

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Vânia Isabel Lopes Raimundo N.º 5210051

Leiria, março de 2024



Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Programa Mental Care

Programa de Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros a
desempenhar funções no Serviço de Urgência

Vânia Isabel Lopes Raimundo N.º 5210051

Orientador: Professor João Gomes

Leiria, março de 2024

Na enfermagem existe a oportunidade de curar o coração, a mente, a alma e o corpo dos pacientes, das suas famílias e de nós mesmos. Podem esquecer o nosso nome, mas nunca esquecerão de como os fizemos sentir.

Maya Angelou

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmão, pelo apoio e amor incondicional desde sempre.

Ao André pelo carinho e amor, apoio constante, motivação e companheirismo durante todo o percurso académico.

À minha restante família, por estar presente em todos os momentos.

Ao Professor João pela sua imprescindível orientação académica, disponibilidade e ajuda.

Aos meus Chefes de enfermagem, Enf^o.Carlos, Enf^a.Lídia e Enf^o.Daniel, por me terem facilitado todo o percurso académico.

Às minhas Enfermeiras Orientadoras Sandrina, Paula e Rita pela sua empatia e por me terem incentivado a crescer em todo o percurso.

A todos os meus colegas Enfermeiros por terem confiado em mim e por aceitarem participar no Programa Mental Care.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CCE- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CEEESMP- Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

CIPE- Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

██

DGS- Direção Geral da Saúde

DMG- Doença Mental Grave

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ICD- International Classification of Diseases

ICN- International Council of Nurses

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

NIC- Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC- Classificação dos Resultados de Enfermagem

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

SO- Saúde Ocupacional

SPSM- Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental

SPTS- Stress Pós-Traumático Secundário

SST- Saúde e Segurança no Trabalho

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
PARTE I	18
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM	18
1.1 CONTEXTO DE INTERNAMENTO	21
1.2 CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS - HOSPITAL DE DIA	23
1.3 CONTEXTO DE COMUNIDADE - PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA.....	25
PARTE II	28
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	28
1.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL (A)	29
1.2 MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE (B).....	30
1.3 GESTÃO DOS CUIDADOS (C).....	31
1.4 DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS (D)	31
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	33
2.1 DETER UM ELEVADO CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO, MERCÊ DE VIVÊNCIAS E PROCESSOS DE AUTOCONHECIMENTO, DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL (F1)	33
2.2 ASSISTIR A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL (F2).....	37
2.3 AJUDAR 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)	39
2.4 PRESTAR CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SÓCIO TERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS, À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, MOBILIZANDO O CONTEXTO E DINÂMICA INDIVIDUAL, FAMILIAR DE GRUPO OU COMUNITÁRIO, DE FORMA A MANTER, MELHORAR E RECUPERAR A SAÚDE(F4).....	46

3. ATIVIDADES REALIZADAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	50
3.1 INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL.....	50
3.2 INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA	50
3.3 INTERVENÇÃO SOCIOTERAPÊUTICA	51
3.4 INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA INDIVIDUAL E DE GRUPO	51
3.5 INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL	52
3.6 SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	52
3.7 ESTUDOS DE CASO.....	53
3.8 OUTRAS ATIVIDADES.....	53
PARTE III	55
1.PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM....	55
1.1 IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	56
1.2 PERCEBER O PROBLEMA.....	60
1.2.1 FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL NOS ENFERMEIROS	61
1.2.2 FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS COM FUNÇÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	64
1.2.3 PROGRAMA DA DGS NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL.....	73
1.3 METODOLOGIA – CICLO DE DEMING PDCA	75
1.4 FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS INICIAIS	77
1.5 CAUSAS DO PROBLEMA	78
1.5.1 DIAGRAMA DE ISHIKAWA.....	79
1.5.2 CHECK LIST PARA UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE (HEATHER PALMER)	79
1.6 PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES (CRONOGRAMA).....	81
1.7 VERIFICAR RESULTADOS	82
1.8 PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS	97
1.9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	98
CONCLUSÃO	101

BIBLIOGRAFIA..... 103

APÊNDICES

APÊNDICE I- CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

APÊNDICE II- FORMULÁRIO GOOGLE FORMS (COM CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO)

APÊNDICE III- PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA PROQOL-5 PELO AUTOR DA SUA VALIDAÇÃO EM PORTUGAL

APÊNDICE IV- PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

APÊNDICE V- PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY

APÊNDICE VI- PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON VALIDADA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

APÊNDICE VII- PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS – DASS-21

APÊNDICE VIII- PROGRAMA “MENTAL CARE” (PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM)

APÊNDICE IX – SESSÃO ÁRVORE DA GRATIDÃO

APÊNDICE X – SESSÃO DE RELAXAMENTO (FICHA TÉCNICA, GUIÃO E ESCALA DE HAMILTON)

APÊNDICE XI – SESSÃO DE RELAXAMENTO E EXERCÍCIO FÍSICO

APÊNDICE XII – SESSÃO PSICOEDUCATIVA SOBRE A ANSIEDADE

APÊNDICE XIII – SESSÃO PSICOEDUCATIVA SOBRE EMOÇÕES E ASSERTIVIDADE

APÊNDICE XIV- FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS ENFERMEIROS (CARTAZ, POWERPOINT)

APÊNDICE XV- FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS ENFERMEIROS (TRABALHO ESCRITO)

APÊNDICE XVI- PROGRAMA “EUSOU+”

APÊNDICE XVII- SOCIODRAMA

APÊNDICE XVIII- PROGRAMA MENTAL CARE (EM GRUPO)

APÊNDICE XIX- INFORMAÇÃO ENVIADA A TODOS OS ENFERMEIROS QUE PREENCHERAM O QUESTIONÁRIO INICIAL DO PROGRAMA “MENTAL CARE”, COM O RESULTADO DA ESCALA PROQOL-5 (ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL)

APÊNDICE XX- MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM (SAMPAIO, F., SEQUEIRA, C. & CANUT, T., 2018)

APÊNDICE XXI- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MENTAL CARE (PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS QUE DESEMPENHAM FUNÇÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA)

APÊNDICE XXII- FOLHETO “CONSUMO DE CANABINÓIDES” - ESTUDO DE CASO DOENTE T. 215

APÊNDICE XXIII- ESTUDO DE CASO DOENTE F.

APÊNDICE XXIV- ESTUDO DE CASO DOENTE V.

APÊNDICE XXV- SESSÃO PSICOTERAPÊUTICA “CONTRATO DE VIDA” - DOENTE J.

APÊNDICE XXVI- ESTUDO DE CASO DOENTE C.

APÊNDICE XXVII- FEEDBACK DEVOLVIDO AOS ENFERMEIROS

APÊNDICE XXVIII- QUESTIONÁRIOS DE SATISFAÇÃO DO PROGRAMA MENTAL CARE

ANEXOS

ANEXO I- ESCALA PROQOL-5 – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL

ANEXO II- ENTREVISTA FIFE (QUERIDO ET AL., 2019)

ANEXO III – MODELO CONCEPTUAL DA ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SST/SO NO ÂMBITO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS (DGS, 2021)

ANEXO IV – INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM FUNÇÃO DO NÍVEL DE RISCO (DGS, 2021)

ANEXO V – QUESTÕES DE PARTIDA DO DIAGNÓSTICO (DGS, 2021)

ANEXO VI- ESCALA DE INCAPACIDADE DE SHEEHAN

ANEXO VII- QUESTIONÁRIO DE STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (GOMES, 2014; GOMES & TEIXEIRA, 2016)

ANEXO VIII- ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON (SANTOS, E. & SAMPAIO, F, 2021)

ANEXO IX- QUESTIONÁRIO DE COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY (FONTE, C., 2011)

ANEXO X- ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS (DASS-21) - APÓSTOLO, J., MENDES, A. & AZEREDO, Z. (2006)

ANEXO XI- DECLARAÇÃO DA FORMAÇÃO “PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS”

ANEXO XII- DOCUMENTO PARA OBTENÇÃO DE PARECER PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDOS NÃO ENVOLVENDO EXPERIMENTAÇÃO HUMANA (COMISSÃO DE ÉTICA)

ANEXO XIII- AUTORIZAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MENTAL CARE: PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS QUE DESEMPENHAM FUNÇÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

ANEXO XIV- DECLARAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO PROGRAMA MENTAL CARE: PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS QUE DESEMPENHAM FUNÇÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

ANEXO XV- DECLARAÇÃO FORMAÇÃO PROGRAMA MENTAL CARE (EM GRUPO)

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Check List para uma Avaliação da Qualidade (Heather Palmer) do Problema – Saúde Mental dos Enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência	79
Quadro 2. Cronograma de tarefas/atividades do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	81
Quadro 3. Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.....	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Ishikawa	79
--------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Enfermeiros que responderam ao questionário inicial.....	83
Tabela 2- Caracterização dos enfermeiros relativamente à sua idade e ao tempo que desempenham funções como enfermeiros	83
Tabela 3- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao género.....	83
Tabela 4- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao estado civil.....	83
Tabela 5- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao número média de horas que trabalham por semana	84
Tabela 6- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao trabalho por turnos	84
Tabela 7- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao facto de se sentirem “encurralados” no seu trabalho como cuidadores e à sua satisfação em ajudar os outros.....	84
Tabela 8- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao facto de se sentirem ligados aos outros comparativamente ao facto de se sentirem revigorados após trabalharem com aqueles que ajudam...85	
Tabela 9- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao facto de se sentirem felizes.....	85
Tabela 10- Caracterização dos enfermeiros relativamente a sintomas de stress pós-traumático secundário daqueles que ajudam.....	86
Tabela 11- Caracterização dos enfermeiros relativamente a sintomas de ansiedade.....	87
Tabela 12- Caracterização dos enfermeiros relativamente a sintomas de depressão.....	88
Tabela 13- Caracterização dos enfermeiros relativamente a sintomas de burnout.....	89
Tabela 14- Caracterização dos enfermeiros relativamente à satisfação com a sua prestação de cuidados.....	89
Tabela 15- Caracterização dos Enfermeiros relativamente aos seus resultados na Escala de Burnout (ProQOL-5)	90
Tabela 16- Caracterização dos Enfermeiros relativamente aos seus resultados na Escala de Stress Pós-Traumático Secundário (ProQOL-5)	90
Tabela 17- Caracterização dos Enfermeiros relativamente aos seus resultados na Escala de Satisfação por Compaixão (ProQOL-5) comparativamente à Escala de Fadiga por Compaixão (ProQOL-5)	91
Tabela 18- Caracterização dos Enfermeiros que integraram o Programa Mental Care relativamente aos seus resultados na Escala de Ansiedade de Hamilton.....	92
Tabela 19- Caracterização dos Enfermeiros que integraram o Programa Mental Care relativamente aos seus resultados na Escala DASS-21 –Escala de Depressão, Ansiedade e Stress.....	92
Tabela 20- Caracterização do Enfermeiros A relativamente aos seus resultados na Escala ProQOL-Escala de Qualidade de Vida Profissional.....	93

Tabela 21- Caracterização do Enfermeiros B relativamente aos seus resultados na Escala ProQOL-Escala de Qualidade de Vida Profissional.....	93
Tabela 22- Caracterização do Enfermeiros C relativamente aos seus resultados na Escala ProQOL-Escala de Qualidade de Vida Profissional.....	94
Tabela 23- Caracterização do Enfermeiros D relativamente aos seus resultados na Escala ProQOL-Escala de Qualidade de Vida Profissional.....	94
Tabela 24- Caracterização dos Enfermeiros que participaram no Programa Mental Care relativamente à sua satisfação com a participação neste Programa.....	95
Tabela 25- Caracterização dos Enfermeiros que participaram no Programa Mental Care relativamente à sua satisfação com a participação neste Programa.....	97

RESUMO

“A saúde verifica-se quando existe um desenvolvimento ótimo da pessoa no contexto em que se insere, tendo em conta fatores de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ecológica (sexo, capacidades inatas, tendências, constitucionalidade, aprendizagem, tipo de família). Desta forma é a capacidade que a pessoa tem para: estabelecer relações ajustadas com o outro; participar construtivamente com o meio e o ambiente; resolver e/ou gerir os seus próprios conflitos internos e investir em realizações pessoais” (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020, p.3).

