="list-style-type: none"> • O ácido pode estar mais concentrado numa das metades da <i>trip</i>!! • Onde estás e com quem estás!!! • Evitar sítios escuros e desconhecidos • NÃO pregar sustos!!! 	<ul style="list-style-type: none"> • Misturar com estimulantes - Perigo!!! • Altamente inflamável - Tabaco!!! 	<ul style="list-style-type: none"> • Comer antes de beber • Beber <u>ÁGUA</u> antes de dormir • Não tomes analgésicos (Ex.: ben-u-ron[®], Brufen[®], ...) • Não conduzas • Cuidado com o teor alcoólico das bebidas! • As mulheres não aguentam tanto o álcool como os homens • Evita beber mais do que o limite de segurança • Não mistures álcool com outras drogas!

HEROÍNA

TAMBÉM CHAMADA DE: Cavalo, Pó, Heroa, Castanha, H, Brown Sugar

FORMAS DE APRESENTAÇÃO

- Pá castanho

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Fumado; cheirado; injetado

LOCAL DE AÇÃO

- Sistema Nervoso Central



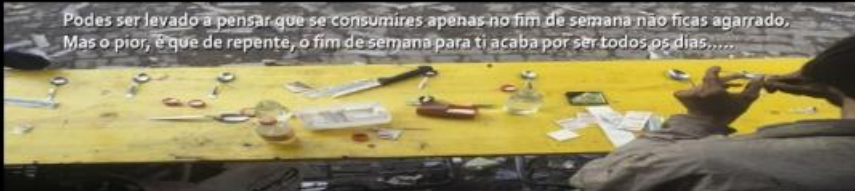
HEROÍNA

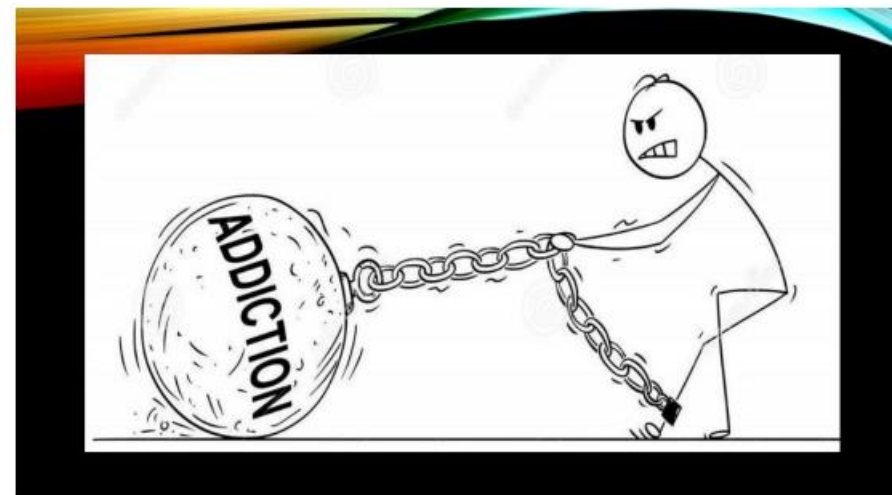
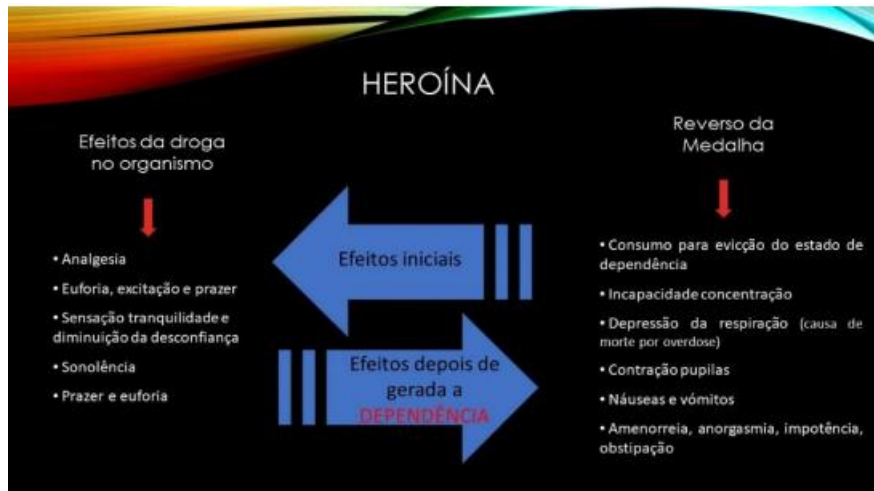
Difícilmente pode ser usada de forma ocasional!

ENORME POTENCIAL DE DEPENDÊNCIA

PODE LEVAR A OVERDOSE !! ?

Podes ser levado a pensar que se consumires apenas no fim de semana não ficas agarrado. Mas o pior, é que de repente, o fim de semana para ti acaba por ser todos os dias.....





ALCOOL

É provavelmente a droga mais antiga utilizada pelo Homem!!

