



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem e Saúde Mental e Psiquiátrica

1ª Edição (2020-2022)

Estágio de Natureza Profissional em ESMP com Relatório Final

Promoção das Competências Emocionais dos Pais das Crianças em Idade Pré-escolar

Elaborado por:

Ana Rita de Magalhães Pimenta Teixeira

Leiria, setembro de 2023



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

1ª Edição (2020-2022)

Estágio de Natureza Profissional em ESMP com Relatório Final

Promoção das Competências Emocionais dos Pais das Crianças em Idade Pré-escolar

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Docente Responsável:

Professora Doutora Ana Querido

Docente Supervisora:

Professora Doutora Catarina Tomás

Elaborado por:

Ana Rita Teixeira

Leiria, setembro de 2023

“Há mais variedades de emoção negativa do que emoção positiva e é claro que o cérebro trata de forma diferente essas duas variedades. Talvez Tolstoi tenha tido uma intuição diferente quando escreveu, no início ‘Ana Karenina’: Todas as famílias felizes são parecidas umas com as outras, cada família infeliz é infeliz à sua maneira...”

Damásio

AGRADECIMENTOS

Um Muito Obrigado:

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Desde já saliento, um obrigado particular:

À equipa docente e especialmente à Professora Doutora Catarina Tomás, por toda a disponibilidade e compreensão e por ter acreditado no meu crescimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira...

Aos enfermeiros orientadores pela partilha de conhecimentos, pelo apoio ao trabalho desenvolvido, pelo incentivo a desenvolver novas competências, servindo como rede de apoio nesse desenvolvimento. Agradeço-lhes também pelos momentos de reflexão relativamente às situações que ocorriam, ajudando a aumentar a minha autoconsciência.

Aos utentes que voluntariamente participaram nas sessões planeadas, por terem partilhado comigo as suas vivências e experiências de doença e sofrimento, ajudando-me a crescer como pessoa e profissional neste percurso para me tornar Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão e apoio durante todo o tempo do mestrado.

À Coordenadora do meu serviço pelo apoio e disponibilidade de horário fornecidos durante este ano e meio.

À minha família um profundo obrigado, pois sempre se preocuparam comigo, motivaram-me e fizeram-me acreditar em mim.

À minha prima Regina e ao meu irmão Tiago que, apesar de fisicamente longe, estão sempre presentes, dando-me coragem e acreditando em mim, grata também por me ouvirem nos piores momentos e pela sua disponibilidade e apoio prestado, na concretização dos trabalhos.

Ao meu marido e filhos, pelo amor, motivação, apoio incondicional, por não me terem deixado cair...pela compreensão por tantas horas dedicadas a este mestrado, em detrimento de alguns dos nossos momentos... são e serão sempre o meu maior orgulho!

O meu Muito Obrigada a todos ...

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CRI - Centro de Respostas Integradas

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

DM - Doença Mental

EC - Ensino Clínico

ECC - Estudo de Caso Clínico

EE - Enfermeiro Especialista

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EP - Equipa de Prevenção

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ET - Equipa de Tratamento

EVCE - Escala Veiga de Competência Emocional

HIV - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

IPL - Instituto Politécnico de Leiria

MCEESMP - Mesa do Colégio de Especialidade de ESMP

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PE - Processo de Enfermagem

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PMQCE - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SMP - Saúde Mental e Psiquiátrica

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Neste relatório é evidenciado o percurso académico realizado para aquisição das competências comuns e específicas do EEESMP, conforme o definido pela Ordem dos Enfermeiros, nos diferentes contextos do exercício clínico (Serviço de Internamento de Psiquiatria, CRI e UCC) e a reflexão sobre a prática especializada. Por conseguinte, realiza-se também a caracterização dos três locais de estágio e apresenta-se um PMCQCE, que surge da necessidade de intervenção do EEESMP junto dos pais de crianças que frequentam um jardim de infância na zona centro do país, no âmbito do PNSE. Desenvolvido por isso um programa psicoeducativo de promoção de competências emocionais desses pais.

As relações que se estabelecem no interior da família, nomeadamente a relação entre pais e filhos, faz deste lugar o mais propício para a consolidação das experiências emocionais. As emoções e a competência emocional desempenham um papel essencial na promoção e facilitação das relações interpessoais e comportamentos adequados, que promovem o bem-estar e uma adaptação positiva nas interações sociais. Partiu-se da premissa de que o fortalecimento do vínculo entre pais e filhos pode ser melhorado quando os aspetos emocionais são reconhecidos de forma apropriada, visto que isso resulta em vários benefícios para os indivíduos, enquanto membros da sociedade.

O EEESMP é responsável pela promoção da compreensão da saúde mental na comunidade, recorrendo a sessões psicoeducativas. Esta abordagem objetiva a melhoria da saúde mental em todos os aspetos do processo educacional.

Apesar das dificuldades sentidas na operacionalização do programa de intervenção psicoeducativa supracitado, os resultados apontam para a adequabilidade e pertinência do mesmo, o que justifica a necessidade de continuação da implementação de futuras intervenções, que incitem o desenvolvimento das competências socio emocionais e que, dessa forma, se tornem promotoras de relações interpessoais saudáveis, adequadas e que fomentem o bem-estar.

Termo esta etapa da minha vida, acreditando ter contribuído para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com recurso à pesquisa e à prática embasada na evidência. Destaco o autoconhecimento, o reconhecimento, a aceitação e

a consciencialização das fraquezas e vulnerabilidades individuais que conduziram a um desenvolvimento pessoal e profissional bem fundamentado.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Mental; Competências; Emoções; Competência Emocional; Parentalidade; Sessões psicoeducativas.

ABSTRACT

This report shows the academic path taken to acquire the common and specific competences of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, as defined by the Order of Nurses, in the different contexts of clinical practice (Psychiatric Care Service, Integrated Response Center and Community Care Unit) and its reflection on specialized practice. It also characterizes the three internship sites and presents a Continuous Improvement of Nursing Care Quality Project. Mental Health and Psychiatric Nursing with the parents of children attending a kindergarten in the middle of the country, as part of the National School Health Program. A psycho-educational program was therefore developed to promote emotional skills of these parents.

The relationships established within the family, particularly the relationship between parents and children, make this the most favourable place for consolidating emotional experiences. Emotions and emotional competence play an essential role in promoting and facilitating interpersonal relationships and appropriate behaviours, which promote well-being and positive adaptation in social interactions. It was based on the premise that strengthening the bond between parents and children can be improved when emotional aspects are recognized properly, as this results in multiple benefits for individuals as members of society.

The Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist is responsible for promoting the understanding of mental health in the community, using psychoeducational sessions. This approach focuses on improving mental health in all aspects of the educational process.

Despite the challenges experienced in implementing the psycho-educational intervention program mentioned above, the results point to its suitability and relevance, which justifies the need to continue implementing future interventions that encourage the development of socio-emotional skills and therefore promote healthy and appropriated interpersonal relationships that boost well-being.

I end this stage of my life believing that I have contributed to improving the quality of nursing care through research and evidence-based practice. I would highlight the self-

knowledge, recognition, acceptance and awareness of individual weaknesses and vulnerabilities that led to well-founded personal and professional development.

Keywords: Nursing; Mental Health; Skills; Emotions; Emotional Competence; Parenting; Psychoeducational session

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	18
PARTE I.....	21
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA.....	21
1.1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO.....	22
1.2. CARATERIZAÇÃO DO CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS	29
1.3. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	33
PARTE II.....	39
1. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	39
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	41
1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal - Domínio A	42
1.1.2. Melhoria contínua da qualidade - Domínio B.....	52
1.1.3. Gestão dos cuidados - Domínio C	58
1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais - Domínio D.....	63
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA.....	67
1.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1).....	69
1.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2).....	74
1.2.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (F3).....	82
1.2.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e	

psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e
dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e
recuperar a saúde (F4).....88

PARTE III.....103

1. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....103

1.1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA.....103

1.2. PERCEBER O PROBLEMA.....106

1.2.1. Emoções.....106

1.2.2. Competências Emocionais.....108

1.2.3. Parentalidade e Competências Emocionais.....110

1.3. OBJETIVOS.....112

1.4. PERCEBER AS CAUSAS.....112

1.5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES.....116

1.6. VERIFICAR OS RESULTADOS; PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS,
STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA; RECONHECER E PARTILHAR O
SUCESSO.....118

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....124

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....126

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMAÇÕES EM SERVIÇO

APÊNDICE II – IMPACTO DAS REDES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL DOS JOVENS

APÊNDICE III – CULTIVAR A MENTE: EXPLORAÇÃO DO AUTOCUIDADO E MINDFULNESS
NO ÂMBITO DO PROJETO 'VIVER MELHOR NO SAKA

APÊNDICE IV – RELAXAMENTO NA GRAVIDEZ

APÊNDICE V – CONJUNTO DE SESSÕES DE TREINO DE ATENÇÃO, MEMÓRIA E FUNÇÕES
EXECUTIVAS

APÊNDICE VI – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS: UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

APÊNDICE VII – UNINDO LAÇOS - PÃO COM CHOURIÇO TERAPÊUTICO

APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO PMCQCE

APÊNDICE IX – QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

APÊNDICE X – PEDIDO PARA APLICAÇÃO DA EVCE

APÊNDICE XI – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVO

APÊNDICE XII – CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

APÊNDICE XIII – GRÁFICOS DE ÍNDICES DE SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES

APÊNDICE XIV – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

APÊNDICE XV – ANÁLISE SWOT DO PMCQCE

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ANGELINI UNIVERSITY AWARD! 2020/2021

ANEXO II – CERTIFICADO DE INTEGRAÇÃO NA COMISSÃO ORGANIZADORA DO CONGRESSO “MAIS ACESSO, MELHOR SAÚDE: CAPACITAR POPULAÇÕES VULNERÁVEIS”

ANEXO III – ESCALA VEIGA DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL

ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA O USO DA ESCALA VEIGA DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Conjunto de Sessões do Treino da Atenção, Memória e Funções Executivas.....	93
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Estatísticas descritiva	119
TABELA 2 – Comparação por nível de ensino	120

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Diagrama de Espinha de Ishikawa no baixo nível das Competências Emocionais dos pais	113
--	-----

INTRODUÇÃO

O presente Relatório advém da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) com Relatório Final, inserida no 3º semestre do Mestrado em ESMP, no decurso do ano letivo 2021-2022, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), do Instituto Politécnico de Leiria (IPL), para obtenção do grau de mestre em ESMP e do título de Especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Este Relatório de Mestrado constitui-se como um trabalho científico de descrição e reflexão crítica fundamentada no âmbito do Ensino Clínico (EC) de ESMP e do Estágio de Natureza Profissional com relatório, permitindo o desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), o qual será alvo de prova pública perante um júri.

De acordo com o elucidado no regulamento das competências específicas do EEESMP emitido pela OE (2018), o ser humano em processo de sofrimento/doença mental (DM) apresenta ganhos em saúde ao ser cuidado por um EEESMP, dado ser detentor de uma compreensão única do sofrimento e da sua capacitação de se mobilizar como instrumento terapêutico.

A respeito dos contributos que a componente teórica deste mestrado deu no meu percurso para me tornar EEESMP, o desenvolvimento das competências intrínsecas à prática de enfermagem avançada somente pode ser consolidado pelo meio da prática experienciada, supervisionada e refletida (Benner, 2001).

O desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua na área da saúde mental, concretamente aplicado a nível da Promoção das Competências Emocionais, decorre de inquietações formadas na minha prática clínica no âmbito da Saúde Escolar.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2006), os estudos de investigação, têm vindo a demonstrar que a maioria dos comportamentos de risco e dos problemas de saúde relativos aos estilos de vida e ao ambiente pode ser significativamente diminuído recorrendo a um programa de saúde escolar efetivo.

A evidência científica da atualidade, tem vindo a mostrar que a saúde mental manifesta-se como a prioridade de intervenção na escola (DGS, 2019). No decorrer do ciclo de vida

de qualquer pessoa a questão de saúde mental é em simultâneo transversal e estrutural. Os profissionais de saúde devem estar cientes da importância do seu papel próximo das crianças, jovens e família (DGS, 2019).

O contexto familiar desempenha um papel crucial no desenvolvimento de competências emocionais, devido às oportunidades e desafios que proporciona a nível emocional. Sendo na família que acontecem as primeiras experiências emocionais, tendo esta um papel determinante no desenvolvimento emocional da criança. (Laible & Thompson, 1998).

É extremamente importante os pais desenvolverem as suas competências emocionais, são elas, a gestão de emoções, autoconsciência, empatia, automotivação e gestão de emoções em grupo (Sampaio, 2002).

O objetivo geral do projeto de melhoria contínua consiste em Promover o Desenvolvimento das Competências Emocionais dos Pais das Crianças de um Jardim de Infância da região centro do país, através de Sessões Psicoeducativas de um Programa de Competências Emocionais, testando a sua adequabilidade através da aplicação da “Escala Veiga de Competência Emocional” (EVCE).

Este trabalho compreende uma análise crítica e reflexiva do percurso realizado na aquisição das competências de EEESMP no decorrer da realização dos estágios em contexto comunitário, de internamento e de resposta diferenciada, ancorada na evidência científica, ressaltando as atividades desenvolvidas, com enfoque na intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa desenvolvidas, nos ganhos alcançados e as competências adquiridas.

Sendo assim, são objetivos do mesmo:

- Conhecer e caracterizar os contextos de aprendizagem da prática especializada em ESMP;
- Analisar e refletir sobre a aquisição e desenvolvimento de competências de EE e de EEESMP;
- Descrever a aplicação de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMQCCE) em contexto de trabalho, que inclui um Programa

Psicoeducativo estruturado aos Pais das Crianças do Jardim de Infância da região centro do país.

De forma a dar resposta aos objetivos acima explanados, este relatório encontra-se estruturalmente constituído por três capítulos: O primeiro capítulo respeitante aos Contextos de Aprendizagem. O segundo capítulo corresponde à análise crítica e reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências de EE e de EEESMP. Por sua vez o terceiro capítulo apresenta o Projeto de Melhoria/Intervenção.

O presente documento está realizado de acordo com o Guia de Elaboração de Trabalhos em vigor na ESSLei e as referências bibliográficas foram realizadas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA) 7ª Edição.

PARTE I

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O presente capítulo tem como objetivo apresentar os três serviços onde foram desenvolvidas as competências de EEESMP.

O EC é um elemento essencial no que respeita a integração de conhecimentos e promoção das competências dos estudantes de enfermagem, criando um suporte para a construção da identificação profissional. Tendo em conta a complexidade que compreende a formação em contexto de Saúde Mental e Psiquiátrica (SMP), a supervisão dos estudantes apresenta uma importância decisória, no sentido em que propicia os instrumentos indispensáveis para a melhoria da aprendizagem e o desenvolvimento do perfil de competências (Martinho et al., 2014).

São exigidas novas competências para a realização de intervenções imprescindíveis à prestação de cuidados especializados em ESMP, aos diferentes níveis de prevenção em saúde. Deste modo, a prática especializada em Enfermagem pode desenvolver-se em todos os contextos da prática profissional no qual “o enfermeiro especialista possui 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” (OE, 2019, p. 4745).

Foi com base nestes pressupostos que o Planeamento Descritivo do 2.º e 3º semestres do Curso de Mestrado em ESMP procurou integrar, nos contextos dos Ensinos Clínicos, instituições que possibilitassem a realização de intervenções de enfermagem de forma a desenvolver as competências comuns e específicas do EEESMP, formando assim profissionais autónomos, com espírito crítico e reflexivo, que participem de forma ativa no desenvolvimento organizacional das instituições, que respeitem o indivíduo e família em todo o processo de cuidados, que sejam intervenientes na inovação e desenvolvimento da prática da enfermagem com recurso a metodologias de investigação e que tomem decisões tendo por base a deontologia de enfermagem (Laranjeira & Querido, 2021).

Na opção de escolha dos locais de realização dos Ensinos Clínicos foi tida em consideração a localização geográfica (ser facilitadora de manter a articulação trabalho, estágio e vida pessoal), a prática profissional e o interesse próprio relativo à promoção do *recovery* na pessoa com DM grave.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, a missão do EEESMP é prestar cuidados em contextos profissionais, no internamento e na comunidade, ao longo do ciclo vital. Por conseguinte, os contextos da prática especializada em ESMP desenvolveram-se nas primeiras onze semanas em contexto hospitalar (EC de Enfermagem Psiquiátrica, em contexto de internamento), nas sete semanas seguintes em contexto diferenciado [no Centro de Respostas Integradas (CRI)] e nas restantes onze semanas, em contexto comunitário [mais especificamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)].

A formação e o desenvolvimento humano compreendem um processo contínuo de apropriação e transformação de saberes, sendo determinantes os contextos onde decorre. Considerando particularmente a formação em enfermagem e tendo em consideração a natureza do exercício profissional, é compreensível a importância que assumem as trajetórias de formação, envolvendo uma importante componente prática, elemento crucial no desenvolvimento das aprendizagens e competências dos estudantes de enfermagem (Martinho et al., 2014).

O conhecimento da dinâmica organizacional das unidades onde são prestados os cuidados permite “um ambiente positivo e favorável à prática” (OE, 2018, p.4749). Sendo assim, considera-se pertinente descrever a dinâmica de funcionamento das mesmas.

1.1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO

O EC de ESMP (segundo semestre), teve a duração 11 semanas, num total de 205 horas, tendo início a 10 de maio de 2021 e término a 22 de julho de 2021. Realizado num Serviço de Internamento de Psiquiatria num Centro Hospitalar, localizado na Região Centro. Os objetivos propostos inicialmente no projeto de aprendizagem foram atingidos, bem como a concretização das atividades planeadas. Quanto ao modelo

teórico de enfermagem, durante o meu percurso deste EC norteiei-me pela teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau.

O enfermeiro ao utilizar um referencial teórico desenvolve e aplica o raciocínio clínico, intervindo segundo uma perspetiva centrada no utente e nas suas verdadeiras necessidades, tornando-o capaz para a tomada de decisão.

Segundo a teoria de Peplau o crescimento pessoal do indivíduo acontece gradualmente até ao atingimento do seu máximo potencial. Este crescimento é compartilhado pelo enfermeiro e pelo utente através do estabelecimento de um relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar. A profissão de enfermagem entende-se como um processo, baseado nas suas fases e nos diversos papéis que o enfermeiro pode assumir. Sendo o enfermeiro detentor de uma especialização que o capacita de reconhecer e responder às necessidades de cuidados de saúde do utente (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

O enfermeiro deve também estar atento às suas necessidades e desenvolver um processo de autoconhecimento, para que este relacionamento interpessoal seja o mais satisfatório possível (Howk, 2004).

A aplicação da Teoria de Peplau neste EC constituiu-se num instrumento essencial, visto que proporcionou cuidados de enfermagem individualizados, possibilitando a promoção de um atendimento efetivo das necessidades reais dos utentes. Percebi a eficácia da aplicabilidade desta teoria nas intervenções realizadas aos utentes desta Unidade de Saúde, para a criação de um vínculo efetivo e necessário para a assistência absoluta e qualificada, envolvendo a valorização do indivíduo no processo de saúde-doença, sendo o utente beneficiado, sem desrespeito pela sua autonomia e capacidade de tomada de decisões.

A Unidade de Internamento interna utentes crónicos com patologia mental, em que os utentes institucionalizados são apenas do sexo masculino, sendo que ao nível dos diagnósticos, a patologia predominante é a Esquizofrenia Paranoide.

Considero que a institucionalização leva à perda da individualidade e da identidade, à deterioração intelectual, a danos graves da autoestima, à degradação das condições de vida, à rutura dos laços familiares e sociais, à separação dos utentes da sua família e da

comunidade, levando-os à dependência de terceiros e à dificuldade de integração na sociedade e conseqüente confinamento em instituições psiquiátricas. Os internamentos devem ser de curta duração, reduzindo assim os custos e facilitando a reintegração familiar, laboral e social dos utentes. A desinstitucionalização dos utentes com patologia crónica não é um processo fácil, devendo ser sempre um objetivo ideal e último, considerando o hospital como um centro especializado de diagnóstico e terapêutica. Todavia nem sempre esta realidade é possível e os internamentos acabam por ser de longa duração (Matos et al., 2003).

No que diz respeito aos recursos humanos, o serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar composta por: 6 (seis) Enfermeiros Especialistas em ESMP, dos quais um deles também exerce funções de coordenação de serviço, 11 (onze) Enfermeiros Generalistas, 8 (oito) Assistentes Operacionais, 1 (uma) Médica Psiquiátrica, 1 (um) Terapeuta Ocupacional e 1 (uma) Técnica Superior de Serviço Social. Atualmente encontram-se internados 11 (onze) utentes no Edifício A e 33 (trinta e três) utentes no Edifício B, necessitando para os seus cuidados uma abordagem holística.

Os profissionais que integram as equipas multidisciplinares têm como alvo de intervenção o indivíduo, sendo a sua abordagem facilitada pelos olhares dos diversos profissionais que integram essas equipas de trabalho em saúde (Matos et al., 2010; Paula, 2009).

Os estudos demonstram que este tipo de abordagem presta melhores serviços aos utentes. Associando-se a menor tempo de internamento e a um maior índice de satisfação com os serviços de saúde (Nogueira, 2004).

Existem questões profundas e complexas que influenciam o campo da saúde mental, o que torna o tratamento multidisciplinar fundamental para integralizar todas as possibilidades terapêuticas. Salienta-se, que a equipa multidisciplinar centra a sua formação nas necessidades do utente, pois, ela não é pré-organizada. As necessidades identificadas e diagnosticadas obrigam os profissionais de saúde a integrarem-se, com o objetivo de satisfação das mesmas e recuperação da saúde e do bem-estar do utente (Fossi & Guareschi, 2004).

Em cada um dos turnos de 8.00 horas permanecem no serviço de Internamento 2 enfermeiros na prestação de cuidados e 1 ou 2 assistentes operacionais, adotando-se o método individual de trabalho. A metodologia de organização do trabalho é um ponto fundamental na promoção da qualidade dos cuidados prestados em enfermagem (Costa, 2004). O método individual de trabalho centra a sua atenção nas necessidades dos utentes, dando valor à personalização e individualização dos cuidados, através da distribuição de um determinado número de utentes em função do grau de dependência ou especificidade dos cuidados para cada enfermeiro, responsabilizando-o, ao longo do turno de trabalho, pela prestação de cuidados gerais aos utentes que lhe foram atribuídos (Silva, 2017).

No que respeita à metodologia usada, é essencial refletir se esta possibilita que haja uma boa qualidade na prestação de cuidados de enfermagem de modo contínuo, completo, imputável e coordenado. Os serviços devem ter em atenção a apreciação das necessidades dos utentes, planificando, executando e controlando os cuidados prestados. Os cuidados devem ser realizados continuamente. Proporcionando a integração dos cuidados de enfermagem, no conjunto de um plano geral de cuidados de saúde, em articulação com outros profissionais de saúde.

Na atualidade as Dotações Seguras para os Cuidados de Enfermagem são ainda calculadas por Posto de Trabalho. De acordo com os dados disponibilizados pela gestão, o serviço apresenta um défice de enfermeiros. O Regulamento nº 743/2019 de 25 de Setembro de 2019 (OE, 2019b), recomenda que nos diferentes serviços de internamento no âmbito da ESMP devem existir pelo menos dois Enfermeiros Especialistas em ESMP por cada três enfermeiros e que deverá existir pelo menos um Especialista em ESMP em permanência 24h por dia, percebe-se que a constituição atual da equipa de Enfermagem do serviço não permite o cumprimento deste requisito, visto que, o tratamento dos utentes centra-se na gestão medicamentosa, colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Os enfermeiros especialistas em ESMP realizam as suas intervenções face as necessidades identificadas e à disponibilidade do tempo.

Os enfermeiros, mesmo quando existem dotações diminutas, não sentem que a sua responsabilidade diminua nos cuidados que prestam e preferem realizar os cuidados

mais urgentes, privilegiando as intervenções de acordo com esse critério e com as rotinas instituídas (Cordeiro, 2009).

Segundo Aiken et al., (2012), os Cuidados de Enfermagem são o fator mais importante na classificação que os utentes atribuem aos serviços de saúde. Concomitantemente chegou-se à conclusão que a satisfação dos enfermeiros e dos utentes, é maior em serviços de saúde com ambientes de trabalho adequados, ou seja, com o menor número de utentes distribuídos por enfermeiro e maior qualificação dos enfermeiros.

Alguns utentes desta unidade percebem-na como sendo a sua casa, pois habitam lá à cerca de 30 a 40 anos. Muitos dos utentes são provenientes de famílias disfuncionais e/ou com recursos insuficientes para os receber, ou ainda com manifesta incapacidade para serem capacitados para a continuidade dos cuidados, mesmo que a opção clínica fosse uma provável alta. Para outros, a família é inexistente ou desenraizados de laços familiares ou de amigos.

A desinstitucionalização de utentes com patologia mental crónica de instituições psiquiátricas para a comunidade, ainda hoje se apresenta como um desafio, em virtude da complexidade e multidimensionalidade de integração na comunidade (OE, 2021a).

A institucionalização dos utentes com DM grave em instituições fechadas e comumente afastadas das comunidades, contribuem imenso para a manutenção do estigma relativamente à DM, repercutindo-se na sua qualidade de vida dos mesmos (Souza & Coutinho, 2006). Este grande isolamento afasta o utente das rotinas sociais, constituindo um ciclo vicioso de dependência institucional e o desacreditar numa reinserção social com sucesso. Deve existir interesse pela qualidade de vida destes utentes, com preocupação pelo retorno das pessoas institucionalizadas à comunidade (Awad, Voruganti & Heslegrave, 1997, referido por Souza & Coutinho, 2006; Violante, 2012). Um estudo realizado em 2006 por Castro-Henriques et al., veio comprovar que os utentes que residem na comunidade apresentam uma maior qualidade de vida que os institucionalizados, o que vem reforçar a importância da desinstitucionalização e da promoção de recursos essenciais à boa reintegração destes utentes na comunidade.

A percentagem maior de utentes com múltiplos internamentos deve-se à má adesão ao regime terapêutico. Sendo esta uma das grandes problemáticas da Unidade, a escassa

rotatividade de utentes deve-se às insuficientes respostas ao nível dos recursos da comunidade. De acordo com Fernandes (2018, p.48), os dados colhidos entre maio e junho de 2017, mostram que “o motivo de internamento/reinternamento de 69,7% dos utentes internados durante o período em análise foi o abandono da terapêutica instituída, sendo que 81,8% apresentam história clínica de antecedentes psiquiátricos e 63,6% são reinternamentos.”

Esta Unidade de Saúde Mental está inserida numa zona rural e de fácil acesso às localidades vizinhas, o que possibilita aos utentes mais autónomos a convivência com a comunidade exterior, desenvolvendo assim as suas competências socioculturais e interpessoais. O risco de desenvolver esquizofrenia é aproximadamente 2 a 4 vezes superior para moradores nos centros citadinos, comparativamente com pessoas que habitam em zonas rurais (Krabbendam & Van, 2005; Allen, 1997). Estas saídas são agendadas previamente pela assistente social e pelos enfermeiros especialistas em ESMP, sendo escolhido alternadamente um grupo reduzido de utentes. No decorrer da visita, eles são supervisionados pelos profissionais de saúde, no entanto, essas saídas não são antecipadamente preparadas em conjunto com os utentes, não ocorrendo assim o treino de competências.

Os utentes têm também a possibilidade de contactar com a natureza, desenvolvendo atividades ao ar livre, como a manutenção da horta comunitária (atividade supervisionada pela equipa multidisciplinar). É dada também a possibilidade a estes utentes de cuidarem de animais, promovendo assim, a interação com os mesmos, a responsabilidade, a promoção de rotinas e sentimento de pertença. A musicoterapia é realizada semanalmente por uma equipa externa, mas devido ao contexto social atual foi suspensa temporariamente. A terapeuta ocupacional também dinamiza diversas atividades.

Tal como referido previamente, o serviço debate-se com a nítida escassez de profissionais de enfermagem, os mesmo encontram-se sobrecarregados com tarefas de organização e logística do serviço, o que inevitavelmente retira tempo aos mesmos de intervir de forma diária, especializada e consistente com os utentes, A carência de recursos humanos habilitados a potenciar a recuperação do utente, a diminuta motivação dos profissionais relativamente à carreira de enfermagem, os escassos

recursos disponíveis na comunidade que permitam uma transição e adaptação efetiva à vida no exterior das instituições são ainda fatores muito importantes na otimização da saúde mental nos utentes a nível nacional. Foi possível observar a carência destes fatores neste serviço de saúde.

Trata-se de uma intervenção prioritária, deveria ser o mais antecipado possível, e o serviço/utentes seriam beneficiados com um plano individual de cuidados especializados e personalizados, tendo como base um enfermeiro gestor de caso, implicando assim um aumento significativo do rácio de enfermeiros.

O processo de gestão de caso permite dar uma resposta efetiva e eficiente às reais necessidades e expectativas dos utentes e famílias, e não com base em intervenções pontuais, o enfermeiro gestor de caso coordena todos os cuidados identificados no plano integrado de cuidados, ajudando o doente e a família a viverem a sua situação de saúde. Neste processo de gestão de cuidados, promove-se o trabalho em equipa, ocorre a mobilização de vários profissionais, com diversas competências a avaliação diagnóstica; o planeamento; a facilitação; a monitorização e a avaliação, cuja coordenação é da responsabilidade do gestor de caso, cujo objetivo é o de dar resposta às necessidades dos indivíduos mais vulneráveis e com necessidades complexas e crónicas em saúde, utilizando os recursos que estão à disposição e a comunicação para proporcionar qualidade em cuidados de saúde (Lopes, 2012).

O gestor de caso focaliza a sua intervenção somente numa pessoa e busca alcançar a totalidade das suas necessidades. É sensível ao seu ambiente e procura a promoção de um resultado de qualidade para ela, considerando-a individualmente. Promove a participação ativa do indivíduo com base no respeito e empowerment (Pires, 2013).

Considerando a potencialidade de crescimento da Unidade de Internamento (devido à imensa área geográfica disponível), é lamentável não existir proatividade política para capacitar a mesma com recursos que possibilitem aos profissionais e utentes um elevado investimento no processo de *recovery*. No processo de *recovery* do utente com patologia mental grave, a participação ativa da família é de máxima importância (Pinho & Pereira, 2015). Kvirgic et al., (2013), referem que a aliança terapêutica pode caracterizar-se como um laço afetivo e de colaboração estabelecido entre um profissional de saúde e o utente. O emprego pode ser percebido como um elemento fundamental para

o indivíduo, dado que, além de prover meios de subsistência, desempenha um papel essencial para a autorrealização, formação da identidade, na consecução de metas e objetivos de vida, permite a demonstração de habilidades e é crucial para a interação social do indivíduo (Neves et al., 2018).

O processo de recovery é basilar para que o indivíduo com DM consiga obter resultados de excelência no que respeita à realização do seu potencial, ao desenvolvimento do seu bem-estar e ao envolvimento produtivo numa comunidade que tem a capacidade e a responsabilidade de acolhê-lo (Macedo et al., 2019).

1.2. CARATERIZAÇÃO DO CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS

O Estágio de Natureza Profissional em ESMP com a duração de sete semanas, decorreu num CRI, no período de 7 de setembro de 2021 a 22 de outubro 2021. Tive a oportunidade de concretizar os objetivos gerais e específicos traçados no Projeto de Aprendizagem, bem como as atividades planeadas, tendo como pano de fundo a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.