Este relatório aborda um percurso académico pautado pela prática baseada na evidência no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção da doença no processo de cuidar, desenvolvendo assim competências no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. “O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...). Estas competências envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4744).

Desta forma este percurso foi norteado com base nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (CEESMP) nomeadamente: Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1); Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2); Ajudar 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) e Prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (F4) (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo do desenvolvimento destas competências, foi realizado um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, intitulado de Programa Mental Care. Este Programa teve como população-alvo os enfermeiros a desempenhar funções em contexto de serviço de urgência. A implementação deste Programa relevou-se benéfica na promoção da saúde mental dos enfermeiros, reforçando assim o importante contributo dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria na promoção da saúde e prevenção da doença.

Palavras-Chave: Enfermagem Especializada; Saúde Mental; Promoção da Saúde; Programas de Saúde Mental; Saúde Mental dos Enfermeiros; Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

“Health happens when there is optimal development of the person in the context in which they live, taking into account factors of a biological, psychological, social, cultural and ecological nature (sex, innate abilities, tendencies, constitutionality, learning, type of family). In this way, it is the person's ability to: establish adjusted relationships with others; participate constructively with everything that involves the environment; resolve and/or manage your own internal conflicts and invest in personal achievements” (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020, p.3).

This report discusses an academic path guided by evidence-based practice with regard to health promotion and disease prevention in the health care process, therefore developing skills within the scope of mental and psychiatric health nursing. “The specialist nurse is the one who is recognized as scientific, technical, and human competence to provide specialized nursing care (...). These competencies involve the dimensions of client and peer education, guidance, counseling, leadership, including the responsibility for decoding, disseminating, and leading relevant and pertinent research, which allows for continuous advancement and improvement in nursing practice (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p.4744).

In this way, this academic path was guided based on the Common Competencies of the Specialist Nurse (CCEE) and the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry (CEESMP), specifically: Having a high level of knowledge and awareness of himself as a person and a nurse, due to experiences and processes of self-knowledge, personal and professional development (F1); Assist the person throughout the life cycle, family, groups and community in optimizing mental health (F2); Help the person throughout the life cycle, integrated into the family, groups and community, to recover mental health, mobilizing the dynamics specific to each context (F3) and Provide psychotherapeutic, socio-therapeutic, psychosocial and psychoeducational care to the person throughout the life cycle, mobilizing the individual, family, group or community context and dynamics, in order to maintain, improve and recover health (F4) (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Throughout the development of these skills, a Continuous Improvement Project in the Quality of Nursing Care was accomplished, entitled the Mental Care Program. This Program's target population was nurses performing duties in an emergency service context. The implementation of this Program proved to be beneficial in promoting the mental health of nurses, consequently reinforcing the important contribution of Specialist Nurses in Mental Health and Psychiatry in promoting health and preventing disease.

Keywords: Specialized Nursing; Mental health; Health promotion; Mental Health Programs; Nurses' Mental Health; Nursing Interventions

INTRODUÇÃO

O relatório supracitado aborda o meu percurso académico, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Profissional em ESMP com Relatório Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde de Leiria.

A estrutura deste documento apresenta na Parte I a descrição sumária do modelo de organização e funcionamento dos diferentes locais de ensino clínico, a sua caracterização e reflexão crítica, na Parte II identifico as competências adquiridas nas áreas-chave da Enfermagem de Saúde Mental, em cada Ensino Clínico, enuncio os objetivos e demonstro o modo como foram atingidos, assim como as atividades realizadas para a sua concretização. Neste âmbito também foi realizada a análise crítico-reflexiva, tendo por base os objetivos específicos definidos no projeto de estágio e os objetivos de aprendizagem do ensino clínico, a forma como decorreu e a aplicação das intervenções no terreno, assim como os resultados obtidos e integrados como aprendizagem.

A parte III deste relatório descreve o Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Programa Mental Care), assim como as intervenções de enfermagem realizadas neste âmbito, identificando a área problema, a realização da análise SWOT, os objetivos, o plano de intervenção, fundamentação das diferentes etapas, desde o planeamento, à realização e avaliação, incluindo o aprofundamento do tema selecionado.

“A saúde verifica-se quando existe um desenvolvimento ótimo da pessoa no contexto em que se insere, tendo em conta múltiplas variáveis, ou seja, vários fatores de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ecológica (sexo, capacidades inatas, tendências, constitucionalidade, aprendizagem, tipo de família). Desta forma é a capacidade que a pessoa tem para: estabelecer relações ajustadas com o outro; participar construtivamente com o meio e o ambiente; resolver e/ou gerir os seus próprios conflitos internos e investir em realizações pessoais” (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020, p.3).

Tendo por base este conceito e tendo como objetivo aprofundar as minhas competências e os meus conhecimentos, enquanto enfermeira e pessoa, construí este caminho com o objetivo de Cuidar cada vez mais e melhor, tendo por base esta premissa “o desenvolvimento ótimo da pessoa no contexto em que a mesma se insere”.

Desta forma, marquei o meu percurso académico com a construção do Programa Mental Care, um programa de promoção da saúde mental desenhado para um público-alvo que desempenha funções em contexto de serviço de urgência, os enfermeiros. Este projeto transmite e reflete também uma das minhas inquietações enquanto enfermeira e pessoa que desempenhou funções em contexto de serviço de urgência e vivenciou as consequências das fragilidades daquele serviço, no que diz respeito à saúde mental dos enfermeiros, e dos seus

profissionais em geral. Assim, com a responsabilidade que me foi atribuída de criar um projeto no âmbito da saúde mental, decidi desenvolver e implementar o Programa Mental Care, com a colaboração do serviço de Saúde Ocupacional.

Este Projeto foi estruturado com a metodologia Ciclo de Deming- PDCA, alicerçado em diferentes referenciais teóricos e mobilizando as competências do EEESMP: Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1); Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2); Ajudar 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) e Prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (F4) (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros).

Este relatório reflete não só o caminho percorrido no desenvolvimento de competências em ESMP, mas também o caminho percorrido em direção à enfermeira e pessoa que sou neste momento e ao trabalho que pretendo desenvolver enquanto futura EEESMP.

PARTE I

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (Organização Mundial de Saúde [OMS] ,1948) que “se verifica quando existe um desenvolvimento ótimo da pessoa no contexto em que se insere, tendo em conta múltiplas variáveis, ou seja, vários fatores de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ecológica (sexo, capacidades inatas, tendências, constitucionalidade, aprendizagem, tipo de família). Desta forma é a capacidade que a pessoa tem para: estabelecer relações ajustadas com o outro; participar construtivamente com o meio e o ambiente; resolver e/ou gerir os seus próprios conflitos internos e investir em realizações pessoais” (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020, p.3).

Por outro lado, a OMS, em 2014 definiu saúde mental como um “estado de bem-estar físico no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos de vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e está apta para dar contributos à sua comunidade” (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020, p.3).

Vasques (1990) citado por Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) enumerou os critérios que distinguem a dualidade normal/patológico: Sofrimento pessoal ou mal-estar subjetivo; Falta de adaptação ao meio; Sofrimento para o observador; Irracionalidade, incompreensibilidade, peculiaridade (perda de senso comum) e Violação dos códigos sociais vigentes. Estes autores referem, no entanto, que a tendência atual é considerar a doença mental não como a ausência de saúde, mas como uma alteração nos 3 domínios: a integração, a adaptação e a autonomia. A compreensão dos conceitos no contexto da saúde/doença mental é fundamental, na medida em que, na sociedade atual ainda predomina o estigma relativamente à doença mental.

Em Portugal, durante vários séculos, a doença mental foi confundida com fenómenos míticos, que justificavam as características e os comportamentos dos doentes mentais através do recurso a personagens paranormais. A não compreensão daquilo que se passava com aqueles que “fugiam à normalidade” resultou em formas desadequadas, injustas, cruéis e até mesmo desumanas de lidar com pessoas com doença mental. “Loucura” foi o termo encontrado para qualificar atitudes e comportamentos que não correspondem ao que era esperado e natural. Entre os séculos V e XV a loucura tinha um papel mágico, religioso e sobrenatural. As soluções para os problemas do espírito procuravam-se junto daqueles que,

baseados em conhecimentos e práticas enraizadas na cultura, aliviavam o sofrimento e satisfaziam as necessidades de saúde de quem estava doente. Durante os séculos XV a XVIII “os loucos” começaram progressivamente a ser enclausurados e excluídos da restante sociedade. Surgiram em toda a Europa do século XVIII os primeiros hospitais com a finalidade de internar não só os “loucos”, mas também os pobres, os vadios e os indigentes (Assis et al., 2009 citados por Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020).

No século XIX o estatuto da doença mental e da Psiquiatria passou a ser considerada uma ciência administrativa e corretiva ao serviço do Estado, a quem cabia a tarefa de vigiar e punir os “loucos”. O médico surgiu nesse âmbito como justificação científica da exclusão social do doente mental. Já não se pretendia combater “a loucura” pela violência, mas pela moral, inculcando nos “loucos” valores morais e sociais de ordem civil. O avanço progressivo das ciências exatas e naturais fez com que naquele século o tratamento de ordem moral desse lugar à terapêutica farmacológica. Foi nesse âmbito atribuído o estatuto de doença mental à “loucura” e o estatuto de ciência especializada atribuído à Psiquiatria (Alves, 2001 citado por Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020, p.7). Além disso a criação dos hospitais psiquiátricos, no século XIX em Portugal, de Rilhafoles e o Hospital Conde de Ferreira também representaram uma mudança na compreensão da loucura cientificamente como doença mental e socialmente, com a necessidade de existir locais apropriados para o seu tratamento (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020, p.7).

No ano de 1963 foi publicada em Portugal a primeira Lei de Saúde Mental, na qual foi redigida os princípios gerais das políticas de tratamento e internamento do doente mental e os princípios orientadores da descentralização dos serviços. Em 1998 foi publicada uma nova Lei de Saúde Mental, recentemente revogada e substituída pela Lei n.º 35/2023 de 21 de julho. Esta lei tem como objetivo definir, fundamentar e estabelecer os objetivos da política de saúde mental. Além disso, ela consagra os direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e regula as restrições desses direitos, bem como as garantias de proteção da sua liberdade e autonomia.

Em 2010 foi publicado o Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro, que criou um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência. A rede de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental veio posteriormente a sofrer diversas reconfigurações, e tem vindo a ser reclamado o reforço e a descentralização de camas para a Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a melhor distribuição dos profissionais (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020).

Foi elaborado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que veio confirmar que apenas uma

pequena parte das pessoas com problemas de saúde mental tinham acesso aos serviços públicos especializados de saúde mental, que o internamento continuava a consumir uma grande parte dos recursos (83%), apesar da evidência científica demonstrar que as intervenções na comunidades são as mais efetivas, e que as equipas de saúde mental eram compostas por um escasso número de psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais. De acordo com este cenário e com os valores e princípios delineados no referido plano, os objetivos traçados resumiram-se a assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade, promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental, reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações, promover a descentralização dos serviços de saúde mental e a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

O Plano de Saúde Mental foi revisto em 2017 e foi proposta a sua extensão até 2020, priorizando aquilo que não foi feito: Criação de uma equipa de coordenação responsável pela implementação do plano; Modificação do modelo de gestão e organização dos serviços de saúde mental; Financiamento, sistema de informação e criação de novo modelo de pagamento dos serviços de saúde mental; Criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados; Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários; Implementação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos e serviços regionais; Articulação com as instituições do setor social convencionado; Reorganização dos serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência e Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020, pp.11-12).