Mais conhecida e socialmente aceite

1:10 consumidores - PROBLEMAS DE ALCOOLISMO

ALCOOL

Efeitos da droga no organismo

- Fala arrastada, sonolência, vômitos,
- Diarreia, azia e queimação no estômago,
- Dor de cabeça, dificuldade para respirar,
- Visão e audição alteradas,
- Alteração na capacidade de raciocínio,
- Falta de atenção, alteração na percepção e coordenação motora,
- Blackout alcoólico - falhas de memória em que o indivíduo não se consegue lembrar do que aconteceu enquanto tomava sob a influência do álcool;
- Perda de reflexos, perda de julgamento da realidade
- Coma alcoólico

RESSACA DO ÁLCOOL:

- Dor de cabeça
- Náuseas
- Depressão
- Vômitos

ALCOOL

O EFEITO DO ÁLCOOL depende:

- **Quantidade ingerida e tipo de bebida**
- **Momento de absorção** (em jejum ou durante e fora das refeições)
- **Ritmo de absorção** (o consumo rápido e maciço acelera o aumento da alcoolemia)
- **Peso corporal** (a alcoolemia é tanto mais elevada quanto menor é o peso da pessoa)
- **Género** (a mulher é mais sensível do que o homem)
- **Estado geral** (físico e psíquico)



ALCOOL

Reverso da Medalha

Efeitos da droga no organismo

Desinibição
Euforia

- Alterações: memória, discernimento, atenção
- Sonolência progressiva até ao torpor
- Descoordenação motora
- Visão dupla
- Vertigens, náuseas, vômitos
- "Palpitações"
- Gêria
- Hipotermia
- Hiperreflexia arterial
- Alterações

ALCOOL

LSD

- O ácido pode estar mais concentrado numa das metades da *trip*!!
- Onde estás e com quem estás!!!
- Evitar sítios escuros e desconhecidos
- NÃO pregar sustos!!!

POPPERS

- Misturar com estimulantes - Perigo!!!
- Altamente inflamável - Tabaco!!!

ALCOOL

- Comer antes de beber
- Beber ÁGUA antes de dormir
- Não tomes analgésicos (Ex.: ben-u-ron *, Brufen *,...)
- Não conduzas
- Cuidado com o teor alcoólico das bebidas!
- As mulheres não aguentam tanto o álcool como os homens
- Evita beber mais do que o limite de segurança
- Não mistures álcool com outras drogas!

UM AMIGO VERDADEIRO NÃO DEIXA O OUTRO CONDUZIR BEBADO



SE ALGUÉM NO GRUPO DE SENTIR MAL



- Fica perto (se possível) e pede a alguém que chame uma ambulância!
- Explica ao pessoal da ambulância o que aconteceu e informa-os, se souberes, sobre as drogas que ela tomou;
- Desperta-lhe as roupas e põe-na na posição lateral de segurança;
- Controla a respiração e verifica as pulsações (pulso ou pescoço, de lado);
- Mantem-na quente e fica junto dela até chegar ajuda;
- Certifica-te de que as vias respiratórias estão desimpedidas de coisas como pastilhas elásticas, prótese dentária, etc. Verifica também se a pessoa não está a engolir a língua:
 - ✓ Se não estiver a respirar, prepara-te para fazer respiração boca-a-boca até chegar a assistência médica

SNS Instituto Nacional de Saúde

Política Portuguesa | Estudos Externos | Eventos e Investigação | Reações Internacionais | Formação | Atualizado

Revista Toxicodependências | Publicações / Documentos | Concursos | Imprensa | 30 anos de INLCCD | COVID-19 e CAD

SICAD Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

INSTITUCIONAL | CIDADÃO | INTERVENÇÃO

MISSÃO

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a destruição das dependências.

PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS 2013-2020

Apêndice II – Plano de sessão / Questionário de satisfação / Resultados da atividade e Diapositivos da sessão “Inteligência intrapessoal e tomada de decisão”

Plano de sessão: Sessão Psicoeducativa e Psicoterapêutica	
Tema	“Inteligência intrapessoal e tomada de decisão”
Local	Agrupamento de Escolas de (...)
Data	12/01/2022
Duração	1h30
Mestranda	Mestranda: Vanessa Lopes Enfermeira Especialista: (...)
Destinatário	Alunos do 11º ano da turma de Técnicas de Desporto
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sala de aula ➤ Mesas ➤ Cadeiras ➤ Quadro ➤ Marcadores ➤ Questionário de satisfação
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumentar os conhecimentos dos alunos sobre: autoconhecimento; inteligência intrapessoal e tomada de decisão; ➤ Fomentar o autoconhecimento sobre como somos e o que queremos; ➤ Aumentar a consciência e conhecimento das próprias intenções, motivações, desejos, estados de ânimo, emoções e capacidades; ➤ Promover fatores de proteção e anular ou reduzir fatores de risco, fornecendo estratégias para uma tomada de decisão consciente; ➤ Promover o autoconhecimento realista e autorreflexão: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver a capacidade crítica; ✓ Estimular a progressiva capacidade de tomada de decisão; ✓ Desenvolver a capacidade para dizer não.
Métodos/Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Método interrogativo, promovendo a interação e reflexão em grupo; ➤ Método expositivo, com a síntese de ideias chave a reter; ➤ Dinâmicas de grupo:

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tempestade de ideias ✓ Discussão guiada
Desenvolvimento	<p>INTRODUÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de tempestade de ideias sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Expetativas dos alunos face à sessão; - O que é a inteligência intrapessoal. <p>DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar sobre as capacidades de autoconsciência, autorregulação e motivação; ✓ Informar sobre as características da inteligência intrapessoal; ✓ Fornecer exemplos de inteligência intrapessoal. <p>CONCLUSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflexão sobre a temática abordada ✓ Estimular a progressiva capacidade critica e de tomada de decisão, tendo em contra a inteligência intrapessoal; ✓ Reforço das técnicas de recusa assertivas. ✓ Informar sobre onde procurar ajuda/conselhos sobre esta temática; ✓ Aplicar questionário de satisfação.
Avaliação / Questionário de satisfação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação do comportamento dos alunos durante o decorrer da sessão (sinais de não adesão como: não participar, sair da sala durante a sessão e conversas paralelas, forma de comunicação e interação entre os alunos); ➤ Avaliar se os alunos se mostram interessados e respondem às questões colocadas durante a sessão; ➤ Feedback dos alunos acerca da sessão realizada; ➤ Preenchimento do questionário de satisfação <p style="text-align: center;"><u>QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO</u></p> <p>1. Gostei da temática apresentada:</p> <p>Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Nem por isso <input type="checkbox"/></p>

	<p>Nada <input type="checkbox"/></p> <p>2. Considero que a temática apresentada contribui para melhorar a minha tomada de decisão:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Talvez <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>3. Considero que fiquei esclarecido(a) em relação à temática apresentada:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Talvez <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>4. Gostava de ter conhecimentos mais aprofundados sobre a temática:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Talvez <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>5. Percebi que estes conhecimentos ajudam a melhorar a minha tomada de decisão:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Talvez <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Podes deixar o teu comentário nas linhas abaixo:</p> <p>_____</p>
<p>Relatório da atividade</p>	<p>A sessão decorreu na sala de aulas e contou com a presença de 22 alunos. A maior parte dos alunos mostraram interesse no tema, intervindo com questões pertinentes. Apurou-se uma evolução em termos de comportamento nesta turma, comparativamente à sessão anterior. Verificou-se que muitos alunos conseguiram expressar emoções e sentimentos vivenciados, o que permitiu fornecer estratégias de gestão de emoções. Todos os alunos participaram nas narrativas, havendo um narrador para cada uma, seguindo-se depois a tempestade de ideias e a discussão guiada sobre as temáticas das mesmas. Verificou-se que o geral, todos os alunos escolhiam a opção certa, acatando os conselhos fornecidos. No final da sessão os alunos foram informados onde ou a quem pedir ajuda em caso de necessidade, nomeadamente à enfermeira especialista em Saúde Mental, que trabalha na UCC, situada no 1º piso do Centro de saúde ou ao psicólogo da escola. Foi reforçada que toda a informação prestada a qualquer profissional tem caráter sigiloso. No final da sessão os 22 alunos preencheram o questionário de satisfação com os seguintes resultados:</p>

	<p>Pergunta 1 – Gostei da temática apresentada: > 22 alunos responderam “muito”</p> <p>Pergunta 2 – Considero que a temática apresentada contribui para melhorar a minha tomada de decisão: > 15 alunos responderam “sim” e 7 alunos responderam “talvez”</p> <p>Pergunta 3 – Considero que fiquei esclarecido(a) em relação à temática apresentada: > 17 alunos responderam “sim” e 5 alunos responderam “talvez”</p> <p>Pergunta 4 – Gostava de ter conhecimentos mais aprofundados sobre a temática: > 13 alunos responderam “sim” e 9 alunos responderam “talvez”</p> <p>Pergunta 5 – Percebi que se melhorar a minha inteligência intrapessoal consigo melhorar a minha tomada de decisão: > 22 alunos responderam “sim”</p> <p>Pergunta aberta – podes deixar o teu comentário nas linhas abaixo: > Apenas 4 alunos comentaram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Gostei muito da apresentação e percebi que a responsabilidade das decisões que tomo é minha” • “Gostava muito de ter escolhas acertadas, mas às vezes caio na tentação para o grupo não me excluir” • “Percebi o que devo fazer para não sofrer consequências se tiver uma decisão menos correta, mas às vezes é difícil porque os amigos insistem muito. Mas acho que agora vou pensar duas vezes” • “Tudo o que dizem é verdade, mas também já foram adolescentes e nós queremos é viver. É verdade que às vezes não temos as decisões mais corretas, como no caso em que deram o exemplo, mas se acontecer comigo será que vou ser capaz de dizer que não? Depois chego à escola e não tenho amigos, mas também é verdade que se eu for na conversa pode acontecer alguma coisa muito má... não sei”
<p>Fundamentação</p>	<p>Sendo a psicoeducação uma Intervenção terapêutica da competência do EEESMP descrita no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018 (F4 –Presta Cuidados psicoterapêuticos, Sócio terapêuticos, psicossociais 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), pode-se afirmar que, ao realizar intervenções psicoeducativas, o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e parceria com os intervenientes, tendo por objetivo aumentar o insight sobre os problemas existentes e a capacidade de encontrar novas possibilidades na resolução das dificuldades. Através da psicoeducação é possível promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos, uma vez que engloba a componente da compreensão e a aquisição de estratégias.</p> <p>De acordo com o Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, a promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em constante desenvolvimento para o qual convergem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, alicerçarem um projeto de vida e serem capazes de produzir escolhas individuais, conscientes e</p>