O CRI é coordenado pela Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). A DICAD tem por missão promover a integração, harmonização e qualificação das intervenções preventivas e terapêuticas no campo dos comportamentos aditivos e das dependências na Região Centro. Funciona no âmbito territorial de jurisdição da ARSC e exerce as suas competências em estreita articulação com os diferentes departamentos da ARSC, assim como com as Unidades de Intervenção Local, com os Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES), com as Unidades Locais de Saúde, com a rede hospitalar e outras instituições, públicas ou privadas, com intervenção na área dos comportamentos aditivos e das dependências, que ao longo do tempo têm vindo a ter um papel determinante no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências. Esta Rede de Articulação também procura responder relativamente à organização e articulação de respostas para todos os Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD). Sendo o EEESMP um dos elos de ligação nesta rede de articulação.

A DICAD coordena também uma Comunidade Terapêutica, Unidade de Alcoologia de Coimbra, Unidade de Desabilitação de Coimbra e os 6 Centros de Respostas Integradas:

CRI Aveiro, CRI de Castelo Branco, CRI de Coimbra, CRI de Guarda, CRI de Viseu e CRI de Leiria.

O CRI é composto pela Equipa de Tratamento (ET) e Equipa de Prevenção (EP). A ET trabalha com indivíduos que apresentam CAD, com vista ao seu processo de tratamento e reabilitação. A EP não trabalha necessariamente com indivíduos com CAD.

O CRI desenvolve a sua atividade através da ação de três equipas de tratamento locais, em três cidades. Esta unidade funcional é constituída por equipa multidisciplinar (médicos de psiquiatria e clínica geral, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), especializada na prevenção e prestação de cuidados integrados e globais aos indivíduos que apresentam CAD. É um serviço inserido num prédio urbano, sendo que esta realidade favorece de certa forma a integração das pessoas com CAD na comunidade, por outro lado, este afastamento físico leva ao aumento do número de problemas comunicacionais entre profissionais e utentes.

A equipa multidisciplinar do CRI, no processo de acolhimento de um utente, atribui uma equipa técnica responsável por este. Esta equipa é composta por um assistente social, um psicólogo, um médico e um enfermeiro, em que um destes profissionais fica como gestor de caso. Este modelo assistencial tem constituído a resposta mais apropriada às necessidades das Pessoas com CAD. O gestor de caso deve fazer a avaliação do utente, compreender quais as suas expectativas e em conjunto com este estabelecer um projeto terapêutico. No decurso deste processo é fundamental a articulação com todos os restantes profissionais que integram a equipa de tratamento.

O enfermeiro, enquanto gestor de caso é mediador em diversas situações que envolvem as necessidades do indivíduo e família, procurando delinear um plano de cuidados individualizado, elaborado em conjunto com ambas as partes. Este modelo apresenta como enorme vantagem a oportunidade de se estabelecer uma aproximação entre o profissional, a pessoa e família, promovendo assim uma maior humanização dos cuidados e conseqüentemente garantir a qualidade dos cuidados prestados (Martins & Fernandes, 2010).

O trabalho de equipa; o conhecimento dos recursos da comunidade e mecanismos de financiamento; a negociação competente e práticas de resolução de conflitos; os

processos de pensamento crítico para identificar e dar prioridade aos problemas do ponto de vista dos cuidadores e do utente; a comunicação entre todos os elementos e a documentação neste modelo, são conhecimentos e capacidades elementares na gestão de caso. Cabe a cada elemento saber qual o seu papel, obstando assim, repetição de ações entre os diversos profissionais (Stanhope, & Lancaster, 2011).

A equipa de enfermagem do CRI, composta por 3 enfermeiras especialistas (1 em EESMP, 1 em reabilitação e 1 em médico-cirúrgica), organiza-se funcionalmente segundo o modelo de enfermeiro de referência, alocado a cada utente, definindo o plano de cuidados e articulando com a equipa multidisciplinar em conformidade com as necessidades de cada utente. O papel do enfermeiro nesta unidade visa facilitar as intervenções, que devem ser multidirecionais, contínuas e longitudinais, otimizar os cuidados aos utentes e família e realizar um acompanhamento individualizado ou em grupo, contínuo e o mais completo possível, contemplando todas as vertentes da problemática dos comportamentos de adição. Sendo assim assegurada a intervenção com cada utente num contexto multidisciplinar, por forma a potencializar a resposta que cada utente necessita, tendo em conta as particularidades da sua situação (Martínez et al., 2012).

A 31 de dezembro de 2020, no CRI, estavam a ser acompanhados, entre as EP e as ET, 1010 utentes. A ET acompanhava 492 utentes. O regime de acompanhamento destes utentes é variável, de acordo com as necessidades do utente, pelas especificidades e ainda conforme o momento do tratamento. Por conseguinte, existem utentes que são acompanhados em regime diário (dias úteis), de 2 em 2 dias, semanais, de 2 em 2 ou 3 em 3 semanas, mensal e outros que são acompanhados em regimes específicos, pré-acordados com os utentes em função da disponibilidade dos mesmos.

O CRI articula ainda com outras estruturas da comunidade, particularmente, o Estabelecimento Prisional da cidade onde está inserido, o Centro de Saúde, Comunidades Terapêuticas, e Forças Policiais, ou ainda entre os CRI de diferentes regiões, sempre que haja mobilização dos utentes.

Estes utentes têm o privilégio de contactar com uma equipa de enfermagem muito dedicada, muito cuidadosa e que se preocupa com a sua sintomatologia clínica, com a parte psiquiátrica e que também cuida e colabora com os outros serviços, permitindo

assim a continuidade dos cuidados e garantia dos tratamentos, acompanhamento dos utentes e a reintegração social dos mesmos.

Segundo os dados disponibilizados pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) no documento Sinopse Estatística 2019 – Substâncias Ilícitas, no ano de 2019 havia, em Portugal, uma população de 25339 indivíduos em tratamento de regime ambulatorio na rede pública (SICAD, 2021).

O Manual de Boas Práticas de Enfermagem em CAD da ARSC, como orientador da prática do CRI, indica alguns processos fundamentais do sucesso da intervenção, particularmente a relação de ajuda, o acolhimento do utente e enfatiza a importância do papel do enfermeiro na educação para a saúde do utente, na participação na promoção da adesão ao regime terapêutico e na prevenção da recaída em consumos de substâncias. Segundo os dados fornecidos pela American Adiction Centers, aproximadamente 85% dos indivíduos cai no período de um ano e sensivelmente 67% cai semanas a meses depois do tratamento para comportamentos aditivos (Sinha, 2011).

Sendo também reforçada a importância de consciencializar o indivíduo em tratamento para fatores de alerta para o risco de recaída, assim como: desleixo no autocuidado; sentir pouco apoio dos familiares e amigos no processo de recuperação e desejo de se manter abstinente; sentir níveis de stress elevados e não aplicar estratégias de coping eficazes aprendidas em tratamento; retomar pensamentos negativos; regressar a locais e grupos onde ou com quem no passado consumiu substâncias; deixar de participar em programas de *aftercare*; adotar comportamentos compulsivos alternativos; sentir aumento da sensação de *craving*; planejar a recaída ou procurar janelas de oportunidade de recaída e colocar-se deliberadamente em qualquer situação de risco (Melemis, 2015).

Reconheço que fiquei surpreendida com a realidade com que me deparei, pois confesso que tinha a percepção que o enfermeiro, no CRI, adotava uma postura paternalista, focada somente na preparação e administração de metadona e nos respetivos despistes de drogas, o que não veio a comprovar-se, a sua intervenção vai ao encontro no explanado no referencial citado previamente.

O EEESMP na unidade está ciente das múltiplas particularidades psicológicas, familiares e sociais que estes utentes apresentam. Devido às suas competências específicas encontra-se capacitado a realizar uma eficaz gestão dos cuidados, efetivando uma ação integral com o utente, família e comunidade (Franco et al., 2016), sendo por isso designado a “figura central” em todo o processo, pela grande proximidade e pelo papel que desempenha (Lopes, 2006). Acompanha o utente ao longo dos anos e nas várias fases da sua vida, nomeadamente nas fases em que o utente tem recaídas, que são frequentes e assim ajuda o mesmo a ultrapassar essas fases de crise. O papel do EEESMP no acompanhamento destes indivíduos é fundamental, a planificação e a abordagem integral dão ao EEESMP um papel fundamental na tomada de decisões dentro da equipa multidisciplinar (Buenaventura et al., 2010). O EEESMP institui um plano individualizado da continuidade dos cuidados, proporciona um ambiente seguro e adota estratégias de tratamento à DM e ao abuso de substâncias (Franco et al., 2016).

1.3. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O Estágio de natureza profissional teve a duração de 11 semanas, decorreu no período de 25 de outubro de 2021 a 22 de janeiro 2022, realizou-se numa UCC que está inserida no ACES Pinhal Litoral da ARSC. O projeto de aprendizagem foi colocado em prática, os objetivos inicialmente propostos para este Estágio de Natureza familiar foram assim atingidos. Analisei, treinei e refleti sobre as competências específicas do EE e do EEESMP que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para dar visibilidade ao papel do EEESMP. Foi escolhida a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau como fundamento teórico na conceção dos cuidados prestados e como orientação no processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EEESPM.

A UCC é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida e rege-se pelos princípios: Cooperação; Solidariedade e trabalho em equipa; Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica; Articulação efetiva com as outras unidades funcionais do ACES; Parceria com estruturas da comunidade local; Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de satisfação profissional e motivação.

Os Cuidados Saúde Primários (CSP) devem ser o primeiro nível de contacto do utente com o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

A forma de garantir acesso aos cuidados a todas as pessoas com DM, é real e efetiva quando são providas respostas na comunidade. Os princípios instituídos para cumprimento desta premissa são: acessibilidade, compreensão, coordenação e continuidade do cuidado, efetividade, equidade e respeito pelos direitos humanos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2003).

Estão contemplados no Programa Nacional para a Saúde Mental (2017), os objetivos de integração de serviços de saúde mental nos CSP, com objetivo de melhorar o acesso aos mesmos, mantendo o indivíduo com patologia mental no seu ambiente.

Um dos desafios propostos ao seguir esta área de especialização, foi devido ao facto de, ao exercer funções ao nível dos CSP, ter identificado e compreendido a relevância da mudança de contexto de intervenção na área da SMP. Assim, é elementar a criação de um modelo de articulação mais eficaz entre áreas de atuação, onde a informação circula nos dois sentidos, de forma a garantir a continuidade de cuidados harmoniosamente e equilibradamente. O foco é o indivíduo/família com DM, modificando-se o contexto de assistência para comunitário, em que o hospital constitui um recurso utilizado apenas/sempre que haja necessidade.

A UCC tem como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, assim como participar na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, 2008).

Tem como visão a melhoria contínua do estado de saúde da população, destacando as boas práticas de prestação de cuidados de proximidade com respostas integradas, articuladas e diferenciadas aos mais vulneráveis. Sendo assim, os valores pelos quais se rege são o assegurar a qualidade e equidade na prestação de cuidados; a garantia da acessibilidade e a promoção da autonomia da pessoa, família e comunidade e estabelecendo planos de intervenção multidisciplinares, integrados e articulados envolvendo a população alvo. Tem uma área de abrangência de 267.7 Km², para um total de 62336 utentes (Bilhete de Identificação dos CSP, 2021).

A atividade da UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, na sua área geodemográfica, em intercooperação com as restantes unidades funcionais do ACES, garantindo a necessária articulação interinstitucional e intersectorial.

Para além da parceria com a Câmara Municipal e com as Juntas de Freguesia da sua área de abrangência, a UCC tem ainda como Parceiros Comunitários na sua área de intervenção as Escolas do parque escolar da UCC, a InPulsar, o Centro Hospitalar de Leiria e UCF de Reumatologia de Coimbra. Esta articulação de proximidade permite determinar o diagnóstico de saúde da comunidade, aproximar os serviços com a população, contribuindo para a melhoria do acesso aos serviços especializados/diferenciados, assegurar respostas focadas na prevenção da doença e promoção da saúde mental, manter os utentes portadores de patologia mental inseridos e integrados na família e na sociedade ao mesmo tempo que recebem tratamento, facilitando a reabilitação psicossocial e a prevenção de recaídas e utilizando os recursos existentes na comunidade. Contribuindo assim para melhorar as potencialidades de saúde dos cidadãos e da própria comunidade.

O horário de funcionamento da UCC é das 8h às 20h, exceto aos sábados, domingos e feriados, que funciona das 9h às 13h.

O sistema de informação utilizado nesta UCC é o SClínico, com a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. A alta dos utentes é realizada sempre que os focos de enfermagem já não se encontrem ativos e o utente tenha atingido o seu potencial máximo de recuperação.

O índice de desempenho global da UCC encontra-se acima de 70, constituindo um ótimo indicador de desempenho.

Recorrem à UCC utentes com uma enorme variedade de idades (indo desde a primeira infância até à velhice).

A evolução da prestação dos cuidados de saúde e os problemas de saúde comunitários obrigam a uma reorganização dos serviços e de métodos de trabalho, ressaltando a constituição de equipas multidisciplinares para melhorar as respostas às necessidades da comunidade (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

A metodologia de trabalho desta unidade é a de gestor de caso, sendo a mesma utilizada no serviço onde exerço funções. O EEESMP assume o papel de Gestor de Caso, tal como mencionado no regulamento de competências específicas do EEESMP (2018). Recorrendo à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em SM com o intento de ajudar o utente / família a conseguir ter acesso aos recursos mais adequados e escolhas mais ajustadas em cuidados de saúde. (OE, 2018).

A equipa multidisciplinar da UCC é constituída por sete enfermeiras, na sua maioria especialistas, com presença das diversas áreas de especialidade (Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ESMP, Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem Comunitária) e uma médica. Fazem parte ainda, a tempo parcial, uma assistente técnica, um psicólogo clínico, uma fisioterapeuta e uma assistente social. Com o objetivo de dar resposta à carteira de serviços nas várias áreas de cuidados.

Segundo o Despacho n.º 10143/2009, artigo 9, ponto 4, as atividades da carteira de serviços da UCC, devem ter por base o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde, em que os programas e projetos da carteira de serviços devem estar integrados no plano de ação do ACES, em estreita articulação com as várias unidades funcionais e com a equipa coordenadora local, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Ministério da Saúde, 2009).

No que concerne à área da saúde mental, verifica-se a existência de diversos projetos, dinamizados pela Enfermeira Especialista em ESMP, particularmente: “Informar para consciencializar”, Grupo Terapêutico “Aprender a lidar com a ansiedade”, “Consultas de Enfermagem de saúde Mental”, “Cuidar do Cuidador”, “Saúde Mental na InPulsar” e a “Saúde Mental em Ligação com a Comunidade”. Estes projetos vieram dar resposta as necessidades em saúde mental da população da área de abrangência da UCC, visando a promoção da recuperação e bem-estar de pessoas com problemas ou perturbações psiquiátricas de diversas idades.

É de ressaltar a existência de consulta de Enfermagem de Saúde Mental na UCC, cuja importância se vai tornando cada vez mais evidente. No ano de 2020, foram realizadas Consultas de Enfermagem de Saúde Mental para Avaliação Inicial a 39 utentes das quais

14 presenciais e 25 não presenciais, recorrendo ao meio telefónico ou videochamada, em consequência da pandemia. Em relação à Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental foram realizadas 218 consultas a 33 utentes, das quais 58 foram presenciais e 160 foram não presenciais, na sua maioria de carácter psicoeducativo e psicoterapêutico. Estas consultas têm de facto uma colossal unicidade que as diferencia das consultas de outras áreas, não só pela própria intervenção, como ao alcance que o enfermeiro pode verdadeiramente oferecer ao utente nestas intervenções. A consulta de enfermagem em saúde mental é uma das formas de assistência do cuidado que dá autonomia possível ao indivíduo e aos familiares. Permite ao enfermeiro prestar assistência de melhor qualidade à pessoa, oferecendo atendimento diferenciado. É fundamental para fortalecer a enfermagem como uma prática científica (Brusamarelho et al., 2013; Canabrava et al., 2011).

No que se refere ao Diagnóstico Social do Concelho de Leiria (2017), constata-se a carência de respostas ao nível da saúde mental em todas as faixas etárias, sendo que as mesmas têm sido adaptadas às necessidades dos indivíduos, sendo notoriamente insuficientes e pouco integradas.

Recorrendo ao Programa Nacional de Saúde Mental (2017), ao Plano Local de Saúde do ACES Pinhal Litoral (2018-2020) e Diagnóstico Social do Concelho de Leiria (2017) e segundo a experiência da prática de cuidados dos profissionais da UCC, identificaram-se os seguintes problemas: carência de ações de prevenção da DM e de promoção da saúde mental na área de abrangência da UCC; baixa literacia em saúde mental da população em geral e dos profissionais que trabalham na área da saúde; elevado estigma face à DM; elevada tendência da prescrição de benzodiazepinas na população da área de abrangência da UCC; número elevado de casos de perturbação da ansiedade na população na área de abrangência da UCC; insuficiência de intervenções em saúde mental junto das pessoas com DM ou com necessidades em saúde mental, e/ou das suas famílias, na área de abrangência da UCC; insuficiência de formação especializada na área da saúde mental, para cuidadores formais e informais na área de abrangência da UCC (DGS, 2017; Conselho Local de Ação Social, 2017; ACESPL, 2019).

É notável, de facto, que é insuficiente a presença de apenas uma EEESMP na UCC, a qual acumula, neste momento, outras funções fora do seu âmbito de especialidade.

Esta experiência foi bastante enriquecedora, apesar de ser parte integrante de uma UCC, a dinâmica de funcionamento é bastante diferente da unidade onde exerço funções, abrindo possibilidades de intervenção que poderei levar para o meu contexto profissional, particularmente no que respeita à articulação entre as diferentes especialidades de enfermagem.

Esta experiência foi absolutamente especial. Encontrei uma dinâmica completamente diferente da minha unidade, o que abriu possibilidades de intervenção que poderei levar para o meu contexto.

PARTE II

1. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo visa a análise de aquisição de diversas competências: competências comuns do EE, bem como as competências específicas do EEESMP, através da reflexão sobre os conhecimentos teórico-práticos obtidos e consequente implementação dos mesmos na vivência de experiências importantes nos ensinamentos clínicos. No primeiro subcapítulo será apresentada a análise das competências comuns do EE, no que respeita ao segundo subcapítulo, este integra a análise das competências específicas do EEESMP.

Segundo o dicionário Primberan, analisar significa, “fazer análise de”, “examinar com atenção”, “criticar” [Primberan, (s.d.)]. A reflexão é algo realizado de forma consciente, para conhecimento, sobre o mundo, sobre nós e a forma de estarmos no mundo. Além de admitir a tentativa e erro, também admite habilidades de analisar e condensar o conhecimento, de se relacionar e ampliar a relação com os outros, e assim, pode dizer-se, produzir conhecimento pessoal. A reflexão conduz à ação, e esta por sua vez reconduz à reflexão, descristalizando as nossas condutas (Nunes 2013).

A análise crítica e reflexão sobre a prática de enfermagem, leva à melhoria dos conhecimentos desta ciência.

A “Competência consiste em capacidades, valores, comportamentos, habilidades e qualificações de um indivíduo, inerentes ao próprio ou obtidos através de formação, por experiência pessoal ou por experiência profissional, e que tenha utilidade para a organização” (Ribeiro, 2015).

A competência em enfermagem compreende-se como os níveis esperados de atitudes, conhecimentos, habilidades e valores, sendo um elemento-chave na segurança e na qualidade (Oliveira & Queirós, 2015).

Benner (2001, p.43) identificou cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem, mediante a aplicação do modelo de aquisição de competências de Dreyfus.

O desenvolvimento de competências está dependente do enfermeiro que se constitui como o fundamental agente de mudança, dos seus saberes e dos contextos de cuidados

que o influenciam, permitindo ou condicionando o desenvolvimento dessas competências (Serrano et al., 2011).

A prestação de cuidados de enfermagem em contextos específicos, a indivíduos com situações de saúde particulares, obriga a cuidados diferenciados, resultando a necessidade de prover os enfermeiros de diversas competências que lhe possibilitem proporcionar uma resposta mais eficiente às necessidades dos utentes. O cuidar em enfermagem correlaciona exercício profissional, competência e contexto (Serrano et al., 2011).

No decurso do tempo, na realização de cuidados de enfermagem, desenvolveram-se sempre competências inerentes à prática de enfermagem, apesar de nem sempre serem reconhecidas, quer pelos profissionais de enfermagem, quer por outros profissionais de saúde.

Aquando da criação da OE, houve a necessidade de transpôs para o papel as competências que o enfermeiro deve deter, para exercer a profissão de forma reconhecida, contribuindo assim para a excelência dos cuidados de enfermagem.

A diferenciação de competências é referenciada no Estatuto da OE aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº156/2015, de 16 de setembro no artigo 4º nas Disposições gerais do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018, é no perfil de competências específicas do EEESMP, juntamente com o perfil de competências comuns que se encontram o conjunto de competências especializadas que visam a promoção de um enquadramento regulador que as certifica e comunica aos cidadãos o que é possível esperarem (OE, 2018).

No domínio das intervenções clínicas especializadas de Enfermagem, não se planeia definir pormenorizadamente o que fazer e o que não fazer, restringindo a ação dos Enfermeiros Especialistas a um conjunto de atividades e tarefas, mas sim, considerar uma intervenção apoiada na aplicação efetiva do conhecimento, evidências científicas

e capacidades, imprescindíveis no processo de tomada de decisão em Enfermagem (OE, 2017).

Ao longo dos ensinamentos clínicos foi possível desenvolver competências gerais e específicas que permitiram o desenvolvimento do projeto enquanto futura EEESMP. Este percurso foi iniciado desde o ingresso no Mestrado e passando pelos Ensinos Clínicos nos diferentes contextos. Este relatório espelha todo o percurso de EC, a aquisição de conhecimentos técnico-científicos, aumento do autoconhecimento e desenvolvimento de competências enquanto profissional de enfermagem.

1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro é o profissional de saúde que presta cuidados ao indivíduo, são ou doente, ao longo do seu ciclo de vida, bem como aos grupos sociais em que se encontra integrado, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde, ajudando a alcançar a sua máxima capacidade funcional com a maior rapidez possível (OE, 2015a).

De forma a atingir este objetivo, e considerando a constante mudança que se verifica nos variados contextos da prática, é elementar que os enfermeiros atualizem constantemente os seus conhecimentos, acompanhando a transformação existente, garantindo assim, a melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e dignificando a profissão de enfermagem (Jesus et al., 2011).

Os enfermeiros possuem qualificações profissionais distintas, a distinção entre Enfermeiro e Enfermeiro Especialista (EE) é realizada pela OE. Preconizando que o EE possua um conjunto de competências clínicas especializadas, surgindo do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2019). De acordo com a mesma entidade, competências comuns são:

“as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, 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” (OE, 2019, p.4745).

O papel assumido pelo EE na sua prática clínica, materializa-se nos deveres, competências e referenciais de qualidade, isto é, pelo Perfil de Competências do

EEESMP, pelo Código Deontológico e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental (PQCE).

Existe um quadro de competências que o EE, independentemente da sua área de especialização, tem de ter adquirido. As Competências Comuns do EE recaem sob os domínios citados no Regulamento das Competências Comuns do EE, Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019, que são os seguintes:

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

Sendo assim, dada a importância que as competências comuns do EE detêm para a prestação de cuidados de excelência, de seguida procederei à análise, por domínio de competência, do processo que conduziu à aquisição de cada uma delas.

1.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

O primeiro domínio das competências comuns do EE é o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, que incorpora duas competências (uma relativa à prática profissional ética e legal na área da especialidade e outra referente aos direitos humanos e responsabilidade profissional), do qual o processo de aquisição será apresentado em seguida.

Os cuidados de enfermagem e os serviços, devem estar elencados por princípios éticos e legais que regulam a profissão (Moura et al., 2015) e os enfermeiros, para além de conhecimentos técnicos, devem ter um compromisso ético e estar em permanente atualização de modo a impedir implicações na prática, tornando-se perentório para os mesmos, terem conhecimento das responsabilidades éticas, civis e penais e também os seus direitos e deveres, evitando assim negligência, imperícia ou imprudência (Silva et al., 2018).

O EE na sua prática clínica presencia e vive com alguma regularidade problemas e dilemas éticos, a maioria das vezes relacionados com confrontos de valores e conflitos de princípios, necessitando de fazer escolhas, algumas delas muito custosas. No que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a resolução de

dilemas, deve fundamentar-se em conhecimentos e práticas ética-deontológicas, cumprindo normas jurídicas e legais e respeitando os direitos humanos. A enfermagem contínua a ser uma profissão com um elevado nível de exigência, posto que, na relação terapêutica têm de estar simultaneamente presentes, um modo de ser compassivo, um conhecimento teórico específico, um fazer técnico próprio e a capacidade para tomar decisões em situações éticas complexas (Vieira, 2017).

Um dos dilemas vivenciados, que levou à reflexão da equipa multidisciplinar sobre a tomada de decisão ética, sucedeu em contexto de prática clínica em internamento de saúde mental e psiquiatria, sendo o seguinte: arriscar a realização de uma visita, por parte do utente, ao seu domicílio (previsto no plano de cuidados como um aspeto importante para a reabilitação e a inserção social do mesmo), ou de cumprir as regras institucionais vigentes em contexto pandémico (proibição de saída dos utentes para o exterior, salvo raras exceções). Como agir, diante perante este caso?

O Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) (2015a) enfatiza que o Enfermeiro deve defender, proteger, respeitar o utente, ser solidário, salvaguardando os direitos dos utentes no que diz respeito a cuidados de saúde.

A OE (2011) preconiza que na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem do indivíduo ou do grupo e que uma vez identificada a problemática do utente, este prescreve intervenções de enfermagem, com o objetivo de produzir resultados positivos ou ganhos em saúde.

O processo de tomada de decisão é a operacionalização do conhecimento, através de um processo cognitivo complexo que leva a uma ação/comportamento, respeitando uma sucessão de etapas sistemáticas, fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do enfermeiro (Dias & Lopes, 2010; Macedo et al., 2015).

O enfermeiro, na sua prática clínica tem se deparado com uma maior frequência, com o aumento da necessidade de resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados, sendo elementar a sua capacidade de combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar (Silva, 2006).

Tendo em consideração o exercício profissional autónomo dos enfermeiros, o processo de tomada de decisão tem vindo a ser sucessivamente aprofundado. Sendo a tomada de decisão o culminar da etapa orientada pelo raciocínio, os enfermeiros tomam

decisões, pois fazem juízos sobre as reais necessidades da pessoa individual ou grupo e delineiam as intervenções que vão implementar (Silva, 2011).

No processo de tomada de decisão deste dilema, seguiu-se as etapas do Algoritmo da Tomada de Decisão Ética em Enfermagem, adaptado por Morgado & Simões (2021). Na reflexão conjunta com os enfermeiros orientadores e restante equipa multidisciplinar pensou-se na melhor solução possível. Uma vez tratar-se de uma intervenção determinante para o utente, em concordância com a equipa multidisciplinar decidiu-se realizar criteriosamente a mesma (sem prejuízos para os restantes utentes e equipa de saúde multidisciplinar), em benefício do mesmo. Assim, valida-se o reconhecimento e identificação das inquietações e dilemas do processo de tomada de decisão. O treino desta habilidade é fundamental para uma prática refletida e consciente, baseada na capacidade para interpretar, analisar e inferir em função dos dados disponíveis.

O respeito pela dignidade da pessoa, no contexto dos cuidados de saúde, significa essencialmente cuidar os utentes como pessoas únicas e com direitos, respeitar a autonomia das pessoas e proteger aquelas que sofrem. Reconhecer que os utentes têm direitos humanos básicos, nomeadamente o direito à informação e ao consentimento, à privacidade e à confidencialidade, entre outros (Thompson et al., 2006).

A comunicação é a base para o desenvolvimento relacional e para as interações humanas. É espontânea e inerente ao cuidar em enfermagem, quer seja entre enfermeiro e utente, quer entre profissionais. O enfermeiro na sua prática clínica, para além do conhecimento técnico-científico, deve conseguir desenvolver uma relação comunicacional com o utente, família, equipa e instituição (Cielo et al., 2013). Ao utilizar uma comunicação efetiva o enfermeiro pode ajudar o utente a compreender e a enfrentar os seus problemas, envolvendo-se na experiência e ponderação de alternativas para a resolução dos mesmos (Sousa, 2010).

Para prestar cuidados com qualidade é necessário que o enfermeiro utilize conscientemente os princípios dos processos comunicacionais, levando ao desenvolvimento da atuação profissional (Brás & Ferreira, 2016).

No meu percurso profissional e académico tem sido evidente que a comunicação influencia de forma clara a relação entre os diferentes elementos envolvidos no processo de cuidar e os cuidados prestados. A comunicação facilita as relações

interpessoais baseadas no afeto e na confiança, pelo respeito e valorização que se verifica no discurso dos intervenientes (Azevêdo et al., 2017). A informação é um dever, em respeito com a dignidade, autonomia e liberdade humana.

Em contexto de internamento, foi possível verificar que os profissionais privavam os utentes do seu direito à liberdade, particularmente no acesso a bens, telefonemas, contato com familiares, exterior, objetos pessoais, entre outras privações. É perceptível a dificuldade de gestão destas situações, visto que poderia comprometer o tratamento do utente. No entanto, de forma a contornar estas privações e reduzir o impacto negativo no bem-estar dos utentes, enquanto mestranda em ESMP e futura EEESMP, considero que seria importante: educar e colaborar com a equipa para que seja garantido o respeito pela autonomia e liberdade dos utentes; manter uma comunicação aberta com os utentes e famílias, explicando os motivos das restrições; criar planos de cuidados que tenham em conta as necessidades individuais e incluir os utentes nas decisões; oferecer atividades ocupacionais para preencher o tempo dos utentes; providenciar formação da equipa relativa à comunicação terapêutica e abordagens não coercivas; participar na supervisão das práticas da equipa, garantindo assim que os cuidados sejam éticos e de qualidade elevada.

As condições foram ajustadas às necessidades sempre que possível, promovendo a segurança, privacidade e dignidade dos mesmos (A2.2, Regulamento nº140/2019, 2019). Tendo orientado a minha intervenção pelo uso de estratégias comunicacionais que possibilitassem a avaliação do impacto das restrições no bem-estar dos pacientes.

No mesmo contexto também assisti e intervi em outras situações, nas quais foi necessário manter dignidade humana, nomeadamente com o meu utente alvo de Estudo de Caso Clínico (ECC).

Relativamente à significação de ética, esta pode definir-se como toda e qualquer ação que esteja de acordo com o conjunto de valores morais normativos e orientadores da ação humana, dado que os valores morais podem então ser encarados como os conceitos direcionais e condicionantes para a obtenção de um comportamento ético, isto é, aquele comportamento que é tido como preferencial (Rachels, 2004). Tendo por base as competências a Declaração Universal dos Direitos do Homem que serve de fio condutor axiológico fundamental do CDE, que provê as diretrizes que obrigam o

enfermeiro a agir tendo por base os deveres profissionais. Os princípios de enfermagem assentam no respeito pela vida, pela dignidade humana e nos direitos humanos, em todas as dimensões (OE, 2009a).

Por conseguinte, o enfermeiro durante a sua prática clínica deve respeitar o Código Deontológico, bem como os valores universais como a igualdade; a liberdade responsável, a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; e a competência e o aperfeiçoamento profissional (REPE, 1996). São ainda necessários, para além destes princípios, outros princípios orientadores da atividade dos enfermeiros como a responsabilidade social da enfermagem na promoção da saúde da população; o respeito pelos direitos humanos na relação com os utentes; e a excelência do exercício profissional e na relação com outros profissionais, não olvidando, o respeito e a observância das normas específicas de cada local de estágio, no qual me encontrava inserida.

Os princípios éticos que fundamentam a ciência do cuidado, tornam-se a pedra basilar na ética do cuidar, dado que transpõem eficácia e eficiência nas decisões tomadas e nas intervenções desenvolvidas.

Os quatro pilares que alicerçam o Princípio da Autonomia são a autonomia, beneficência, não maleficência, veracidade e justiça, entre outros, tratando-se de orientações essenciais na tomada de decisão.