Este foi o percurso histórico a partir do qual se construiu a estrutura e os serviços que suportam os cuidados prestados atualmente no âmbito da saúde mental em Portugal.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, tive oportunidade de integrar equipas e acompanhar a sua atuação e os cuidados prestados para prevenção e promoção da saúde mental no âmbito dos estágios, desenvolvendo as minhas competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, num Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental, num serviço de Hospital de Dia de Psiquiatria e num Projeto de Psiquiatria Comunitária.

1.1 CONTEXTO DE INTERNAMENTO

O primeiro ensino clínico foi realizado entre os dias 9 maio a 21 julho de 2022 no serviço de internamento de um Centro Hospitalar da região centro do país. Neste serviço são internados doentes com patologias mentais em fase de descompensação clínica e a necessitar de estabilização (por exemplo, Perturbações Afetivas com episódios atuais graves, Episódios Psicóticos), primeiros episódios de doença mental que requerem um estudo diagnóstico e introdução de psicofármacos em ambiente hospitalar (por exemplo primeiro Episódio Psicótico, Alteração de Conduta) ou ainda com o objetivo de desintoxicação em doentes com quadros de dependência várias e com motivação para seguimento ambulatorio posterior, entre outras situações.

Durante a realização do EC identifiquei diagnósticos de enfermagem transversais ao grupo de doentes internados e planeei intervenções dirigidas, que mencionarei posteriormente.

Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: ansiedade presente, humor depressivo presente, capacidade para socializar comprometida e autocontrole comprometido.

Neste serviço desempenham funções 8 Médicos Especialistas, 7 Médicos Internos de Especialidade, 27 Enfermeiros (14 são enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria), 2 Técnicos de Serviço Social, 2 Assistentes de Psicologia, 1 Assistente Técnico-Administrativo e 12 Assistentes Operacionais.

Este internamento de doentes agudos está dividido em duas alas, a Ala B (sexo feminino, com 21 camas) e a Ala A (sexo masculino, com 22 camas). Em cada ala existem 3 gabinetes médicos, uma sala de refeições e uma sala de estar (na qual também são realizadas atividades e intervenções pelos enfermeiros especialistas), existe também em cada ala uma sala de espera, na qual os familiares podem estar com os doentes durante a visita. Existe também para disposição dos profissionais uma sala de estudo/sala de formação e 1 sala que acolhe as reuniões dos elementos que fazem parte do projeto de psiquiatria comunitária (um projeto que integra doentes na comunidade, muitos deles após a alta do internamento).

No internamento, são importantes o planeamento e a implementação de uma rotina consistente, com períodos de descanso regulares para compensar a fadiga ou a perda de reservas de energia, reforçar positivamente a pessoa de forma incondicional e não fazer juízos de valor dos comportamentos inapropriados (Cross & Koschel, 2013 citados por Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020), com exceção daqueles que põem em risco a segurança da pessoa ou de outros que consigo coabitem no espaço. É importante que os enfermeiros reconheçam expressões individuais de fadiga, ansiedade e aumento do stress para poderem intervir atempadamente e sempre que a situação de torne problemática. No caso da orientação da pessoa ser deficitária, por se apresentar deprimida ou ter sido diagnosticada com um processo

de demência, é fundamental que seja orientada para a realidade, sabendo proteger os doentes ainda incapazes de receber essa orientação – pela dor ou perda que vivem nesse momento – e que outras intervenções terapêuticas e psicoterapêuticas possam ser criteriosamente planeadas, tendo em conta que doentes em estádios avançados de perturbação neurocognitiva major não podem usufruir destas terapias, beneficiando da terapia da validação (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020).

Segundo os enfermeiros a desempenhar funções neste serviço, os cuidados prestados são também baseados no Modelo Teórico de Virgínia Henderson, no qual é mencionado que “a enfermagem se caracteriza pela assistência à pessoa, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação, que ela realizaria sem auxílio caso tivesse força, desejo ou conhecimento necessários”. É com base nesse referencial teórico que os enfermeiros vão validando as necessidades e os problemas dos clientes e, relativamente aos quais planeiam as intervenções intencionalmente direcionadas para a substituição da pessoa naquilo que ela não pode fazer, ou seja, no que a torna dependente (Ribeiro et al, 2018).

Os EEESMP debatem-se, por vezes com rácios insuficientes para conseguirem desempenhar as suas funções, acabando por vezes por relegar para segundo plano as suas intervenções autónomas especializadas, em detrimento de outros cuidados de enfermagem como administração de medicação ou a prestação de cuidados de higiene e conforto. Apesar dos rácios, nem sempre adequados, tive oportunidade e abertura/acolhimento do serviço para planear e implementar intervenções especializadas (sessões psicoterapêuticas, sessões psicoeducacionais e formação em serviço).

O espaço físico dispõe de gabinetes para as intervenções individuais dos diferentes profissionais de saúde. Considero, ainda assim, que seria muito benéfico para a evolução positiva dos doentes internados se existisse mais tempo para a intervenção especializada do EEESMP, designadamente para promover o autocontrolo da ansiedade dos mesmos, aumentar a autoestima, a capacidade de relaxamento e gestão de emoções, assim como desenvolverem técnicas de assertividade.

“A dotação adequada de recursos de enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes e reporta-se à correta adequação entre o número de enfermeiros em tempo integral e a complexidade de competências disponíveis. Diferentes investigadores concluíram que a problemática das dotações se situa para além da quantidade de pessoal e incluíram outras variáveis que afetam as dotações e a prestação de cuidados seguros, tais como: a carga laboral, o ambiente de trabalho, a complexidade dos

doentes, o nível de qualificação dos enfermeiros, a combinação do pessoal de saúde, entre outros” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2014, p. 9).

Dotações seguras significam que está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competências, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos clientes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos (OE, 2014).

1.2 CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS - HOSPITAL DE DIA

O Ensino Clínico decorreu num Hospital de Dia de Psiquiatria de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo no período compreendido entre os dias 5 de setembro e 21 de outubro de 2022.

Esta Unidade está inserida no serviço de Psiquiatria, que também é composto pelo internamento, consulta externa e ambulatório. Este Hospital de Dia desenvolve a sua atividade todos os dias úteis entre as 9 e as 17 horas e é integrado por uma equipa multidisciplinar diversificada: 1 Médica Psiquiatra, 2 Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, 1 Psicóloga Clínica, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Psicomotricista, 1 Assistente Social e 1 Educadora Social.

O seu espaço físico é composto por um corredor circular que interliga a sala de espera, os 6 gabinetes de consulta médica (que são também disponibilizados para a Consulta Externa), 2 gabinetes de enfermagem, a sala de tratamentos de enfermagem, a copa dos profissionais/sala de atividades diárias dos utentes (utilizada para realização de algumas atividades que requeiram a utilização específica deste espaço), o gabinete de psicologia clínica, o gabinete de educação/assistência social, o gabinete de terapia ocupacional, a sala de atividades (que é utilizada para atividades/intervenções terapêuticas pela equipa multidisciplinar), a sala de reuniões e o gabinete de direção do serviço. Este é um serviço em que os utentes podem fazer tratamentos que requerem algum tempo como atividades terapêuticas ou terapêutica medicamentosa exclusiva em contexto hospitalar, no entanto sem necessidade de internamento, assim como consultas com os diversos profissionais da equipa multidisciplinar. Neste serviço, são prestados cuidados baseados na metodologia de gestão de caso. “Este método de trabalho visa evitar a fragmentação dos cuidados disponíveis, baseando-se numa equipa de saúde (em algumas organizações pode ser um único profissional) que se responsabiliza pela vigilância do cliente ao longo do processo terapêutico, sendo desta forma prestados cuidados personalizados e coesos. É um processo colaborativo entre enfermeiro e cliente, constituído por uma avaliação e diagnóstico da situação, planeamento,

implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços” (Martins & Fernandes, 2010 citados por Gariso, 2014, p.19).

Para Gonzales et. al (2003) citados por Gariso (2014) o enfermeiro gestor de caso determina a adequação dos cuidados e vigia o cumprimento do plano terapêutico por parte do cliente. A principal função do gestor de caso é advocacia do cliente e o seu principal instrumento de trabalho é a comunicação. “Este método de trabalho está direcionado para pessoas com doença prolongada, sujeitas a tratamentos específicos e com necessidades emergentes, em particular a pessoas com comportamentos aditivos ou com doença mental crónica” (Martins & Fernandes, 2010 citados por Gariso, M., 2014, p.20). Devido à implementação deste método no Hospital de Dia, os enfermeiros especialistas, conseguem identificar as necessidades dos seus utentes e oferecer uma resposta mais adequada. É relevante mencionar outro ponto positivo neste serviço, todos os enfermeiros que exercem funções no Hospital de Dia são especialistas conseguindo desta forma oferecer, também neste âmbito, uma resposta mais especializada na promoção da saúde mental e prevenção da doença.

Durante este EC tive a oportunidade de desenvolver um Programa que pretendia promover a saúde mental, a autoestima, o bem-estar e a gestão emocional dos utentes intitulado de “EuSOU+ (APÊNDICE XVI), composto por 6 sessões de grupo. A sexta sessão foi dirigida não só aos utentes, mas também aos seus familiares. Este Programa foi desenvolvido após a participação em atividades terapêuticas de grupo/individuais, já a decorrer no serviço, nas quais identifiquei diagnósticos de enfermagem transversais à maioria dos utentes do serviço: humor depressivo presente, comportamento interativo comprometido, baixa autoestima, comunicação comprometida, adaptação ao meio envolvente comprometida e falta de esperança. Este Programa foi constituído por 6 sessões de grupo (sendo a última não só com os doentes, mas também com os seus familiares): 1ª. sessão “Eu e os outros”; 2ª. sessão - “A minha perceção sobre mim”; 3ª. - sessão “Interação social”; 4ª. sessão “O melhor eu possível”; 5ª. sessão “Os meus objetivos de vida” e 6ª. sessão “A importância das relações familiares saudáveis”.

É ainda importante referir que os diagnósticos médicos mais frequentes dos utentes encaminhados para este serviço são Esquizofrenia, Perturbação Afetiva Bipolar, Depressão Major e Perturbações da Personalidade.

1.3 CONTEXTO DE COMUNIDADE - PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA

O estágio no contexto de comunidade decorreu no período 21 de novembro de 2022 a 21 de janeiro de 2023 numa equipa de psiquiatria comunitária num centro hospitalar da região centro do país. Esta equipa foi criada em 2018 com o objetivo de disponibilizar o apoio orientado para as necessidades do doente de psiquiatria e saúde mental, ao favorecer o retorno a uma vida o mais normal possível, longe do internamento hospitalar, e “fugir” do modelo hospitalocêntrico e rumar a uma abordagem voltada para os recursos comunitários. As atividades são desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar, constituída por 6 Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, 2 médicos psiquiatras e 1 assistente social.

O objetivo da intervenção de enfermagem em contexto comunitário e domiciliário prende-se com a promoção e avaliação da adesão terapêutica em utentes com DMG (como esquizofrenia), assim como a prevenção de recaídas, reabilitação funcional e avaliação e otimização das intervenções clínicas e sociais, com maior proximidade da comunidade. Desta forma as intervenções de enfermagem no domicílio centraram-se na avaliação do estado mental do utente, monitorização e avaliação da adesão terapêutica, apoio não só ao utente, mas também à família, avaliação de riscos e intervenção nos sinais de alerta precoces.