	<p>responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem assim como missão, promover ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa (SNS, 2021).</p> <p>Neste sentido, torna-se importante aumentar a literacia dos jovens sobre autoconhecimento; inteligência intrapessoal e tomada de decisão, de forma que possam fazer escolhas saudáveis, tomando consciência dos seus sentimentos e emoções.</p> <p>A inteligência intrapessoal consiste na capacidade, grau de autoconhecimento e competência para perceber e formar uma imagem individual verdadeira, o mais objetiva possível e coerente com a realidade. Essa inteligência envolve a consciência e conhecimento das próprias intenções, motivações, desejos, estados de ânimo, emoções e capacidades. Ela permite ter um autoconhecimento sobre como somos e o que queremos, e ser capazes de utilizar essa informação para um desempenho mais adequado na nossa vida, assim como o desenvolvimento de um comportamento ajustado e uma tomada de decisão consciente. Essa capacidade permite-nos analisar nossos pensamentos e sentimentos, saber o que acontece connosco, como abordar as nossas necessidades emocionais e agir de forma que afete positivamente o nosso bem-estar emocional. A inteligência intrapessoal está relacionada com as capacidades de autoconsciência, autorregulação e motivação.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018.</p> <p>SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (2021). Protocolo para a Saúde Escolar - PROTOCOLO ENTRE O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E O MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lisboa. Obtido em: https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-escolar-2/ em 03 de novembro de 2021</p> <p>Ernst-Slavit, G. (2001). Educación para todos: La teoría de las inteligencias múltiples de Gardner. Revista de Psicología, 19(2), 319-332</p> <p>Gardner, H. (2003). Intelligence in seven steps. New Horizons For Learning, Creating the Future. Shepard, R., Fasko, D. J., & Osborne, F. H. (1999). Intrapersonal intelligence: Affective factors in thinking. Education, 119(4), 633.</p> <p>Shepard, R., Fasko, D. J., & Osborne, F. H. (1999). Intrapersonal intelligence: Affective factors in thinking. Education, 119(4), 633.</p>

INTELIGÊNCIA INTRAPESSOAL

1

*

O que é?

- Inteligência para compreender os nossos relacionamos com a nossa própria pessoa.
- Está intimamente ligada com as emoções, cujo desenvolvimento está relacionado com nosso bem-estar.

2

*

Inteligência
Intrapessoal

O QUE ENVOLVE?

- Consciência e conhecimento das próprias intenções, motivações, desejos, estados de ânimo, emoções, capacidades.

EM QUE CONSISTE?

- Em ter autoconhecimento sobre como somos e o que queremos, e ser capazes de utilizar essa informação para um desempenho mais adequado na nossa vida, assim como o desenvolvimento de um comportamento ajustado. Essa capacidade permite-nos analisar nossos pensamentos e sentimentos, saber o que acontece conosco, como abordar as nossas necessidades emocionais e agir de forma a que afete positivamente nosso bem-estar emocional.

3

*

Está
relacionada
com 3
capacidades

- Autoconsciência ou autoconhecimento
- Autoregulação
- Automotivação



Autoconsciência ou autoconhecimento

Implica o reconhecimento próprio dos nossos sentimentos, pensamentos e reações, como nos afetam, assim como a causa encontrada na base dos mesmos. Abrange a consciência emocional, a autoavaliação das forças e fraquezas e a autoconfiança.



Autoregulação

Refere-se à habilidade de agir com base no conhecimento prévio das nossas emoções. Também inclui a capacidade de refletir sobre as próprias emoções que estamos a vivenciar, as causas das mesmas e como agir com base nelas. Baseia-se na habilidade de autocontrole, confiabilidade, adaptabilidade e inovação.

Que características?

- As pessoas com este tipo de inteligência conhecem as suas **necessidades emocionais** e sabem como abordá-las de maneira mais eficaz. Também são capazes de saber o que querem e estabelecer **metas e objetivos realistas** com base nas suas motivações e nos conhecimentos de suas habilidades e circunstâncias. Por sua vez, a definição de objetivos realistas facilita que a pessoa se comprometa e se esforce para alcançá-los.

13



Que características?