No princípio da autonomia, os enfermeiros devem assegurar-se de que o respeito pela pessoa enquanto agente racional, não foi ignorado. O princípio moral da autonomia e o princípio jurídico da intimidade, introduziram na área da saúde o conceito de consentimento livre e esclarecido, que garante ao utente o direito a informações suficientes que o tornem livre de qualquer tipo de coerção ou engano por parte dos profissionais de saúde, assim como, lhe dá condições para realizar uma escolha racional de aceitar ou não a realização de um diagnóstico ou procedimento e fazer ou recusar um tratamento. Este princípio obriga o enfermeiro a fornecer ao utente a informação o mais completa possível, com o intento de promover uma compreensão apropriada do problema, sendo a condição fundamental para que o utente possa decidir. O respeito pela autonomia significa, ainda, ajudar o utente a superar os seus sentimentos de

dependência, munindo-o na hierarquização dos seus valores e preferências legítimas (Prudente, 2000).

Em todas as intervenções realizadas enquanto profissional e enquanto mestranda, procurei que estivesse implícito o sentido da promoção da autonomia dos utentes, seja na satisfação das suas atividades de vida, seja na própria capacidade de gestão de emoções e autorregulação. Tendo como exemplo a realização do treino das competências de vida diárias; a promoção da regulação emocional em grupo, nos quais os utentes aprenderam estratégias de autorregulação emocional; o auxílio dos utentes na compreensão das opções de tratamento, riscos e benefícios; a realização de sessões de educação sobre saúde mental aos utentes e respetivas famílias.

No que respeita ao princípio da beneficência, os enfermeiros devem fazer o que é melhor para o utente, não só do ponto de vista técnico-assistencial, como também do ponto de vista ético. É utilizar todos os conhecimentos e habilidades profissionais ao serviço do utente, tendo em consideração, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento a realizar (Townsend, 2011). O princípio da beneficência obriga o enfermeiro a ir além da não maleficência (não causar danos intencionalmente) e exige que ele contribua para o bem-estar dos utentes, promovendo ações para prevenir e remover o mal ou dano que, neste caso, é a doença e a incapacidade para fazer o bem, compreendido aqui como a saúde física, emocional e mental. A beneficência demanda ações positivas, ou seja, é necessário que o enfermeiro atue para beneficiar o utente. Além do mais, é necessário avaliar a utilidade do ato, pesando os benefícios versus riscos e/ou custos (Townsend, 2011).

No decorrer de um dos ensinamentos clínicos, confrontei-me com a necessidade da contenção física e ambiental dos utentes por parte dos enfermeiros e assistentes operacionais, levantando assim questões éticas, no que respeita ao comprometimento da liberdade. Estas intervenções são usadas somente em casos pontuais e como forma de assegurar a proteção e garantia da segurança dos utentes tendo sempre em consideração o princípio ético da beneficência. Priorizando o recurso à terapêutica e a negociação com o utente.

O princípio da não-maleficência pode ser entendido como "a obrigação de não causar danos", ou seja, o uso da prudência diante de situações que exijam do enfermeiro a não

intervenção, uma vez que, dependendo do caso, a ação “beneficência”, pode causar um mal maior que os benefícios resultantes. A não-maleficência é importante porque, muitas vezes, o risco de causar danos é inseparável de uma ação ou procedimento que está moralmente indicado (Townsend, 2011).

Em situação de internamento de doentes de evolução prolongada em psiquiatria, existiram diferentes situações que levaram a processos de metacognição, particularmente a privação do uso de telemóveis e do contacto com os familiares fora do horário de visitas, bem como, se encontrarem numa unidade fechada ao exterior. Por um lado, entende-se esta situação, pois muitos dos utentes não são capazes de tomarem as suas próprias decisões ou não apresentam insight, no entanto existe uma pequena minoria que teria condições para contactar livremente com a comunidade e segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, todas as pessoas têm o direito de circular livremente, assim como escolher o espaço onde pretendem viver. Neste caso prevalece o princípio da beneficência em detrimento do princípio da autonomia, pois sendo um grupo, as decisões têm de ser tomadas tendo em consideração a segurança do grupo. Outra situação que me levou à monitorização e auto regulação dos meus processos de cognição foi o fato dos utentes destas unidades estarem privados ao acesso aos seus quartos no período pós almoço, se por um lado existiam utentes que se isolavam nos quartos e não participavam nas atividades, sendo prejudicial para a saúde e bem estar dos mesmos, por outro lado, a maioria dos utentes estavam dispostos a participar nas atividades e não pretendiam isolar-se, mas gostavam de ter livre acesso aos seu quarto, nesta situação também prevalece o princípio da não maleficência em detrimento do princípio da beneficência e da autonomia, pois sendo um grupo, as decisões têm de ser tomadas tendo em consideração ao bem estar grupal.

O princípio da justiça relaciona-se com a distribuição correta e adequada de deveres e benefícios sociais. Entendendo-se assim, que as pessoas são iguais desde seu nascimento, não lhes podendo ser recusado qualquer tratamento ou assistência em função de nenhum tipo de discriminação, seja social, racial ou outro fator, tendo a preocupação com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens. O conceito de justiça deve ser fundamentado na premissa que os seres humanos têm direito a um mínimo

conveniente de cuidados de saúde. Incluindo assim garantias de igualdade de direitos, equidade na distribuição de bens, riscos e benefícios, respeito às diferenças individuais e a busca de alternativas para atendê-las, liberdade de expressão e igual consideração dos interesses envolvidos nas relações do sistema de saúde, dos profissionais e dos utentes (OE, 2015a).

Quando existiu impasse ou necessidade de tomada de decisão, esta foi realizada conscientemente, depois da análise e apreciação das diversas opções, em colaboração com os orientadores e as equipas.

Considerando todas as considerações anteriormente mencionadas, considero que no decurso das experiências vivenciadas nos ensinamentos clínicos, recorri às normas legais e princípios éticos e deontológicos para suportar o processo de tomada de decisão. Contribuindo para o alcance do benefício nos utentes, praticando sempre o bem e analogamente não causando dano nem praticando o mal. Ao considerar-se que existe uma ética própria da Enfermagem, esta define-se como o local da prática no qual se desenrola a ação e conseqüentemente, a tomada de decisão ética, da qual fundamentação tem na sua origem os princípios e valores profissionais elencados no CDE (Nunes, 2011).

Realizei os registos com rigor, usando declarações objetivas, isentas de juízos de valor. Documentei sempre as intervenções e a sua subsequente evolução. Assegurei o direito à confidencialidade.

Pedi sempre autorização aos utentes para a sua participação nas atividades por mim propostas, tendo por base o consentimento informado, ainda que bastantes vezes de forma mais informal, ou em qualquer trabalho efetuado no âmbito do estágio.

Ao longo deste percurso tive a oportunidade de perceber que existem algumas condições sobre as quais o tratamento pode ser realizado sem necessidade do consentimento. Estas situações estão asseguradas pela legislação, através da Lei de Saúde Mental.

Segundo esta lei, todos os utentes têm o direito de decidir se aceitam ou rejeitam o tratamento. Sendo assim, previamente à realização de um procedimento terapêutico, o

utente deve receber informação a respeito do mesmo ou a respeito das alternativas existentes e só posteriormente dar a sua permissão.

Neste domínio, pedi sempre autorização aos utentes para a participação nas atividades por mim propostas, ou em qualquer trabalho realizado no âmbito dos ensinos clínicos.

A ESMP concentra os seus aspetos legais em torno da confidencialidade e direito à privacidade, consentimento informado, isolamento e contenções e questões sobre o regime legal do internamento. Assim sendo, senti-me sempre responsável pelas minhas próprias ações relativamente a estas questões éticas, sabendo que a sua violação poderia resultar em processos de má prática ou de negligência.

Nos diferentes contextos de EC foram tomadas decisões autonomamente e com responsabilidade, respondendo às necessidades dos utentes respeitando a sua individualidade e unicidade, tendo verificado que “a ponderação risco/benefício não é fácil: depende dos valores e interesses das pessoas implicadas, da ponderação das consequências individuais e sociais” (Nunes et al., 2005, p.91). A tomada de decisão realizada durante a prestação de cuidados decorreu da aplicabilidade do enquadramento jurídico, mobilização de conhecimentos e dos princípios da deontologia profissional, preconizando-se nos critérios de avaliação da competência A1.1 do Regulamento nº 140/2019.

As estratégias de resolução de problemas foram também construídas e discutidas com cada utente (quando possível) e posteriormente com as respetivas equipas multidisciplinares e orientadores. À posteriori foi sempre realizada a avaliação das mesmas, no sentido de cimentar aprendizagens e garantir melhores cuidados em situações futuras. Promovendo assim o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional no seio das equipas, indo identicamente ao encontro dos critérios de avaliação da competência A1.1 do Regulamento nº 140/2019.

Em cada contexto de EC, realizei um ECC, identificando os focos e diagnósticos de enfermagem e implementando os respetivos planos de cuidados precisos e individualizados, objetivos e específicos nas intervenções por mim prescritas. Destacando assim como o critério de avaliação de competência o papel de consultor e o contributo para a análise e reflexão de processos de tomada de decisão, tendo assim corroborado com a unidade de competência A1.2. do Regulamento nº 140/2019.

Aquando das intervenções de grupo consegui sensibilizar os participantes para as questões do sigilo profissional e também pelo respeito dos valores, costumes, vontade e crenças de cada pessoa, promovendo assim um ambiente de empatia e de partilha. O dever do sigilo profissional está inerente à profissão de enfermagem, constituindo-se um elemento central na área da saúde mental, devido aos utentes serem mais vulneráveis, tratando-se de um dos aspetos mais importantes para o bom desenvolvimento da relação terapêutica. A garantia de confidencialidade é essencial para que o utente se sinta seguro para expressar conteúdos íntimos sem o receio de que eles sejam divulgados. Respeitei sempre as situações em que os utentes tinham preferência pela partilha individual, num ambiente mais facilitador, corroborando com o critério de avaliação de competência A2.1.6 do Regulamento nº 140/2019.

No decorrer dos diferentes ensinamentos clínicos, a prestação de cuidados corroborou com o exposto na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e de modo igual com a Lei de Saúde Mental, as quais potenciaram a humanização nos cuidados prestados e a dignificação e respeito pelos direitos humanos. Tendo sempre em atenção que todos os cuidados prestados aos utentes respeitassem os seus direitos.

1.1.2. Melhoria contínua da qualidade

O segundo domínio de competências descrito no Regulamento nº 140/2019 pertencente às Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2019, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019 é o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade que abarca 3 competências (Competência B1, B2 e B3).

Segundo Lopes & Capricho, (2007), a qualidade integra um aspeto em constante construção e mutação, em que existe reflexão não só das necessidades, desejos e exigências de cada pessoa e de cada época, como das mudanças do meio circundante.

Por conseguinte, O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, define a qualidade em saúde como a prestação de cuidados de fácil acesso e imparciais, com um elevado nível profissional, que considere os recursos disponíveis e alcance uma adesão e satisfação total do cidadão.

A OMS, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e o Conselho Nacional da Qualidade assumiram formalmente a necessidade de implementação de sistemas de qualidade (OE, 2001).

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, sentiu a necessidade de implementar um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, indicando os PQCE.

Os padrões de qualidade constituem a tomada de decisão a partir da evidência, isto é, o enfermeiro integra os resultados da investigação na sua prática, atendendo aos princípios humanistas, e tem presente que excelentes cuidados significam coisas diferentes para diferentes indivíduos, contribuindo para elevados níveis de satisfação dos utentes (OE, 2001).

De acordo com os PQCE “A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o CIE, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade” (OE, 2001, p.5).

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros apresentam-se como um instrumento importante para determinar o papel do enfermeiro junto dos utentes, dos outros profissionais, do público e das políticas (OE, 2001).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, pretende assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no utente, estão convenientemente padronizadas, respeitando as dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. A sua missão primordial é potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, garantindo assim os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Adotando prioridades estratégicas de atuação, tais como: melhoria da qualidade clínica e organizacional através da promoção para a saúde, aumento da adesão a normas de orientação clínica, aumento da segurança dos utentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das

unidades de saúde e informação clara ao cidadão e aumento da sua capacitação (DGS, 2015a).

A qualidade em saúde não se consegue apenas pela ação, depende também da atuação do enfermeiro, posto isto são extremamente importantes o exercício profissional e o esforço do mesmo. O enfermeiro “deverá analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015a).

O contacto permanente e profundo que o enfermeiro estabelece com os utentes possibilita-lhe compreender melhor as suas expectativas e os seus desejos relativamente à qualidade de um determinado serviço de saúde. Assim, este profissional de saúde é um veículo essencial para a qualidade dos cuidados prestados. (Abrantes, 2012).

Quando se aposta na qualidade, aposta-se automaticamente num percurso que vai dar origem a uma melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, obtendo-se ganhos para os utentes, profissionais de saúde, unidades de saúde, entidades financeiras e para o próprio sistema de saúde (Fernandes, 2013).

O EE possui competências, que proporcionam recursos que lhe permitem a promoção da melhoria dos cuidados.

A passagem por diferentes serviços no decurso dos diferentes estágios, permitiu-me participar nos variados contextos de cuidados nos quais o EE intervém para proporcionar melhores cuidados ao utente.

Em contexto de EC comunitário, tive a oportunidade de assistir por parte do EEESMP a um esforço de melhoria contínua, desenvolvendo projetos essencialmente no âmbito comunitário que fazem parte integrante de estratégias de intervenção locais, aproximam os utentes da instituição e constituem-se como guias de boas práticas, nos quais tive oportunidade de participar, particularmente “Informar para consciencializar”, “Consultas de Enfermagem de saúde Mental” e a “Saúde Mental em Ligação com a Comunidade” (B1., B2., Regulamento nº140/2019, 2019).

No decorrer dos estágios tive a oportunidade de mobilizar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos no mestrado, tendo em consideração os diferentes contextos, garantindo assim a melhoria contínua da qualidade (B1., B1.1, Regulamento nº 140/2019, 2019).

Elaborei planos de intervenção terapêutica relativos ao utente/família. Colaborei e participei com as diversas equipas multidisciplinares na prestação de cuidados, priorizando a utilização de um papel dinamizador no seu desenvolvimento e suporte estratégico, fomentando um espírito de abertura e mudança para formas de trabalho mais eficientes e que contribuíssem para a desburocratização e simplificação de intervenções e procedimentos.

Na administração terapêutica foram observados os princípios de administração, realizando os registos associados e avaliando algum constrangimento ou efeito adverso que possa ter surgido. Promovi também a adesão ao tratamento utilizando algumas estratégias mencionadas no Relatório, particularmente através da relação de ajuda, aumento de conhecimentos acerca da patologia e do tratamento.

Desenvolvi competências relativamente aos registos de enfermagem, essencialmente no que diz respeito à plataforma de registos e à sistematização dos mesmos, usando indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada e analisando os resultados obtidos.

Os cuidados de saúde com qualidade só se adquirem num ambiente acolhedor, seguro e calmo. Um ambiente terapêutico compreende a manipulação do ambiente de forma a que todos os aspetos da experiência hospitalar do indivíduo sejam considerados terapêuticos (Townsend, 2011). Segundo os PQCE da OE (2002), o ambiente é um elemento basilar nos cuidados de enfermagem, em que a intervenção de enfermagem deve focalizar-se “na complexa interdependência pessoa/ambiente” (OE, 2001, p.10). O enfermeiro influencia o ambiente e exerce algum controlo sobre ele. O ambiente terapêutico atua sobre o comportamento. O contato enfermeiro utente fornece uma oportunidade de interação terapêutica (Neeb, 2000). O EE só obtém ganhos em saúde proporcionando um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual seguro e protegido, onde exista uma partilha mútua entre o utente e o enfermeiro, para assim se estabelecer a relação de ajuda baseada no respeito, sensibilidade, identidade cultural e necessidades espirituais de ambos. Ao longo dos EC todos estes princípios de convivência com o utente foram respeitados, dando origem a uma relação terapêutica com satisfação para os intervenientes. Focando também a prevenção de complicações relacionadas com a doença e a adaptação funcional com o estado de saúde, otimizando

o autocuidado e o bem-estar das pessoas, cujas intervenções foram alicerçadas na evidência científica e ajustadas ao indivíduo e ao contexto, promovendo um “ambiente terapêutico e seguro” (B3., Regulamento nº140/2019, 2019). Nos locais onde realizei os ensinamentos clínicos, os enfermeiros têm como principal objetivo a segurança dos utentes, fundamentando a sua prática em normas e protocolos que incitam a uniformidade no cuidar, objetivando uma constante melhoria de qualidade e manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

Na identificação dos diagnósticos de enfermagem mobilizei conhecimentos e quando necessário questionei ou recorri à literatura. As habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem foram: o conhecimento técnico-científico; a análise; a experiência clínica; o raciocínio lógico; a aplicação de padrões; o conhecimento sobre o cliente; a conceção contextual e o discernimento. Posto isto, o pilar do processo diagnóstico em enfermagem é a experiência clínica e o conhecimento técnico-científico (Bittencourt & Crossetti, 2013). O pensamento reflexivo proporciona o debate sobre as questões alusivas, como a educação e o exercício profissional dos enfermeiros. Todavia, este tem início quando os principiantes demandam a sua prática e compreendem distintos conhecimentos, atitudes e habilidades (Jarvis, 1999 referido por Peixoto, & Peixoto, 2016).

A prática reflexiva foi uma habilidade indispensável nas minhas práticas clínicas, contribuindo para o autodesenvolvimento profissional autónomo e crítico, para ser mais autoconsciente e prestar os melhores cuidados, com atitudes reflexivas não só no pós-ação, mas em outros momentos como o antes da ação e, até mesmo, durante a ação (Peixoto, & Peixoto, 2016).

Nos diferentes contextos da prática especializada, realizei sessões de formação em serviço (Apêndice I), que são demonstradoras da aquisição da competência B1.1 e B1.2. As sessões foram programadas com os respetivos Enfermeiros Orientadores, foram dirigidas às equipas multidisciplinares, tendo-se elaborado os respetivos planos da sessão. Previamente às formações, foram identificadas lacunas e referidos possíveis aspetos a melhorar. Deste modo, as formações desenvolvidas foram instrumentos relevantes na promoção do bem-estar dos profissionais e dos utentes, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A primeira sessão

ocorreu no dia 20/07/2021 e teve como objetivo sensibilizar a equipa multidisciplinar da importância de implementar no serviço hábitos de Higiene Oral nos utentes e do impacto negativo dos antipsicóticos na saúde oral dos mesmos; promover a literacia em Saúde Oral vs Saúde Mental e a adoção de estratégias para a implementação dos cuidados de higiene oral. O público alvo reconheceu as intervenções sugeridas e a pertinência da temática, mostrando intenção de aderir à proposta e dar continuidade à intervenção. A avaliação global dos intervenientes foi muito positiva, pelo feedback dado, elogiando o conteúdo da apresentação e a iniciativa. A segunda sessão aconteceu no dia 14/10/2021, tendo como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem da importância da Promoção das Competências Emocionais dos Enfermeiros e qual o Perfil do Enfermeiro Emocionalmente Competente. A equipa de enfermagem reconheceu a pertinência da formação, verbalizando que as diferentes instituições deveriam apostar mais na gestão emocional dos seus colaboradores, elogiou também a sua apresentação. A terceira sessão decorreu no dia 23/11/2021, cujo objetivo foi promover o desenvolvimento de conhecimentos no âmbito das competências emocionais dos profissionais de saúde e avaliar o seu conhecimento relativamente ao tema. Foi aplicado um questionário de satisfação tendo sido evidente a pertinência do tema e a satisfação dos mesmos. O feedback no final da sessão foi muito positivo, havendo comentários como “O tema é muito pertinente” ... “Estamos sempre a aprender, é muito bom”.

Ao longo deste percurso elucidiei outros profissionais relativamente ao relacionamento com utentes com alterações da perceção ou pensamento, garanti a segurança dos utentes aquando de situações de risco justificadas por aspetos ligados à condição de doença do próprio utente ou de outro utente, posto que, em determinados contextos de cuidados tão peculiares as alterações entre utentes ocorrem com alguma frequência. Uma vez tratarem-se de contextos de intervenção do EEESMP irei explanar os aspetos referentes aos mesmos no capítulo seguinte. Não obstante, não posso deixar de referenciar, quando se fala do incremento da qualidade dos cuidados.

Alusivo à organização dos cuidados de enfermagem, julgo que poderia ocorrer uma reorganização no serviço de internamento de psiquiatria, de modo a aumentar as intervenções específicas do EEESMP, não obstante de existir uma dotação segura a qualidade dos cuidados poderá estar comprometida no que respeita aos cuidados

especializados. Sendo assim, justificar-se-ia a integração de mais elementos, nomeadamente no turno da manhã e tarde, contribuindo assim para o aumento dos ganhos em saúde e para a redução dos efeitos potencialmente desfavoráveis da DM grave.

Estes estágios permitiram-me tomar consciência que a profissão de enfermagem é uma ciência que produz e desenvolve conhecimento sustentado na prática. A natureza desta profissão demanda uma relação de proximidade entre prática, teoria e investigação. A prática profissional constitui uma realidade complexa, cruzando-se três contextos dinâmicos: o utente que desfruta dos cuidados, o enfermeiro que vivencia as experiências e transições importantes para a decisão clínica, por fim, o que resulta da interação entre ambos (Abreu, 2007).

Paralelamente aos ensinamentos clínicos desenvolvi e implemente um projeto de melhoria contínua (parte 3) no local onde exerço a profissão, de forma a proporcionar alterações institucionais que tragam ganhos para os utentes, profissionais e Sistema de Saúde e que sejam valorizadores da prática do EEESMP (B1., B2., Regulamento nº140/2019,2019).

1.1.3. Gestão de Cuidados

Neste domínio, segundo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros, existem duas competências, sendo elas:

- Gestão dos cuidados e otimização da resposta da equipa e restantes profissionais da equipa, garantindo segurança e a qualidade dos mesmos;
- Adequação do estilo de liderança e a gestão de recursos ao contexto e à situação, objetivando a qualidade dos cuidados.

A gestão em enfermagem é decisória para garantir a segurança e qualidade do exercício profissional, apresentando-se como uma componente eficaz para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018).

O enfermeiro ao possuir competências de gestão, desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de referência e excelência, tendo em vista a melhoria da

qualidade de prestação de cuidados de saúde e das organizações (Regulamento nº76, 2018).

De acordo com a OE os enfermeiros especialistas detêm competências, que são “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.” (OE, 2019, p.4745)

De acordo com o disposto no REPE e no CDE o EE na sua prática clínica deve ter sempre em consideração que está inserido numa equipa multidisciplinar, que objetiva a saúde da pessoa, família e comunidade. Devendo valorizar o trabalho em equipa, quer no seio da equipa de enfermagem quer com os elementos da equipa multiprofissional e constituir-se como um recurso. Deve também participar nas decisões em equipa e disponibilizar assessoria aos seus colegas de profissão. O EE encontra-se numa posição privilegiada para supervisionar e avaliar os cuidados prestados. Posto isto, deverá partilhar e intervir com a equipa multidisciplinar as suas observações, constatações, e avaliações, para prestação de cuidados de excelência. Quando a conceção de cuidados é indefinida, pode impedir o desempenho de uma prática de qualidade. A inexistência de uma visão partilhada, suficientemente explícita sobre a representação prática da enfermagem inserida noutras equipas multidisciplinares de saúde, leva a que os enfermeiros se concentrem em diversas direções. Continuamente, a atuação dos enfermeiros poderá não dar resposta às necessidades dos utentes, uma vez que na falta de uma prática de cuidados de enfermagem ajustada à situação, torna-se difícil realizar um padrão de cuidados de excelência (Fernandes, 2007).

A gestão de cuidados ao utente implica a existência de uma delegação de funções que promova eficácia, segurança e qualidade dos cuidados prestados. A delegação tem como objetivo assistir o enfermeiro e não o substituir, o enfermeiro continua a ser o responsável por essas mesmas funções. A delegação deve ser sempre feita à pessoa certa, com orientação, comunicação e supervisão adequada, para não colocar em causa a continuidade e qualidade dos cuidados (OE, 2007). No serviço de internamento onde estagiei, deleguei determinadas tarefas em assistentes operacionais, sempre que a situação fosse a indicada e sempre que o mesmo possuísse competências demonstradas para o efeito, tendo como meta final a excelência dos cuidados. Deste modo contribui

para uma eficaz e eficiente gestão dos recursos humanos do serviço de internamento onde desenvolvi o EC (unidade de competência C1.2, Regulamento nº 140/2019, 2019).

Nos diferentes contextos de EC, tive a oportunidade de participar nas reuniões de equipa, que constituíram momentos determinantes para o planeamento de atividades, tomada de decisões terapêuticas e organização da prestação de cuidados, intimamente articulada com a equipa multidisciplinar. Em conjunto com o enfermeiro gestor, orientadores de estágio e restante equipa decidiu-se sobre processos de intervenção que estivessem de acordo com as melhores práticas de cuidados e com as preferências e necessidades dos utentes. Percebi que tanto a construção de planos de intervenção junto dos utentes alvo de ECC, como o planeamento de outras sessões de atividade terapêutica contribuíram fortemente para o meu desenvolvimento. Em contexto comunitário participei em reuniões com parceiros sociais onde foram identificadas as necessidades na área da saúde mental. Participei também em reuniões realizadas no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) onde foram atendidas as necessidades particulares de cada comunidade educativa, nestas reuniões os professores, evidenciavam a priorização que deve ser atribuída à saúde mental, a necessidade de um investimento sério no desenvolvimento de competências socioemocionais das crianças e jovens.

A gestão de situações problema e de conflitos, a gestão da equipa e a tomada de decisão são papéis primordiais do líder na prática clínica de enfermagem e no sucesso dos cuidados (Camelo & Silva, 2013). A liderança constituiu-se como um instrumento de trabalho elementar. Os estilos de liderança em enfermagem influenciam a qualidade dos serviços de enfermagem (Fradique & Mendes, 2013). Supervisão e liderança estão interligadas, dado que os supervisores são líderes formais, que ocupam posições distintas numa instituição (Davis & Newstrom, 1992, referidos por Bruxel & Junqueira, 2011). Neste seguimento, relativamente à gestão do ambiente terapêutico, observei ao longo dos estágios distintos estilos de liderança e supervisão.

No que respeita ao contexto de internamento, dada as características individuais, observei uma menor coesão entre a equipa. No entanto, encontrei uma enfermeira gestora humana, motivada, que valoriza as competências pessoais, a comunicação, o envolvimento e o relacionamento profissional, uma líder mais orientada para as

relações e menos para as tarefas, que objetiva manter a equipa coesa, garantindo assim uma prática de cuidados de elevada qualidade. As relações de poder observadas, são essencialmente horizontais.

No CRI, verifiquei dois estilos de liderança, a nível intermédio (coordenação técnica) e operacional (EE em funções de chefia). O primeiro líder, com um estilo de liderança autocrático. Segundo Brito et al., (2012) este tipo de líder impõe as normas, raramente escuta a opinião dos membros da equipa multidisciplinar e ocasionalmente permite a participação do grupo. O segundo líder é um líder democrático, que permite a participação dos elementos nas tomadas de decisões da equipa, tem uma atitude presente, é sensível as características e necessidades da equipa e é um líder empenhado e proativo, o que comprova com Sousa & Santos (2010), que defende que a intervenção de um líder democrático mostra as suas habilidades e os seus conhecimentos técnicos mediante diversas situações sem por em causa a sensibilidade do grupo. No que concerne às relações de poder estão verticais a nível intermédio e horizontais a nível operacional.

No estágio em contexto comunitário, verifiquei um líder democrático, que procura ser um membro normal, pautado pelo respeito, humildade, justiça e resiliência. É uma equipa jovem, dinâmica e proativa, com escassos recursos humanos. As orientações nesta equipa são debatidas grupalmente, sempre com estimulação e assistência da Enfermeira Coordenadora, contribuindo assim para desenvolvimento pleno do seu potencial, o que interfere diretamente na qualidade da assistência (Gelbcke et al., 2009). As atividades são planeadas, debatidas e estruturadas pela equipa em reuniões de serviço formais e informais, com o aconselhamento do superior hierárquico quando necessário. As críticas deste líder são construtivas, o que leva ao aumento da motivação, a um melhor desempenho e ao crescimento pessoal e profissional. Segundo o Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de setembro (2009), o enfermeiro principal/chefe tem a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados prestados no seu serviço, necessitando alertar e motivar a equipa para uma prática de qualidade, tendo em atenção às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem sejam de qualidade, garantindo assim a sua satisfação. As relações de poder são tendencialmente horizontais.

No contexto de internamento, relativamente ao modelo teórico de enfermagem, norteiei-me pela teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau. “Peplau aborda em sua teoria a noção de crescimento pessoal, compartilhado entre enfermeira e paciente, a partir do estabelecimento de uma relação interpessoal entre ambos, no processo de cuidar” (Franzoi et al., 2016, p.3655). Neste serviço deparei-me com a inexistência de um quadro referencial teórico de enfermagem que orientasse a organização dos cuidados, a aplicação deste modelo foi uma escolha pessoal.

Enquanto que no contexto de Respostas Diferenciadas, verifiquei a aplicação de referenciais teóricos, particularmente o modelo de Peplau e o modelo de *Prochaska e DiClemente*.

Em contexto comunitário, verifiquei que o modelo de referência é o modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Este modelo baseia-se numa visão holística da pessoa como ser biopsicossocial. A Promoção da Saúde suporta os estilos de vida e comportamentos saudáveis habilitando o indivíduo, mediante mudanças individuais, na comunitárias e organizacionais, para a maximização do seu bem-estar e da sua saúde (Murdaugh et al., 2019).

A disparidade dos métodos organizacionais e estilos de liderança, influenciou a minha adaptação aos locais de estágio, houve diferentes formas de adaptação com o intuito de adquirir a competência C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4748).

A adaptação ao contexto de internamento foi um pouco demorada, pela particularidade do serviço, pelo número de utentes e pelas características pessoais do EE que me orientou inicialmente. Tudo isto aliado a algum receio, insegurança e stress devido à falta de experiência profissional na área. Porém, devido a minha motivação, entrega, envolvimento, empenho e resiliência, estas dificuldades foram sendo ultrapassadas e vieram a tornar-se numa oportunidade de crescimento pessoal e profissional, facilitando assim a compreensão e integração das dinâmicas da unidade e aprimorando a autonomia no planeamento e organização das atividades. Traduzindo-se numa experiência fantástica e inesquecível, tendo sido o contexto hospitalar que mais impacto teve no aumento da consciência do meu self, desde o início da minha “caminhada” em

enfermagem. Não olvidando que contribuiu imensamente para a eliminação do meu estigma relativamente a DM grave, que provinha do medo do desconhecido e dum conjunto de falsas crenças. Foi importante reter desta experiência que os utentes com doenças mentais são indivíduos como todos os outros, e que as pessoas deverão ser julgadas pelos seus méritos próprios, e não pela patologia de que sofrem e pelo estigma a ela associado.

A caraterísticas pessoais da Enfermeira Orientadora e as reuniões formais de apresentação, no estágio de Respostas Diferenciadas, facilitaram a minha adaptação. No entanto existiram algumas limitações impostas pela coordenação técnica, o que condicionou as intervenções escolhidas. Contudo a perseverança, determinação e humildade possibilitaram um ambiente favorável, traduzindo-se num estágio bastante enriquecedor, onde a articulação com a equipa multidisciplinar foi muito positiva. Posto isto, posso considerar que consegui adaptar-me ao “estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (C2.2. do Regulamento nº140/2019, 2019, p.4749).

Na UCC fui acolhida e integrada pela equipa multidisciplinar, com permissão para uma participação informal e espontânea. Houve recetividade e disponibilidade dos profissionais e da minha parte um retribuir com interesse, envolvimento e curiosidade.