A Equipa tem diversas áreas de intervenção, como o programa de acompanhamento por terapeuta de referência (um profissional é responsável pela gestão dos cuidados de determinado doente na comunidade, devendo promover o acesso aos serviços (psiquiátricos, clínicos, sociais), por ações de coordenação e integração da rede de saúde comunitária. A *Intervenção em crise* é também umas das funções da equipa multidisciplinar deste projeto. A equipa comunitária presta apoio e avaliação durante a crise, promovendo uma intervenção intensiva que previna uma maior deterioração de um episódio agudo de doença, evitando idas ao serviço de urgência e (re)internamentos, ou promovendo o acesso o mais precoce possível a outros cuidados. A Intervenção em Crise é realizada por 2 profissionais, médico e enfermeiro, 2 enfermeiros ou 1 enfermeiro e 1 assistente social.

Em todas as *intervenção em Crise* percebi a importância de ter um suporte familiar significativo que acolha o doente e que entenda a doença mental e os seus sintomas, visto que na maior parte das vezes os doente com DMG, em fase de agudização da doença não tem insight nem juízo crítico para a doença/sintomas nem para os acontecimentos naquele momento.

Além disso existe também a vertente do apoio multidisciplinar com uma equipa domiciliária, com a realização de consultas de enfermagem e/ou de avaliações sociais no domicílio. A realização destas consultas terá como população-alvo doentes com quadros psiquiátricos graves com algum potencial de recuperação, referenciados pelos diferentes intervenientes nesta parceria.

Outras das atividades a decorrer neste projeto são a *Consultadoria Psiquiátrica* com os cuidados de saúde primários, realizada mensalmente, que fomenta a articulação entre as estruturas parceiras e evita a utilização inadequada dos serviços de saúde, nomeadamente evitando-se episódios frequentes de urgência e encaminhamentos à consulta externa por motivos passíveis de orientação a nível comunitário. Neste âmbito tive a oportunidade de assistir a uma reunião, que foi suficiente para perceber a importância do trabalho em equipa no âmbito da saúde mental. A consultadoria com os CSP cria uma rede extensa de apoio que auxilia o doente e família, identificando as suas necessidades e canalizando os esforços necessários, sem desperdício de recursos do sistema nacional de saúde, mas dando resposta àquilo que o doente e a família realmente necessitam no momento. A meu ver esta parceria é uma mais-valia para os profissionais de saúde e tem um papel de extrema importância na estabilidade funcional do doente na comunidade, assim como no seu bem-estar, disponibilizando recursos muito específicos e rápidos que colmatam as necessidades do doente em termos de saúde e no âmbito social.

Durante o decorrer do ensino clínico ainda tive oportunidade de participar em duas consultas de enfermagem especializada, que visam a vigilância dos doentes com doença mental grave, assim como vigilância à adesão terapêutica. Este projeto tem como critérios de inclusão: pessoas com DMG já acompanhadas pela equipa, pessoas que estão em crise, pessoas com doença mental sem médico psiquiatra atribuído que não tenham consulta há mais de um ano e pessoas sem seguimento prévio, mas que cumpram critérios para avaliação pela equipa (alterações de comportamento resultantes de uma DMG).

Este é um projeto comunitário com resultados notáveis do ponto de vista da estabilização funcional dos utentes. Foi para mim gratificante realizar o ensino clínico neste contexto, que na minha opinião, tem um papel fundamental na reabilitação funcional dos utentes, assim como no equilíbrio do contexto familiar.

Realizar o ensino clínico neste contexto deu-me também uma visão dos contextos de vivências dos utentes (muitas vezes inimagináveis), nos quais se torna mais fácil aplicar o processo de enfermagem, visto que a abrangência de avaliação e observação do enfermeiro é maior. No entanto, como a dimensão da abrangência da avaliação e intervenção é maior, o impacto que muitas vezes estes contextos têm em nós também é maior. E gerir as emoções que muitas vezes advêm da observação destes contextos foi também para mim uma aprendizagem significativa e essencial.

Neste EC ainda participei na Terapia de Reabilitação Cardíaca, uma experiência também relevante para mim, já que é realizada com recurso a sessões psicoeducativas e psicoterapêuticas, com o objetivo de controlo da Ansiedade em utentes com história de EAM.

Neste âmbito interiorizei a importância do Relaxamento na prevenção de doenças, neste caso de foro cardíaco, muitas vezes provocadas por perturbações mentais, neste caso com a abordagem no âmbito da Ansiedade e a exposição ao Stresse por períodos prolongados.

PARTE II

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

“O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...) a atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas competências envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4744).

O mesmo Regulamento justifica que as competências especializadas atribuem ao enfermeiro especialista conhecimentos, capacidades e habilidades com as quais poderá identificar necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

Desta forma, as “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. E as competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

Ao longo deste percurso, as diversas atividades foram planeadas e implementadas tendo como objetivo a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nos seus 4 domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal (A); Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão dos cuidados (C) e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

1.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL (A)

Neste âmbito menciono, ao longo deste percurso, a tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência (A1.1.2) pautada por princípios, valores e normas deontológicas da enfermagem (A1.1). A tomada de decisão foi sempre realizada, tendo em conta, as necessidades do doente, as suas vontades e as expectativas do mesmo face à resolução dos problemas. Neste sentido foi fulcral também a participação na construção da tomada de decisão em equipa (A1.1.3), nos cuidados realizados, assim como no seu planeamento. Durante o percurso construí as estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente (A1.1.1), ou seja, o percurso foi realizado em equipa, fazendo o doente parte da mesma, participando ativamente com as suas vontades na realização do plano de cuidados, elaborados por mim e discutidos com os enfermeiros orientadores e equipa suscitando assim reflexão sobre processos de tomada de decisão (A1.2.3), processo primordial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das minhas competências. Tendo por referência a participação ativa do doente no seu processo, destaco os estudos de caso realizados no segundo ensino clínico, com recurso ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e no terceiro ensino clínico, suportado na Teoria de Hildegard E. Peplau – Modelo Psicodinâmico. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender identifica os fatores que promovem a apropriação de estratégias individuais de promoção da saúde e refere que os enfermeiros assumem um papel de liderança neste contexto, pela implementação e avaliação de intervenções promotoras da saúde (Victor et al., 2005). Este modelo é também baseado em pressupostos como: (1) A família e os profissionais de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem afetar a adoção de comportamentos de promoção da saúde; (2) Quanto maior o compromisso com o plano de ação, maior a probabilidade de os comportamentos de promoção da saúde se manterem ao longo do tempo e os conhecimentos, a apresentação e o ambiente interpessoal e físico podem ser alterados pelas pessoas para criar incentivos às ações de saúde (Sakraida, 2004).

Peplau define enfermagem psicodinâmica como “capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, e aplicar os princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis da experiência” (Tomey & Alligood, 2004, p. 426). Na sua teoria, Hildegard E. Peplau também realça o percurso realizado em simultâneo com o doente. Esta teoria “deriva do modelo psicodinâmico, dando enfoque à relação/interação enfermeiro-doente a partir da qual se identificam as necessidades deste último, ajudando-o na resolução dos problemas” (Tomey & Alligood, 2004, p. 426). Na construção da relação enfermeiro-utente, Peplau descreve os conceitos estruturais do processo interpessoal, definindo quatro fases: orientação, identificação/reconhecimento,

exploração/aprofundamento e resolução. Estas interrelacionam-se e podem mesmo sobrepor-se variando na temporalidade à medida que o problema evolui no sentido da solução. Cada fase é caracterizada por papéis desempenhados pelo enfermeiro e pelo utente na medida em que ambos aprendem a trabalhar conjuntamente com objetivo comum da resolução das dificuldades identificadas (Franzoi. et al., 2016).

Neste sentido, foi também fulcral o desenvolvido da competência de avaliação do processo e os resultados da tomada de decisão (A1.3), assim como a partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão (A 1.3.2) com as equipas, enfermeiros orientadores, professores e com os relatórios crítico-reflexivos sobre o trabalho realizado, tomando assim consciência e interiorizando mudanças necessárias sobre as intervenções realizadas e o trabalho desenvolvido.

No âmbito do domínio de competência da responsabilidade profissional, ética e legal é primordial referir que promovi a proteção dos direitos humanos (A 2.1), assumindo e praticando a defesa dos mesmos (A 2.1.1), assegurei o respeito pelos direitos dos doentes no acesso à informação (A 2.1.2), assim como a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional (A 2.1.3). Fomentei o respeito pelo direito do doente à sua privacidade (A 2.1.4) e aos seus valores, costumes e crenças espirituais (A 2.1.6), assim como as práticas de cuidados baseadas na segurança, privacidade e a dignidade do doente (A 2.2).

Ao longo deste processo entendi na vulnerabilidade do outro a importância de sabermos ser um “instrumento terapêutico” eficaz e a importância de sabermos construir uma relação realmente terapêutica, assim como o real impacto que temos no doente e o tanto que podemos fazer por ele.

1.2 MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE (B)

Neste domínio mobilizei conhecimentos e habilidades para desenvolver um projeto no âmbito da melhoria contínua da qualidade (B 1.1; B 2.2; B 2.3). Este projeto (APÊNDICE VIII) foi desenvolvido com o objetivo de promover a saúde mental dos enfermeiros que desempenham funções num serviço de urgência, em colaboração com o serviço de Saúde Ocupacional.

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade garanti um ambiente terapêutico e seguro na realização dos cuidados (B3), assim como promovi um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo (B 3.1) e adotei as medidas para a segurança dos dados e de registos, mantendo a informação confidencial, apenas partilhada no âmbito académico e de forma anónima. Neste âmbito foi

também assegurado aos participantes do projeto de melhoria contínua o consentimento informado antes da participação no mesmo (APÊNDICE I).

Durante a realização e implementação do Projeto Mental Care (APÊNDICE VIII) promovi a adesão à saúde e segurança ocupacional (B 3.1.5) através de intervenções psicoeducacionais aos enfermeiros e colaborei com o enfermeiro do serviço de saúde ocupacional na gestão e identificação de riscos psicossociais associados à profissão de enfermagem, no âmbito da consulta de enfermagem (B 3.2.2).

1.3 GESTÃO DOS CUIDADOS (C)

No âmbito da gestão de cuidados menciono o desenvolvimento de competências na “otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (C1.1), a “colaboração nas decisões da equipa de saúde” (C1.1.2), a “melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar” (C1.1.3), assim como “o reconhecimento de quando devo ‘negociar com’ ou ‘referenciar para’ outros prestadores de cuidados de saúde”, destaco neste âmbito o pedido de colaboração à Terapeuta Familiar na construção da 6^a. sessão do projeto “EuSOU+” (APÊNDICE XVI), dando-lhe a conhecer os temas e objetivos específicos da sessão que integrou as famílias dos utentes, solicitando também sugestões sobre a estrutura. A colaboração e participação ativa na reunião multidisciplinar do Hospital de Dia teve também uma relevância no desenvolvimento da competência “Gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1)”, visto que transmiti informação pertinente sobre os utentes.

1.4 DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS (D)

Como referi anteriormente, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi pautado pela prática baseada na evidência.