- As pessoas com inteligência intrapessoal costumam praticar o **autocuidado emocional** de maneira mais competente. Essa competência maior deve-se ao facto de que são mais conscientes de si mesmas, do que necessitam e a forma de abordagem destas necessidades.

14



Que características?

- Essas pessoas têm um amplo **vocabulário emocional** e são capazes de entender e captar pequenas mudanças do seu estado emocional.

15



Vamos jogar?

- O João, está com problemas com os pais, pois descobriram que fumava. O João, está com dificuldade em lidar com o seu estado emocional e físico e percebe que começa a sentir-se triste. Ele está ciente que quando está triste não é capaz de tomar boas decisões e é positivo para seu estado de ânimo falar com seus amigos e dar um passeio.

- Escolhe tomar uma decisão importante que estava pendente, independentemente de ter consciência do seu estado emocional.
- Escolhe adiar uma decisão importante que estava pendente, até que esteja melhor emocionalmente.
- Decide sair para passear e ligar para seu melhor amigo com o objetivo de melhorar seu estado emocional.
- Decide ficar em casa a lamentar-se e isolar-se da sociedade.

Vamos jogar?

- Após uma festa em que houve consumo de bebidas alcoólicas, o Manuel decide conduzir embriagado. A Maria, entra no carro do Manuel, e percebe que o amigo está embriagado. Perante esta situação, o que a Maria decide fazer?

- Com base no seu próprio conhecimento, a Maria tenta dissuadir o Manuel a não conduzir. Este continua a dizer que está em condições para conduzir. Maria, percebendo que não tinha estratégias eficazes para dissuadir o Manuel a conduzir embriagado, decide esperar por uma outra "boleia".
- Independentemente da sua inteligência intrapessoal, decide entrar na viatura para não deixar o amigo conduzir sozinho, pois algo pode acontecer.

Vamos jogar?

- Na viagem de finalistas, o Emanuel, o Jamal, a Maria e a Sabrina ficam no mesmo apartamento. Vão para uma discoteca e todos fazem consumos de canábis e álcool. Cerca das 2h, o Emanuel, o Jamal e a Sabrina decidem abandonar a festa, porque estão cansados. Maria, decide ficar.

- Os amigos deixam a Maria na festa, pois ela conheceu novos amigos e a sua decisão foi permanecer na festa, apesar de saberem que Maria tinha consumido excessivamente.
- Os amigos, decidem permanecer com a Maria na festa, pois sabiam que ela tinha tido consumos excessivos e demonstrava sinais de inquietação, euforia e desinibição e que poderia correr riscos.
- Os amigos falam com a Maria e tentaram dissuadi-la da sua decisão, demonstrando que a responsabilidade de ficar seria dela.

Vamos jogar?

▪ O Pedro tem 16 anos e estava no intervalo das aulas. Estava a jogar futebol no átrio e é chamado por alguém ao pé da rede que cerca o átrio. Essa pessoa diz-lhe "fica com este saquinho, é bom, alguém te vai ajudar a usá-lo e vais ver que te vais sentir muito bem, é espetacular".
Perante esta situação, o Pedro decide:

1. Aceitar o saco e perguntar aos amigos mais velhos como o pode usar.
2. Não aceitar o saco e informar a diretora de turma sobre o sucedido.
3. Aceitar o saco mas não o usar e mostrar à diretora de turma o que lhe deram no átrio da escola.

19



Vamos jogar?

▪ O Tiago aparece de manhã nas aulas e adormece. A professora chateia-se e pergunta porquê que todos os dias acontece o mesmo e tenta perceber o motivo da situação. O Tiago acaba por dizer que fica até tarde a jogar Fortnite na playstation e acaba por se deitar de madrugada. Perante a situação, a professora acaba por informar o Tiago sobre os malefícios do jogo e os problemas que podem surgir se não repuser o sono. Perante o exposto, o Tiago decide:

1. Aceitar a informação e mudar o seu comportamento, pois entendeu os malefícios a que está exposto;
2. Aceitar a informação, mas continua a jogar, pois acha que o jogo não interfere com a aprendizagem;
3. Diz à professora que os pais sabem e permitem, e que a decisão é dele.

20



INTELIGÊNCIA INTRAPESSOAL

VS

INTELIGÊNCIA INTERPESSOAL

21



Inteligência Intrapessoal

- ◆ Refere-se às capacidades e habilidades que possuem para se relacionar consigo mesmo.
- ◆ É a capacidade de entender e ouvir a si mesmo, conhecer as próprias fraquezas e pontos fortes e agir em consequência deste autoconhecimento.

Inteligência Interpessoal

- ◆ Refere-se às capacidades e habilidades em interações sociais com outras pessoas.
- ◆ É a capacidade de entender as outras pessoas e agir de forma coerente.

INTELIGÊNCIA INTRAPESSOAL

VS

INTELIGÊNCIA INTERPESSOAL

AMBAS AS INTELIGÊNCIAS SÃO NECESSÁRIAS E IMPORTANTES PARA UMA VIDA EMOCIONAL DE QUALIDADE E MAIS SATISFATÓRIA.