Neste domínio salienta-se ainda, a gestão e articulação efetuadas no âmbito do ECC, em contexto comunitário, no qual foi integrada a Psicom, indo ao encontro da competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4748).

1.1.4.Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais

Neste domínio existem duas competências segundo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros, sendo as seguintes:

- Desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O enfermeiro deve utilizar as tecnologias com competência e manter a atualização dos conhecimentos de forma contínua, sem olvidar a formação permanente e aprofundada

nas ciências humanas (OE, 2015c). O mesmo, também deve possuir consciência pessoal e profissional, de modo a: identificar fatores que possam interferir na relação enfermeiro-utente e na relação com os elementos da sua equipa; reconhecer as suas limitações pessoais e profissionais; identificar previamente situações eventualmente conflituosas (OE, 2019).

Segundo Fonseca (2015), a procura permanente pela prestação de cuidados de excelência em enfermagem, concentra-se numa intervenção prática que obriga a um aperfeiçoamento contínuo das competências teóricas. A atualização de conhecimentos tem um carácter prioritário para o desenvolvimento de uma praxis mais complexa, exigente e especializada, o que proporciona cuidados personalizados de acordo com as necessidades da pessoa, família e comunidade. Considerando a relevância da formação contínua e para que a minha prática clínica seja fundamentada em padrões de conhecimento válidos e sólidos, assumi sempre estratégias que me possibilitaram a contínua renovação dos saberes, recusando a rotina e desenvolvendo e atualizando conhecimentos.

O EEESMP utiliza a sua própria pessoa como instrumento terapêutico, estabelecendo relações terapêuticas de confiança com o utente (OE, 2018). Nos diversos contextos clínicos tive sempre em consideração os meus limites pessoais e profissionais, bem como a gestão das emoções, que foi notável na minha prática clínica. Foi possível verificar que tanto as minhas convicções, crenças e valores, como as do utente, estão envolvidos na relação terapêutica. As experiências que vivenciei enquanto mestranda proporcionou-me um crescimento pessoal e profissional abismal. Tive de encontrar um equilíbrio pessoal, desenvolvendo o conhecimento das minhas características individuais e adaptando o meu modo de estar, interagir e relacionar com os outros, para que os meus recursos individuais fossem autênticos e conscientes.

Foi importante durante a minha prática clínica diária refletir com os enfermeiros orientadores, pois o processo de autoconhecimento e empoderamento demanda tempo e reflexão. O autoconhecimento do EEESM tem sido considerado como um componente crucial para o sucesso da relação terapêutica que se pretende desenvolver. É importante que o enfermeiro tenha consciência dos próprios valores e crenças e como estes impactam a sua prestação de cuidados. As atitudes e os comportamentos dos

enfermeiros influenciam imenso o bem-estar dos usuários do sistema de saúde. A identidade profissional do enfermeiro é formada pelos valores que são partilhados na disciplina de enfermagem e pelas responsabilidades assumidas nas organizações de saúde. A identidade é afetada também pela disponibilidade na assistência ao utente, pela realização de diagnósticos, prestação cuidados e gestão da assistência na sua globalidade (Kleiman, 2004).

É essencial para a prática clínica, para a capacidade de inter-relacionamento e para a autoestima existir autoconsciência da forma como o nosso ser individual influencia o ser profissional. Só é possível desenvolver um processo de ajuda eficaz e verdadeiro com os utentes e com a equipa de saúde, quando somos frontais, honestos e assertivos (Towsend, 2011).

Em todos os estágios, vivenciei regularmente novas situações, obrigando-me a estar constantemente num processo de autoreflexão. Deparei-me com situações complexas e inesperadas, o que fez com que por vezes tivesse em dúvida relativamente à melhor forma de atuação, ocorrendo assim a necessidade de apoio e partilha de experiências com os orientadores, pois foram uma peça chave do meu processo de crescimento profissional. A pesquisa bibliográfica também foi uma grande aliada ao meu processo de aprendizagem, a pesquisa reiterada demonstrou-se preciosa. A seguinte situação é o exemplo de uma das situações complexas e inesperadas, com que me deparei: Durante o estágio no CRI, deparei-me com o caso de uma utente jovem com historial de consumos de substâncias psicoativas e álcool regulares, diagnosticada recentemente com Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Ela não tinha revelado o seu diagnóstico ao namorado. Perante o dilema ético, apoiámos emocionalmente a utente e incentivámos a revelação do diagnóstico ao namorado, oferecendo apoio para que ele fizesse o teste de HIV. Enfatizamos uma abordagem compassiva e o cuidado de ambos, o que resultou na decisão da jovem de revelar a verdade ao namorado e na oferta de acompanhamento para ambos.

A elaboração de um ECC, em cada contexto de trabalho, onde foram elaborados diagnósticos e intervenções de enfermagem utilizando os sistemas de classificação NANDA-I, NIC e CIPE®, traduziu-se numa aprendizagem fundamental para a minha evolução profissional.

O desenvolvimento humano é um importante pilar para aumentar os conhecimentos. A necessidade da aprendizagem está inerente em qualquer pessoa, o ser humano é um ser em constante aprendizagem, o processo de aprendizagem é poderoso, uma vez que nos motiva a sermos mais curiosos e muda a nossa forma de ver mundo, assim, tornamo-nos melhores profissionais e pessoas. Estudar permite-nos desenvolver habilidades novas, tomar decisões ajustadas e superar medos. O EE deve ter sempre em conta a necessidade de autoconhecimento, assertividade e desenvolvimento cognitivo, a sua prática deve ser baseada numa base sólida e documentada, devendo transmitir sempre que possível, conhecimentos, concretamente através da formação em serviço, individual ou em grupo (OE, 2009).

Realizei formações em serviço às equipas, com base na evidência científica, com o intuito de os enfermeiros repensarem a teoria e questionarem a prática, introduzindo assim mudanças de qualidade nas equipas. O que me tornou um “facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (D2.1, Regulamento nº140/2019, 2019). Contribuí igualmente para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (D2.2, D2.2.6, Regulamento nº140/2019, 2019).

Ao longo do presente mestrado, foram vários os eventos formativos que frequentei, concretamente: “Webinar - A Enfermagem de Saúde Mental na Comunidade”, formação acreditada pela OE, decorrida a 16 dezembro 2020; 1º congresso internacional “O cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade”, decorrido a 7 outubro 2021; Seminário “Autonomia e Consentimento Informado”, decorrido a 22 janeiro 2021; “Curso + Contigo” decorrido a 6, 7 e 8 de setembro 2021 e as “Jornadas mais acesso melhor saúde - capacitar as populações vulneráveis”, decorrido a 25 e 26 de fevereiro 2022. Os eventos formativos revelaram-se uma valiosa oportunidade para aprimorar o meu desempenho profissional como mestranda em ESMP. Permitiram-me adquirir novos conhecimentos e competências e manter-me atualizada numa área em constante evolução. Por conseguinte, contribuíram para elevar a qualidade e a eficácia da minha prática clínica, melhorando assim os cuidados prestados aos utentes.

Enquanto agente facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), participei no Angelini

University Award! 2020/2021, na qualidade de estudante, sobre o mote de Soluções de Crises em Saúde – identificar, gerir e cuidar, com o projeto: Projeto Curae... de mim (Anexo I). Integrei a comissão organizadora das Jornadas “Mais acesso melhor saúde - capacitar as populações vulneráveis” (Anexo II) decorridas a 25 e 26 de fevereiro 2022.

As situações que vivenciei reforçaram a minha consciência da necessidade de investimento contínuo de formação e atualização de conhecimentos científicos. Os cuidados de saúde que prestei foram baseados na melhor evidencia científica disponível, na perspetiva de aquisição da competência D2: “Baseia a sua praxis especializada em evidencia científica” (Regulamento nº 140/2019, 2019, pp.4749). Para garantir a excelência do exercício profissional o enfermeiro deve realizar uma atualização constante e contínua do conhecimento e da recente evidencia científica à proatividade, usando recursos tecnológicos e recorrendo frequentemente à atualização de conhecimentos e à formação (Assembleia da República, 2009).

Gottlieb (2016) refere que a prática profissional se baseia na autoconsciencialização, o que permite ao enfermeiro examinar e dar sentido à sua prática, conhecer as suas limitações, estabelecer relações e desenvolver insights, tornando-se orientações para direcionar as suas ações futuras. A autorreflexão leva a uma maior autoconsciencialização e em retrocesso, resulta numa deliberada, propositada e intencional maneira de se comportar pessoal e profissionalmente. A reflexão permite ao enfermeiro dar sentido ao seu trajeto profissional, como parte relevante do seu projeto de vida. Posto isto, realizei sempre análises crítico reflexivas no final de cada EC, possibilitando a autoconsciencialização da influência pessoal na relação profissional (D1.1, Regulamento nº140/2019,2019).

Em suma, enquanto futura EE percebi que a atualização de conhecimentos e a investigação científica são elementares para o nosso crescimento pessoal e profissional, para a melhoria dos cuidados que prestamos e para a obtenção da excelência dos cuidados da profissão de enfermagem.

1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

As Competências do EEESMP encontram-se explanadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, Regulamento n.º 515/2018, DR, 2ª série, N.º 151, de 7 agosto de 2018. 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 auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1); assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2); ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (F3); presta cuidados 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 (F4)”.

As competências supracitadas decorrem das competências comuns do EE e das competências específicas do EE e permitem ao EEESMP “ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” e a “mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018, p.21427). “Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EEESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21427)

A ESMP demonstra uma prática mais complexa e uma maior variedade de conhecimentos. Manifesta uma elevada autonomia, em que a sua intervenção é sustentada nas teorias de enfermagem e na evidência científica, implementando cuidados com um alto nível de qualidade (OE, 2011).

O EEESMP presta cuidados diferenciados, resultando em ganhos em saúde para o indivíduo alvo das suas intervenções. O mesmo, apresenta um entendimento

relativamente à alteração e à perturbação mental, uma compreensão do indivíduo e dos processos de saúde/doença que se encontra mais exposto, um vasto entendimento das respostas humanas em situações particulares e as implicações que estas alterações têm no projeto de vida do indivíduo (OE, 2018).

O meu processo de aprendizagem foi norteado pelo desejo de prestar cuidados de ESMP de qualidade, que proporcionassem o bem-estar e o alcance dos objetivos dos indivíduos e famílias alvo dos meus cuidados, por meio de condutas tendentes com a apresentada em cada uma das competências específicas do EEESMP, que se regem pelo Regulamento n.º 515/2018, publicado em Diário da República n.º515/2018, 2ª Série. N.º151 de 7 de agosto de 2018.

Ao longo deste subcapítulo, procederei à explanação e reflexão acerca das atividades desenvolvidas no decorrer dos diversos contextos de estágio, que possibilitaram a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP.

1.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1)

Deter um Elevado Conhecimento e Consciência de Si é a competência mais importante a desenvolver por um EEESMP, sendo transversal a todas as outras. Adquirir esta competência depende do entendimento do seu descritivo, dado que explana que “(...) a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas, é central para a prática de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados” (Regulamento n.º515/2018, 2018, p.21428).

Auto-conhecimento e auto-consciência são conceitos diferentes. O autoconhecimento envolve a integração de várias experiências de vida num todo agregado e significativo que, de alguma forma, reflete a variedade de realidades do Eu. Exige a compreensão do porquê de crenças e sentimentos específicos (Ghorbani et al., 2015; Townsend, 2011). A autoconsciência é a compreensão profunda das próprias

forças, fraquezas, emoções, necessidades e impulsos. Indivíduos com forte autoconsciência não são otimistas irrealistas, nem excessivamente críticos. Ao contrário, são honestos consigo mesmos e com os outros indivíduos. Pessoas com alta autoconsciência reconhecem como os seus sentimentos os afetam e como afetam as outras pessoas (Goleman, 2015). Não obstante de parecer complexo, o modelo Janela de Johari, é um modelo objetivo que ajuda a compreender a natureza da autoconsciência e do autoconhecimento (Hanneck & Ghedini, 2017).

Devido à singularidade deste campo de especialização, a fase inicial do meu percurso constituiu um desafio para mim, uma vez que não estava habituada a exercer a minha prática clínica em contexto de internamento, num ambiente de cuidados assente na relação terapêutica e gestão da DM grave e possuía ainda o estigma associado à DM. O estigma resulta do medo do desconhecido e de falsas crenças que causam falta de conhecimento e incapacidade de compreender as situações (Freitas & Gonçalves, 2012).

Este exigiu da minha parte um processo de reflexão profunda e uma tomada de consciência da importância do meu desenvolvimento profissional e pessoal, dos meus valores e crenças, da minha comunicação verbal e não verbal e de como todos estes fatores interferem na relação com o outro, de como a outra pessoa reage a mim, das emoções, sentimentos e reações que provoca em mim e o que essa pessoa traz para a relação. Esta reflexão e consciencialização profundas contribuíram para que, no restante percurso, as respostas comportamentais e emocionais aquando da interação com os utentes e equipa fossem adequadas e para que a gestão de sentimentos e vivências pessoais fosse competente. Compreender os valores pessoais fornece uma base para reconhecer e desenvolver valores profissionais que, por sua vez, fornecem um guia de como exercer a profissão de enfermagem. Se não existir uma consciência contínua de quais são os nossos valores pessoais e profissionais em cada momento da nossa vida, é impossível estabelecer metas, reconhecer os nossos recursos e reconhecer os nossos limites pessoais e profissionais (Carroll, 2007).

A capacidade de desenvolver a minha autoconsciência, possibilitou-me identificar pontos fortes e fracos, focalizando os esforços em reduzir os impactos das fraquezas e maximizar os pontos fortes, tanto a nível pessoal como profissional. Em momento algum ocultei as fraquezas, recorrendo antes ao *debriefing*, partilha e apoio, para ultrapassar

as limitações identificadas neste percurso. Esta jornada de autoconhecimento tem sido essencial para o meu crescimento e desenvolvimento em todas as áreas da minha vida.

A importância deste processo de autoconsciência e autorreflexão está bem documentada na literatura e na evidência sobre o desenvolvimento de competências do EEESMP. Segundo Lopes (2018), utilizar a relação como ferramenta terapêutica implica que o EEESMP tenha uma elevada autoconsciência e faça um investimento significativo no seu desenvolvimento pessoal e profissional. Este investimento expressa - se numa prática de enfermagem reflexiva, que Bulman e Shutz (2013), associam ao desenvolvimento da capacidade de *self-awareness*. Para manter uma abordagem humanista e holística com os utentes, precisei de recorrer a Rogers (2009), para desenvolver um processo integrado de reflexão sobre mim e a minha prática clínica. Rogers (2009), ao realizar uma reflexão sobre as aprendizagens efetuadas durante a sua vida, descobriu que a partir do momento em que se disponibilizou a ouvir-se e aceitar-se, a desenvolver a sua autenticidade, tornou-se mais eficaz. Este foi, sem dúvida, um princípio orientador para a aquisição desta competência. Durante este período, para além de procurar conhecer-me, aceitei novas aprendizagens e os resultados deste autoconhecimento. Pois, tal como refere Rogers (2009), provavelmente todas as pessoas, tencionam tornarem-se elas próprias e terem liberdade de exercerem a sua autenticidade.

Inicialmente também foi um desafio estabelecer uma relação de ajuda com indivíduo com DM, que na atualidade acredito ter sido ultrapassado com sucesso, fruto de um investimento incessante e sólido no autodesenvolvimento, na autoconsciencialização e da investigação sobre técnicas de comunicação e relação de ajuda. Peplau ressalta que o enfermeiro deve garantir o desenvolvimento do relacionamento interpessoal por meio do uso de técnicas de comunicação verbal de informação, como questionamento, parafraseamento, exploração, orientação, humor, validação, clarificação, assertividade, sumarização e feedback. Desta forma desenvolve atitudes sensíveis e empáticas entre todas as partes, resultando num atendimento eficaz e numa relação de confiança (Peplau, 1988). Foi a partir da necessidade de reflexões mais aprofundadas, que passei todas as fases do processo de relação interpessoal de Peplau, partindo dos seus

pressupostos que permitem a aproximação entre o enfermeiro e utente como crescimento pessoal através do relacionamento interpessoal.

As reflexões efetuadas com os supervisores clínicos e equipa multidisciplinar, assim como a realização de reflexões individuais e grupais acerca das diversas experiências, foi de certa forma marcante e desafiador, tendo-me permitido tomar uma consciência mais profunda de como me apresento na relação com o outro, como comunico, os aspetos em que me sinto confortável e aqueles que me incomodam e a relevância de entender o que não deve ser dito.

Ser capaz de comunicar e estabelecer relações é fundamental para a experiência humana e é essencial para a construção da sua identidade. Assumindo contornos particulares e de elevada relevância na prestação de cuidados de Enfermagem no âmbito da saúde mental. Através da experiência percebe-se que o desenvolvimento humano é um processo complexo e não linear, influenciado por uma variedade de fatores pessoais, sociais, endógenos e exógenos. A nossa forma de ser e de vivenciar o mundo está sempre em evolução e representa a nossa singularidade, que ao estabelecer relações interpessoais também se transforma à medida que avançamos no nosso desenvolvimento pessoal (Mendes, 2006). Estas condições são oferecidas pelo EEESMP, através do reconhecimento do utente como ser único detentor de um determinado modo de interação com o seu meio ambiente e na estruturação de meios que possibilitam adquirir um maior sentido de si e aceder aos seus próprios recursos (Chalifour, 2008). A relação de ajuda estabelecida, no âmbito dos cuidados prestados pelo EEESMP, permite criar as melhores condições para ajudar o indivíduo a ultrapassar as demandas presentes no momento (Chalifour, 2008).

A relação terapêutica é a interação entre um profissional de saúde e o indivíduo alvo da prestação de cuidados. Esta relação é desenvolvida de acordo com a presença dos princípios de um relacionamento e com a existência de condições que promovam o sucesso da relação terapêutica, como confiança, autenticidade, empatia e *rapport* (Townsend 2011). O enfermeiro deve sempre estar ciente de que nesta relação podem existir processos de transferência e contratransferência. A transferência acontece quando um utente involuntariamente desloca (ou transfere) para o enfermeiro sentimentos formados em relação a alguém de seu passado. O termo

"contratransferência" refere-se à resposta emocional e comportamental do enfermeiro relativamente ao utente que está a prestar cuidados (Towsend, 2011). Quando os processos de transferência e contratransferência não são bem canalizados, podem afetar negativamente o ambiente terapêutico. O enfermeiro deve tentar compreender plenamente a realidade do utente e como isso afeta a sua forma de ver e estar no mundo, também deve ser capaz de reconhecer, dar significado e canalizar quaisquer processos de contratransferência que surjam no relacionamento com utente, no sentido de garantir a manutenção de um ambiente seguro, feliz e espontaneamente terapêutico (Golan et al., 2009). Os mesmos autores também defendem que o ambiente terapêutico deve atuar como um meio de sustentação e contenção no qual os membros da equipa são encorajados a utilizar as suas reações de contratransferência como o canal para se moverem para dentro de si, a fim de descobrir os fundamentos das suas próprias emoções profundas (Golan, et al., 2009). Recordo-me do desconforto que senti mediante determinadas expressões de escassez de afeto que uma utente com CAD verbalizou e de que maneira, trabalhando o lidar com esse desconforto, me permitiu vislumbrar uma intervenção diferente no futuro, consegui visualizar o percurso de identificação das minhas reações emocionais, da sua análise e da sua adequação na intervenção seguinte. Uma intervenção que pudesse dar sentido ao meu desconforto, sem transportar um impacto de contratransferência negativo para o relacionamento terapêutico.

É crucial, na promoção de um ambiente terapêutico, haver a criação de limites aos utentes, sendo também fundamental que todos respeitem esses limites e que haja firmeza no cumprimento dos mesmos. Através da mobilização de si como instrumento terapêutico, o EEESMP estabelece relações de confiança. Dar-se a si mesmo na relação é uma ferramenta terapêutica essencial para o seu sucesso, não devendo ultrapassar os limites do profissional. Em todos os estágios, os limites da relação profissional foram estabelecidos para manter a integridade do processo terapêutico com o utente/família. Nas intervenções terapêuticas realizadas, houve sempre uma análise reflexiva dos limites da relação. Esses limites não são fixos e devem ser ajustados dependendo da situação. Neste processo de autodescoberta, obtive uma compreensão mais profunda do uso excessivo da estratégia de autorrevelação de informações pessoais como parte

de minha intervenção terapêutica. Ao consciencializar-me desta utilização recorrente, consegui compreender também o impacto da minha intervenção, que pode ser tanto onipotente como direta, ao contrário do objetivado. Ao perceber esse uso excessivo, consegui reduzir a sua expressão e inevitavelmente o seu impacto na relação terapêutica.

Os estudos de caso efetuados, quer pela longevidade das relações estabelecidas, quer pela relação de confiança desenvolvida, permitiram o desenvolvimento de competências pessoais e comunicacionais cruciais para o EEESMP. Os mesmos transcendem o simples exercício académico, representando uma oportunidade única para desenvolvimento pessoal e profissional, proporcionando a possibilidade de ampliar horizontes, aprofundar o autoconhecimento e adquirir competências preciosas para a formação especializada.

Tendo em conta os critérios de avaliação da unidade de competência, posso agora afirmar que desenvolvi trabalho no sentido de: manter “o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428); monitorizar as minhas “reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este «dar conta de si» integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428); identificar “no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428) e gerir os “fenómenos de transferência e contra — transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428). Este desenvolvimento decorre das minhas reflexões sobre os processos terapêuticos desenvolvidos durante os estágios.

Ainda que desenvolver esta competência seja um processo contínuo e complexo a realizar ao longo da minha carreira profissional, chego ao final desta caminhada com uma melhor compreensão de quem eu sou e como me relaciono com os outros. Consciente do que fiz bem, do que poderia ter feito diferente e de que esta jornada de autodesenvolvimento envolve um conjunto de fatores, tais como a autorreflexão, a capacidade de aprender com os erros e sucessos, a procura por *feedback* construtivo e

a disposição para a mudança e adaptação às necessidades do ambiente profissional e as demandas dos utentes.

1.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2)

A Saúde Mental é vista como um ajuste aos agentes stressores ambientais. Entende-se que a capacidade de cada indivíduo sentir, pensar e agir de forma a aproveitar a vida e os desafios constitui a sua saúde mental. É uma componente crucial da saúde e uma ferramenta para lidar com os desafios, pois uma boa saúde mental contribui para a boa qualidade de vida (Woodhouse, 2010).

A Promoção da Saúde Mental (PSM) é um processo que fortalece os fatores de proteção que sustentam o bem-estar. O Modelo Concetual para a PSM e prevenção da DM de D'Amours, et al. (2008), baseia-se no aumento dos efeitos positivos da autoestima, recursos pessoais básicos, inclusão social, apoio e ambientes favoráveis, ao mesmo tempo em que reduz os efeitos negativos das doenças, stresse, desigualdades socioeconômicas, exclusão social e ambientes adversos.

A diferença entre PSM e Promoção da Saúde, consiste em enfatizar dois conceitos: poder e resiliência. O termo "poder" refere-se à capacidade de um indivíduo de exercer controle sobre a própria vida, enquanto "resiliência" refere-se à capacidade de um indivíduo, quando confrontado com o stresse ou a adversidade, de empregar ativamente fatores internos e sociais (comunitários), bem como fatores ambientais (externos), para retornar ou manter um estado mental e funcional positivo (Feitosa et al., 2012). Os fatores de risco e de proteção influenciam a resiliência. Fatores de risco são variáveis ou características (biológicas ou psicológicas) relacionadas com o indivíduo, tornando-o mais vulnerável, como ansiedade, angústia, depressão, stresse, sentimentos de abandono, abuso e violência. Os fatores protetores atuam ao nível do bem-estar emocional, com o objetivo de reduzir a possibilidade de desenvolvimento de perturbações. Destarte, os fatores protetores contribuem para superar ou impedir os problemas, ao contrário dos fatores de risco, que os intensificam ou aumentam a probabilidade da sua ocorrência (Masten, 2019).

A PSM apresenta três finalidades: aumentar a resiliência e os fatores de proteção, reduzir os fatores de risco e reduzir a desigualdade, com o objetivo de fortalecer e capacitar o indivíduo, família e comunidade para lidar com as situações cotidianas (Centre for Addiction and Mental Health, 2010).

Na PSM, o EEESMP auxilia a pessoa a atingir o seu pleno potencial de saúde (OE, 2015b). Tendo em consideração o seu ciclo de vida (incluindo a infância, a idade adulta e a velhice), a fase de desenvolvimento e a situação de vida. (Lehtinen, 2008). Utiliza também ferramentas, estratégias e instrumentos de avaliação que possibilitem estabelecer uma relação assistencial propícia. A entrevista de enfermagem enquanto instrumento de avaliação, é uma forma de avaliar as capacidades internas dos indivíduos para determinar o seu nível de motivação e adesão à mudança, bem como as suas condições emocionais, comportamentais e cognitivas, assim como as suas complicações, estabelecendo assim um plano de cuidados individualizado, que constitui a *fase de trabalho*. Trata-se de um momento de interação entre o utente e o enfermeiro e pode ter díspares objetivos, como colheita de dados, apoio psicológico e/ou resolução de problemas, procurando ajudar o utente a lidar com uma situação difícil. Durante uma entrevista a observação possibilita a análise do comportamento, do estilo de comunicação, da linguagem verbal e não verbal e da forma como um indivíduo responde a uma situação, esperada ou não (Chalifour, 2009; OE, 2017; Sequeira & Sampaio, 2020).

Em cada local de estágio houve a preocupação em reunir informações essenciais, identificar as características da população e os tipos de perturbações mais comuns, permitindo um melhor planeamento das atividades.

Durante o EC em contexto de internamento conduzi sessões Terapia Cognitivo-Comportamental ao utente alvo de ECC, (identificação e a exploração das crenças e pensamentos disfuncionais relacionados com a DM) com o objetivo de ajudar o utente a melhorar a sua autoestima, desenvolver estratégias de autorregulação emocional e promover a resiliência psicológica. No CRI realizei sessões de entrevista motivacional individualmente, que visaram a exploração da motivação intrínseca dos utentes para a mudança de comportamento no que respeita o uso de substâncias. Em Ambos os contextos de estágio promovi a Autonomia e Autogestão de Sintomas (metas de autocuidado e a identificação de sinais precoces de recaída). O conhecimento das

unidades funcionais relevantes em contexto comunitário foi também fundamental, assim como o envolvimento do EEESMP nas diversas parcerias estabelecidas com entidades comunitárias no sentido de auxiliar na implementação de programas de PSM. O EEESMP recorre ao descritivo da competência em análise (F2) que orienta para a “recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p.21428), para que ocorra a assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. A referida recolha de informação coincide com a primeira fase do Processo de Enfermagem (PE) e como o próprio nome indica, pressupõe uma “(...) colheita sistemática de dados, a seleção e organização dos dados colhidos e a documentação dos dados de forma recuperável.” (Cruchinho, 2009, p.13). Esta fase do PE fornece ao EEESMP a informação necessária e relevante para a realização dos processos de avaliação descritos nas unidades de competência F2.1 e F2.2 do Regulamento n.º 515/2018. O PE pode ser visionado como a essência da Enfermagem, mostrando-se elementar para todas as ações do enfermeiro. Consiste num método, sistematizado, organizado, dinâmico e universal que pretende organizar e implementar os cuidados de enfermagem. É indiscutivelmente importante que o enfermeiro utilize o PE para satisfazer com segurança e qualidade as demandas apresentadas pelo utente, proporcionando assim uma assistência de saúde mais completa e satisfatória.

A ênfase na PSM foi possível no contexto comunitário, em diversos domínios, dirigidos a diferentes grupos e *settings*, passando pela promoção da literacia em saúde com o objetivo de capacitar os indivíduos para a tomada de decisões, melhorar a sua saúde e da comunidade e mudar o seu modo de vida (OE, 2015b).

Por solicitação da comunidade escolar, durante o EC neste contexto de estágio, foi proposta a realização de intervenção dirigida às turmas do 7º e 8º anos de uma escola não agrupada da área de influência da UCC. O tema, “Impacto das redes sociais na saúde mental dos jovens” (Apêndice II), surgiu a partir de uma necessidade identificada pelos docentes, em parceria com interlocutor de saúde daquela escola e pela enfermeira mestranda.

As sessões realizadas tiveram como objetivo informar e educar os jovens acerca dos possíveis efeitos negativos que a utilização excessiva ou inadequada das redes sociais pode ter na sua saúde mental. Visaram também a sensibilização dos mesmos para problemas como ansiedade, depressão, baixa autoestima, isolamento social e distorção da imagem corporal (que podem ser desencadeados ou agravados pelo uso das redes sociais). Diversos estudos revelaram que a dependência da Internet está relacionada com algumas comorbidades psiquiátricas, entre as quais: a depressão, a perturbação bipolar do humor, perturbação da ansiedade e perturbação de hiperatividade e défice de atenção (Abreu et al., 2008). Para além de promoverem uma utilização saudável e equilibrada destas plataformas e o desenvolvimento de habilidades de autorregulação, combate ao *cyberbullying* e a fomentação de relacionamentos saudáveis fora do mundo virtual. A psicoeducação pretendeu a capacitação dos jovens com conhecimentos e competências necessárias para enfrentar os desafios e pressões das redes sociais, protegendo assim a sua saúde mental e bem-estar.

As sessões decorreram em contexto de sala de aula. Numa fase inicial foi aplicado um questionário sociodemográfico, uma Escala do Uso Generalizado Problemático da Internet 2 (EUGPI2) e a Escala de Adição às Redes Sociais (EARS) e foram apresentados os objetivos específicos pretendidos. Os alunos participaram num Brainstorming sobre as redes sociais e o impacto das mesmas, mais precisamente dos influenciadores digitais, na saúde mental e física dos jovens, com o objetivo de incentivar à reflexão, gerar ideias, pensamento e o raciocínio, criatividade e iniciar a discussão em grupo. Posteriormente procedeu-se à exposição dos conteúdos da apresentação realizada com o tema “Impacto das redes sociais na saúde mental dos jovens”. Por fim foi proposto ao grupo de participantes, a criação de uma exposição sensorial, realizada de forma criativa, destinada a toda a comunidade educativa, cujo tema central foi o “Impacto das redes sociais na saúde mental dos jovens” e foram aplicados novamente os instrumentos de colheita de dados e aplicado o questionário de satisfação.

Na primeira turma alvo de intervenção, alguns miúdos tiveram comportamentos que considero um pouco abusivos (falar com os pares, interromper a sessão, atirar objetos pelo ar). No final da intervenção (como era habitual), refleti em conjunto com a minha enfermeira orientadora sobre a situação e possíveis abordagens em situações

semelhantes. Senti uma certa sensação de desconforto, culpabilidade por não ter agido de forma mais confiante e, conseqüentemente, concluí que numa próxima ocasião iria estar mais segura e capaz de analisar e intervir de forma mais assertiva. Após realizar pesquisa bibliográfica, percebi é importante adotar uma postura profissional empática e assertiva ao lidar com comportamentos abusivos. Controlar as minhas emoções, estabelecer limites claros, comunicar efetivamente e ser flexível de modo a promover um ambiente seguro e ajudar os alunos a desenvolver habilidades adequadas de comportamento.

Gostaria de destacar o impacto significativo que o contato com os jovens no meio escolar teve em mim. Apesar de trabalhar diretamente com as escolas, ainda não tinha tido oportunidade de interagir diretamente com os alunos. Esse facto gerou alguma ansiedade inicial e questionamento interior, que veio a revelar-se desafiante e no final constatei que superei as minhas expectativas, fazendo um balanço positivo da experiência.

Foi verdadeiramente gratificante disseminar conhecimento durante esta experiência. Tive a oportunidade de partilhar informações relevantes sobre a temática em questão e percebi que os participantes estavam envolvidos e recetivos ao conteúdo apresentado. Proporcionou-me uma enorme satisfação em cumprir o meu papel de educador e em contribuir para a consciencialização dos jovens.