Desta forma, no EC I realizei formação para os enfermeiros do serviço com o tema que desenvolvi em simultâneo no meu projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem “Promoção da saúde mental nos enfermeiros” (APÊNDICE XIV). Ainda no decorrer do primeiro EC tive a oportunidade de desenvolver competências com a realização de 3 estudos de caso. As intervenções que tive oportunidade de realizar no EC I tiveram um impacto significativo no desenvolvimento das minhas competências, já que foi a continuação do trabalho desenvolvido durante o semestre anterior, nas aulas. Este EC deu-me a perspetiva da realidade do que é realmente ser enfermeiro de saúde mental. Aprimorei

competências comunicacionais e relacionais e percebi a importância de desenvolver uma relação terapêutica eficaz, baseada na empatia e no respeito pelo outro, e o impacto significativo e positivo que essa abordagem tem. A formação em serviço foi também um caminho desafiante no que toca ao desenvolvimento de competências, visto que optei por sair da minha “zona de conforto” pela exposição aos outros. Sem dúvida que o posso apontar como o caminho mais desafiador, no entanto o mais recompensador.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (CEESMP) referidas no Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto de 2018, estruturadas em quatro domínios de competência: Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1); Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2); Ajudar 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) e Prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (F4).

2.1 DETER UM ELEVADO CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO, MERCÊ DE VIVÊNCIAS E PROCESSOS DE AUTOCONHECIMENTO, DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL (F1)

O percurso académico proporcionou-me não só o desenvolvimento de competências e habilidades para saber lidar com o outro da melhor forma, mas também competências e habilidades valiosas para saber lidar comigo, enquanto pessoa e enfermeira e enquanto instrumento terapêutico que impacta nas relações terapêuticas e nos processos terapêuticos, nos quais estou inserida em contexto profissional.

“A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é uma área especializada, que acresce à prática de Enfermagem de cuidados gerais uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de competências e uma multiplicidade de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia. O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma com a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. O EEESMP presta cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na comunidade (Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O mesmo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental refere que, no que concerne ao

tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EEESMP contribuem para a “adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas relacionados com a doença mental (adesão ao regime terapêutico, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, assim como a recuperação e a qualidade de vida de toda a família” (OE, 2023, p.8).

Foi um percurso essencial e transformador que alicerçou as bases da minha personalidade, dos meus valores e da minha essência enquanto pessoa e enfermeira. Foi um percurso que me fez refletir sobre mim e sobre “cada fragmento de mim” em todos os momentos de aprendizagem de forma dinâmica e leve mas muito mais consciente do que anteriormente, o que me permitiu desenvolver a competência do EEESMP “tomar consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (F1.1)”, assim como mobilizei competências e habilidades que me permitiram conhecer-me intrinsecamente e “identificar no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que pudessem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar (F1.1.1).

Estas competências e habilidades deram-me a oportunidade de me conhecer e me “monitorizar” de uma forma “aprofundada”, o que foi essencial para conseguir também construir relações terapêuticas e estar profundamente atenta ao outro e aos seus comportamentos, assim como observar e avaliar na perspetiva de um EEESMP.

“No processo psicoterapêutico, a relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente é fundamental. O utente tem de se sentir escutado e compreendido, pelo que o enfermeiro deve permitir que este sinta e se expresse da forma que lhe aprouver desde que, naturalmente, não ultrapasse as barreiras/fronteiras que possibilitam um distanciamento entre o enfermeiro e o utente que lhes permita o estabelecimento de uma relação verdadeiramente terapêutica (Kovitz, 1998 citado por Sampaio et. al., 2023, p.30-31). A construção das relações terapêuticas foi muito interessante e também transformadora ao conseguir adaptar-me às circunstâncias e “gerir os fenómenos de contratransferência e transferência, impasses ou resistências e o impacto de mim própria na relação terapêutica (F1.1.2)”.

Relativamente ao fenómeno de contratransferência, reconheço que teve impacto no meu primeiro ensino clínico, que foi um fenómeno que teve ressonância em mim e que de certa forma me trouxe o entendimento necessário para conseguir identificar estes fenómenos na construção da relação terapêutica. Identifico durante o primeiro EC o fenómeno “superproteção/paternalismo” relativamente à minha primeira utente, por vários aspetos como

ser do sexo feminino, ter uma idade inferior à minha e apresentar-se muito vulnerável no seu episódio de internamento, pelo que me autorresponsabilizei pelo seu bem-estar.

“O termo contratransferência é mais utilizado para fazer referência às respostas cognitivo-afetivas do terapeuta relativamente ao utente. Sendo também um termo que deriva fortemente da concetualização Freudiana, a contratransferência é encarada como a influência do utente nos sentimentos inconscientes do terapeuta, uma manifestação dos assuntos não/ mal resolvidos por parte do terapeuta e, naturalmente, como potencial limitação ao processo psicoterapêutico (Cartwright, 2011 citado por Sampaio et. al., 2023, p.32). A contratransferência pode manifestar-se de diversas formas. Por exemplo, pode levar ao desinteresse do enfermeiro num dado caso clínico, à atração física/sexual pelo utente, à crítica negativa/juízos de valor realizados acerca do utente, à superproteção/paternalismo em relação ao utente, etc. Estes tipos de contratransferência podem repercutir-se em algumas atitudes/comportamentos, ainda que potencialmente discretos, por parte do enfermeiro, tais como prolongar no tempo as sessões de intervenção psicoterapêutica, sentir-se inferiorizado quando está a lidar com utentes que apresentam traços narcísicos de personalidade, ou sentir-se desconfortável quando o utente é sexualmente atraente” (Sampaio et. al., 2023, p.32).

Durante os EC também surgiram ao longo da construção da relação terapêutica fenómenos de transferência, os quais identifiquei durante as minhas intervenções, tais como emoções negativas de desapontamento, raiva ou frustração do doente em contexto da relação terapêutica, assim como emoções positivas dirigidas a mim como tentativas de mudar o foco de atenção da intervenção (Prasko et al. 2010 citado por Sampaio et. al., 2023). Desta forma percebi também a importância de “manter o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico (F.1.1.3)”.

“O processo de transferência pode manifestar-se de diversas formas: extrema admiração/dependência do enfermeiro, paixão pelo enfermeiro, agressividade dirigida ao enfermeiro, possessividade em relação ao enfermeiro, etc. [...] É fundamental que essas emoções, quando identificadas, sejam abordadas abertamente e trabalhadas no contexto da intervenção psicoterapêutica, na medida em que estas abrem espaço para a compreensão das relações passadas e presentes do utente” (Prasko et al., 2010 citado por Sampaio et. al., 2023, p.32).

Outro impasse terapêutico que percecionei ao longo do percurso de ensino clínico foi a “resistência” por parte do doente, a não adesão ao regime terapêutico, por vezes provocada pelo facto de o doente não quer mudar ou não querer aderir ao regime terapêutico, ou pela ausência de juízo crítico relativamente à sua doença e em casos mais agudizados pela ausência de insight.

Ao longo da construção da relação terapêutica desenvolvi também a habilidade de “monitorizar as minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando um “dar conta de mim” integrativo, para melhorar a relação terapêutica (F1.1.4)”, o que me proporcionou um enorme autoconhecimento e por consequência um enorme desenvolvimento pessoal, que se repercutiu na minha prática enquanto enfermeira. O desenvolvimento das técnicas comunicacionais (como a assertividade) e a perceção da sua importância nas relações interpessoais, foram também relevantes no meu percurso, assim como no desenvolvimento e construção das relações terapêuticas. Neste âmbito observo um desenvolvimento pessoal profundo ao conhecer-me e descobrir-me como “instrumento terapêutico” na construção da relação terapêutica com o doente. Durante este processo deparei-me com algumas fragilidades minhas, em termos relacionais, de comunicação, assertividade e de exposição aos outros (algo desconfortável para mim), que se foram dissipando e atenuando durante o percurso académico, com o treino de competências. O Programa “EuSOU+” (APÊNDICE XVI) foi impactante no desenvolvimento das minhas competências no que diz respeito não só à construção de relações terapêuticas com os utentes, mas também com as famílias, levando-me a desenvolver competências no que diz respeito às necessidades dos utentes, mas também no âmbito da intervenção em contexto familiar.

A realização da formação em serviço, no EC I, intitulada de “Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros” e o Programa Mental Care com sessões de grupo (APÊNDICE XVIII), no EC III, proporcionaram-me o desenvolvimento de competências no que diz respeito à exposição aos outros (algo desconfortável para mim), como referi anteriormente, que se foram dissipando durante o percurso académico. Esta atividade permitiu-me desenvolver as CEESMP “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (F1.1)”, permitindo-me interiorizar ao longo da realização do Programa a importância de “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 (F1.1.1.)”, permitindo-me perceber o porquê dos sintomas de ansiedade sentidos anteriormente neste âmbito. Assim como perceber “o impacto de mim própria na relação terapêutica (F1.1.2.)”, visto que com o desenvolvimento das sessões fui percebendo que a realização deste Programa era importante para quem estava do outro lado e por mais conhecimento que alguns enfermeiros já tivessem neste âmbito, foi de igual forma importante perceber que a realização do mesmo foi pertinente e teve impacto positivo nos enfermeiros, que estes interiorizaram os conteúdos e perceberam a importância de promover a sua saúde mental. Com este programa “dei conta” certamente de muitas limitações minhas, mas também

desenvolvi e aprimorei competências que anteriormente pensei não ter capacidade para desenvolver.

Por fim, destaco ainda a minha participação nas sessões de Sociodrama (APÊNDICE XVII), como “coterapeuta/ego auxiliar”. A participação como “ego auxiliar” nas sessões de sociodrama, dirigidas pela Enf^a. Orientadora, foram momentos de aprendizagem em que percecionei o quanto o ser humano pode sentir-se frágil mas, no entanto, desenvolver estratégias de coping, outras capacidades e habilidades a partir dessa fragilidade como forma de resiliência e adaptação às diversas circunstâncias, ao sentir-se acolhido, compreendido e integrado em grupos de apoio. Eu própria senti este desafio desta forma, desenvolvendo o meu autoconhecimento através de todas as experiências que tive oportunidade de vivenciar.

2.2 ASSISTIR A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL (F2)

Ao longo do percurso de realização dos ensinamentos clínicos tive a oportunidade de experienciar e realizar cuidados de enfermagem especializada em vários contextos: internamento de doentes em agudização, contexto comunitário e domiciliário e hospital de dia, o que me permitiu “executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente (F2.1)”, o que me proporcionou o desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais, sensibilidade cultural e aceitação do outro, elementos essenciais para a construção da relação terapêutica. A minha abordagem e cuidados ao doente mental foi realizada em várias vertentes, que me proporcionaram uma reflexão mais aprofundada sobre os contextos de vivências dos doentes e sobre os fatores determinantes de proteção da saúde mental e os fatores de risco psicossocial que podem conduzir à doença mental ou promover a agudização da doença já existente, conseguindo desta forma “avaliar a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos (F2.1.1)”. No EC III (contexto comunitário) tive a oportunidade de participar numa Equipa Comunitária que assiste o doente e a família em contexto domiciliário. Na minha perspetiva a consulta domiciliária fornece-nos uma observação e avaliação abrangente daquilo que é o doente, que noutra contexto os profissionais de saúde não têm acesso. Dá-nos uma visão do seu estado de saúde no momento, visto que literalmente entramos naquele que é o espaço pessoal e privado do doente, observamo-lo, assim como os seus comportamentos no contexto, observamos o seu contexto familiar, assim como a rede de apoio, a sua casa, os seus objetos, a arrumação da casa, as suas necessidades neste

contexto. Desta forma a consulta domiciliária consiste na recolha de informação necessária à compreensão do estado de saúde mental dos doentes, assim como a observação do comportamento dos mesmos, desenvolvendo assim a competência da “avaliação de fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental (F2.1.2)”, permitindo executar uma avaliação global que permita uma descrição clara da sua história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família (F2.2), executar uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do doente (F2.2.1) e executar uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental (F2.2.2.). Além disso a intervenção da equipa comunitária permite, por estar centrada em toda a dinâmica e contexto envolvente do doente, avaliar o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do doente, com ênfase na funcionalidade e autonomia (F2.2.3), realizar entrevistas sistematicamente, assim como mobilizar técnicas de comunicação durante as intervenções nos diferentes contextos em que atuamos para conseguirmos obter uma avaliação mais abrangente do estado de saúde dos doentes e dos contextos que estes integram.