ANALISA AS TUAS EMOÇÕES

Que atividades
podes fazer para
aumentar a tua
inteligência
intrapessoal?

- Dedicar um tempo para pensar sobre como te sentes ou te sentiste em diferentes situações;
- Nomeia essas emoções e tenta verbalizá-las com outras pessoas;
- Apóia-te nessa [lista de emoções](#). Essa análise favorece tanto a identificação precoce de possíveis emoções, como a compreensão das mesmas com base nas circunstâncias ou situações;
- Entende-te a ti mesmo(a) e as tuas emoções e capacita-te para o momento de tomar decisões com base num conhecimento realista;
- Permite-te tomar decisões responsáveis, sabendo que há momentos de alegria e momentos de tristeza.

25



REGISTA AS TUAS EMOÇÕES E SENTIMENTOS

Que atividades
podes fazer para
aumentar a tua
inteligência
intrapessoal?

- Escrever e registar num diário o que sentimos, ajuda-nos a libertar os nossos pensamentos negativos e as nossas emoções negativas. Escrever e registar os nossos pensamentos e sentimentos ajuda-nos a refletir sobre eles e a analisá-los. Ao escrever as minhas emoções, os problemas tornam-se mais leves. Os registos e as suas análises facilitam a tomada de decisão.

26



DEDICA UM TEMPO PARA TI

Que atividades
podes fazer para
aumentar a tua
inteligência
intrapessoal?

- É necessário deixar um espaço para refletir sobre a nossa pessoa, os nossos pontos fortes e fracos, para reconhecer as nossas virtudes e pensar como podemos melhorar as nossas limitações. Realizar essa tarefa por escrito pode facilitar o processo de autoconhecimento.

27



VERIFICA OS TEUS VALORES, PRIORIDADES E OBJETIVOS

Que atividades
podes fazer para
aumentar a tua
inteligência
intrapessoal?

- As nossas metas na vida vão mudando, assim como a nossa própria pessoa;
- Escreve os teus objetivos de vida: elabora uma hierarquia de objetivos, avalia o que te falta para alcançá-los e o que poderias fazer em relação ao que te falta;
- É importante avaliar aqueles objetivos que estabeleciste no passado e que já alcançaste, avaliar o que aprendeste, como te fizeram sentir;
- Sempre que necessário podes mudar os teus objetivos.

ENCONTRA ATIVIDADES DE LAZER

Que atividades
podes fazer para
aumentar a tua
inteligência
intrapessoal?

- As pessoas são diferentes, por isso, o que o que é benéfico para outra pessoa pode não ser para outra e vice-versa.
- Algumas atividades que podes praticar podem ser: colocar determinado tipo de música e ficar sozinho, praticar ioga, praticar meditação, pintar, tocar algum instrumento, praticar desporto, passear, conversar com outras pessoas sobre ti e as tuas emoções, escrever sobre as tuas emoções, procurar por um técnico especialista em saúde mental, etc.

Obrigado pela vossa atenção!

Apêndice III – Consentimento informado



Consentimento informado, esclarecido e livre para:

PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Descrição do estudo:

Levantamento dos riscos psicossociais aos quais os enfermeiros e assistentes operacionais do Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental se encontram expostos, por forma a obter ganhos em saúde mental, nomeadamente no que concerne à Resiliência, Esperança, Auto-eficácia e Otimismo, permitindo aos profissionais, através de sessões psicoeducativas, aumentar o seu capital psicológico para fazer face aos riscos identificados. Para fazer o levantamento dos referidos riscos serão aplicadas duas escalas - COPSOQ e PsyCap. A primeira visa fazer o levantamento dos riscos associados e a segunda pretende avaliar o capital psicológico (Resiliência, Esperança, Auto-eficácia e Otimismo). O objetivo do estudo pretende assim reduzir o impacto dos riscos psicossociais em enfermeiros e assistentes operacionais através de uma intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Informação escrita em anexo: Não Sim Nº de páginas _____

O INVESTIGADOR RESPONSÁVEL

Confirmando que expliquei ao participante/ representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Nome do Investigador responsável: Vanessa Yadira Pereira da Cunha Lopes

Assinatura: _____ Data: # / 5 / # 21

PARTICIPANTE / REPRESENTANTE LEGAL

Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.

Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.

Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.

Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Nome do participante: _____

BI/CC nº: _____ Validade: ____/____/20____

Assinatura: _____ Data: ____/____/20____

Nome (pais/representante legal): _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

BI/CC nº: _____ Validade: ____/____/20____

Assinatura: _____ Data: ____/____/20____

Apêndice IV – Questionário sociodemográfico para caracterização da amostra

Por favor, dê a sua opinião da forma mais honesta possível. Não existem respostas mais ou menos desejáveis, ou mais ou menos corretas, todas as opiniões são válidas e igualmente legítimas. É muito importante que preencha os questionários pela ordem apresentada e que responda a todas as questões. Em caso de dúvida assinale a resposta que mais se assemelha ou seu modo de sentir ou agir. Os dados recolhidos são confidenciais e serão apenas apresentados nesta investigação.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

Dados sociodemográficos do inquirido

De seguida, encontrará algumas questões, às quais deverá responder de forma breve no espaço marcado na folha ou marcar uma X dentro do quadrado que se adequa ao seu caso.