O impacto positivo nos alunos foi notável, dado que lhes forneci novos insights e perspetivas sobre o seu próprio comportamento online. O reconhecimento e feedback positivo por parte dos professores, alunos e equipa escolar, fez-me sentir valorizada e reconhecida pelo meu trabalho, motivando-me a continuar a minha jornada académica e profissional.

Esta experiência também proporcionou um significativo aprendizado pessoal e profissional. Tive oportunidade de aprofundar o meu próprio conhecimento sobre o tema e aprimorar as minhas habilidades de comunicação e educação. Contribuindo de forma significativa para o meu crescimento pessoal e profissional.

Os alunos demonstraram-se bastante dinâmicos, muito interventivos e interessados. Escutar as suas perceções e motivações, foi determinante. Os momentos de reflexão,

partilha e debate criados nas sessões foram sem dúvida enriquecedores. Sinto que desenvolvi ferramentas e potencialidades que vão ajudar os jovens a serem capazes de enfrentar determinados desafios com mais saúde, mais segurança e mais consciencialização e capacitação.

A escola é um campo de intervenção do EEESMP relevante, para o desenvolvimento mental e emocional das crianças/jovens. A realização das referidas sessões possibilitou a mobilização de competências e de conhecimentos teórico-práticos do EEESMP, propiciando a adoção de estilos de vida saudáveis, protetores e promotores da saúde mental infantil e juvenil (OE, 2015b; OE, 2018).

Futuramente de forma a assegurar os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESMP, seria benéfica uma intervenção em contexto escolar mais prolongada no tempo, na qual se realizasse, por exemplo, uma campanha de promoção da saúde mental, uma vez, a adolescência é uma fase crucial no ciclo de vida, caracterizada por mudanças biopsicossociais consideráveis. Nesta fase, os adolescentes estão mais suscetíveis a enfrentar desafios relacionados à saúde mental, como o aparecimento de dificuldades emocionais, problemas comportamentais e perturbações mentais. Por conseguinte, é de máxima importância desenvolver uma campanha de promoção da SM direcionada especificamente aos jovens destas idades.

Em colaboração com o Programa de Envelhecimento Ativo, foi realizada uma sessão (Apêndice III), dirigida aos utentes do Projeto “Viver Melhor”, sensibilizando os participantes para a importância do autocuidado na promoção de uma vida saudável e dinâmica, motivando para a realização de atividades prazenteiras e satisfatórias conforme as suas preferências e aumentando a motivação dos mesmos para uma participação ativa no ambiente que os rodeia. A sessão teve início com um brainstorming sobre o significado e estratégias do autocuidado, com o objetivo de incentivar à reflexão, gerar ideias, pensamento, raciocínio e criatividade. Posteriormente iniciou-se uma discussão em grupo sobre o autocuidado e importância do autocuidado para a saúde mental e física. De seguida realizou-se uma síntese das estratégias de autocuidado, escrevendo-as em papel de cenário, com a ajuda de aportes transmitidos pelos utentes. Por último, foi realizada uma sessão de *Mindfulness* - exercício da “passa de uva”.

Os participantes mostraram-se seres humanos muito afáveis, motivados e empenhados, manifestando sentimento de satisfação. No entanto a maioria dos participantes não estava familiarizado com a técnica e possuía crenças erradas sobre a mesma. No início da prática da meditação "passa de uva", verificou-se por parte da maioria dos participantes dificuldades iniciais em se concentrar e colaborar plenamente. À medida que a prática foi avançando e os participantes começaram a experimentar os benefícios do *mindfulness*, como o aumento da concentração e bem-estar emocional, as suas perceções e atitudes em relação à técnica transformaram-se positivamente. Foram encorajados a partilhar as suas experiências e realizar reflexões ao longo do processo. Observar a mudança e crescimento pessoal que ocorreu, foi gratificante. Através da informação correta, do ambiente de apoio e da prática consistente, foi possível desfazer equívocos e permitir que os participantes desfrutassem dos benefícios transformadores do *mindfulness*.

Foi possível participar e colaborar, com a equipa multidisciplinar, em contexto de visita domiciliária, na avaliação de utentes, com o objetivo de avaliar fatores protetores e de risco da saúde mental dos mesmos e avaliar as necessidades de ajuda para futura intervenção. Para esta avaliação foi também importante a participação em reuniões online de consultoria psiquiátrica, realizadas mensalmente, pela Unidade de Saúde Mental Comunitária do Centro Hospitalar de Leiria (CHL) - PSICOM, com as Unidades do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio.

De acordo com a Unidade de Competência F2.3, o EEESMP: “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p.21428). A esse respeito, gostaria de ressaltar o Pré-teste do Programa de “Promoção das Competências Emocionais dos Pais das Crianças em Idade Pré-escolar”, já previamente descrito neste documento. Este programa foi desenvolvido no âmbito de uma unidade curricular. A implementação do projeto possibilitou a concretização dos critérios de avaliação, particularmente a implementação de programas na comunidade, centralizados na população e que promovam a saúde mental e o empoderamento, priorizando estratégias de desenvolvimento participativo de base comunitária (F2.3.1.).

Ao longo dos estágios, houve também a participação frequente nas reuniões das equipas multidisciplinares nas quais foram discutidos os planos de cuidado aos indivíduos com DM internados, bem como a discussão de planos de cuidados de indivíduos inseridos na comunidade, com o objetivo de responder às suas necessidades e consequentemente promover a sua saúde. A participação nessas reuniões permitiu a aquisição de conhecimentos e por conseguinte de competências, por meio da partilha de experiências profissionais significativas, discussões em equipa sobre planos de cuidados para população alvo, identificação de recursos sociais disponíveis e desenvolvimento de ferramentas para avaliar as necessidades alteradas.

Foram realizados estudos de caso nos diferentes contextos de prática clínica, com base na identificação das necessidades de intervenção diferenciada em cada respetivo utente. Demonstrando a avaliação da saúde mental do indivíduo e/ou da comunidade, bem como o impacto na saúde mental do contacto entre o indivíduo, a família, os grupos, a comunidade, e os meios sociais, de saúde, educativos, profissionais, culturais, desportivos, sistemas recreativos, espirituais e políticos (F2.1.1.). Os estudos de caso também permitiram uma avaliação geral e uma descrição clara da história de saúde, com foco na história individual e familiar de saúde mental (F2.2). Foram identificadas as necessidades sentidas e expressas por uma pessoa com DM e definido o correspondente plano de intervenção da EEESMP com base numa avaliação geral das respostas humanas a situações de desenvolvimento e de saúde mental da pessoa com DM (F2.2.1).

1.2.3 Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (F3)

Ao observar esta competência, perceciono que está ligada com a segunda e que ambas se relacionam com o PE.

O PE é um processo sistemático e dinâmico no qual o EEESMP recolhe e analisa informações necessárias de natureza física, psicológica, sociológica, espiritual e cognitiva, bem como estilos funcionais, de desenvolvimento, económicos e de vida do utente (Townsend, 2011). Consiste numa “metodologia universal para organizar e realizar cuidados de enfermagem. É um quadro dentro do qual os enfermeiros podem

organizar informações sobre os problemas dos utentes e conceber intervenções para satisfazer as suas necessidades” (Delaney et al., 2001, p.17).

O PE inclui diferentes fases, tais como: a investigação, os diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação das intervenções e a avaliação (Tannure, & Pinheiro, 2010).

Ao longo da investigação, é necessário recolher e organizar os dados obtidos para construir diagnósticos. Nesta etapa, é realizada uma avaliação diagnóstica, que decorre das afirmações diagnósticas, que devem ser expressas segundo uma linguagem classificada, os diagnósticos resultantes daqui devem ser validados com o utente (Lopes, 2018).

A linguagem CIPE constitui uma opção apropriada, uma vez que a utilização da mesma permite a padronização da linguagem usada na apresentação dos diagnósticos de enfermagem. Facilita a comunicação entre os enfermeiros, por ser uma ferramenta de trabalho universal que padroniza termos e definições na recolha, análise e comunicação de dados (CIE, 2009).

Após identificar, desenvolver e classificar os diagnósticos, o enfermeiro realiza o planeamento das intervenções a serem implementadas tendo em consideração os resultados desejados, devendo o plano de cuidados ser individualizado e validado pelo utente, sendo que esta validação ajuda no processo de consciencialização e a afirmação dos problemas e contribui para a consolidação da confiança (Lopes, 2018).

É possível também verificar na unidade de competência F3.5, que o EEESMP “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, 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” (OE, 2018, p.21429).

Pode definir-se o método de gestão de caso, como um processo que organiza a participação técnica individualizada e colaborativa para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços voltados para atender às necessidades de indivíduos com maior vulnerabilidade e com necessidades complexas e crónicas de saúde, usando a comunicação e os recursos disponíveis para a produção de qualidade em saúde (Lopes, 2012).

A gestão de casos realizada pelos enfermeiros resulta na valorização do desenvolvimento de relações de confiança mútua e na compreensão e validação profundas das necessidades e recursos individuais da pessoa (Almeida, & Amendoeira, 2015).

Durante a prática especializada, foram identificadas necessidades do indivíduo, da família, grupo ou da comunidade, no âmbito da saúde mental. Compete ao EEESMP a implementação e monitorização de planos de cuidados personalizados, que vão ao encontro do contexto existente e dos problemas e necessidades identificadas, considerando os diagnósticos de enfermagem e os resultados esperados com as intervenções. A experiência e o papel do gestor de caso foram integrados, sendo evidente nos estudos de caso efetuados. A execução dos mesmos, ajuda “o profissional a descobrir as dificuldades que enfrentam as pessoas cuidadas, a identificar os problemas com uma certa precisão e, em consequência, a diagnosticá-los” (Phaneuf, 2005, p.91).

Para a demonstração da aquisição da competência F3 “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Regulamento nº 515/2018, 2018, pp.21428), vou realizar uma breve descrição do ECC realizado a uma jovem utente em contexto comunitário, diagnosticada com Depressão Pós-Parto (DPP), com 23 anos.

Inicialmente foi realizada uma entrevista semiestruturada (F2.1; F2.2) em contexto domiciliário, que decorreu em dois momentos temporais distintos, seguindo um guião de orientação da entrevista e sistematização da avaliação do estado mental.

Esta entrevista possibilitou a identificação das necessidades e dos problemas em saúde mental da utente e respetiva família (F3.1.1), bem como avaliação do impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar (F3.1.2) e estabelecimento de uma relação de ajuda centrada na utente, assegurando a não emissão de julgamentos em relação aos comportamentos da mesma, através do uso de escuta ativa e consideração positiva.

No primeiro momento a entrevista foi mais profunda no sentido de conhecer a utente, dar início à relação de confiança, fazer a anamnese. Houve um investimento no

desenvolvimento da relação terapêutica, encorajando a expressão emocional por meio de uma atitude compassiva e disponível.

Com o propósito de avaliar os resultados, foram definidos indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental (F3.2.1), utilizando instrumentos de avaliação padronizados (Escala de Autoestima de Rosenberg: score - 13; Escala de Ansiedade de Hamilton: score - 32; Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo: score - 18). No segundo momento, o objetivo foi colher os dados em falta para realizar a História Clínica de Enfermagem e realizar o Genograma e Ecomapa. A colheita de informação foi fácil, houve bastante colaboração da parte da Joana (nome fictício). Relativamente ao Ecomapa, não enunciou contatos sociais, verbalizando só socializar com os familiares mais próximos, reforçou a importância e colaboração destes na sua vida, tendo sido evidente a sua gratidão. No que respeita aos instrumentos psicométricos de avaliação, a mesma mostrou muita curiosidade e interesse na sua aplicação, “gostei de preencher, eu quero que a enfermeira me explique o que quer dizer os resultados, estou curiosa” (sic). O Score dos Instrumentos Psicométricos foi ao encontro do que era esperado por ambas.

Considero os instrumentos de avaliação padronizados muito interessantes, sendo estes uma mais-valia no planeamento e execução das intervenções em ESMP. Fornecendo uma base consistente, objetiva e comparável para avaliação da saúde mental. Segundo Gardona & Barbosa (2018, p.1921) os “Instrumentos de avaliação na prática clínica são recursos com capacidade de identificar, de maneira objetiva, importantes alterações físico-psíquico e espirituais, de aferir fenômenos subjetivos, de acompanhar de forma regular a progressão, retrocesso ou estagnação de um estado de saúde-doença”. Desta forma “A adoção de instrumentos padronizados de avaliação proporcionou uma crescente expansão da pesquisa e uma prática clínica mais precisa”. (Gorenstein et al, 2016, p.20).

Nestes dois momentos, foi aplicada a relação de ajuda, que corresponde à sessão zero da relação de ajuda definida por Sequeira e Sampaio (2020), serviu para estabelecer contato, colher dados, estabelecer diagnósticos e proposta de contrato terapêutico, que foi aceite pela utente.

O levantamento de toda a informação conduziu à elaboração do Plano de Cuidados (F3.4.5) (determinação dos diagnósticos de enfermagem e do tratamento à utente), com

o objetivo de aumentar e manter as suas competências e capacidades, reduzindo o risco de incapacidade; manter e promover a sua integração familiar, profissional e social; promover e reforçar as capacidades familiares (Regulamento nº 515/2018, 2018).

O plano de cuidados foi construído com base no Padrão de Qualidade de ESMP e na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.

Peplau descreve o processo de relação interpessoal em quatro fases: fase de orientação – colheita de dados e compreensão do problema; fase de identificação – exploração de sentimentos e identificação dos diagnósticos de enfermagem; fase de exploração – objetivos e intervenções de enfermagem; e fase de resolução – satisfazem-se as necessidades do utente de forma conjunta e cooperativa e completa-se a avaliação das intervenções (Campos, 2009).

A mesma Teórica considera fundamental a utilização da empatia, procurando experimentar de forma objetiva e racional o que sente o outro indivíduo. Salienta também o potencial terapêutico do relacionamento de enfermeiro-para-utente e mostra que, o principal modo como ele influencia diretamente no atendimento ao utente é através da utilização que faz de si mesmo como instrumento terapêutico. (Chabot, & Chabot, 2015).

Foi base da minha atuação o entendimento da possibilidade de ser capaz de aceder a aspetos emocionais, de forma a objetivar a transpessoalidade, por meio da empatia e da comunicação. O processo interpessoal com foco no desenvolvimento das relações entre o utente e o enfermeiro é colaborativo, e de acordo com ele o enfermeiro considera o utente como parceiro no seu processo de saúde. (Peplau, 1998, citado por Almeida et al., 2005). Este princípio foi tido em conta no desenvolvimento da relação terapêutica com a utente, considerando que não se pretendeu impor cuidados, mas sim propor e envolver a utente nos mesmos. As propostas foram feitas no sentido de alcançar os objetivos, respeitando os valores, as crenças e a cultura da utente. O plano de cuidados foi efetuado em parceria com a mesma. Na sua prática diária de cuidados de enfermagem, o enfermeiro levanta diagnósticos de enfermagem que norteiam a sua prestação de cuidados tendo em consideração as necessidades do utente (Townsend, 2011).

Foram identificados os diagnósticos de enfermagem em saúde mental (F3.1.9), de acordo com a linguagem CIPE® (ICN, 2021): autoestima comprometida; ansiedade; humor depressivo; falta de esperança; papel parental não adequado; comunicação conjugal comprometida.

A aplicação do plano de cuidados, com uso de intervenções diferenciadas de ESMP ao longo das sessões (reestruturação cognitiva, treino de assertividade, treino de resolução de problemas, treino de relaxamento, promoção da esperança, entre outras), teve como resultado a melhoria global de todos os diagnósticos de enfermagem identificados, traduzindo-se em ganhos em saúde. Para a elaboração do plano de sessões psicoterapêuticas mencionado acima, fundamentei-me nas intervenções descritas na literatura que encontrei durante toda a pesquisa bibliográfica realizada.

Como Enfermeiros Especialistas em ESMP, devemos cada vez mais, concentrar os cuidados para a reestruturação cognitiva, o treino da assertividade e para o treino de competências dos utentes com os quais trabalhamos diariamente, a fim de alcançar com êxito os objetivos da nossa intervenção (Sampaio et al., 2018).

Relativamente à avaliação dos scores dos instrumentos psicométricos de avaliação utilizados, posso concluir que os mesmos traduziram os benefícios das intervenções planeadas e realizadas. Através da observação clínica pude concluir que no final de todo o processo de intervenção, Joana já apresentava um humor eutímico, apresentava uma redução acentuada dos sintomas físicos de ansiedade, maior capacidade para distrair-se dos seus pensamentos disfuncionais. Verbalizou também, melhoria significativa na capacidade de controlo da ansiedade, enumerando três estratégias de autocontrolo de ansiedade quando se apresentava sem foco e desconcentrada. Verificou-se melhorias na comunicação conjugal, na interação entre o casal, com correta divisão de tarefas domésticas e parentais.

Foi assegurada a continuidade dos cuidados e incentivada a relação da utente com a sua equipa de saúde familiar e com a EEESMP da UCC da sua área de residência. Reforçada a importância de comparecer as consultas de psiquiatria hospitalar, ficando agendada uma consulta de psiquiatria no seu hospital de referência, em concordância com a unidade de competência F3.5: “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em SMP, 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” e critério de avaliação F3.5.1. “Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, DM grave ou de evolução prolongada, e suas famílias” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21429).

De ressaltar que a constante articulação com o serviço de intervenção comunitária, foi determinante para o acompanhamento psiquiátrico da utente. O *feedback* que fui transmitindo à psiquiatra, foi fundamental para que esta também tomasse as suas decisões terapêuticas, realizando-se a uma gestão contínua do regime medicamentoso apoiado em indicadores clínicos para reduzir os sintomas da doença psiquiátrica e melhorar a funcionalidade (F3.4.4.).

Foi neste processo terapêutico de desenvolvimento da relação entre a utente e a enfermeira, que foi desenvolvido um maior crescimento individual “porque os cuidados de enfermagem são assim, (...) uma imensidão de «pequenas coisas» que dão a possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares” (...), ao longo do tempo (Hesbeen, 2000, p.47).

Ao demonstrar esta competência, de ajudar o utente a recuperar a sua saúde mental, refletindo as etapas do PE, o EEESMP estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa (F3.1); identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde da pessoa alvo de cuidados de enfermagem especializados, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental (F3.2.); realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao utente, baseado nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados (F3.4.) (Regulamento nº515/2018, 2018).

Tive ainda a oportunidade de colaborar em contexto comunitário, com a enfermeira orientadora em reuniões com dois técnicos da InPulsar, para a aplicação do projeto “Giros à Conversa”, onde foram concebidas e planificadas as atividades a realizar num futuro próximo (falta de tempo disponível da EEESMP no momento), ficando desta forma demonstrada a competência (F3.3.3.) “Concebe, planifica e desenvolve projetos de Desenvolvimento Comunitário Participativo para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental, em estreita colaboração entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os parceiros sociais” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21429)

Importa referir que ao longo de todas as intervenções estiveram presentes as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, bem como os princípios éticos e deontológicos profissionais, previstos no Regulamento n.º n.º140/2019 (2019).

1.2.4 Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (F4)

De acordo com o descrito em Diário da República [DR] e conforme a OE (2018, p. 21427), o EEESMP “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”.

Estes cuidados, segundo o descritivo desta competência exigem do enfermeiro a capacidade para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar (OE, 2018). A mesma competência compreende as três competências abordadas previamente e só pode ser alcançada se as anteriores forem alcançadas com êxito.

Nesta competência, o objetivo é que o EEESMP seja capaz de implementar intervenções ao indivíduo, família e comunidade, por meio da implementação de um plano de cuidados apropriado.

A finalidade das intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, para promover a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental, é auxiliar o utente a desenvolver as suas habilidades, alcançar um nível saudável e satisfatório de funcionamento e contribuir para a sociedade em que está inserido.

A realização de intervenções que possibilitem o desenvolvimento de competências fundamentais para a recuperação de pessoas com DM, é crucial para garantir o sucesso da relação entre EEESMP e utente. Além disso, assegura também que o enfermeiro seja

capaz de capacitar o utente a melhorar as suas competências pessoais, sociais e profissionais, aumentando a sua autonomia e combatendo o estigma ainda presente na sociedade em relação às pessoas com DM.

O desenvolvimento da competência em análise foi demonstrado através da execução de diversas intervenções individuais e em grupo em cada estágio específico. A seguir, são descritas algumas das atividades realizadas nesse processo.

Intervenção Psicoeducacional

Uma das áreas de excelência em que o EEESMP atua e tem uma intervenção efetiva é a psicoeducação (OE, 2021b).

De acordo com a OE (2021b), a psicoeducação desempenha um papel essencial para o EEESMP, dado que capacita os indivíduos com DM, simplificando assim a compreensão da sua condição de saúde. Para além disso, promove uma participação ativa no tratamento, visando sugerir novas abordagens para lidar com a doença e os desafios diários que ela acarreta. No entanto, é importante que seja usada como parte de um plano terapêutico, em conjunto com outras intervenções terapêuticas e farmacológicas, e não apenas como uma alternativa a essas abordagens. Em certos casos, leva a uma diminuição da necessidade de internamentos hospitalares (Campos, 2018).

A OE (2021) também enfatiza que a psicoeducação desempenha um papel essencial na adoção de comportamentos saudáveis para prevenir e manter a saúde mental. O EEESMP deve implementar sessões psicoeducativas como uma maneira efetiva de chegar ao indivíduo, cuidador e a comunidade em geral, fornecendo um acesso personalizado e fácil às informações necessárias.

No contexto da promoção da saúde mental em grupo, foi conduzida uma Intervenção Psicoeducacional e intervenção Comportamental a um grupo de casais grávidos ("Relaxamento na Gravidez"). A intervenção em ambiente comunitário é essencial para abranger todas as dimensões envolvidas e oportunidade singular de intervir antecipadamente e para além da DM.

"Relaxamento na Gravidez" (Apêndice IV), através da plataforma Zoom, devido à conjuntura pandémica. Essa atividade foi realizada como parte do "Curso de Preparação para o Nascimento", que existe na UCC onde o estágio foi realizado.

Portanto, foi dada ênfase aos critérios de avaliação de competência F4.1.3. “Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais”, F4.1.1 “Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais”, F4.1.4 “Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas” e F4.1.5 “educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas” (Regulamento nº 515/2018, 2018, pp. 21430).

O objetivo desta intervenção foi proporcionar aprendizagem sobre os benefícios das técnicas de relaxamento, com o intuito de desenvolver habilidades de gestão da ansiedade e melhoria do padrão do sono, além de fortalecer o vínculo entre pai/mãe e feto. Inicialmente foi explicado o conteúdo da intervenção e apresentados os objetivos da sessão. Abordou-se o conceito de relaxamento, os benefícios do mesmo e realizou-se o treino da técnica de relaxamento por imaginação guiada, segundo a ficha técnica de intervenção em saúde mental. Foram também apresentadas as vantagens da utilização regular desta técnica na promoção da vinculação mãe/casal-filho. Posteriormente foi executada a sessão de relaxamento propriamente dito, com a duração de cerca de 20 minutos. Os participantes deitaram-se em posição lateral tendo em consideração as recomendações do posicionamento na gravidez.

Considero esta experiência profundamente satisfatória e gratificante. Permitiu que mergulhassem num estado profundo de relaxamento. Proporcionou também um ambiente seguro e tranquilo, possibilitando que os participantes estabelecessem uma conexão profunda com a sua mente, com o seu corpo, e com os seus bebés. Os utentes conseguiram libertar o stress e a tensão acumulados, o que resultou numa sensação de tranquilidade e alívio. Os mesmos, relataram que a sessão foi extremamente útil e pertinente. Verbalizaram também uma melhoria significativa no seu bem-estar físico e emocional.

A enfermeira responsável pelo “Curso de Preparação para o Nascimento”, reconheceu ser essencial o desenvolvimento de intervenções preventivas e promotoras da saúde mental na gravidez e puerpério. Em geral, a totalidade dos autores que se dedica à

investigação da Promoção da Saúde Mental Perinatal, concorda em considerar crucial o desenvolvimento de intervenções preventivas e promotoras da saúde mental materna. Essencialmente ao nível dos CSP e sempre que possível, em contextos de equipas multidisciplinares (Macedo & Pereira, 2014; Marques et al., 2014; Nagle & Farrelly, 2018; Tripathy, 2020).

Possuía um particular interesse e curiosidade em realizar esta sessão, desde o momento em que comecei a contactar com grávidas e puérperas, enquanto enfermeira de família. Perspetivava um dia promover a sua saúde mental através de técnicas especializadas. Estive sempre atenta á saúde mental das grávidas e puérperas e sempre tive a perceção que os enfermeiros não estão suficientemente sensibilizados para as perturbações mentais durante o período perinatal. O puerpério é um momento especial do ciclo vital, da própria mulher, repleto de mudanças.

No momento em que realizei a técnica sentia alegria, tranquilidade, plenitude e positividade em relação à vida, estava concentrada. Senti que a minha tranquilidade foi contagiante, tendo esse feedback por parte dos participantes. Corroboro que o autoconhecimento, enquanto competência do EEESMP, é muito importante e foi determinante ao ponto de me influenciar positivamente na execução desta técnica. Esta sessão foi um momento de partilha de experiências, emoções, sentimentos e conhecimentos. Gostaria de futuramente aprofundar os meus conhecimentos relativamente aos benefícios do relaxamento e das técnicas de respiração no momento do parto. A prática do relaxamento ajuda a utilizar o stresse de uma forma positiva, que na gravidez se manifesta de uma forma evidente, proporcionando à mãe e ao seu filho(a), um estímulo de bem-estar físico e psicológico, numa interação com o corpo do bebé no útero materno e o corpo da mãe que lhe transmite sensações de calma, saúde e harmonia. A ação de estímulo relaxante nos valores do cortisol sérico e salivar, bem como de outras substâncias como a adrenalina e noradrenalina, tem sido avaliada por vários investigadores. Há trabalhos que apontam para uma redução dos níveis de cortisol e de noradrenalina em pessoas submetidas a estímulos stressantes que ouviam durante ou previamente música relaxante (Khalifa et al., 2003).

Intervenção Psicossocial

A dimensão psicossocial abrange à gestão das relações interpessoais e o processamento das emoções, incluindo elementos como autoconceito, interesses, valores, capacidades de gestão do tempo, desempenho de papéis na vida e participação em interações sociais, assim como a capacidade de adaptação aos estímulos ambientais (OE, 2021).

Intervenções psicossociais no campo da saúde mental referem-se a atividades, técnicas ou estratégias interpessoais ou informativas que têm como propósito promover a melhoria da saúde e do bem-estar por meio da modificação de fatores biológicos, comportamentais, cognitivos, emocionais, interpessoais, sociais ou ambientais (England, et al., 2015). Assim, torna-se evidente na literatura internacional a sobreponibilidade dos termos "intervenção psicoterapêutica" e "intervenção psicossocial" (Mesa do Colégio de Especialidade de ESMP[MCEESMP], 2023).

Segundo o Regulamento n.º 505/2018, de 7 de agosto, a intervenção psicossocial deve ser compreendida como qualquer intervenção especializada conduzida pelo EEESMP, no contexto do processo de reabilitação psicossocial do indivíduo com patologia mental. Essas intervenções podem incluir, por exemplo, o treino de habilidades pessoais e sociais.

Em **contexto de internamento** realizei várias intervenções psicossociais em grupo, das quais vou abordar um Conjunto de Sessões de Treino de Atenção, Memória e Funções Executivas (Apêndice V). Enquanto grupo fomenta a interação social e facilita a readaptação dos comportamentos (Sousa et al., 2020).

Quadro 1 – Conjunto de Sessões do Treino da Atenção, Memória e Funções Executivas

<i>Sessão</i>	Tema
Sessão 1	"Fortalecer a Memória: Treino e Estratégias para um Funcionamento Cognitivo Aprimorado"
Sessão 2	"Explorar a História de Portugal: Memória, Cultura e Identidade"
Sessão 3	"Tornar a Mente Ágil: Treino da Atenção e Memória para o Bem-Estar Cognitivo"
Sessão 4	"Fortalecer as Capacidades Cognitivas: Desenvolvendo Competências para uma Melhor Resolução de Problemas"

Houve a criação de um grupo-alvo (o grupo foi autorizado pelo orientador e restante equipa multidisciplinar). Os utentes foram escolhidos de forma a que o grupo fosse o mais homogéneo possível, dentro das suas capacidades e necessidades, corroborando com Sousa et al. (2020), que refere que, o grupo deve ser o mais homogéneo possível. As sessões foram ao encontro, preferencialmente, das necessidades identificadas no

grupo. Cada sessão teve a duração de cerca de 40 minutos, foi adequada a linguagem e as dinâmicas, para uma maior compreensão e motivação.

É importante ressaltar que a esquizofrenia é uma condição complexa que afeta a cognição e o funcionamento diário dos utentes, o que obrigou à adaptação das atividades para atender às necessidades individuais e habilidades cognitivas de cada participante. Graças à participação ativa dos utentes, à partilha de informações e ao feedback fornecido, conseguimos adaptar os exercícios de forma estimulante e adequada aos seus interesses.

Antes e após as sessões foram aplicadas as escalas de avaliação cognitiva. As escalas aplicadas foram o Mini Exame do Estado Mental e o Montreal Cognitive Assessment (MoCa). De acordo com Sousa et al. (2020), o utente deve ser avaliado com recurso a instrumentos de avaliação cognitiva como é o caso do Mini Exame do Estado Mental, Montreal Cognitive Assessment, entre outros.

As sessões visaram, através de intervenções estruturadas, proporcionar a autonomia individual, preparar os indivíduos na aquisição de competências e capacitar socialmente para lidarem com as várias exigências do cotidiano. Segundo Sousa et al. (2020), estas intervenções devem ser estruturadas, temporariamente limitadas e com objetivos bem definidos.

Aprender ou reaprender habilidades sociais aumenta as competências sociais do utente e, através dessas habilidades, o mesmo pode adaptar-se à comunidade em que se encontra inserido. As intervenções psicossociais, no contexto da saúde mental, concernem a atividades, técnicas ou estratégias interpessoais ou informativas que almejam a modificação de fatores biológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais interpessoais, sociais ou ambientais com o objetivo de melhorar o bem-estar e a saúde dos seus usuários (England, et al., 2015).

O diagnóstico predominante neste contexto de estágio é a esquizofrenia. A esquizofrenia pode ser caracterizada pela presença de défices nas funções cognitivas, tais como distração, perseveração e falta de capacidade para inibir informações e respostas não importantes. Segundo Queirós et al., (2019), são observados défices mais

acentuados na memória verbal, vigilância e atenção, memória de trabalho, quociente intelectual, linguagem e funções executivas.

O tratamento da disfunção funcional da esquizofrenia tem sido baseado na reabilitação psicossocial, e é importante salientar que as funções cognitivas são das primeiras a apresentar défices, mesmo antes do aparecimento dos sintomas psicóticos (Keefe; Easley, 2013, referido por Lima, & Espíndola, 2015).

Embora as alterações cognitivas não sejam incluídas nos critérios de diagnóstico desta patologia, elas afetam claramente o funcionamento psicossocial dessas pessoas, (Figueira et al., 2014).

As alterações cognitivas parecem influenciar negativamente o processo de reabilitação, pois mesmo quando os sintomas da doença estão controlados, os défices cognitivos persistem e acabam por limitar o progresso da reabilitação social (Goldberg et al., 1993, referido por Figueira et al., 2014).

De acordo com Wykes e Reeder (2005), os défices cognitivos representam uma característica central e duradoura na esquizofrenia, exercendo um impacto significativo na qualidade de vida, no funcionamento social, nos sintomas e na resposta aos programas de reabilitação. Marques-Teixeira (2005), também destaca o amplo impacto que a disfunção cognitiva tem na vida social dos indivíduos com esquizofrenia.