O objetivo da intervenção em contexto comunitário prendeu-se com a promoção e avaliação da adesão terapêutica, assim como a prevenção de recaídas, reabilitação funcional e avaliação e otimização das intervenções clínicas e sociais, com maior proximidade da comunidade. As intervenções de enfermagem no domicílio centraram-se na avaliação do estado mental do utente, monitorização e avaliação da adesão terapêutica, apoio não só ao utente, mas também à família, avaliação de riscos e intervenção nos sinais de alerta precoces, avaliar aceitação do estado de saúde, avaliar conhecimento sobre a medicação, psicoeducação e reforço dos benefícios da adesão terapêutica, facilitar na gestão da terapêutica medicamentosa, referenciar para médico assistente/referenciar para médico assistente sobre a não adesão terapêutica; avaliar humor e ensinar sobre a doença.

No EC II, realizado em contexto de Hospital de Dia, como referi anteriormente, tive a oportunidade de implementar um Programa de promoção da participação ativa, através da educação para a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave (F2.3.2). Este Programa foi intitulado de “EuSOU+” (APÊNDICE XVI).

Em contexto de EC I, dinamizei uma sessão formativa para os enfermeiros do serviço intitulada de “Promoção da saúde mental dos Enfermeiros” (APÊNDICE XV), na qual abordei estudos relevantes sobre a caracterização da população-alvo (enfermeiros) no âmbito da saúde mental, fatores determinantes da saúde mental, sinais e sintomas precoces de perturbações de saúde mental, estratégias de promoção da saúde mental e dei a conhecer o Programa da DGS (2021) Guia técnico Nº 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos

a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho, que contempla os riscos psicossociais no âmbito da Saúde Ocupacional.

No âmbito formativo, também desenvolvi e coordenei durante o EC III, como já referi anteriormente, um projeto intitulado de “Mental Care” com sessões de grupo (APÊNDICE XVIII), com o objetivo de promover e proteger o bem-estar e a saúde mental e prevenir a perturbação mental na comunidade e grupos (F2.3). Participaram nas sessões de grupo cerca de 15 enfermeiros por sessão. Este programa teve como objetivo primordial a disponibilização de ferramentas como suporte e promoção da saúde mental nos enfermeiros nomeadamente consciencializar sobre a importância da saúde mental e impacto que a doença mental tem nas diferentes dimensões da vida da pessoa, consciencializar sobre estudos nacionais no âmbito da saúde mental dos enfermeiros, disponibilizar estratégias de autocuidado/autoestima e autocontrolo, treinar diferentes técnicas de relaxamento, demonstrar as diferentes técnicas para gestão emocional. Desta forma, desenvolvi competências no âmbito de ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho (D 2.1).

Além disso, também implementei um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, intitulado da mesma forma “Mental Care – Programa de Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência” (APÊNDICE VIII), no entanto, no âmbito da Saúde Ocupacional e abrangente a todos os enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência (contexto no qual também desempenhava funções), tendo assim a oportunidade de implementar um programa de promoção da saúde mental no local de trabalho, visando a redução de fatores de stresse, a gestão de conflitos e comportamento abusivo, sendo também um programa de intervenção precoce (F2.3.4). Este Programa consistiu em 5 sessões individuais: 1ª. sessão “Ansiedade”, 2ª. sessão “Humor”, 3ª. sessão “Sono”, 4ª. sessão “Coping”, 5ª. sessão “Burnout”.

2.3 AJUDAR 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 longo do percurso académico tive a oportunidade de intervir de forma especializada em seis estudos de caso em contexto de internamento, contexto comunitário e contexto de hospital de dia de psiquiatria, com diferente psicopatologias associadas, nos quais estabeleci diagnósticos de enfermagem de saúde mental da pessoa (F3.1), identifiquei desta forma os problemas e as necessidades específicas da pessoa no âmbito da saúde mental (F3.1.1), avaliei o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar (F3.1.2), identifiquei sinais e sintomas de

perturbações mentais e problemas de saúde relacionados (F3.1.3) e apliquei sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (F3.1.9).

A realização de estudos de caso ao longo dos EC permitiu-me identificar, descrever e monitorizar os resultados clínicos individualizados para o doentes e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e os ganhos em saúde mental (F3.2.2), assim como me permitiu elaborar e implementar o plano de cuidados a desenvolver com o doente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias. (F3.4.5).

A realização dos estudos de caso ao longo dos ensinios clínicos foi também alicerçada em Teorias de Enfermagem: Modelo de Recuperação de Tidal de Phil Barker, Teoria das Transições de Afaf Meleis, Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau. Estas Teorias de Enfermagem direcionam as intervenções dos enfermeiros no âmbito da promoção da saúde/prevenção da doença como preconiza a Ordem dos Enfermeiros que definiu oito categorias de enunciados descritivos que compõem os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde mental: a 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 (Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O Modelo Tidal é usado na recuperação da saúde mental, assim como na promoção da saúde mental visto que “coloca a pessoa e a experiência que ela tem com a doença mental e suas angústias no centro do processo de cuidar. São as pessoas e as narrativas das histórias de vida delas que são importantes para o cuidado em Saúde Mental” (Freitas, R. et al., 2019). Ou seja, a identificação dos focos de enfermagem para o processo de enfermagem é centrada na pessoa e nas suas necessidades e é a pessoa que lidera o seu processo de recuperação. Durante a entrevista da utente F. (APÊNDICE XXIII) foi dado ênfase às perguntas abertas e à escuta ativa, de modo que a utente redirecionasse o seu discurso para as suas angústias, revelando alguns dos momentos que mais a marcaram na sua vida, como a morte do seu filho, do seu anterior companheiro e das doenças incapacitantes da sua vida (neoplasia da tiroide, em que foi sujeita a uma tiroidectomia e a síndrome do colon irritável que a incapacita para algumas atividades de vida diárias).

O modelo de Tidal parte de uma relação criativa entre o profissional e a pessoa por meio de alianças, sendo o enfermeiro a pessoa que ajuda o sujeito a buscar sentido para a sua doença. É um modelo facilitador, ou seja, dá as condições para que algo aconteça (Freitas, R., 2019). Segundo Teixeira, L. et al. (2017) este modelo auxilia na “identificação daquilo que precisa ser feito para ajudar a pessoa a resolver, a superar ou a adaptar-se aos problemas de vida associados, ou à sua perturbação mental. Além disso a inclusão do doente no processo de recuperação contribui para a orientação dos objetivos dos enfermeiros e favorece o atendimento das necessidades humanas ao identificá-las, sabendo que são da pessoa, e não do profissional. Durante a entrevista foram abordadas estratégias adaptativas, as quais pode optar para conseguir ter qualidade de vida e que lhe originem bem-estar. O mesmo estudo de caso também foi baseado na Teoria das Transições de Afaf Meleis visto que a teoria fundamenta a transição de saúde/doença, assim como o processo de recuperação (Meleis & Trangenstein, 1994 citados por Reed, P. & Shearer, N., 2009) da utente internada neste serviço. Segundo Afaf Meleis (2010) a teoria das transições surge do pressuposto de um problema potencial, ou seja, um problema que poderá vir a causar sofrimento ao indivíduo se ele não estiver preparado para a experiência de transição e descreve o processo de prevenção, assim como as intervenções terapêuticas. Desta forma, o plano de cuidados de enfermagem da utente F. teve por base o período de transição em que se encontra, o luto do filho (que se suicidou), assim como uma doença mental com necessidade de internamento hospitalar, momento por si só gerador de ansiedade e stresse, com o retorno a casa e a uma sociedade com grande estigma em relação à doença mental. Desta forma, é considerado fundamental nas transições o acompanhamento e o suporte adequado. Afaf Meleis (2010) afirma que o trabalho dos enfermeiros é essencial no suporte e acompanhamento de pessoas nas maiores transições da vida e que a enfermagem está direcionada para as situações de crescimento e desenvolvimento, promoção da saúde, estratégias de coping na doença e na recuperação.

No EC II, utilizei o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender como suporte teórico na realização do meu estudo de caso (APÊNDICE XVI). Este modelo menciona fatores que promovem a apropriação de estratégias individuais de promoção da saúde e que os enfermeiros assumem um papel de liderança neste contexto, pela implementação e avaliação de intervenções promotoras da saúde (Victor et al., 2005). Assim, este modelo teórico reforçou a realização das intervenções especializadas para os diagnósticos de enfermagem “humor depressivo” e “baixa autoestima no estudo de caso da Utente C, assim como me consciencializou do processo de promoção de saúde, assim como os fatores que o promovem, já que este modelo explica que os comportamentos de promoção da saúde decorrem de três conceitos principais: Características e experiências individuais;

Comportamento específico e Resultado do comportamento (Sakraida, 2004; Hoyos et al., 2011 citados por Pender et al., 2011). Este modelo é baseado em pressupostos como: O comportamento anterior e as características individuais influenciam o comportamento de promoção da saúde; As pessoas comprometem-se a ter comportamentos dos quais antecipam benefícios; A competência percebida ou autoeficácia aumenta a probabilidade do compromisso com a ação; A apresentação positiva no sentido de um comportamento leva a uma maior autoeficácia percebida; A probabilidade de compromisso e ação aumenta quando há emoções ou apresentações positivas face ao comportamento; A família e os profissionais de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem afetar a adoção de comportamentos de promoção da saúde; Quanto maior o compromisso com o plano de ação, maior a probabilidade de os comportamentos de promoção da saúde se manterem ao longo do tempo; Os conhecimentos, a apresentação e o ambiente interpessoal e físico podem ser alterados pelas pessoas para criar incentivos às ações de saúde (Sakraida, 2004).

No EC III, a realização do estudo de caso do utente O., em contexto comunitário, foi baseada na Teoria de Hildegard E. Peplau, visto que esta Teoria deriva do modelo psicodinâmico, dando enfoque à relação/interação enfermeiro-utente a partir da qual se identificam as necessidades deste último, ajudando-o na resolução dos problemas, com intervenções especializadas de enfermagem que, neste caso, deram resposta aos diagnósticos de enfermagem “adesão ao regime terapêutico medicamentoso comprometida”, “humor deprimido” e “conhecimento sobre a doença moderado”. Peplau define enfermagem psicodinâmica como “capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, e aplicar os princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis da experiência” (Tomey & Alligood, 2004, p. 426). Na construção da relação enfermeiro-utente, Peplau descreve os conceitos estruturais do processo interpessoal, definindo quatro fases: orientação, identificação/reconhecimento, exploração/aprofundamento e resolução. Estas interrelacionam-se e podem mesmo sobrepor-se variando na temporalidade à medida que o problema evolui no sentido da solução. Cada fase é caracterizada por papéis desempenhados pelo enfermeiro e pelo utente na medida em que ambos aprendem a trabalhar conjuntamente com objetivo comum da resolução das dificuldades identificadas (Franzoi, M. et al., 2016).

Durante este percurso, também tive a oportunidade de observar a metodologia de gestão de caso no EC que decorreu no hospital de dia. A metodologia de gestão de caso tem como objetivo ajudar o doente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde (F3.5).