I. Idade: _____ anos

II. Sexo: Masculino Feminino

III. Habilitações literárias:

3º ciclo do ensino Básico (7º ao 9º ano)

Ensino Secundário (10º ao 12º ano)

Ensino Superior

Pós-Licenciatura

IV. Categoria Profissional:

Assistente operacional

Enfermeiro/a

Apêndice V – Programa psicAEROMente

AVALIAÇÃO INICIAL (CONTRATUALIZAÇÃO)

Aplicação dos Instrumentos de avaliação (Escala COPSOQ II e PsyCap)

Sessão 1

Sresse, *burnout* e relacionamentos

Objetivos:

- ✓ Aumentar o conhecimento da equipa acerca dos fatores de risco psicossociais e respetivo impacto na saúde e bem-estar;
 - ✓ Fornecer estratégias facilitadoras da eliminação de fatores físicos associados ao stresse, *burnout*, assédio moral e conflitos;
 - ✓ Capacitar a equipa com estratégias de autocuidado e de *coping* adaptativo para fazer face aos riscos psicossociais;
 - ✓ Encorajar a equipa a verbalizar emoções e sentimentos.
-

Procedimento/intervenções:

- ✓ Executar intervenção psicoeducativa;
 - ✓ Encorajar o uso de estratégias de autocuidado (físico, mental e social) e *coping* para lidar com os riscos psicossociais;
 - ✓ Identificar as potencialidades e as forças internas da equipa;
 - ✓ Estabelecer uma relação empática com os colegas e desenvolver competências de comunicação, mantendo o sentido de humor e estimulando as recordações;
 - ✓ Executar reestruturação cognitiva;
 - ✓ Incentivar à expressão de sentimentos e emoções.
-

Atividades:

- ✓ Psicoeducação sobre Riscos Psicossociais:
 - Apresentação de slides em formato PowerPoint
 - ✓ Descatastrofização, incentivando a equipa a:
 - Enfrentar as situações através do resgate de experiências passadas positivas;
 - Não alimentar a clivagem;
 - Dar uma conotação positiva às palavras que lhe são ditas, permitindo dizer-se em vez de “porquê que isto me aconteceu”, “o quê que isto me quer dizer?”;
 - Descatastrofizar as situações, acreditando que os outros também têm fragilidades, e que aquilo que lhe é dito pode não ter a ver consigo, mas com as fragilidades do outro.
 - ✓ *Role-playing*
-

Dinâmicas:

- “Folha de papel amarrotado”
 - Visualização do filme da PIXAR “*7 For the Birds*”.
-

Métodos:

- ✓ Expositivo
- ✓ Interativo
- ✓ Discussão orientada

Material:

- ✓ Auditório
 - ✓ Cadeiras
 - ✓ Pen
 - ✓ PowerPoint
 - ✓ Computador
 - ✓ Folhas de papel
-

Indicadores de resultado NOC:

- ✓ Distúrbios do sono;
- ✓ Atenção diminuída a detalhes;
- ✓ Irritabilidade;
- ✓ Desconfiança;
- ✓ Ansiedade;
- ✓ Dor na cabeça tensional;
- ✓ Erros cognitivos frequentes.

Sessão 2Esperança e otimismo**Objetivos:**

- ✓ Aumentar o conhecimento da equipa sobre esperança;
 - ✓ Capacitar a equipa para estratégias promotoras de esperança;
 - ✓ Procurar minimizar os obstáculos que diminuem a esperança;
 - ✓ Fomentar estratégias emocionais e motivacionais para aumentar a esperança.
-

Procedimento/Intervenções:

- ✓ Executar intervenção psicoeducativa;
 - ✓ Promover a esperança;
 - ✓ Ajudar a identificar e apoiar as atividades e forças internas de cada pessoa;
 - ✓ Reforçar a autoeficácia e as capacidades de cada pessoa.
-

Atividades:

- ✓ Psicoeducação sobre esperança e otimismo:
 - Apresentação de slides em formato PowerPoint
 - ✓ Promover a esperança:
 - Colocar o enfoque nas possibilidades futuras, trabalhar o presente e preparar o futuro;
 - Ser confiante e ter capacidade de acreditar na mudança e de atingir objetivos realistas;
 - Realizar uma autoanálise de forma a autoconsciencializar-se sobre os próprios valores, sentimentos e perceções sobre a sua própria esperança;
-

Dinâmicas:

- Brasão da Esperança
 - Árvore dos Talentos
 - Colocar a música legendada “*Katy Perry – Firework*” (<https://www.youtube.com/watch?v=liMQZ0dvgws>)
-

Métodos:

- ✓ Expositivo
 - ✓ Interativo
 - ✓ Discussão orientada
-

Material:

- ✓ Auditório
 - ✓ Cadeiras
 - ✓ Pen
 - ✓ PowerPoint
 - ✓ Computador
-

Indicadores de resultado NOC:

- ✓ Expressão de expectativa de esperança;
- ✓ Esperança de crença em si mesmo;
- ✓ Expressão de sensação de autocontrolo;
- ✓ Estabelecimento de metas;
- ✓ Motivação.