Nas sessões, foram oferecidas atividades e intervenções cujo objetivo principal foi promover a participação social, a inclusão e a autonomia dos participantes, melhorando as habilidades cognitivas e funcionais (Czermainski, 2012). Os objetivos estabelecidos foram claramente definidos e alcançados. As sessões revelaram-se benéficas e eficazes. Durante as mesmas, foi notável a resposta favorável dos participantes em relação à participação ativa nas atividades propostas. Esta participação demonstrou um interesse em melhorar as suas habilidades cognitivas e funcionais, o que veio a demonstrar-se num aumento da autonomia e inclusão social. Ademais, foi possível identificar melhorias significativas na memória, funções executivas e atenção dos utentes no decorrer das sessões.

A duração curta deste conjunto de sessões limitou o alcance das melhorias identificadas. Seria vantajoso estender o acompanhamento a longo prazo para avaliar a manutenção dessas habilidades cognitivas e funcionais.

À medida que os utentes mostraram melhorias nas suas habilidades cognitivas, houve também uma tendência positiva em relação ao aumento da participação social. Os participantes sentiram-se mais confiantes para interagir com os outros e envolver-se em atividades comunitárias. Além disso, a melhoria das funções executivas e da atenção contribuiu para um maior grau de autonomia, permitindo que os utentes lidassem melhor com as exigências do dia a dia. Melhorando assim a sua qualidade de vida, traduzindo-se em ganhos de saúde e bem-estar. Corroborando com o referido por Evans et al. (2003, 2004), ou seja, o funcionamento executivo afeta diretamente a forma como as atividades diárias são realizadas, além de estar relacionado com a qualidade de vida e a autonomia das pessoas com esquizofrenia.

Esta experiência teve um impacto positivo em mim. Senti-me satisfeita por ter tido a oportunidade de contribuir para o bem-estar dos utentes, promovendo melhorias nas suas competências cognitivas e funcionais. De acordo com Matimba (2014), é possível constatar melhorias significativas, ao nível da cognição e da qualidade de vida, em indivíduos com patologia mental submetidos a estímulos cognitivos, em comparação com indivíduos que não receberam qualquer estímulo.

Houve também um sentimento de gratidão ao observar os resultados positivos das sessões e a influencia das mesmas na participação social, inclusão e autonomia dos participantes. Além disso senti desafios na adaptação das atividades às necessidades individuais e na promoção e adesão contínua às sessões. Esses desafios exigiram-me flexibilidade, criatividade e habilidades de comunicação eficazes. Através dessa experiência, identifiquei áreas que desejava melhorar em mim. Procurei aprimorar as minhas habilidades de adaptação, aprendendo a personalizar as atividades de acordo com as necessidades e preferências individuais e grupais dos utentes. Percebi a importância de fortalecer as minhas habilidades de motivação e envolvimento para promoção da adesão contínua dos utentes. Estas perceções pessoais e o desejo de melhoraria de mim mesma, foram valiosos para o meu crescimento pessoal e profissional. Incentivaram-me a buscar mais conhecimento, habilidades e experiências,

para me capacitarem a fornecer cuidados de qualidade e fazer a diferença na vida das pessoas que cuido, reconhecendo que existe ainda um longo caminho a trilhar.

Este EC demonstra a aquisição da competência F4: “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. Demonstrando também a aquisição da unidade de competência F4.3, promove a reabilitação psicossocial da pessoa com DM.

Intervenção Psicoterapêutica

A intervenção psicoterapêutica deve ser entendida como sendo a execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia com o propósito de assistir a pessoa a ajustar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais na direção que seja considerada desejável (Norcross in Zeig, & Munion, 1990, referido por MCEESMP, 2023).

As intervenções psicoterapêuticas realizadas por enfermeiros especialistas em ESMP devem responder unicamente aos diagnósticos de Enfermagem descritos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (*International Council of Nurses*, 2019) e/ou na Ontologia de Enfermagem (OE, 2021). Da mesma forma, as mesmas intervenções devem circunscrever-se, fundamentalmente àquelas descritas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (Butcher et al., 2020), uma classificação de enfermagem amplamente reconhecida e referenciada internacionalmente, como a *NANDA International*.

Ao longo dos vários contextos de EC, no sentido de ajudar os utentes a alcançarem um estado de saúde mental próximo do desejado, foram desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas individuais e em grupo.

Em **contexto comunitário** desenvolvi intervenção psicoterapêutica de treino de resolução de problemas (Apêndice VI), à pessoa alvo do ECC (puérpera com diagnóstico clínico de DPP, já mencionada anteriormente), previamente mencionado e agora resgatado na perspetiva da demonstração das competências F4.3. e F4.2. O Treino de

Resolução de Problemas, constitui um tratamento eficaz da depressão em pessoas jovens (Cuijpers et al., 2018).

Indiscutivelmente, as pessoas sujeitas aos estudos de caso clínico foram aquelas que receberam maior intervenção psicoterapêutica, quer em ambiente domiciliário, de internamento ou em regime ambulatorio.

Ao longo da vida, existem situações vivenciadas que não podem ser superadas de forma autónoma, devido ao seu nível de complexidade, necessitando do apoio de um profissional de saúde (Chalifour, 2009; Eskin, 2013). No entanto, quando essas condições não são cumpridas, surgem dificuldades no funcionamento dos processos cognitivos essenciais para lidar com as questões do dia-a-dia. Assim, destaca-se a necessidade de introduzir estratégias de intervenção a nível psicoterapêutico, com o objetivo de apoiar o indivíduo no desenvolvimento de mecanismos de defesa e adaptação perante as situações adversas enfrentadas, destacando-se o processo de resolução de problemas. Este tipo de abordagem, enquanto intervenção psicoterapêutica, objetiva ajudar a pessoa a resolver problemas e a consciencializar-se de si própria e daquilo que constitui um problema para ela. Dessa forma, a pessoa é capaz de integrar a experiência vivida e realizar as mudanças necessárias para percorrer com sucesso o seu caminho na vida (Chalifour, 2009).

A intervenção teve como objetivo a organização e hierarquização dos problemas de vida identificados pela utente. Como forma de: auxiliar na resolução de problemas, adquirir consciência sob si própria e daquilo que constituía um problema para si, integrar a experiência vivenciada e realizar as mudanças necessárias para conseguir percorrer o seu caminho com sucesso na vida.

A utente foi incentivada a expressar as emoções e preocupações em relação à sua condição. As emoções são comportamentos humanos que tanto podem ser fontes de felicidade, como de stress para a pessoa (Eskin, 2013).

Utilizando as técnicas de entrevista terapêutica, foram explorados os problemas da utente e as suas interações com a DPP, sendo os seguintes: Dificuldades em estabelecer uma rotina diária; Sentimentos de isolamento e solidão; Conflitos no relacionamento

com o parceiro (dificuldades na comunicação); Cansaço e exaustão; Preocupações com o emprego.

Seguidamente, em conjunto, realizou-se o registo dos problemas identificados e procedeu-se ao treino de resolução de um dos problemas identificados pela utente (conflitos no relacionamento com o parceiro - dificuldades na comunicação), seguindo as etapas do Treino de Resolução de Problemas, que constavam num documento previamente elaborado por mim.

No final da intervenção, a utente foi também incentivada a procurar apoio emocional na família, amigos e grupos de suporte (“Programa de Promoção da Parentalidade Positiva”), incentivada ao autocuidado e à prática de atividades promotoras de bem-estar. Foram discutidos os pontos chave da sessão e definido o trabalho de casa, que consistiu em aplicar as competências de resolução de problemas aprendidas no seu quotidiano. Tal como em qualquer Terapia Cognitivo Comportamental, é relevante destacar a importância de atribuir trabalhos para serem realizados em casa, uma vez que os mesmos permitem à pessoa rever os temas abordados nas sessões, auxiliar no desenvolvimento de competências e capacitar a própria pessoa a tornar-se o seu próprio terapeuta (Kazantzis & L'Abate, 2007)

Através do Treino de Resolução de Problemas Joana encontrou uma solução que considerou um ponto de partida importante para a sua recuperação. Com base no construto psicológico da resolução de problemas, considera-se que esta abordagem é útil para ajudar na perceção da origem dos problemas psicológicos, para além de poder ser usada como uma metodologia instrumental para a resolução de determinadas perturbações psicológicas (Chalifour, 2009; Eskin, 2013).

Inicialmente senti alguma dificuldade ao nível do planeamento desta intervenção neste contexto, tendo sentido necessário aprofundar conhecimentos a este nível, que foram sendo consolidados através da pesquisa e estudo, e validados nos momentos de reflexão conjunta com a enfermeira orientadora. Servindo-me como base no encontro de novos caminhos para futuras práticas de resolução de problemas.

Considero que a sessão me proporcionou uma oportunidade de conexão com a experiência da utente. Os sentimentos vivenciados variaram entre: Profunda conexão

emocional com a utente (empatia); Preocupação profunda e desejo genuíno de aliviar o sofrimento da utente (compaixão); Satisfação por ver a puérpera a adquirir consciência sobre si mesma e sobre os seus problemas, integrando as suas experiências e motivada a realizar as mudanças necessárias; Esperança, ao observar a puérpera envolvida no processo terapêutico, alimentei uma sensação de otimismo e expectativa positiva em relação à sua recuperação, tendo sempre uma consciência emocional adequada, capaz de lidar com meus próprios sentimentos, de forma a fornecer um apoio terapêutico efetivo à utente. Esta experiência contribuiu para o meu crescimento e desenvolvimento profissional.

Intervenção Socioterapêutica

Segundo Cavanagh (2021), ao contrário da abordagem psicoterapêutica, que se concentra principalmente no indivíduo que procura auxílio, a intervenção socioterapêutica baseia-se numa compreensão dialética do indivíduo como sujeito inserido numa comunidade.

A abordagem socioterapêutica desempenha um papel essencial, uma vez que permite abordar e compreender os sintomas individuais no contexto social (Cavanagh, 2021).

Em **contexto de internamento** realizei uma Atividade de Ocupação Terapêutica Culinária ("Unindo Laços - Pão com Chouriço Terapêutico"), como Intervenção Socioterapêutica (Apêndice VII) em adultos com DM grave (esquizofrenia), no domínio reabilitacional de recriação e lazer.

Conforme indicado no Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e Propostas Prioritárias para a Extensão a 2020 (2017), as atividades de ocupação terapêutica e reabilitação nos hospitais desempenham um papel basilar na prestação de cuidados integrados de saúde mental, logo, é crucial assegurar que as intervenções sejam adequadas para promover ganhos em saúde.

A ocupação terapêutica, compreendida como um processo contínuo e adaptativo, possibilita a construção de identidade, a expressão individual e o desenvolvimento de conexões sociais e culturais, beneficiando o bem-estar e a saúde global. As Atividades de Ocupação Terapêutica consistem em atividades organizadas e sistemáticas, que orientam o desempenho funcional do utente. Estas atividades são integradas na relação

interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o utente, considerando a avaliação das necessidades humanas fundamentais. São usadas técnicas terapêuticas com efeitos socioterapêuticos, psicossociais, psicoeducacionais psicoterapêuticos, espirituais e psicomotracionais, com o objetivo de promover, prevenir, capacitar, manter e/ou recuperar e desenvolver as competências do utente para alcançar o máximo potencial de autonomia, desempenho e satisfação nas suas necessidades humanas fundamentais, atividades diárias, ocupações laborais e recreação (Melo-Dias, & Pinto, 2014; Melo-Dias, & Pinto, 2016).

A pessoa com DM grave enfrenta várias dificuldades para satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais, nomeadamente nos processos cognitivo-comportamentais, como o pensamento, perceção e juízo crítico. É nesse contexto que a aplicação metodicamente organizada das Atividades de Ocupação Terapêutica tem um impacto clínico, permitindo a aprendizagem de habilidades sociais com adaptação construtiva e a sua aplicação no quotidiano. A abordagem usada nesta intervenção específica do EEESMP enfatiza a vinculação com o Eu, possibilitando a tomada de consciência de si mesmo no decorrer da relação terapêutica (OE, 2018).

A receita culinária foi ajustada às preferências do grupo, visando estimular a motivação e a aprendizagem de cozinhar em equipa. Nesse contexto, objetivou-se que os utentes desempenhassem um papel ativo no seu ambiente social, desenvolvendo competências sociais no trabalho em equipa, socialização e relacionamentos.

A atividade realizada visou fomentar a socialização e o trabalho em equipa, permitindo aos participantes o desenvolvimento de competências sociais, autonomia e cognição. No decorrer da sessão, os utentes foram incentivados a partilhar experiências pessoais e a interagir entre si de forma construtiva. Essas interações promoveram a criação de vínculos sociais e a expressão de sentimentos, fortalecendo o sentido de pertença e apoio no grupo.

As estratégias para lidar com os desafios do dia-a-dia relacionados com a esquizofrenia, foram também recapituladas. Estas informações visaram a capacitação dos utentes a compreender melhor sua condição de saúde mental e a desenvolver habilidades de autocuidado, autoconhecimento e autoconsciência, favorecendo uma maior participação no processo de tratamento e recuperação. O objetivo central da atividade

foi facilitar a adaptação construtiva às situações da vida e facilitar a inclusão social, proporcionando benefícios significativos no bem-estar geral dos utentes. Saliento ainda a importância de se dinamizar mais atividades de culinária com o grupo e avaliação do impacto das mesmas.

Com a realização desta intervenção, enquanto mestranda em ESMP, reconheci que o meu conhecimento teórico estava em constante atualização. Contudo, compreendo a relevância de explorar abordagens terapêuticas inovadoras no cuidado em saúde mental. A sessão socioterapêutica, evidenciou a necessidade de adotar uma abordagem holística em relação ao utente, considerando os seus problemas de saúde mental e as suas capacidades e potenciais individuais. Este momento de reflexão motivou-me profundamente a prosseguir com os meus estudos, com o intuito de adquirir mais experiência e competências especializadas, e a comprometer-me a realizar análises críticas relacionadas ao pensamento na profissão de enfermagem.

Em conclusão, ao longo deste percurso de aquisição das competências do EEESMP, desenvolvi competências técnicas e científicas que aperfeiçoaram a minha prática profissional, além de ter amadurecido competências pessoais relacionadas com o autodesenvolvimento. Compreendi a importância do questionamento pessoal para o crescimento e valorizei a capacidade de cuidar das pessoa, família, grupo e comunidade em diferentes fases da vida, através de intervenções terapêuticas eficazes. Desenvolvi a aptidão para combater o estigma associado à pessoa com perturbação ou DM e adotei uma abordagem inclusiva e protetora na minha prática. Também aprimorei a minha capacidade de avaliar os determinantes de saúde mental e adquiri competências especializadas para intervenção clínica. Através do domínio do saber-fazer em ambiente clínico supervisionado e da consolidação das ferramentas de investigação, sinto-me preparada para enfrentar os desafios da área e proporcionar cuidados eficazes e compassivos, demonstrando empatia e respeito pelos utentes e pelas suas experiências individuais, contribuindo para o seu bem-estar e auxiliando na sua recuperação e equilíbrio emocional. Este percurso enriquecedor permitiu-me crescer como profissional e contribuir positivamente para a saúde mental e bem-estar dos utentes.

Aponto como aspetos de maior fragilidade a falta de oportunidades para o desenvolvimento de intervenções socioterapêuticas e psicossociais em grupo, com

peçoas com CAD, em contexto de Respostas Integradas, impedindo a consolidação da excelência profissional nesta área. Além disso, é relevante mencionar, a minha capacidade de adaptação e resiliência, que em diferentes circunstâncias me foi demandada e nem sempre consegui mobilizar sem criar desconforto emocional. No entanto, considero que ao longo do tempo apresentei uma evolução positiva marcante nesse aspeto.

Estou grata pelas oportunidades de aprendizagem e por fazer parte deste campo de atuação tão importante e desafiador, dedicado ao estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção de perturbações mentais e emocionais, bem como ao cuidado e promoção da saúde mental das pessoas.

PARTE III

1. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Promoção das Competências Emocionais dos Pais das Crianças em Idade Pré-escolar

A terceira parte do presente relatório tem como propósito descrever o PMCQCE. O projeto consistiu na criação e implementação de um programa de intervenção psicoeducativo, destinado a um grupo de pais de crianças a frequentar um jardim de infância na zona centro do país, no âmbito do PNSE.

A elaboração do projeto seguiu as oito fases do Ciclo PDCA, também conhecido como o ciclo de *Deming*. Esta metodologia é um contributo efetivo para melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos, resultando em benefícios reais para os utentes (Houser, 2023; Tamher et al., 2021). Neste ciclo, é assumida a utilização da metodologia de projeto, sendo operacionalizado em quatro fases díspares: planear, executar, verificar e agir ("Plan", "Do", "Check", "Act").

1.1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

O profissional de enfermagem é detentor de sensibilidade e competências a nível da promoção da saúde na comunidade educativa. Tendo um papel crucial neste contexto, possuindo capacidades de cooperação, comunicação e aceitação. O contexto funcional das categorias da Carreira de enfermagem (Decreto-Lei nº. 437/91, parcialmente alterado pelos decretos de lei nº. 412/98 e 411/99) na alínea c, do artigo 7.1 do decreto-lei 473/91 define o executar de cuidados de enfermagem que incluem processos a nível da educação e que levam ao autocuidado do utente, apontando de forma clara para realização de intervenções/atividades de educação para a saúde em contexto escolar (DGS, 2015b).

No âmbito da saúde escolar a equipa de enfermagem da UCC identificou, que os pais das crianças de um Jardim de Infância da zona centro do país, necessitavam de estratégias para aumentar a suas competências emocionais. A intervenção com famílias é de suma importância, atendendo ao papel privilegiado que a família desempenha no processo de desenvolvimento do indivíduo. Indivíduos emocionalmente inteligentes desenvolvem-se positivamente nos diferentes papéis que desempenham (Almeida & Araújo, 2014).

Ao longo do ano letivo 2019/2020 e no decorrer deste ano letivo foi notável a necessidade de investimento nas competências emocionais dos pais do Jardim de Infância, através da equipa de Promoção e Educação para a Saúde, por auscultação da associação de pais e das educadoras de infância e pela observação empírica dos profissionais de saúde da UCC (decorrida nas diversas deslocações à escola). Balizando com a professora orientadora, chegamos à conclusão que seria pertinente a aplicação de um programa de intervenção psicoeducativo de promoção das competências emocionais dos pais das crianças desse jardim de infância. Intervir com as famílias tornou-se uma estratégia preferencial para lidar com uma panóplia de desafios que atualmente afetam a sociedade, como o consumo de substâncias psicoativas, maus tratos infantis e o insucesso escolar. Este tipo de intervenção tem também como objetivo apoiar as famílias, ajudando-as a adaptar-se adequadamente às exigências contemporâneas, fortalecendo as relações dentro e fora do núcleo familiar e promovendo o bem-estar (Melo, 2004).

Num estudo realizado aproximadamente 15% dos pais revelaram que o seu filho de 1 a 4 anos de idade apresenta problemas emocionais ou comportamentais ao nível clínico ou subclínico, e que estes problemas representam dificuldades para os pais e risco no desenvolvimento de problemas que persistem para o futuro destas crianças (Briggs-Gowan, et al., 2001, referido por Solmeyer et al., 2014).

Este facto vai ao encontro dos achados da evidência, em que é demonstrado que as crianças com problemas de comportamento no início da infância estarão em risco de desenvolver problemas mais sérios a posteriori, como insucesso escolar ou comportamento antissocial (Breslau, et al., 2009; Caspi, et al., 1996, referido por Solmeyer et al., 2014). Desta forma, a prevenção no início da infância é essencial para a diminuição dos problemas emocionais e comportamentais e para a promoção do desenvolvimento positivo da criança (Solmeyer et al., 2014). Assim esta intervenção deverá ocorrer no interior da família, dado que a parentalidade é o primeiro ambiente de socialização para criança, devendo ocorrer pelo meio de um processo metódico de aprendizagem e de desenvolvimento de competências emocionais. De acordo com Knapp, McDaid e Parsonage (2011), o desenvolvimento de competências

socioemocionais é uma das intervenções com melhor relação custo-benefício dentro da área da promoção da saúde mental.

Na atualidade a evidência comprova, através da realização de alguns estudos, que com a implementação de programas com esta filosofia os ganhos em saúde para as crianças e famílias são inúmeros, tendo alguns destes estudos sido transpostos para programas já em prática como a “*Nurse–Family Partnership*” (Olds et al., 1998) e “*Incredible Years*” (Webster-Stratton & Reid, 2012), sendo que ambos se centram na parentalidade e têm demonstrado evidência de um impacto positivo nas crianças e famílias (Solmeyer et al., 2014), tendo inclusivamente o segundo estudo supracitado sido desenvolvido em Portugal. A implementação de programas de promoção de competências parentais, além de ser considerado um meio de lidar com as várias preocupações associadas à parentalidade, deverá ser considerada como uma estratégia promotora de vivências satisfatórias e adaptativas (Melo, 2005). Um ambiente familiar caracterizado por uma atmosfera emocional positiva e pela expressão livre de emoções desempenha um papel crucial na promoção do afeto parental e na transmissão de normas sociais relacionadas com a expressão emocional das crianças, o que pode facilitar as suas interações com os outros. Em simultâneo, ao validar as emoções da criança e apoiar a sua gestão adaptativa, os pais promovem um desenvolvimento emocional e um sentimento de competência na criança (Melo, 2005).

Ao longo de todo processo de intervenção junto dos pais, enquanto enfermeira, assumo o papel de proporcionar autonomia, fortalecer competências e respeitar decisões e ritmos de aprendizagem dos mesmos, num processo de crescimento e desenvolvimento. Proporcionando atividades a nível da vigilância, proteção da saúde e aquisição de capacidades, conhecimentos e competências em promoção da saúde. Contribuindo desta forma para a melhoria da saúde da comunidade educativa e para obtenção de ganhos em saúde da população portuguesa. A DGS refere que a saúde mental e as competências socioemocionais “são o tronco comum da promoção de um estilo de vida saudável e da prevenção de comportamentos de risco, ocupando, no processo de capacitação, um lugar de relevo para a obtenção de mais ganhos em saúde.” (DGS, 2015b, p. 34).

Fazem parte dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especializados em enfermagem em saúde mental: satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social (OE, 2015b). Neste sentido pretendo ir de encontro à satisfação dos pais, respeitando as suas capacidades, crenças valores e desejos individuais, procurando o estabelecimento de empatia, parcerias e envolvimento no PE. Pretendo também ajudá-los a alcançar o máximo potencial de saúde e prevenir complicações para a sua saúde mental. O principal foco na prevenção de doenças crónicas, é a participação da comunidade, sendo este um princípio básico na educação para a saúde (Pender et al., 2014). Junto com os pais serão desenvolvidos processos eficazes de adaptação às situações de vida dos mesmos. Serão organizados os cuidados de enfermagem de forma a existir um quadro de referência e de um sistema de melhoria contínua de qualidade.

1.2. PERCEBER O PROBLEMA

A Saúde Escolar, sendo a referência do sistema de saúde para a promoção de saúde na escola, deve desenvolver competências na comunidade educativa, permitindo a melhoria do seu nível de bem-estar físico, mental e social (DGS, 2006).

Na atualidade torna-se indispensável o investimento em promoção da saúde mental e emocional dos pais. A equipa de saúde escolar possui cada vez mais capacidades para responder aos desafios colocados à saúde da comunidade educativa, contribuindo assim para o aumento do nível de literacia em saúde, promovendo decisões com responsabilidade e contribuindo para ganhos em saúde (DGS, 2019).

Pretende-se habilitar os pais de competências emocionais que lhes possibilitam a formação de condições para a edificação do seu projeto de saúde, decorrente projeto de vida, o mais equilibrado possível. Para tal serão desenvolvidas sessões psicoeducativas.

1.2.1. Emoções

Moreira (2010, p. 23), dedicado vigorosamente ao estudo das emoções, refere que “uma emoção é uma resposta que o corpo dá ao que se passa à nossa volta”.

De acordo com a CIPE® (ICN,2021), emoções são “processos psicológicos: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença”.

As emoções representam processos biológicos que foram consolidados no decorrer da história da evolução da humanidade. Assim que o corpo processa determinadas situações ou objetos, ou quando ocorre a recordação destes no pensamento as emoções ocorrem. Estas são a ponte entre o psiquismo e o corpo, entre respostas internas e comportamentos externos, sendo assim pode dizer-se que as emoções constituem o primeiro mecanismo de defesa da mente e do organismo porque levam a mudanças fisiológicas que desbloqueiam comportamentos de sobrevivência (Damásio, 2017).

Segundo Damásio as emoções podem dividir-se em emoções primárias ou básicas que são a tristeza, a alegria, o medo e a raiva e em emoções secundárias ou sociais como a culpa, a vergonha, o orgulho e o ciúme (Damásio, 2017). A emoção desempenha um papel único com um impacto diferente, no que respeita a parte fisiológica e de comportamento. Com a emoção raiva dá-se o aumento do ritmo cardíaco, ocorre uma descarga hormonal e o sangue flui para as mãos. No medo o corpo fica imobilizado, enchendo-se de hormonas, deixando o sujeito em estado vígil e o sangue flui para os músculos o que facilita a fuga. Na tristeza ocorre um decréscimo da energia, o metabolismo do corpo abrandar, existe uma atitude de introspeção. Quando sentimos alegria ocorre um aumento da dopamina, oxitocina, serotonina e endorfinas levando a pessoa a sentir-se bem (Goleman, 2006).

Além da componente biológica, o desenvolvimento individual e a cultura são fatores que dão forma a vários aspetos da própria vivência emocional e da expressão, tal como aos comportamentos desencadeados por ela e às cognições (Damásio 2017).

Damásio distingue sentimentos e emoções. Os sentimentos dizem respeito ao “sentir a emoção”, referentes a experiência individual e privada de uma emoção, sofrendo modificações relacionadas com o estado cognitivo e corporal em que o impacto desta tem início na mente. As emoções são respostas neurais e químicas com ativação automática, sem decisão consciente e direcionadas para o exterior (Damásio, 2017).

Nem sempre existe consciência das emoções sentidas, sendo a autoconsciência imprescindível para que as emoções influenciem o indivíduo que as sente (Damásio, 2017).

1.2.2. Competências Emocionais

As competências emocionais correspondem às capacidades de resposta do corpo às imposições do contexto envolvente, incluindo-se: a consciência do respetivo estado emocional; a capacidade de usar as emoções e próprias expressões de maneira controlada e adaptada e a consciência de que as várias expressões emocionais têm impacto nos outros (Saarni, 2000, referido por Moreira et al., 2012).

No que respeita às competências emocionais, estas são percebidas como capacidades que cada pessoa tem para “... compreender, interpretar, integrar e gerir as diferentes emoções que vão surgindo, adaptando cada emoção ao contexto, dando-lhe um significado e uma resolução” (Costa & Cravo, 2016, p. 22).

Segundo Costa (2014), a Competência Emocional pode ser percebida na globalidade como expressão da Inteligência Emocional, dado que, representa a habilidade/capacidade de gestão de sentimentos e emoções num plano pessoal e relacional. Esta pesquisa assume o conceito definido por Veiga-Branco (2005, p.171). A Competência Emocional, foi estudada por Augusta Veiga-Branco (2004a), no contexto de professores e necessidades do processo ensino-aprendizagem, e inicia os trabalhos, a partir do conceito modificado de Inteligência Emocional (Goleman, 2000).

Os estudos de Veiga Branco revelam um modelo misto de Competências Emocionais. Assumindo que se deve ter em consideração as variáveis de unicidade, que dizem respeito apenas a cada sujeito, como indivíduo (Veiga-Branco, 2005).

Tendo como base, o constructo de Goleman (1995, 2000), Veiga Branco apresenta cinco capacidades que definem a Competência Emocional: Gestão de Emoções, Automotivação, Autoconsciência, Gestão de Emoções em Grupo e Empatia, sendo as três primeiras competências intrapessoais e as duas últimas interpessoais ou sociais (Veiga-Branco, 2004).

GESTÃO DE EMOÇÕES

A competência de gestão das próprias emoções e pensamentos, corresponde ao modo como conseguimos gerir as emoções adaptando-as a cada situação. O autoconhecimento tem como objetivo principal o auto-encontro, buscando o aperfeiçoamento de si como pessoa, através do autodomínio, do controlo das emoções de forma benéfica e raciocinar antes do agir, com o objetivo de atingir a felicidade nas circunstâncias que se coloca (Goleman, 2000). Para Goleman (2003) é uma maneira de enfrentar de forma adequada as sensações. De acordo com Veiga Branco (2004) os indivíduos que se sentem vulneráveis tornam-se implacáveis nas perceções dos estímulos e nos comportamentos. A mesma autora defende que existe a possibilidade de aprender a ocupar esse espaço emocional negativo por sentimentos mais positivos.

AUTOMOTIVAÇÃO

A automotivação é a capacidade que orienta as nossas emoções para atingir o que pretendemos. Encontrar a automotivação é descobrir os motivos que nos fazem trabalhar para além de questões financeiras ou do protagonismo social (Goleman, 2000). A competência de automotivação é percebida como o modo de nos mantermos otimistas relativamente a situações desagradáveis ou problemas. Segundo Goleman (2003) é necessário um conjunto de elementos para se experimentar a Automotivação, como o controlo do impulso e adiar a recompensa, a ansiedade, a esperança e o otimismo. Pode treinar-se o impulso nas situações em que a pessoa é exposta ao objeto/situação que deseja, mas escolhe o adiar a recompensa, pelo facto de, conscientemente, estar a pensar em benefícios a longo prazo ao contrário do prazer imediato (Martineaud et al., 2002).

AUTOCONSCIÊNCIA

A autoconsciência é o suporte da Inteligência emocional que traduz o conhecimento de si mesmo, que resulta da autoanálise de si, da sua vida, do nosso comportamento e da forma como desejamos comportar-nos (Goleman 2000). O autor dá ênfase à importância desta competência, quando tomamos consciência das emoções negativas na nossa vida. A autoconsciência obriga à tomada de consciência das próprias emoções no instante em que estas ocorrem.

A Autoconsciência é definida por Veiga Branco (2005), como sendo a capacidade do ser humano em conseguir uma elevada perceção de si, relativamente às emoções que sente.

GESTÃO DE EMOÇÕES EM GRUPO

A gestão de emoções em grupo é um talento social, consistindo em saber fazer corretamente a leitura das situações de um grupo, tendo capacidade de gestão relacional no interior de um grupo formal ou não formal. É relacionar harmoniosamente as capacidades para liderar, persuadir e negociar (Goleman, 2003).

Veiga Branco define esta capacidade como a habilidade de reconhecimento dos sentimentos nos outros, conseguindo agir de maneira a influencia-los (Veiga Branco, 2004).

EMPATIA

Segundo Goleman (2003), esta competência está relacionada com a forma como percecionamos e interpretamos as emoções das outras pessoas, tendo a consciência do que elas sentem, tendo capacidade para adotar a sua perspetiva e estabelecer laços com outras pessoas. Sendo crucial para a existência de sucesso nas relações interpessoais, é a capacidade de entendimento das emoções das outras pessoas, tendo em conta as suas respostas emocionais (Goleman, 2000).

1.2.3 Parentalidade e Competências Emocionais

Segundo a CIPE® (ICN, 2021) parentalidade é “tomar conta: assumir as responsabilidades de ser pai/mãe; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para atomizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

Para Hoghughi (2004) a parentalidade é o feito de “trazer ao mundo”, “desenvolver ou “educar”. A parentalidade é explicada na literatura como um conjunto de atividades desenvolvidas pelas figuras parentais para dar resposta as necessidades dos seus filhos com o objetivo de potencializar o desenvolvimento saudável e harmonioso dos mesmos. O comportamento parental e o desenvolvimento das crianças resultam das relações

estabelecidas entre as características disposicionais e comportamentais de cada um, somando o ambiente onde a interação acontece (Belsky, 1984; Cowan & Cowan, 2002).