O EC III, que decorreu em contexto comunitário, também me permitiu desenvolver as competências especializadas em enfermagem de saúde mental no âmbito das funções de

terapeuta de referência (F3.5.1), ao observar e participar em consultas de enfermagem, da minha enfermeira orientadora, onde essa metodologia era aplicada. Brito, M. (2018) refere que o Terapeuta de Referência surgiu pela primeira vez em Portugal, no Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2016. Indo ao encontro desse modelo de prestação de cuidados, que há várias décadas se considera “standard care” em diversos países. Em 2011 o Terapeuta de Referência foi contemplado no Regulamento das CEESMP e em 2012, no âmbito da reatualização do PNSM, foi preconizada, nas doenças mentais graves, a generalização do modelo de Terapeuta de Referência. Neste âmbito preconiza-se então que “os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a autodeterminação e a procura de um caminho pessoal das pessoas com doença mental” (D.R., 2008 citado por Brito, 2018).

Desta forma constatei como preconizado que esta consulta é baseada nos processos de Recovery e Empowerment. “O processo de recovery é descrito como uma mudança de atitudes, valores, significações e objetivos, empreendida pela própria pessoa, de forma a construir um novo projeto de vida, e a ultrapassar os efeitos da doença mental. Consiste então num processo pessoal de crescimento e reintegração social que resulta em que o doente adquira, ou readquira, os seus papéis sociais – estudante, trabalhador, membro da família, participante na comunidade – aprendendo a reduzir/controlar os sintomas da doença, aumentando o seu sentido de autoeficácia e bem-estar, e aumentando o seu nível de sucesso e satisfação com a sua vida (Silverstein e Bellack, 2008 citados por Brito, 2018). Esta consulta também aplica o processo de Empowerment, visto que favorece a autodeterminação do doente, incentivando ao desenvolvimento de competências e a vivência da sua vida o mais funcional possível, na sua vida pessoal, profissional e social. “Empowerment é um processo de desenvolvimento individual, continuado e de longo prazo, que envolve uma dimensão relacionada com o aumento das competências individuais e uma outra com o desenvolvimento de competências de participação social (Kieffer, 1984 citado por Brito, 2018). É um processo através do qual os indivíduos desenvolvem uma compreensão acerca dos seus próprios objetivos e acerca das estratégias para os alcançar (Mechanic, 1991 citado por Brito, 2018). Neste âmbito desenvolvi as CEEESMP pela sua intervenção de forma abrangente ao doente. Consegui interiorizar a importância de ter uma figura de referência em enfermagem, a quem os doentes com DMG, podem recorrer sempre que se justifique. Para mim por perceptível a importância de ter um enfermeiro com uma relação terapêutica estabelecida já há vários meses/anos. O impacto das intervenções realizadas em contexto de consulta é maior visto que o profissional é a referência deste doente e ambos já se conhecem. É também facilmente identificável quando existe agudização da doença, visto que o profissional conhece o doente, em muitos casos há vários anos, como referi. Nesta consulta além de serem aplicadas intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental, é também realizada a

administração de medicação injetável, o que permite ao Terapeuta de Referência verificar e promover a adesão terapêutica do doente.

Em contexto de internamento de doentes em fase aguda observei os processos de estudo de despiste de causa orgânica em sintomatologia de doença mental, como alteração comportamento, alteração do pensamento ou alteração da perceção do doente. Estes processos de estudo e observação diferenciam os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do doente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos (F3.1.4). Estes processos de estudo incluem várias exames complementares de diagnóstico, como análises clínicas ou TAC crânio, assim como entrevista ao doente e/ou familiares, realização do exame mental ao doente, formulação de diagnósticos, intervenções terapêuticas dirigidas e avaliação de resultados. Durante o processo de estabilização psicopatológica do doente, tive também a oportunidade de me familiarizar com a terapêutica medicamentosa prescrita e gerir o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade do mesmo (F3.4.4).

Em ambos os EC observei a relação terapêutica sólida que é construída e que existe entre os profissionais de saúde e os doentes, visto que estes são doentes acompanhados pelas equipas, maioritariamente há vários meses ou mesmo anos, o que facilita a observação da exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença (F3.1.5). Além disso, os cuidados de enfermagem especializados ao doente mental durante o internamento ou em contexto comunitário/hospital de dia fornecem aos enfermeiros informações para que estes consigam identificar de forma eficaz e atempada complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física (F3.1.6), permite monitorizar a segurança do cliente e fazer avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica (F3.4.2), assim como avaliar e detetar situações de emergência psiquiátrica e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência (F3.1.7). O conhecimento especializado de enfermagem de saúde mental permite também gerir de forma mais eficaz as emergências psiquiátricas determinando o nível de risco, iniciar e coordenar cuidados de emergência efetivos (F3.4.3).

Desta forma, o percurso académico e a realização de cuidados especializados em enfermagem durante os ensinamentos clínicos permitiram-me desempenhar com mais eficácia as minhas intervenções e cuidados de enfermagem enquanto enfermeira a desempenhar funções, nesse momento, num serviço de urgência geral, o que me permitiu igualmente

conseguir avaliar com mais eficácia doentes com potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os doentes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o doente e terceiros (F3.1.8).

Ao longo do percurso desenvolvi igualmente competências especializadas ao identificar resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde em populações-alvo, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental (F3.2), nomeadamente no meu Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “Programa Mental Care-Promoção da saúde mental dos enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência”. É relevante mencionar que o *Core de Indicadores sensíveis aos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* foi elaborado por um grupo de trabalho nomeado pelo Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros por proposta da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do mandato 2020-2023. A construção de um core de indicadores permite uma abordagem diferenciada nos cuidados especializados, assim como a avaliação dos ganhos em saúde decorrentes da intervenção especializada. Esses mesmos ganhos em saúde não só destacam a importância da intervenção especializada da ESMP, como também permitem a melhoria dos cuidados. O core de Indicadores sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foi elaborado de forma a resultar num documento orientador para os EEESMP e para as instituições de saúde de forma a promover o desenvolvimento e implementação de programas de melhoria contínua, assim como possibilitar a avaliação de ganhos em saúde dos clientes que beneficiam destes cuidados especializados (OE, 2023).

No EC II, como referi anteriormente, desenvolvi o Programa “EuSOU+”, construído em colaboração com a equipa multidisciplinar, o que permitiu desenvolver competências integrada nas equipas multidisciplinares, desenvolvendo parcerias nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-me pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria e respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal (F3.3.1). O Programa “EuSOU+” também me permitiu desenvolver competências relativamente ao desenvolvimento, direção e implementação de programas de cuidados comunitários assertivos e integrados para pessoas com Doença Mental Grave (F3.3.2), assim como conceber estratégias de empoderamento que permitiram ao doente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental (F3.4.1) ou agudização da doença.

2.4 PRESTAR CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SÓCIO TERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS, À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, MOBILIZANDO O CONTEXTO E DINÂMICA INDIVIDUAL, FAMILIAR DE GRUPO OU COMUNITÁRIO, DE FORMA A MANTER, MELHORAR E RECUPERAR A SAÚDE (F4)

“O planeamento e a realização de intervenções psicoterapêuticas encontram-se consagrados em Diário da República, enquanto competência específica do enfermeiro especialista em ESMP, desde 2011. É, na atualidade, absolutamente inquestionável o papel de relevo que este profissional pode desempenhar, em articulação multidisciplinar com a equipa de saúde, por via desta sua competência específica” (OE, 2023, pág. 8).

No entanto ao longo dos anos, tem sido importante clarificar os termos “psicoterapia” e “intervenção psicoterapêutica” e até mesmo clarificar que as intervenções psicoterapêuticas poderiam ser realizadas pelos enfermeiros especialistas em ESMP. Desta forma, foi elaborado por um grupo de trabalho nomeado pela OE, um Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, que clarifica as intervenções passíveis de serem realizadas por EEESMP. A elaboração deste Guia foi sugerida pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Mandato 2020-2023 (OE, 2023). Este Guia esclarece que “a diferença entre “psicoterapia” e “intervenção psicoterapêutica” se centra na formação e abordagem do terapeuta: corpo teórico, experiências formativas e desenvolvimento pessoal. A formação tendo em vista o exercício da profissão de psicoterapeuta realizada numa sociedade científica implica não só o domínio conceptual da escola psicoterapêutica, mas também um percurso sólido que engloba a supervisão do trabalho e o desenvolvimento pessoal. Se partirmos desta base, e mantendo o carácter mais abrangente dos conceitos, intervenção psicoterapêutica em Enfermagem pode também ser definida de acordo com os seus intervenientes e objetivo. Assim, a intervenção terapêutica em Enfermagem é entendida como um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e a pessoa, no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados” (Sampaio et al., 2016, p. 12; OE, 2023, p.14). Portanto, a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem é uma intervenção que consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia e assenta nos seguintes princípios: Ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; Ser realizada por um enfermeiro especialista em ESMP; Ser baseada em um ou mais referenciais teóricos de Psicoterapia; Decorrer da identificação de um diagnóstico de

Enfermagem no âmbito da Saúde Mental; O utente deve apresentar um papel ativo e ter, necessariamente, alguma consciência de si; O número de sessões deve ser compreendido entre três e doze; Ter, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente; O objetivo deve ser a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente (Sampaio et al., 2014; OE, 2023a). O desenvolvimento desta competência proporcionou-me também o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente, assim como uma consciência mais profunda sobre a doença mental.

Este processo de aquisição de competências foi “esculpido” com o auxílio dos enfermeiros e professores orientadores, na supervisão e discussão dos casos clínicos e relatórios dos ensinamentos clínicos, assim como na otimização dos Programas que planeei, construí e das respetivas intervenções especializadas, assim como a participação nas consultas de enfermagem dos enfermeiros orientadores e nas minhas intervenções especializadas, com supervisão dos mesmos.

Estas competências são desenvolvidas e aprimoradas não só com aquisição de conhecimento, mas também com a supervisão constante da prática das competências especializadas, pelos enfermeiros e professores orientadores, o que na minha perspetiva me transformou de uma forma profunda enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

Em suma, ao longo dos ensinamentos clínicos tive a oportunidade de prestar cuidados psicoterapêuticos (individuais e de grupo), socioterapêuticos (em grupo), psicossociais (em grupo) e psicoeducacionais (individuais e de grupo) e, por conseguinte, coordenei, desenvolvi e implementei programas de psicoeducação e treino em saúde mental (F4.1).

As intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais individuais foram desenvolvidas através dos estudos de caso, através dos quais desenvolvi processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do doente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptavam ao doente e à situação (F4.2).

Na realização dos estudos de caso também tive a oportunidade de ensinar os doentes, assim como pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas (F4.1.4) assim como utilizei técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudaram o doente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os déficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida (F4.2.4), eduquei e ajudei o doente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas, nomeadamente a adoção de um estilo de vida saudável e a realização de tarefas/atividades que ofereçam bem-estar físico e mental (F4.1.5). Durante a realização dos estudos de caso demonstrei sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de

substâncias, violência, comportamentos de risco e outros, sempre que aplicável (F4.1.8) e analisei o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na minha habilidade e disponibilidade para aprender e planejar abordagens de acordo com a situação (F4.1.9), nomeadamente em comportamentos que demonstravam no doente humor facilmente irritável, querelante ou mesmo agressividade verbal e física, assim como considerei a disponibilidade para melhorar o autocuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas (F4.1.10).

Com o meio para desenvolver a competência de conceber e desenvolver um programa de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integrei (F4.3.1), criei e estruturei o Programa “EuSOU+”, o qual me permitiu implementar intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, a compreensão e a gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais (F4.1.3), promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais (F4.3), assim como prestar apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias (F4.1.6).

A 6ª. sessão do Programa “EuSOU+” contribuiu também para atingir a competência que descreve o apoio a famílias de pessoas com doença mental grave, incentivando a organização de grupos de ajuda que o incluam, assim como à família (F4.1.7). Durante esta sessão os doentes e as famílias foram desta forma incentivados a colocar dúvidas, nomeadamente à Terapeuta Familiar e Enfermeiros Especialistas presentes, assim como a participar de forma ativa durante toda a sessão.