Trabalho para casa: “Todos os dias vou escrever uma frase motivacional!” (até à próxima sessão)

PAUSA

Sessão 3

Resiliência

Objetivos:

- ✓ Aumentar o conhecimento da equipa sobre resiliência;
 - ✓ Capacitar a equipa para a mudança de comportamento;
 - ✓ Ensinar a equipa a envolver-se na tomada de decisão.
-

Procedimento/Intervenções:

- ✓ Executar intervenção psicoeducativa;
- ✓ Treinar técnica de modificação de comportamento;

Atividades:

- ✓ Psicoeducação sobre resiliência:
 - Apresentação de slides em formato PowerPoint
- ✓ Técnica de modificação de comportamento, incentivando a equipa a:
 - Olhar para os problemas com flexibilidade;

- Aceitar que o sofrimento faz parte da vida;
 - Enfrentar os problemas de forma ativa e direta em vez de os evitar;
 - Identificar o seu propósito;
 - Focar-se naquilo que pode mudar;
 - Perguntar-se a si mesmo: “As escolhas que estou a fazer são boas para mim?”;
 - Reconhecer a sua força;
 - Ser claro e firme naquilo que pretende comunicar;
 - Encarar as adversidades como desafios.
-

Dinâmicas:

- Salve o seu balão
 - Plano de Resiliência “4S’s”
 - *Brainstorming*
-

Métodos:

- ✓ Expositivo
 - ✓ Interativo
 - ✓ Discussão orientada
-

Material:

- ✓ Auditório
 - ✓ Cadeiras
 - ✓ Pen
 - ✓ PowerPoint
 - ✓ Computador
 - ✓ Balões
 - ✓ Palitos
-

Indicadores de resultado NOC:

- ✓ Verbalização de uma atitude positiva;
- ✓ Uso de estratégias eficientes de enfrentamento;
- ✓ Exibição de humor positivo;
- ✓ Expressão de autoeficiência;
- ✓ Adaptação às adversidades como desafios;
- ✓ Verbalização de uma sensação de controle melhorada;

Sessão 4

Autoeficácia

Objetivos:

- ✓ Fornecer estratégias para regular as emoções e controlar os pensamentos;
- ✓ Capacitar a equipa para aceitar desafios;
- ✓ Capacitar a equipa para aceitar feedback positivo e negativo;

- ✓ Fornecer estratégias de autoconhecimento;
 - ✓ Fornecer estratégias de aumento da autoconfiança.
-

Procedimento/ Intervenções:

- ✓ Executar intervenção psicoeducativa;
 - ✓ Executar técnica de modificação de comportamento;
 - ✓ Executar técnica de resolução de problemas;
 - ✓ Executar intervenção para autopercepção positiva;
 - ✓ Encorajar a olhar para os seus problemas e conhecer a sua essência.
-

Atividades:

- ✓ Psicoeducação sobre autoeficácia:
 - Apresentação de slides em formato PowerPoint
 - ✓ Executar técnica de resolução de problemas:
 - Incentivar a descobrir os seus pontos fortes;
 - Encorajar a ter um exemplo a seguir;
 - Incentivar a realizar uma lista de metas e objetivos;
 - Encorajar a gostar de desafios;
 - Incentivar a acreditar em si mesmo;
 - Incentivar a ter capacidade para tomar decisões;
 - ✓ Trabalhar a sua inteligência emocional;
 - ✓ Trabalhar o seu autoconhecimento;
 - ✓ Executar técnica de modificação de comportamento:
 - Encorajar a aumentar a socialização;
 - Encorajar a ser flexível e versátil;
 - Encorajar a relações interpessoais harmoniosas.
-

Dinâmicas:

- Brainstorming
 - Janela de *Johari*
 - Técnica PROARR
 - Visualização do filme “Inteligência emocional – colocar-se no lugar dos outros” (<https://youtu.be/Jlj39r5Gjg0>)
 - Visualização do filme “Parábola do elefante – Uma história sobre a vida” (<https://youtu.be/A8ELzPgoMPQ>)
-

Indicadores de resultado NOC:

- ✓ Descrição de si mesmo;
 - ✓ Consideração com os outros;
 - ✓ Equilíbrio entre participação e ato de ouvir nos grupos;
 - ✓ Aceitação de crítica construtiva;
 - ✓ Sentimentos de autovalorização.
-

Métodos:

- ✓ Expositivo

- ✓ Interativo
 - ✓ Discussão orientada
-

Material:

- ✓ Auditório
- ✓ Cadeiras
- ✓ Pen
- ✓ PowerPoint
- ✓ Computador

AVALIAÇÃO FINAL

Replificação dos Instrumentos (Escala COPSOQ II e PsYCap) incluindo a avaliação do programa