Apesar de não ser a única influência no decurso do desenvolvimento das crianças. Os distintos modelos teóricos destacam o importante papel exercido pela parentalidade no progresso das variadas competências. De fato as relações estabelecidas com figuras parentais apresentam-se como o cenário onde decorrem as experiências iniciais das crianças e, principalmente, onde estas começam as suas primeiras interações sociais. Além disso, o processo de socialização onde existe orientação das crianças no que respeita às normas sociais, competências, comportamentos e atitudes adaptadas à sociedade, onde estão inseridas é, de igual modo, uma função específica da assunção do papel parental (Parke e Buriel, 2006).

O estudo da socialização parental no que se refere ao conhecimento emocional infantil, tem tido evidência pelo aumento do interesse que se tem dado à aprendizagem emocional e devido a este processo estar estreitamente ligado à forma como os pais lidam com as experiências emocionais dos filhos, a determinação de normas específicas de socialização parental no que diz respeito às emoções fica inúmeras vezes dificultado. Estas discordâncias na maneira como lidam e manifestam as suas emoções, irão interferir no desenvolvimento emocional dos filhos, demarcando a capacidade da criança compreender, regular e expressar as suas emoções (Almeida, 2006).

Uma parentalidade adequada ou satisfatória nos primeiros anos da infância possibilita o estabelecimento de vínculos e promove um sentimento básico de segurança na criança, indispensável para o desenvolvimento futuro da sua saúde (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [MCEESIP], 2015). Gottman & Declaire (1999) afirmam que a educação emocional deve iniciar no interior da família. A primeira escola da aprendizagem emocional é a família. Existem vários fatores que interferem na harmonia dos pais e conseqüentemente dos filhos. As crianças cujos pais utilizam a “Orientação Emocional”, mostram-se emocionalmente mais inteligentes. Segundo Marujo (1997) os pais são os modelos para os filhos, de que modo estes devem lidar com as suas emoções. A relação estabelecida entre as crianças e os pais é determinante para o equilíbrio emocional destas. O trabalho em conjunto não é apenas proveitoso para a criança, tornando-se também muito benéfico para os pais.

Através da realização de diversos estudos Goleman (2000), chegou à conclusão que os pais têm um papel fundamental como organizadores emocionais e mediadores das gerações futuras, conseguindo a obtenção de sucesso e felicidade. Pais que socializam os seus filhos através da modelação de estilos expressivos positivos, que mostram altos níveis de capacidade de resposta emocional, encorajam a expressão emocional das crianças e discutem eventos emocionais têm filhos mais competentes (Denham et al., 2002).

1.3. OBJETIVOS

Os objetivos enquanto guias orientadores do estudo, deverão ser expostos com clareza (Sampieri et al., 2006). Com efeito, formulou-se o objetivo geral abaixo citado:

Promover o Desenvolvimento das Competências Emocionais dos Pais das Crianças de um Jardim de Infância da região centro do país, através de Sessões Psicoeducativas de um Programa de Competências Emocionais, testando a sua adequabilidade através da aplicação da EVCE

Deste objetivo geral resultaram os objetivos específicos abaixo explanados:

- Delinear estratégias (sessões, follow-up, etc.) para melhorar o desenvolvimento das competências emocionais;
- Avaliar se a participação nas sessões psicoeducativas promove as Competências Emocionais nos pais, recorrendo à aplicação da EVCE;
- Avaliar a eficácia, a pertinência e a adequabilidade das sessões psicoeducativas nos seus participantes (pais), através de um Questionário de Satisfação (Apêndice VIII);

No seguimento de cumprir estes objetivos, foram aprofundados conhecimentos, consultando a literatura científica mencionada no corpo deste trabalho.

1.4. PERCEBER AS CAUSAS

O problema residiu essencialmente no baixo nível de Competências Emocionais dos pais das crianças de um Jardim de Infância da zona centro do país.

A revisão de literatura mostra que os pais com menores recursos económicos, tendem, com mais frequência, a recorrer a estratégias punitivas na educação dos filhos, à medida

que aumentam as crenças em relação à legitimação da punição física parental diminui o auto encorajamento emocional (Barroso, 2010). Existe relação entre as crenças parentais relativamente à legitimação da punição física como estratégia educativa e o autocontrolo emocional, referido por Rego e Fernandes (2005), como a competência de usar a emoção.

Na família, as características que foram identificadas para a necessidade de promoção de competências emocionais prendem-se com o baixo nível económico, o baixo nível escolar dos pais, a falta de competências educativas dos pais, a hostilidade, os estilos coercivos e os conflitos no casal (Fonseca et al., 2016)

De seguida será apresentado o Diagrama de Causa Efeito- *Ishikawa* ou Espinha de Peixe, para de uma forma reflexiva e simples patentear esta problemática na sua essência, analisando as principais causas do problema em estudo.

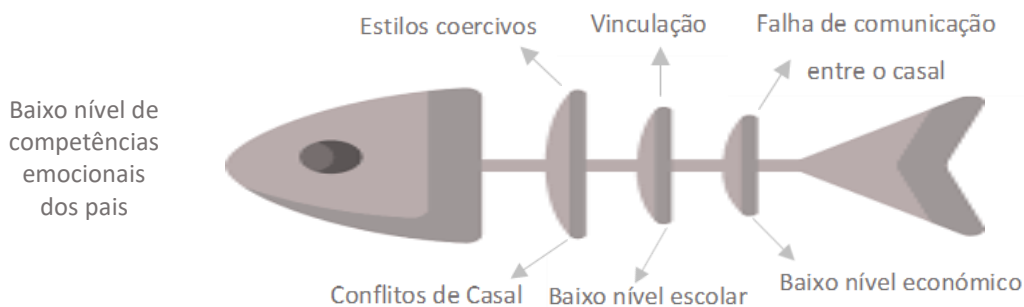


Figura 1 – Diagrama de Espinha de *Ishikawa* no baixo nível das Competências Emocionais dos pais

Atendendo à problemática deste estudo, surge em seguida as etapas equivalentes para o planeamento do presente projeto, as quais foram construídas tendo por base a *Check list* para uma Avaliação da Qualidade (*Healthier Palmer*), proposta no Guião para a organização de Projetos de Melhoria Contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2013).

a) Identificação das dimensões em estudo

Sendo a efetividade a capacidade de promover os resultados, no âmbito deste projeto, pelo meio da promoção da saúde pretendeu-se contribuir para o aumento das competências emocionais dos pais, o que traduziu em ganhos em saúde com eficiência, dependendo do mínimo de recursos e esforços. Quanto à adequação deste projeto, traduziu-se na capacidade de usar recursos disponíveis e os conhecimentos para a

prevenção da doença, facilitando a acessibilidade dos pais e consequentemente das crianças aos cuidados de saúde, contribuindo para a melhoria da satisfação dos clientes. Neste projeto pretendeu-se difundir e implementar o conhecimento científico adquirido sobre a Promoção das Competências Emocionais.

b) Unidades de Estudo

Os utilizadores incluídos na avaliação foram os pais de crianças a frequentar um Jardim de Infância na zona centro do país, no ano letivo 2020/2021. Os profissionais envolvidos foram os enfermeiros de uma UCC da zona centro do país.

No que respeita às considerações éticas, o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade respeitou o princípio da dignidade humana e o princípio da justiça e beneficência, garantindo-se o anonimato e confidencialidade. As identidades dos participantes, bem como toda a informação recolhida durante o processo de participação, foram mantidas em absoluto sigilo, armazenadas numa base de dados à qual apenas o futuro EEESMP e o seu orientador de projeto tiveram acesso. A participação dos participantes foi voluntária o consentimento informado foi assinado, sendo os instrumentos de colheita de dados preenchidos pelos próprios participantes.

c) Tipo de dados (*Avedis Donabedian*)

Os tipos de dados estudados foram de estrutura e de resultados.

Os dados de estrutura avaliam os atributos dos locais onde o serviço é prestado, contém recursos materiais, recursos humanos e recursos da estrutura organizacional, por sua vez, os de resultado dizem respeito aos próprios objetivos dos cuidados, mostrando as alterações no estado de saúde atual ou futuro dos utilizadores, atribuíveis aos cuidados prestados anteriormente (OE, 2014).

Os dados de estrutura definidos no presente projeto foram:

- Satisfação do formador na realização da atividade;
- Existência de folhetos informativos do programa das sessões;
- Formação para os colegas da UCC replicarem a informação;

No que diz respeito aos dados de resultado, definiu-se os seguintes:

- Taxa de ganhos em conhecimentos no final das sessões psicoeducativas;

- Satisfação dos pais em relações às sessões.

d) Fonte de dados

Com a definição da temática para o Projeto de Melhoria Contínua, surgiu um conjunto de aspetos relacionados com o estudo a considerar. A escolha do instrumento de recolha de dados (fonte de dados) foi fundamental para aquisição de informação apropriada para satisfação e cumprimento do objetivo do projeto. “Seja qual for o tipo de dados obtidos, é fundamental assegurar a qualidade informativa” (Coutinho 2011, p.103).

O Instrumento de Recolha de dados selecionado era constituído por duas partes.

A primeira dizia respeito a um Questionário de Caracterização Sociodemográfica (Apêndice IX), tendo em conta os seguintes grupos sociodemográficos: género, idade, estado civil, escolaridade (último ano com aprovação), profissão, situação Laboral, tipologia de família, nível socioeconómico.

A segunda parte era constituída pela EVCE (Veiga-Branco, 2011); (Anexo III), cujas variáveis atitudinais e comportamentais de cada uma das cinco capacidades da Competência Emocional foram descodificadas em afirmações, representadas nos 86 itens da escala. A cada item foi atribuída uma escala de frequência temporal, tipo Lickert (de 1 a 7, sendo que 1 – “nunca”, 2 – “raramente”, 3 – “pouco frequente”, 4 – “por norma”, 5 – “frequente”, 6 – “muito frequente” e 7 – “sempre”), onde os participantes poderiam escolher, assinalando, a frequência com que vivenciaram as situações descritas.

O ponto de corte da EVCE é 4, sendo considerada o nível baixo em Competência Emocional entre 1 e 3.49; o nível moderado entre 3.50 e 5.45 e o nível alto entre 5.46 e 7. A escala está subdividida nas cinco capacidades ou dimensões da Competência Emocional:

- Autoconsciência – 20 itens;
- Gestão de Emoções – 19 itens;
- Automotivação – 21 itens;
- Empatia – 12 itens;
- Gestão de Emoções em Grupo – 14 itens (Veiga-Branco, 2011).

Segundo Augusta Veiga Branco (2004), autora desta escala, cada afirmação expressa na EVCE, respeita rigorosamente e objetivamente o quadro teórico proposto por Goleman. A autora (2004) defende que o modo de recolha de dados com perguntas fechadas seguidas da escala de *Lickert* (1-7) foi escolhida por ter como vantagem a facilidade de resposta e porque desta forma, os dados, poderão ser submetidos a tratamentos estatísticos de maior rigor.

A pertinência da EVCE, para este projeto, deveu-se ao cumprimento dos seguintes critérios: ser portuguesa (evitando problemas de culturalidade); já foi adaptada e validada à população portuguesa (verificou-se estudos publicados e realizados em território nacional utilizando esta escala); nos sucessivos estudos onde a escala foi utilizada, foram obtidos valores de consistência interna que assumem a sua validade ;a escala é constituída por cinco dimensões da Competência Emocional correspondendo cada uma delas a uma das cinco capacidades da Competência Emocional abordadas no construto teórico; considerou-se que a aplicação desta escala, do ponto de vista metodológico, teria resultados conclusivos e positivos e favorece um tratamento estatístico com rigor.

Foi realizado o pedido para aplicação da EVCE (Apêndice X) e dada a autorização por parte da autora da mesma (Anexo IV).

e) Critérios de avaliação

Os critérios de avaliação de inclusão foram:

- Pais de crianças com idade compreendida entre os três e os cinco anos;
- Pais de crianças que frequentem o Jardim de Infância onde a intervenção é aplicada;
- Dominar a língua portuguesa escrita e falada;
- Querer participar voluntariamente no estudo.

Não foram definidos critérios de avaliação de exclusão.

1.5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

A operacionalização do Programa de “Promoção das Competências Emocionais dos Pais das Crianças em Idade Pré-escolar”, teve início com um contacto presencial com as

educadoras de um Jardim de Infância da região centro do país, onde foi explicado a finalidade e os objetivos do mesmo, assim como, foi entregue um convite que fizeram chegar a todos os pais. Os pais foram convidados a estarem presentes numa sessão (sessão 0) de esclarecimento, em que foi explicado a finalidade, os objetivos, os direitos e os deveres dos participantes. Nesta sessão foi entregue o consentimento informado e aplicado o Instrumento de Recolha de Dados aos pais interessados em participar no programa. Posteriormente, o grupo de participantes participou em quatro sessões psicoeducativas.

Todas as sessões foram realizadas na escola e com a presença da educadora de infância, funcionando como elemento mediador da relação entre enfermeiro e os pais. Coube ao enfermeiro a tarefa de zelar pelo respeito no decorrer das sessões, validando a partilha de experiência e opiniões de todos os participantes e salvaguardando que todas as informações retiradas foram usadas apenas em contexto científico.

Cada sessão psicoeducativa correspondeu a uma temática. Existiam quatro temáticas, designadamente, a gestão de emoções e gestão de emoções em grupo, a empatia, a autoconsciência e a automotivação. Cada temática foi explorada numa sessão ilustrada com várias atividades realizadas com os pais. Salienta-se que estas sessões incidiram nas capacidades ou dimensões da Competência Emocional (Veiga Branco, 2011).

Cada sessão foi dinamizada num dia, uma sessão por semana, durante quatro semanas consecutivas, os dias e a hora da realização das sessões foram escolhidos de acordo com a disponibilidade dos participantes. Cada temática foi abordada, sensivelmente, em 90 minutos. Segundo Sequeira (2020), cada sessão psicoeducacional deve ter uma duração entre 45 a 90 minutos, o número de sessões deve ser entre três a seis (uma ou duas sessões por semana), o programa deve durar entre três a seis semanas, deve ocorrer três avaliações (inicial, final e follow-up), as sessões devem ser individualizadas ou em grupo.

Para a concretização destas atividades, recorreu-se a dinâmicas de quebra-gelo, dinâmicas de grupo, de discussão e partilha de experiências, momentos reflexivos, role-play, visualização de filmes e auscultação de músicas que induzem emoções em adultos. A opção por estas metodologias foi ao encontro de Arriaga e Almeida (2010), que mencionam que os procedimentos em que são utilizados excertos de filmes e músicas

que induzem emoções nos adultos, mostram-se eficazes. Segundo Melo (2004) as dinâmicas de discussão e partilha de experiências propiciam as aprendizagens que se pretende desenvolver. Pretendeu-se que os pais percecionassem as suas emoções, como também as dos outros e soubessem reconhecê-las para corretamente regulá-las. No que diz respeito à partilha, destaca-se que a literatura fundamenta que este tipo de convívio promove as redes de suporte social e os sentimentos de apoio (Camilo & Garrido, 2013). Para o desenvolvimento das sessões foi necessária uma sala com cadeiras, um computador, canetas, papel, recursos didáticos específicos para cada tema.

No final das quatro sessões foi aplicado novamente o Instrumento de Recolha de Dados, dando o devido tempo para a consolidação das aprendizagens adquiridas pelos pais, aquando das sessões psicoeducativas. Ocorreu também a entrega de um questionário para avaliação das mesmas, aos participantes.

Após 3 meses da última sessão foi desenvolvido o follow-up do projeto, tratando-se de uma das estratégias para a consolidação das aprendizagens adquiridas e exploração dos resultados (Almeida & Freire, 2000).

O Programa de intervenção psicoeducativo (Apêndice XI), assim como, o cronograma de implementação do PMCQCE (Apêndice XII), serão colocados em apêndice.

1.6. VERIFICAR OS RESULTADOS; PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA; RECONHECER PARTILHAR O SUCESSO

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. A análise estatística foi efectuada com o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28 para Windows.

A amostra é constituída por oito participantes, os quais foram caracterizados tendo em conta os seguintes grupos sociodemográficos: género, idade, estado civil, escolaridade (último ano com aprovação), profissão, situação Laboral, tipologia de família, nível socioeconómico. Sendo assim, o programa de intervenção psicoeducativo contou com a participação de um conjunto de oito mulheres, todas elas em estado matrimonial, ou seja, casadas. A maioria era licenciada (45.9%), engenheira (25%), empregada a tempo

inteiro (62.5%), vivia em famílias de tipo nuclear e era do escalão socioeconómico médio (75%).

Foi possível identificar a diversidade presente na amostra, refletida na distribuição das profissões, situações de emprego, tipos de família e níveis socioeconómicos dos pais (Apêndice XIV), proporcionando uma visão inicial do grupo.

As estatísticas descritivas dos valores obtidos nas diferentes dimensões das Competências Emocionais podem ser observadas na tabela seguinte. Na mesma, estão indicados os valores mínimos e máximos, média e respetivos desvios padrão. Os valores podem ser considerados como médios, com exceção dos obtidos na dimensão Autoconsciência e Empatia antes da aplicação do programa de intervenção psicoeducativo e Empatia e Gestão de Emoções em Grupo depois da aplicação do mesmo, pois são significativamente superiores ao ponto de corte da EVCE (referido previamente no projeto).

Tabela 1– Estatísticas descritivas

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PRÉ				
<i>Autoconsciência</i>	4,05	5,30	4,48	0,41
<i>Gestão Emoções</i>	2,68	4,79	3,88	0,75
<i>Automotivação</i>	2,95	4,57	3,79	0,51
<i>Empatia</i>	4,33	5,58	5,08	0,52
<i>Gestão de Emoções em Grupo</i>	2,86	5,57	4,60	0,92
PÓS				
<i>Autoconsciência</i>	3,65	4,70	4,22	0,34
<i>Gestão Emoções</i>	3,11	4,58	3,89	0,50
<i>Automotivação</i>	3,19	4,33	3,87	0,43
<i>Empatia</i>	4,00	5,50	4,87	0,53
<i>Gestão de Emoções em Grupo</i>	3,86	5,86	4,70	0,77

No que concerne às aptidões emocionais dos participantes, os desfechos após a intervenção revelaram um aumento do score médio da dimensão Automotivação e Gestão de Emoções em Grupo, ainda que este aumento não tenha sido estatisticamente

significativo ($p > 0.001$). Verifica-se também um decréscimo do score médio da Empatia e Autoconsciência (tabela 2).

Tabela 2 – Comparação por nível de ensino, utilizado o “Teste t para amostra única” (Valor de Teste = 4)

	Pré		Pós		P
	M	DP	M	DP	
Autoconsciência	4,48	0,41	4,22	0,34	0.292
Gestão Emoções	3,88	0,75	3,89	0,50	0.982
Automotivação	3,79	0,51	3,87	0,43	0.862
Empatia	5,08	0,52	4,87	0,53	0.302
Gestão de Emoções em Grupo	4,60	0,92	4,70	0,77	0.748

M – Média; DP – Desvio padrão

Esta diminuição pode dever-se ao aumento da autoconsciência e da compreensão do conceito de empatia. Uma vez que este aumento pode levar a que os pais se tornem mais críticos nas suas avaliações, mais conscientes das suas emoções, das suas competências empáticas e dos seus estados mentais. Fazendo assim uma avaliação mais rigorosa de suas próprias competências emocionais e empáticas, refletindo-se em pontuações mais baixas. Tal facto não significa necessariamente uma diminuição efetiva das competências, mas sim um aumento na sensibilidade e na perceção das nuances das mesmas. Este fenómeno representa um passo importante no desenvolvimento das competências emocionais. Corroborando com Goleman (1999), que enfatiza a importância da autoconsciência emocional como base para a tomada de decisões eficazes e para a avaliação realista, precisa e rigorosa das próprias competências emocionais.

Peter Salovey, John Mayer, Daniel Goleman e outros autores que se dedicam ao campo da inteligência emocional, destacam que o aumento da autoconsciência e da empatia pode resultar em avaliações das próprias emoções e das emoções dos outros de forma mais precisa e rigorosa. A compreensão mais profunda das suas próprias competências emocionais e o crescimento pessoal representaram conquistas inegáveis para cada um dos pais.

É pertinente também salientar que o tamanho limitado da amostra pode ter influenciado os resultados. Segundo Wachelke e Wolter (2011), quanto maior for o número de participantes no grupo, maior será a estabilidade dos resultados. Uma vez

que uma amostra mais extensa tem tendência de produzir resultados menos vulneráveis à influência de casos extremos, aproximando-se assim, da representação fiel da realidade na população de origem.

O programa obteve uma receção extremamente positiva por parte do público-alvo, o que se refletiu nos índices de satisfação alcançados, avaliados por meio da utilização de um questionário de satisfação dos participantes, refletidos nos gráficos que constam em apêndice (Apêndice XIII) e nas narrativas partilhadas pelos próprios participantes: “Não consigo identificar pontos fracos. Relativamente aos pontos fortes, quero destacar a conexão criada entre o grupo, as partilhas e o olhar "clínico" da enfermeira a esmiuçar cada partilha” ... “Permitiram-me conseguir lidar melhor comigo e com os outros nas emoções sentidas. Vi claramente uma melhoria na abordagem com os outros” ... “O trabalho que a enfermeira fez devia estar presente em todas as escolas e de forma continuada. É serviço público e essencial a todas as pessoas, principalmente a pessoas que têm nas suas mãos a educação de crianças”. Relativamente às sugestões de melhoria, todos os participantes foram unânimes em afirmar: “Não tenho nada a apontar”

Ao analisar-se os dados provenientes das narrativas dos pais, pode afirmar-se que: A conexão fortalecida entre os participantes demonstra claramente o aumento das suas competências emocionais e da sua capacidade de se relacionar com os outros; A descrição de como o programa os capacitou na gestão das suas próprias emoções e na compreensão das emoções dos outros mais eficazmente, demonstra o aumento da capacidade de lidar com as emoções e apresenta-se como um indicador tangível do desenvolvimento das suas competências emocionais; O ressalto da relevância da educação emocional nas escolas e como o programa contribuiu para o seu desenvolvimento emocional, espelha não apenas o seu próprio desenvolvimento, como também a crença de que tais programas devem ser acessíveis a todos, para promoção do bem-estar emocional da sociedade em geral.

Os resultados da observação das educadoras de infância do comportamento dos pais após a participação no programa, evidenciam inequivocamente o poder transformador da educação emocional. Os pais tornaram-se modelos mais eficazes de autoconsciência e regulação emocional, contribuindo para a criação de um ambiente mais saudável e

afetuoso, propício ao crescimento e desenvolvimento dos seus filhos. Este programa não só capacitou os pais, como também enriqueceu a qualidade de vida das suas famílias.

A literatura corrobora as considerações apresentadas acima e reforça que um ambiente emocional que enfatiza a educação e a expressão das emoções facilita a compreensão das próprias emoções e das emoções dos outros, estimula a aprendizagem, incentiva o assumir das consequências das decisões tomadas, promove a autoestima, o bem-estar e permite que as pessoas se adaptem às exigências dos contextos sociais e da vida em sociedade (Melo, 2005; Vale, 2009). Além disso, essa experiência de vivência em sociedade, baseado no suporte social, facilita o processo de adaptação da pessoa ao meio (Ornelas, 2008). É importante notar que o sentido de responsabilidade do indivíduo para assumir responsabilidade aumenta quando lhe é inculcida a oportunidade de adquirir competências (Menezes, 2007).

Com o propósito de aperfeiçoar ainda mais a eficácia do Programa de "Promoção das Competências Emocionais dos Pais das Crianças em Idade Pré-escolar", contempla-se a implementação de medidas corretivas, padronização e capacitação da equipa de enfermagem para otimizar a eficácia do Programa. Para além disso, é fundamental reconhecer e partilhar os sucessos deste projeto.

Sendo assim, adicionalmente à EVCE, considera-se a implementação de uma avaliação inicial mais abrangente de forma a identificar as necessidades emocionais de cada participante. Esta abordagem possibilita a personalização das sessões de acordo as necessidades individuais, maximizando, assim, os resultados alcançados. Outra medida será disponibilizar espaço para discussões individualizadas com os participantes, possibilitando o esclarecimento de dúvidas e a exploração dos resultados com uma maior profundidade, contribuindo assim para uma compreensão mais holística das competências emocionais e da sua aplicação individual.

Com o propósito de manter uma participação eficaz dos pais e o sucesso das sessões, mantem-se a duração das mesmas (entre 45 e 90 minutos), tal como recomendado por Sequeira (2020), de forma a maximizar o envolvimento e a participação dos pais, com o objetivo de otimizar os resultados. A padronização dos dias e horários das sessões também se mantém, respeitando sempre a disponibilidade dos participantes. Esta

abordagem ajuda os participantes a organizar a sua participação de forma consistente e a cumprir com sucesso o programa.

Em reunião de serviço da UCC foi realizada formação especializada à equipa de enfermagem, no que respeita às habilidades de mediação, a mesma também foi capacitada de forma a identificar sinais de desafios emocionais enfrentados pelos pais. Permitindo à equipa adaptar as suas abordagens para melhor compreender as necessidades individuais, assegurando um suporte mais personalizado. Foi proposto em reunião de equipa de enfermagem, a participação em eventos profissionais focados nas áreas da saúde escolar e saúde mental, com o intuito de partilhar os resultados positivos do programa e as estratégias implementadas. Considera-se também a elaboração de artigos científicos que descrevam a metodologia, os resultados e as aprendizagens adquiridas com o projeto, contribuindo assim para a ampliação do conhecimento no âmbito da saúde mental. Em conjunto com a Coordenadora do Projeto da Educação para a Saúde foi acordado a organização de sessões informativas destinadas aos pais, educadores e membros da comunidade escolar, destacando os insights obtidos e os benefícios do programa e a expansão do programa aos pais das crianças que frequentam os estabelecimentos de ensino pré-escolar integrados no agrupamento escolar em foco.

Como método de avaliação do projeto e visando a melhoria contínua, efetua-se uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats), com base nos objetivos do PMCQCE (Apêndice XV).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sequeira e Sampaio (2020), enfatizam que o EEESMP assume um papel imprescindível na promoção da saúde mental e na mitigação das desigualdades em saúde. Considerando que os alicerces para uma saúde mental equilibrada no adulto são construídos na infância, o ambiente familiar e os cuidadores da criança assumem um papel de relevância inquestionável, requerendo uma abordagem especializada e intervenção adequada. Ao longo do seu projeto de vida e de saúde, cada indivíduo defronta-se com diversos desafios, cuja superação bem-sucedida alicerça-se nas suas capacidades de adaptação.

A promoção da saúde mental exige um amplo leque de conhecimentos, compreensão e trabalho interdisciplinar. O EEESMP desempenha uma função essencial na identificação, no acompanhamento e na intervenção, fomentando a estabilidade e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Os objetivos inicialmente definidos para os diferentes contextos de estágio foram alcançados conforme previsto. Realizei análises minuciosas, treinei e realizei reflexões aprofundadas sobre as competências específicas do EE e do EEESMP. Estas competências não contribuem apenas para aprimorar a qualidade dos serviços prestados, como também conferem visibilidade ao papel crucial do EEESMP.

O desenvolvimento das competências supramencionadas, juntamente com as mudanças pessoais ocorridas, impulsionaram uma maior capacidade de avaliação, competências profissionais mais abrangentes, melhor relação terapêutica e a aplicação de técnicas de intervenção mais fundamentadas.

O trabalho desenvolvido durante os estágios teve como objetivo ir ao encontro dos enunciados descritos para os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESMP.

A realização dos Estágios constituiu um percurso notadamente desafiador, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. A necessidade de conciliação dos âmbitos pessoal, profissional, familiar e académico revelou-se um enorme desafio, mas igualmente enriquecedor e compensador, pois permitiu aprofundar todas as vivências, experiências, competências e limitações que moldam e sustentam a minha identidade

como pessoa e enfermeira. A progressão e o aumento da autonomia na prática clínica facultaram-me uma ampliação substancial das competências na gestão do tempo, na capacidade de planeamento e organização e na autoconfiança requerida para enfrentar os desafios com sucesso.

No âmbito das relações terapêuticas, a escuta ativa e empática emergiu como uma valiosa ferramenta para o estabelecimento de conexões profundas e significativas com os utentes. A capacidade de compreender e validar as experiências subjetivas, associada a uma comunicação clara e respeitosa, criou o terreno propício para fomentar a resiliência e a recuperação.

É relevante salientar o substancial apoio recebido por parte dos orientadores e das distintas equipas multidisciplinares, cujo contributo se mostrou de notório relevo para o êxito das intervenções realizadas. A confluência entre o compromisso profissional e a busca incessante pela excelência na prestação de cuidados no contexto da SMP constituiu um ensinamento de profundo significado, destacando-se como um alicerce essencial para a efetivação da prática de enfermagem nesse domínio.

Por conseguinte, é plausível afirmar que esta jornada no âmbito da ESMP traduziu-se numa fonte enriquecedora de sabedoria e crescimento pessoal. As vicissitudes e conquistas ao longo deste percurso contribuíram para a construção de um profissionalismo embasado na competência técnica, na empatia e no compromisso ético. Assim, emerge a convicção de que a minha atuação futura será norteadada por uma compreensão mais profunda das nuances e desafios associados à saúde mental, visando sempre o bem-estar e a qualidade de vida daqueles que buscam assistência neste domínio de inquestionável relevância.

Concluindo, anseio que este relatório possa incorporar um modesto, mas substancial contributo ao corpo de conhecimento já existente, almejando servir como uma fonte inspiradora e reflexiva para aqueles que se aventuram na investigação deste complexo e enriquecedor domínio da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, D. V. G. (2012). *A qualidade dos serviços de saúde: análise comparativa de diferentes perceções*. Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã. <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3038/1/Qualidade%20dos%20Servi%C3%A7os%20e%20Sa%C3%Bade.pdf>
- Abreu, C. N. D., Karam, R. G., Góes, D. S., & Spritzer, D. T. (2008). Dependência de Internet e de jogos eletrônicos: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 156-167. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000200014>
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral. (2019). Plano Local de Saúde Pinhal Litoral 2018-2020. Revisão de novembro 2019. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/QUEM%20SERVIMOS/PLS%20Pinhal%20Litoral%20rev%202019.pdf>
- Allen, J. S. (1997). Are traditional societies schizophrenogenic?. *Schizophrenia Bulletin*, 23(3), 357-364. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.3.357>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2000). Metodologia da investigação em psicologia e educação.
- Almeida, M. B. M. (2006). *Socialização Parental das Emoções e a Competência Social da Criança*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Portugal. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/291/1/DM%20ALME-MB1.pdf>
- Almeida, S. L., & Araújo, M. A. (2014). *Aprendizagem e sucesso escolar: Variáveis pessoais dos alunos*. Braga: Associação para o Desenvolvimento da Investigação em Psicologia da Educação.
- Almeida, S., & Amendoeira, J. (2015). O enfermeiro gestor de caso no empowerment da pessoa com doença mental crónica. *Revista da UIIPS*, 3(5), 330-342. https://www.researchgate.net/publication/306576875_O_enfermeiro_gestor_de_caso_no_empowerment_da_pessoa_com_doenca_mental_cronica
- Almeida, V. D. C. F. D., Lopes, M. V. D. O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39, 202-210. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf/>
- Arriaga, P., & Almeida, G. (2010). Fábrica de emoções: A eficácia de excertos de filmes na indução de emoções. *Fábrica de emoções: a eficácia de excertos de filmes na indução de emoções. Laboratório de Psicologia*, 8 (1), 63-80. https://www.researchgate.net/publication/234298493_Fabrica_de_Emocoes_A_eficacia_de_excertos_de_filmes_na_inducao_de_emocoes
- Assembleia da República [AR]. (2009). Lei nº 111 de 16 de setembro de 2009. Diário da República, 1ª série, nº 180, 6528-6550. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf
- Azevêdo, A. V. D. S., Lançon, A. C., & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 3653-3666. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>
- Barros, M., & Batista-dos-Santos, A. C. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, 10(112), 1-9. <https://pt.scribd.com/doc/47355540/Albert-Bandura-Teoria-SocialCognitiva-Autoeficacia>

- Barroso, R. (2010). Da punição física ao abuso físico: conceptualização e consequências práticas. *Revista Portuguesa de Ciências Criminais*, 280-298. https://www.researchgate.net/publication/229458069_Da_punicao_fisica_ao_abuso_fisico_conceptualizacao_e_consequencias_praticas
- Belsky, J., Rovine, M., & Taylor, D. G. (1984). The Pennsylvania Infant and Family Development Project, III: The origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. *Child development*, 55(3), 718-728. <https://doi.org/10.2307/1130124>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bilhete de Identificação dos Cuidados de saúde Primários (2021). Serviço Nacional de Saúde. Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde: SPMS. Disponível em UCC Arnaldo Sampaio - Leiria (min-saude.pt). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Bittencourt, G.K.G.D., & Crossetti, M.G.O. (2013). Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, 47(2), 341- 347. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tNXwHnGP8B4Zb3TdTG7Ycwf/>
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *CIAIQ2016*, 2, 572-577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/782>
- Brito, E.T., Albuquerque, R.A.F., Magalhães, A.R. (2012): *Liderança e sua interferência no trabalho em equipe nas organizações*, IX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, disponível em <http://www.aedb.br/seget/artigos12/38516814.pdf>
- Brusamarello, T., Capistrano, F. C., de Oliveira, V. C., das Mercês, N. N. A., & Maftum, M. A. (2013). Cuidado a pessoas com transtorno mental e familiares: diagnósticos e intervenções a partir da consulta de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 18(2). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32574>
- Bruxel, A., & Junqueira, A. G. W. (2011). Gestão de pessoas: satisfação dos profissionais de uma organização do ramo de telecomunicações. *Revista Destaques Acadêmicos*, 3(1), 127-145. <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/viewFile/218/214>
- Buenaventura, L. P., Montero, A. C., Cerceda, T. C., Valiña, N. F., Merlo, A. B. M., Navarrete, M. E. S. (2010). *El Papel de la Enfermería en la Patología Dual*. XXVII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Logroño: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8940c6cf-df1b-42d4-afa7-9e66325e5ad8/aed2c4e3-aa06-437a-80ea-3f0dd62c2b3d/Papel_Enfermeria_Patolog%C3%ADa_dual.pdf
- Bulman, C., & Shutz, S. (2013). *Reflective Practice in Nursing.(5th)*. Oxford: Wiley-Blackwell https://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_151614_52.pdf
- Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Bulechek, G. M., & Wagner, C. M. (2020). *NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). (7ª ed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Camarneiro, A. P. F., & Justo, J. M. R. (2014). O contributo dos fatores psicológicos na ocorrência do parto pré-termo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 113-121. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/595/533>
- Camilo, C., & Garrido, M. V. (2013). Desenho e avaliação de programas de desenvolvimento de competências parentais para pais negligentes: Uma revisão e reflexão. *Análise Psicológica*, 31(3), 245-268. <https://doi.org/10.14417/ap.697>
- Camelo, S. H. H., & Silva, V. L. S. (2013). A Competência da Liderança em Enfermagem: Conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21 (4), 533-539 <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a19.pdf>
- Campos, C. M. (2018). *Psicoeducação em saúde mental na comunidade: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de enfermagem de Lisboa, Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27908/3/MESMP_7405_original.pdf

- Campos, P., Almeida, E., & Gonçalves, A. (2009). *Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria: que contributos*. A Saúde Mental e Vulnerabilidade Social, SPESM, 46-52. https://issuu.com/spesm/docs/livro_actas
- Canabrava, D. de S., Vilela, J. C., Brusamarello, T., Roehrs, H., & Maftum, M. A. (2011). Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoria das relações interpessoais: relato de experiência. *Ciencia Cuidado E Saúde*, 10(1), 150-156. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8044/pdf>
- Carrol, T. (2007). *Manage Yourself for a more Fulfilling Career*. In Jones, R., *Leadership and Management: theories, processes and practice*. Chapter 2. Philadelphia: F.A.Davis Company. <https://archive.org/details/nursingleadershi0000jone>
- Castro-Henriques, M., Barros, G., Pais Ribeiro, J., & Palha, F. (2006). Funcionamento social e qualidade de vida em doentes com esquizofrenia: estudo comparativo entre doentes institucionalizados e doentes em regime de Hospital de Dia. *Revista de saúde mental*. VVKA, 8 (1). https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=83552
- Cavanagh, S. L. (2021). Socioterapy in the time of COVID-19: a critical position paper on the importance of sociology. *Journal of Applied Social Science*, 15(2), 211-225. <https://doi.org/10.1177/1936724421998275>
- Centre for Addiction and Mental Health [CAMH]. (2010). Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+. *Canada: Centre for Addiction and Mental Health* <https://www.porticonetwork.ca/documents/81358/128451/Older+Adults+55%2B/d27d7310-ba6c-4fe8-91d1-1d9e60c9ce72>
- Chabot, D., & Chabot, M. (2015). *Pedagogia emocional: sentir para aprender*. São Paulo: Sá editora.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusociência.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção*. Loures: Lusociência.
- Cielo, C., CAmpnogara, S., & Pillon, R. B. F. (2013). A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: um relato de experiência. *Journal of Nursing and Health*, 3(2), 204-12. <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3398/3242>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development»*. Suíça: International Council of Nurses. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Conselho Local de Ação Social (2017) Diagnóstico Social do Concelho de Leiria. Leiria.
- Cordeiro, A. L. D. M. (2010). *Responsabilidade profissional: recursos humanos e qualidade dos cuidados em enfermagem* (Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10451/2021>
- Costa, C. D., & Cravo, A. (2016). *Emoções e Sociedade. Estratégias facilitadoras para contexto escolar e familiar*. Lisboa: Plátano Editora.
- Costa, J. (2004). *Métodos de prestação de cuidados*. Escola Superior de Viseu, Viseu, 234-251. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/560/1/M%20c3%a9todos%20de%20presta%20c3%a7%20c3%a3o%20de%20cuidados.pdf>
- Costa, V. (2014). *As Competências Emocionais nos Decisores Políticos Portugueses*. Tese de Doutoramento, Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/11518>
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologias das Ciências Sociais-teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Cowan, P., & Cowan, C. (2002). Intervenções como testes das teorias dos sistemas familiares: Relações conjugais e familiares no desenvolvimento e psicopatologia infantil. *Cambridge University Press*, 14 (4), 731-759. <https://doi.org/10.1017/S0954579402004054>

- Cruchinho, P. (2009). Modelo das dez etapas: um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado na utilização dos instrumentos básicos da profissão. *Percursos*, 12, 13-29. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_12.pdf
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World psychiatry*, 12(2), 137-148. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23737423/>
- Czermainski, F. (2012). *Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas no Trasnorno do Espectro do Autismo*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/63201/000860693.pdf?sequence=1>
- Damáσιο, A. (2017). *O sentimento de si: corpo, emoção e consciência*. Lisboa: Círculo de Leitores, Coleção Temas e Debates.
- D'Amours, G., Poissant, J., Desjardins, N., Laverdure, J., & Massé, R. (2008). Un modèle pour orienter les actions de promotion de la santé mentale et de prévention de troubles mentaux. *Promotion & Education*, 15(1), 54- 59. http://ped.sagepub.com/content/15/1_suppl/54.full.pdf
- Delaney, C. W., Marin, H., Rodrigues, R., Nielsen, G., & Yan, J. (2001). *Building Standard-Based Nursing Information Systems*. Pan American Health Organization. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BuildingStandardBasedNursingInformationSystems.pdf>
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. (2008). Diário da República, 1.ª série, N.º 38 (2008-02-22). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>
- Decreto-Lei nº 247/09 de 22 de setembro de 2009. (2009). Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª série, N.º 184 (2009-09-22). <https://dre.tretas.org/pdfs/2009/09/22/plain-260933.pdf>
- Denham, S. A., Blair, K., Schmidt, M., & DeMulder, E. (2002). Compromised emotional competence: Seeds of violence sown early?. *American journal of orthopsychiatry*, 72(1), 70-82. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.1.70>
- Dias, C.M. & Lopes, M.I. (2010). Raciocínio Clínico em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 21, 33-45. https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstrac_t=2355&id_event=64
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2014/04/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-DGS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/ProgramaNacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31861/1/SaudeMental_em_Sau%CC%81de%20Escolar_2019.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf
- England, M. J., Butler, A. S., & Gonzalez, M. L. (2015). Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards. Committee on developing

- evidence-based standards for psychosocial interventions for mental disorders. *National Academies. Org.* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305126/pdf/Bookshelf_NBK305126.pdf
- Eskin, M. (2013). *Problem solving therapy in the clinical practice* [electronic book]/Mehmet Eskin. <https://www.sciencedirect.com/book/9780123984555/problem-solving-therapy-in-the-clinical-practice>
- Evans, J. D., Bond, G. R., Meyer, P. S., Kim, H. W., Lysaker, P. H., Gibson, P. J., & Tunis, S. (2004). Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 70(2-3), 331-342. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15329308/>
- Evans, J. D., Heaton, R. K., Paulsen, J. S., Palmer, B. W., Patterson, T., & Jeste, D. V. (2003). The relationship of neuropsychological abilities to specific domains of functional capacity in older schizophrenia patients. *Society of Biological Psychiatry*, 53(3), 422-430. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12614995/>
- Feitosa, H. N., Ricou, M., Rego, S., & Nunes, R. (2011). A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Revista bioética*, 19(1), 259-276. https://www.researchgate.net/publication/280641340_A_Saude_Mental_das_Crianças_e_dos_Adolescentes_consideracoes_epidemiologicas_assistenciais_e_bioeticas
- Fernandes, A. C. (2013). *Reflexões e contributos para a reforma do sistema de saúde em Portugal*. Ericeira: Diário de bordo.
- Fernandes, O. (2007). *A Formação Inicial em Enfermagem Entre a Teoria e a Experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.
- Fernandes, D. F. (2018) *A importância da adesão ao regime terapêutico em pessoas com perturbação mental*. Relatório de Estágio para Obtenção do grau de Mestre com Especialização em Saúde Mental. Universidade Católica Portuguesa de Lisboa-Porto, Porto, 48. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/30666/1/Relat%C3%B3rio%20Mestrado.pdf>
- Figueira, M., Sampaio D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel, 59-77.
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*, 1-7. <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalinspdf/singles/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem.pdf>.
- Fonseca, L., Valle, T. M., Reis, R., & Mesquita, K. (2016). Inteligência Emocional: uma competência da atualidade. *Congresso Nacional de Excelência em Gestão*, 12, 1-23. http://www.inovarse.org/sites/default/files/T16_216.pdf.
- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipas multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(1), 29-43. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582004000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 45-53. https://www.researchgate.net/publication/256463126_Efeitos_da_lideranca_na_melhoria_da_qualidade_dos_cuidados_de_enfermagem
- Franco, C., Szerman, N. & Geraldo, A. (2016). *Doença Psiquiátrica e Adição: Duas Faces da Mesma Moeda?* (1ª ed.). Lisboa: Chiado.
- Franzoi, M. A. H., Lemos, K. C., Jesus, C. A. C. D., Pinho, D. L. M., Kamada, I., & Reis, P. E. D. D. (2016). Teoria das relações interpessoais de peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. *Revista de enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Enfermagem on line*, 10(4):3653-3661. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11140/12641>

- Freitas, C., & Gonçalves, M. (2012). A Estigmatização do Doente Mental. *Artigonal - Diretório de Artigos Gratuitos*. <http://www.artigonal.com/saude-artigos/aestigmatizacao-do-doente-mental-2440918.html>
- Gelbcke, F.L., Souza, L.A., Sasso, G.M.D., Nascimento, E., & Bulb, M.B.C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira Enfermagem*, 6(1). <https://www.scielo.br/j/reben/a/L7NVY4MfxM56V4JJT69Tjr/?format=pdf&lang=pt>
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Fayyaz, F., & Chen, Z. (2015). Integrative Self-knowledge and Marital Satisfaction. *The Journal of Psychology*, 149(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/00223980.2013.827614>
- Gardona, R. G. B., & Barbosa, D. A. (2018). Importância da prática clínica sustentada por instrumentos de avaliação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71,1921. http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-1815.pdf
- Golan, M., Yaroslavsky, A., & Stein, D. (2009). Managing eating disorders: Countertransference processes in the therapeutic milieu. *International Journal of Child Health and Adolescent Health* 2(2): 214-227. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:30431386>
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: why it can matter more than IQ*. New York: Bantam.
- Goleman, D. (1999). *Working with emotional intelligence*. Londres: Bloomsbury.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. (3ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. (12ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2006). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (2015). *Liderança: A inteligência emocional na formação de líderes de sucesso*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Gorenstein, C., Wang, Y. P., Hungerbuler, I. (2016). *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Gottlieb, L.N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: saúde e cura para pessoa e família*. Loures: Lusociência.
- Gottman, J. Declair, J. (1999). *A Inteligência Emocional na Educação*. Cascais: Pergaminho.
- Hanneck, C., & Ghedini, M. (2017). Janela de Johari: Uma Ferramenta da Psicologia Aplicada à Administração. *Anais Da Jornada Científica Dos Campos Gerais*, 15. <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/jornada/article/view/262>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os Cuidados de enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoghugh, M. e Long, N. (2004). Manual de parentalidade: teoria e pesquisa para a prática. *No Manual de Parentalidade: Teoria e Pesquisa para a Prática*. <https://doi.org/10.4135/9781848608160>
- Houser, J. (2023). *Nursing Research: Reading, Using, and Creating Evidence*. (5th). Jones & Bartlett Learning.
- Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau - Enfermagem Psicodinâmica. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.), 423 - 444. Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses [ICN]. (2021). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®/ICNP)*, versão 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jesus, M. C. P. D., Figueiredo, M. A. G., Santos, S. M. D. R., Amaral, A. M. M. D., Rocha, L. D. O., & Thiollent, M. J. M. (2011). Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1229-1236. <http://www.repositorio.ufif.br/jspui/bitstream/ufif/8431/1/Educa%C3%A7%C3%A3o%20permanente%20em%20enfermagem%20em%20um%20hospital%20universit%C3%A1rio.pdf>

- Kazantzis, N., & L'Abate, L. (Eds.). (2007). Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy Research, Practice, and Prevention. *Springer Science+Business Media*. <https://download.e-bookshelf.de/download/0000/0009/73/L-G-0000000973-0002369106.pdf>
- Khalifa, S., Bella, S. D., Roy, M., Peretz, I., & Lupien, S. J. (2003). *Effects of relaxing music on salivary cortisol level after psychological stress*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 999, 374-376. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14681158/>
- Kleinman, S. (2004). What is the Nature of Nurse Practitioners' Lived Experiences Interacting with Patients? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, June, Vol.16, p.263- 269. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15264613/>
- Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. London: Department of Health. [http://eprints.lse.ac.uk/39300/1/Mental health promotion and mental illness prevention\(autor\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/39300/1/Mental_health_promotion_and_mental_illness_prevention(autor).pdf)
- Krabbendam, L., & Van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence—conditional on genetic risk. *Schizophrenia bulletin*, 31(4), 795-799. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi060>
- Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, E. M., Rüsçh, N., & Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: the role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209(1), 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.009>
- Laible, D. J., & Thompson, R. A. (1998). Attachment and emotional understanding in preschool children. *Developmental psychology*, 34(5), 1038. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.34.5.1038>
- Laranjeira, C. & Querido, A. (2021). Planeamento dos Ensinos Clínicos descritivo no 2.º e 3º Semestres do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria 1ª Edição. Instituto Politécnico de Leiria-Escola Superior de Saúde, Leiria.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. (3ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Lethinen, V. (2008). Building up good mental health. Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Positive Mental Health Environments Project. *Stakes*. <https://core.ac.uk/download/pdf/12358275.pdf>
- Lima, A. B., & Espíndola, C. R. (2015). Esquizofrenia: Funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação. *Revista Subjetividades*, 15(1), 105-112. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000100012&lng=pt&tlng=pt.
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007). *Manual de gestão da qualidade*. Lisboa: Editora RH.
- Lopes, J.M.O. (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso. A experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7296>
- Lopes, M. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Lopes, M. J. (2018). Forming and maintaining interpersonal relationships. *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person-Centred Evidence-Based Approach*, 247-257. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19
- Macedo, A. P., Petronilho, F., & Cainé, J. (2013). Nursing information systems: from documentation as evidence to documentation as a support to the clinical decision making. In *Handbook of Research on ICTs and Management Systems for Improving Efficiency in Healthcare and Social Care*, 474-491, United States of America: IGI Global. [doi: 10.4018/978-1-4666-6339-8.ch050](https://doi.org/10.4018/978-1-4666-6339-8.ch050).
- Macedo, E., Candeias, A., Gomes, M. F. P., Duarte, A. C. S. P., Pires, B., Azevedo, C., ... & Garcia, A. (2019). *Guião de intervenção na promoção do Recovery para a pessoa com doença mental*. Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Braga. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/59637/1/Gui%C3%A3o%20de%20interven>

[%C3%A7%C3%A3o%20na%20promo%C3%A7%C3%A3o%20do%20Recovery%20da%20pessoa%20com%20doença%20mental.pdf](#)

- Macedo, A.F., & Pereira, A.T. (2014). *Saúde Mental Perinatal*, 221-239. Lisboa: LIDEL.
- Marques-Teixeira, J. (2005). *Manual de Avaliação da Disfunção Cognitiva na Esquizofrenia*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores.
- 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*, (1), 97-102. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a16.pdf>
- Martins, M. D. C. A., & Fernandes, P. F. D. C. (2010). O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito. *O gestor de caso: aplicabilidade do conceito*. <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1731/1/Gest%C3%A3o%20de%20caso%20art%202010%20C.pdf>
- Martineaud, S., Engelhart, D., de Barros Brito, M. T., Mesquita, A., & Coutelis, A. (2002). *Teste a sua inteligência emocional*. Cascais: Pergaminho.
- Martínez, A., Carrillo, L., Candel, C., Tapias, L., Íñiguez, R., & Guardiola, V. (2012). Papel de la enfermería en el tratamiento integrado de la patología dual. *Codem-colegio oficial de enfermería de Madrid*. http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/e71e8e0a-4dd8-4460-9461-bd76044609c4/34c2b6a5-906f-40ff-b990-dfbc114fcae4/Papel_Enfermeria_tratamiento_patologia_dual.pdf.
- Marujo, H. A. (1997). As práticas parentais e o desenvolvimento sócio-emocional: propostas para uma optimização de recursos e de resultados. In H. Marchand & H. R. Pinto (Eds.), *Família: Contributos da Psicologia e das Ciências da Educação*, 129-141. Lisboa: Educa.
- Matimba, A. (2014). *Efeitos do programa de estimulação cognitiva em idosas institucionalizadas na unidade do sagrado coração com défices cognitivos moderados-CSBJ*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Braga. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18096/1/Tese%20Completa%20Aida%20Matimba.pdf>
- Matos, M. B., Bragança, M. & Sousa, R. (2003). *Esquizofrenia de A a Z*. Lisboa: Climepsi
- Matos, E., Pires, D. E. P. D., & Sousa, G. W. D. (2010). Relações de trabalho em equipas interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista brasileira de enfermagem*, 63, 775-781. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500013>
- Masten, A. S. (2019). Resilience from a developmental systems perspective. *World Psychiatry*, 18(1), 101. <https://doi.org/10.1002/wps.20591>
- Melemis, S. M. (2015). Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(3), 325–332. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553654/>
- Melo, A. T. (2004). *Em Busca do Tesouro das Famílias Intervenção familiar em prevenção primária das toxicodependências*. Viana do Castelo: Gabinete de Atendimento à Família.
- Melo, A. T. (2005). *Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Braga. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4926>
- Melo, A. T. (2009), *Em Busca do Tesouro das Famílias Intervenção familiar em prevenção primária das toxicodependências (2ª ed. Revista e Aumentada)*. Viana do Castelo: Gabinete de Atendimento à Família.
- Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 15-23. https://www.researchgate.net/publication/263859417_Atividades_de_ocupacao_terapeutica_in

[tervencoes de enfermagem estruturadas em reabilitacao psicossocial Therapeutic Occupation Activities - Nursing Structured Interventions in Psychosocial Rehabilitat? ie](#)

- Melo-Dias, C.; Rosa, A.; & Pinto, A. (2016). Reasoning and planning of therapeutic occupation activities. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (15), 63-70. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0133>
- Mendes, J. (2006). A Relação de Ajuda: Um instrumento no processo de cuidados de Enfermagem. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem INFORMAR*, 36, 71-77. <http://hdl.handle.net/10174/3163>
- Menezes, I. (2007). *Intervenção Comunitária: Uma Perspectiva Psicológica*. Porto: Livpsic
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros [MCEESIP-OE]. (2015). Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_v_f.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2014). Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Porto. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2023). Pronúncia do Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental E Psiquiátrica N.º 47/2023. Clarificação de Conceitos no Âmbito da Enfermagem de Saúde Mental E Psiquiátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp_47-2023_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp_iniciativa-da-mceesmp.pdf
- Mesa Do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Parecer nº10/2017. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEM_C_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 10143/2009. Organização e Funcionamento dos ACES. Diário da República, 2.ª série, n.º 74. 15438 – 15440. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEC_Despacho_10143_2009.pdf
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde – Criação do Agrupamento de Centros de Saúde (ACS), Ministério da Saúde, Lisboa. https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Proposta_Reconfiguracao_CS.pdf
- Moreira, P. (2010). *Ser Professor: Competências Básicas ...3. Emoções positivas e regulação emocional*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. A. S., Oliveira, J. T., Crusellas, L., & Lima, A. (2012). Inventário de identificação de emoções e sentimentos (IIES): estudo de desenvolvimento e de validação. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3(1),39-66. http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/218/4/rpca_v3n1_2_artigo.pdf
- Morgado, T., Simões, C. (2021). *Algoritmo de Tomada de Decisão Ética de Enfermagem Apontamentos das aulas de Ética e Deontologia em Enfermagem*, Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Leiria Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.
- Moura, P. F. S., Neiva, M. J. L., & Gomes, R. N. S. (2015). Bioethics in the context of nursing: ethical and legal aspects. *Revista Ciência & Saberes - Facema*, 1 (1), 75-80.
- Nagle, U., & Farrelly, M. (2018). Women’s views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery*, 66, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.015>
- Neeb, K., & Fernandes, G. M. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures: Lusociência.

- Neves, D. R., Nascimento, R. P., Felix Jr, M. S., Silva, F. A. D., & Andrade, R. O. B. D. (2018). Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. *Cadernos Ebape*, 16, 318-330. <https://doi.org/10.1590/1679-395159388>
- Nogueira, J. M. A. (2004). A gestão da doença crónica com o desafio dos custos. *Cidade Solidária: Saúde*. 116-121. http://ww3.scml.pt/media/revista/rev_11/saude_custos.pdf
- Nunes, L (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2013). *Competências morais dos profissionais de enfermagem: "Cinco Estrelas" Revisitadas*. VIII Encontro de enfermagem do centro hospitalar Leiria-Pombal. Leiria. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. *Lisboa: Ordem dos Enfermeiros*.
- Olds D., Henderson, Jr., & Cole R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., & Morris, P. (1998). Efeitos a longo prazo das visitas domiciliárias de enfermeiras no comportamento criminoso e antissocial infantil: acompanhamento de 15 anos de um estudo randomizado controlado. *JAMA*. 280(14):1238-1244. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188048>
- Oliveira, L., & Queirós, P. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a população portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, (10), 77-89. https://www.researchgate.net/profile/paulo_queiros2/publication/275714022
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. Lisboa <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Delegação – Tomada de posição. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros. https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_2_3Abr2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, (2009a). *Código Deontológico*. <https://esesfm.pt/wp-content/uploads/2020/12/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009b). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/cadernos-tem%C3%A1ticos-sobre-o-modelo-de-desenvolvimento-profissional/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMCQCE)*. Conselho de Enfermagem Regional Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/acoeres/ eventos/Documents/Gui%C3%A3o%20PMCQCE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código Deontológico. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 356/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário Da República, 2.ª Série — N.º 122 — 25 de junho de 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf
- Ordem Enfermeiros. (2015c). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário Da República, 2ª Série, Anexo I, 21427–21430. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2ª Série, nº26, 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamentodas-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-dascompet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 Regulamento da Norma das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado em Diário da República nº 184/2009, 2.ª Série de 25 de setembro de 2019. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021a). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. In 1 a Edição Digital. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppessdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021b). Ontologia de Enfermagem. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Home/Login?ReturnUrl=%2fBrowser>
- Organização Mundial de Saúde. (2003). Organization of services for mental health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333104/9241545925eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Orientação nº 002/2017 (2017). *Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde Direção-Geral da Saúde. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2017/01/23/orientacao-dgs-preparacao-e-conducao-de-auditorias-da-qualidade-e-seguranca-da-prestacao-de-cuidados-de-saude/>
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século
- Parke, R. D., & Buriel, R. (2008). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. *Child and adolescent development: An advanced course*, 95-138. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0308>
- Paula, R. (2009). *Relação Multiprofissional do Trabalho em Equipa na Atenção Básica de Saúde*. Trabalho de conclusão como exigência para obtenção do Título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0296.pdf>
- Peixoto, N. M. D. S. M., & Peixoto, T. A. D. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pender, N., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2014). *Health promotion in Nursing Practice*. (7ª ed.). Boston: Pearson.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Pinho, L. M. G., & Pereira, A. M. S. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (14), 15-23. <http://dx.doi.org/10.19131/rpasm.0101>
- Pires, F. (2013). *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Prestados ao Idoso em Contexto Domiciliário: Adesão ao Regime Terapêutico*. Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem – Gestão de Unidades de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8452/1/ESSTFC557.pdf>
- Prudente, M. (2000). *Bioética: Conceitos Fundamentais*. Porto Alegre: Ed. do Autor.
- Primberan. (s.d.). Dicionário da Língua Portuguesa. <https://dicionario.priberam.org/>
- Plano Local de Saúde ACES Pinhal Litoral 2018-2020. Leiria: ACES Pinhal Litoral.
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Queirós, T., Coelho, F., Linhares L., & Telles-Correia D. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 32(1), 70-77. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/10768/5592>
- Rachels, J. (2004). *Elementos de Filosofia Moral*. Lisboa: Gradiva.
- Rede Social (2017). *Diagnóstico Social do Concelho de Leiria*. Leiria: Rede Social.
- Rego, A., & Fernandes, C. (2005). Inteligência emocional: Contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*. <https://revista.appsicologia.org/index.php/rpsicologia/article/view/401/161>
- Regulamento nº 167/2011 de 8 de março (2011). Regulamento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica. Diário da República 2ª Série. Nº 47, 11114 - 11120. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/167-2011-1979441>
- Regulamento nº 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (10 de janeiro de 2018). Diário da República, Série II, nº 21, 3478-3487. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>
- Ribeiro, N. (2015). Representação das Qualificações nos Processos de Negócio. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Aeronáutica Militar. Academia da força Aérea. Sintra. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11654/1/Disserta%C3%A7%C3%A3oMestrado_ASP_AL_PILAV_137727C_RIBEIRO.pdf
- Rogers, C. (2009). Tornar-se pessoa. Lisboa: Padrões Culturais.
- Sampaio, D. (2002). Inventem-se Novos Pais. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, F. M. C., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. *Journal of advanced nursing*, 74(5), 1114-1126. <https://doi.org/10.1111/jan.13520>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). Definição do alcance da pesquisa a ser realizada: exploratória, descritiva, correlacional ou explicativa. *Metodologia de pesquisa*. (5ª ed.) Porto Alegre: Penso, 99-110
- Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Edições Técnicas. Lidel
- Serrano, A., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 15-23. <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>
- Shaffer, A., & Obradović, J. (2017). Unique contributions of emotion regulation and executive functions in predicting the quality of parent–child interaction behaviors. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 150-159. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27929314/>

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. [SICAD]. (2021). *Sinopse Estatística 2019 - Substâncias Ilícitas*. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/Documents/2021/SinopseEstatistica19_substanciasilicitas_PT.pdf
- Silva, A.P. (2006). *Sistemas de informação em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Silva, M. (2011). *Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>
- Silva, M. T. M. D. C. (2017). *Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade*. Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>
- Silva, T. N. D., Freire, M. E. M., Vasconcelos, M. F. D., Silva Junior, S. V. D., Silva, W. J. D. C., Araújo, P. D. S., & Eloy, A. V. A. (2018). Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 3-10. <https://www.scielo.br/j/reben/a/xyLHbZ5LZVBSyKMjTRqbXt/?lang=en>
- Sinha, R. (2011). New Findings on Biological Factors Predicting Addiction Relapse Vulnerability. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 398–405. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21792580/>
- Solmeyer, A. R., Feinberg, M. E., Coffman, D. L., & Jones, D. E. (2014). The effects of the Family Foundations prevention program on coparenting and child adjustment: A mediation analysis. *Prevention Science*, 15, 213-223. <http://doi.org/10.1007/s11211-013-0366-x>
- Sousa, J. P. S., & Santo, E. E. (2010). Uma análise dos estilos de liderança organizacional. *Revista Eletrônica Bilibonline, João Pessoa*, 6(1), 160-169. <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/biblio/article/view/4911>
- Sousa, L., Araújo, O., Silva, M. (2020). *Estimulação cognitiva*. In Sequeira C. & Sampaio F., *Enfermagem de Saúde Mental, Diagnósticos e Intervenções*, 190-192. Lisboa: Lidel.
- Sousa, M. (2010). Encontro sobre sistemas de Informação de Saúde confirma compromisso ministerial nesta área. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/encontro-sobre-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-em-sa%C3%BAde-confirma-compromisso-ministerial-nesta-%C3%A1rea/>
- Souza, L. A., & Coutinho, E. S. F. (2006). Factores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50-58. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/NnqthbpPYkb9QjdVm8sT4GH/?format=pdf>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de saúde na Comunidade, centrados na população*. (7ª ed.). Loures: Lusociencia.
- Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2006). *Nursing Ethics*. (5 th.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 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/10.1016/j.enfcli.2021.07.006>
- Tannure, M., & Pinheiro, A. (2010). *SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático (2ª ed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociencia
- Tripathy, P. (2020). A public health approach to perinatal mental health: Improving health and wellbeing of mothers and babies. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101747>

- Wachelke, J. F. R. & Wolter, R. (2011). Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 521-526. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>
- Woodhouse, A. (2010). Is there a future in mental health promotion and consultation for nurses?. *Contemporary Nurse*, 34(2), 177-189. <http://doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.177>
- Wykes, T., & Reeder, C. (2006). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory and practice*. London: Routledge.
- Webster-stratton, C., Gaspar, M. F., & Seabra-Santos, M. J. (2012). *Incredible Years® Parent, Teachers and Children's Series: Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social and Emotional Competence*. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 157-169. <http://doi.org/10.5093/in2012a15>
- Vale, V. (2009). *Do tecer ao remendar: os fios da competência socio-emocional*. Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra. http://exedra.esec.pt/docs/N2/09A-vera-vale_pp_129-146.pdf
- Veiga-Branco, A (2004). *Competência emocional*. Coimbra: Quarteto.
- Veiga Branco, M. A. R. (2005). *Competência Emocional em Professores – Um Estudo em Discursos do Campo Educativo*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5311/1/j.%20TESE%20de%20Doutoramento.pdf>
- Veiga-Branco, A. (2011). Auto-motivación como factor de la competencia emocional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832343007.pdf>
- Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Violante, C. (2012). Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crónica: Impacto na Perceção de Qualidade de Vida e de Suporte Social. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1224/1/Carlos_Violant