Ainda no EC desenvolvido no Hospital de Dia participei em conjunto com a equipa, na implementação de uma intervenção psicossocial em grupo, que visou a inserção social dos utentes com doença mental (F4.3.2), numa ida à Fundação da Gulbenkian, para participação em atividades de comemoração do Dia Internacional da Saúde Mental.

No EC desenvolvido no internamento realizei intervenções especializadas assim como apliquei individualmente no processo de cuidar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentaram o “insight” do doente, permitindo elaborar novas razões para o problema (F4.2.2), assim como utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitaram respostas adaptativas que permitiram ao doente recuperar a sua saúde mental (F4.2.3).

Como referi na competência anterior desenvolvi competências no que concerne à metodologia de gestão de caso e Terapeuta de Referência ao longo da observação e participação nas

consultas de enfermagem dos enfermeiros orientadores. Nas consultas de enfermagem assim como em contexto comunitário, além de serem implementadas intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições (F4.2.1), é também realizada a administração de medicação injetável, o que permite ao Terapeuta de Referência verificar e promover a adesão ao regime terapêutico e medicamentoso do doente, com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada (F4.1.2).

Ambos os Programas Mental Care com sessões de grupo e individual (APÊNDICE XVIII e APÊNDICE VIII, respetivamente) foram estruturados com intervenções e técnicas psicoterapêuticas, psicoeducacionais e socioterapêuticas que permitiram aos enfermeiros libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes (F4.2.5).

Ambos os programas forneceram antecipadamente orientações aos clientes (neste caso enfermeiros), de forma a promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais (F4.1.1).

3. ATIVIDADES REALIZADAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

3.1 INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL

Neste âmbito destaco cinco intervenções. A primeira e a segunda intervenção comportamental consistiu na realização de uma sessão de relaxamento (APÊNDICE X) e exercício físico/relaxamento (APÊNDICE XI) no decorrer do EC I.

A restantes três intervenções decorreram durante a foi realização do Programa “EuSOU+” (APÊNDICE XVI) durante o EC II, realizado no Hospital de Dia. As intervenções comportamentais foram: 2ª. sessão - “A minha perceção sobre mim”; 4ª sessão “O melhor Eu possível” e 5ª. sessão “Os meus objetivos de vida”.

3.2 INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

Na realização de intervenções psicoeducativas destaco oito intervenções em grupo. Duas delas realizadas em contexto de internamento (EC I), sobre Ansiedade (APÊNDICE XII) e Gestão de Emoções/Assertividade (APÊNDICE XIII).

No decorrer do EC II, destaco as intervenções psicoeducativas de grupo realizadas através do Programa “EuSOU+” (APÊNDICE XVI), Este Programa foi constituído por 6 sessões de grupo (com componente psicoeducativa): 1ª. sessão “Eu e os outros”; 2ª. sessão - “A minha perceção sobre mim”; 3ª. - sessão “Interação social”; 4ª. sessão “O melhor eu possível”; 5ª. sessão “Os meus objetivos de vida” e 6ª. sessão “A importância das relações familiares saudáveis”.

No que diz respeito a intervenções psicoeducativas individuais destaco as intervenções nos estudos de caso. No estudo de caso da Utente T. destaco a sessão psicoeducativa sobre consumo de canabinóides com recurso a um folheto (APÊNDICE XXII) e a técnica de resolução de problemas. No estudo de caso do Utente V. realizei psicoeducação sobre Ansiedade: identificação dos sintomas e estratégias para colmatar os sintomas, Delírios e ideias ruminantes, Técnica de respiração diafragmática, Estratégias de Coping e Insónia-técnicas de relaxamento e higiene do sono (APÊNDICE XXIV). No estudo de caso da Utente C. foi realizada psicoeducação sobre Perturbação Esquizofreniforme com recurso a um folheto (APÊNDICE XXVI) e no estudo de caso do Utente O. com diagnóstico de Esquizofrenia, foi realizada psicoeducação sobre a importância da adesão ao regime terapêutico medicamentoso para prevenção de agudização da doença e consequentemente internamentos.

3.3 INTERVENÇÃO SOCIOTERAPÊUTICA

Relativamente a intervenções socioterapêuticas destaco duas. Numa delas acompanhei os utentes do Hospital de Dia, durante o EC II, numa ida à Fundação da Gulbenkian no Dia Internacional da Saúde Mental, na qual tive a oportunidade de participar conjuntamente com a equipa, na implementação de uma intervenção psicossocial em grupo, que visou a inserção social dos utentes com doença mental, assim como a participação dos mesmos em atividades de comemoração do Dia Internacional da Saúde Mental.

A outra intervenção psicoterapêutica foi realizada durante a 6ª. sessão do Programa “EuSOU+” (APÊNDICE XVI), na qual participaram os utentes do Hospital de Dia e as suas famílias.

Ambas as intervenções foram relevantes no desenvolvimento das minhas competências, no que diz respeito não só ao cuidar do utente, mas também às intervenções necessárias em contexto familiar. Programei as intervenções de acordo com a evidência científica em contexto familiar, nomeadamente através do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, M., 2012) e recorri a profissionais especializados na área, como a Terapeuta Familiar, do serviço de hospital de dia. Foi impactante perceber a influencia significativa da família nos processos de saúde/doença e no bem-estar de cada um dos seus elementos e puder abordar e debater essa temática em conjunto com os utentes, os seus familiares e os profissionais do hospital de dia.

3.4 INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA INDIVIDUAL E DE GRUPO

No EC I, realizei uma intervenção psicoterapêutica em grupo, intitulada de “Árvore da Gratidão” (APÊNDICE IX) Durante a realização dos estudos de caso, também tive a oportunidade de realizar intervenções psicoterapêuticas individuais: “Brasão da Esperança” - Utente F. (APÊNDICE XXIII), “Realização de Contrato de vida” - Utente J. (APÊNDICE XXV) e “Autoestima e Gratidão” - Utente C. (APÊNDICE XXVI).

Estas intervenções foram realizadas em contexto de internamento, ou seja, em contexto de agudização clínica da doença, que traduz sempre um episódio de vulnerabilidade vivido por cada doente. Desta forma, percebi a importância de terem um apoio e intervenção adequada nesta fase e a sua participação em intervenções psicoterapêuticas realizadas por enfermeiros especialistas. Estas intervenções são um apoio inequívoco naquilo que é oferecer ao doentes, nesta fase, as ferramentas necessárias para que o mesmo consiga ter melhorias significativas e uma estabilização a nível psicopatológico o mais rápido possível.

3.5 INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Durante o EC II, foi-me facultada também a oportunidade de realizar quatro intervenções psicossociais. Durante o Programa “EuSOU+” (APÊNDICE XVI) foram realizadas três intervenções, de forma a promover a reabilitação psicossocial nos utentes com doença mental grave ou de evolução prolongada. As sessões em que foram aplicadas intervenções psicossociais são: 1ª. sessão “Eu e os outros”; 3ª. - sessão “Interação social” e 6ª. sessão “A importância das relações familiares saudáveis”. Ainda no decorrer do EC II, tive a oportunidade de experienciar intervenções especializadas em Sociodrama, com a minha Enfª. Orientadora, nas quais participei como “Ego auxiliar” (APÊNDICE XVII). Nery, M. et al. (2006) referem que o sociodrama é um método que aborda os grupos e as relações intergrupais, os seus conflitos e sofrimentos. Tem como objetivo privilegiar a participação dos sujeitos na situação, é um método que busca compreender os processos grupais e intervir nas situações-problema, por meio da ação/ comunicação das pessoas. Tem como objetivo fundamental proporcionar bem-estar grupal e intergrupal. A encenação dos conflitos sociais e políticos leva as pessoas a co-criarem e a viverem a catarse de integração, numa perspetiva de entendimento e de desenvolvimento social. A administração dos conflitos transforma-se numa tarefa tão importante quanto ajudar os sobreviventes a lidar com as suas experiências traumáticas (Kellerman, 1998 citado por Nery, M. et al., 2006). Através da participação como “Ego auxiliar” considero ter desenvolvido significativamente a primeira CEESMP “Determinar um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”. Foram momentos de aprendizagem em que percecionei o quanto o ser humano pode sentir-se frágil, mas, no entanto, desenvolver capacidades e habilidades a partir dessa fragilidade como forma de resiliência e adaptação às diversas circunstâncias, ao sentir-se acolhido, compreendido e integrado em grupos de apoio. Eu própria senti este desafio desta forma, desenvolvendo o meu autoconhecimento através de todas as experiências que tive oportunidade de vivenciar.

3.6 SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

No decorrer do EC I desenvolvi competências no âmbito da formação para enfermeiros, com o tema “Promoção da Saúde Mental nos Enfermeiros” (APÊNDICE XIV) e no EC III desenvolvi o Programa Mental Care com sessões de grupo (APÊNDICE XVIII).

3.7 ESTUDOS DE CASO

Durante o EC I realizei três estudos de caso (Doente T., Doente F. e Doente V.), no EC II realizei dois estudos de caso (Doente J. e Doente C.) e no EC III realizei um estudo de caso (Doente O.).

Desta forma, ao longo dos EC desenvolvi as CEESMP b) c) e d) “recorrendo à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde (F3.5)”. Ao longo da realização dos estudos de caso e através das intervenções individuais foram desenvolvidas as CEESMP “executar uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental (F.2.2.2)”, “avaliar fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental (F.2.1.2)”, “identificar os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental (F3.1.1)”; “avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar (F3.1.2)”, “diferencia exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença (F3.1.5)” e “aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (F3.1.9)”.

Desta forma, abordarei um dos estudos de caso, no qual consegui realizar uma intervenção mais prolongada, devido ao tempo de internamento da doente, o que contribui para um maior desenvolvimento de competências, neste âmbito.

No estudo de caso da Doente F. desenvolvi competências na aplicação da escala PGD – Luto prolongado, assim como na relação de ajuda e promoção da esperança (APÊNDICE XXIII)

3.8 OUTRAS ATIVIDADES

Durante o EC I tive ainda a oportunidade de treinar competências na realização da Entrevista Motivacional. A entrevista motivacional é um estilo de aconselhamento que se caracteriza por uma atmosfera de conversação construtiva acerca da mudança do comportamento, na qual o aconselhador utiliza a escuta ativa e a empatia para compreender a perspetiva do utente e minimizar a resistência. Partindo dos pressupostos de colaboração e respeito, são utilizadas técnicas e estratégias para explorar a perspetiva e objetivos do utente no que diz respeito ao seu problema, no sentido de estimular a mudança de comportamento. A EM não é

simplesmente uma técnica, pois é mais complexa do que isso, é um método clínico ou comunicacional, uma habilidade complexa que se aprende com prática considerável ao longo do tempo, um estilo de comunicação colaborativo, centrado na pessoa, que permite melhorar a motivação intrínseca para a mudança. Desta forma, é necessário o envolvimento do profissional de saúde no estabelecimento de uma relação terapêutica favorável à mudança, sendo o “respeito” e a “empatia” como condições essenciais para a relação terapêutica.

A abordagem motivacional tem estádios de mudança segundo Prochaska et al. (1992) que são: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação, Manutenção e Recaída. Os estádios motivacionais são importantes pois permitem ao profissional de saúde pensar de uma forma lógica na componente clínica da EM e auxilia os profissionais de saúde a ajudar as pessoas a deslocarem-se dos estádios de pré-contemplação e contemplação para preparação e ação (Rollnick & Miller, 1995; Miller & Rose, 2009; Miller & Rollnick, 2013 citados por Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020, p.97-98).

Ao longo do EC II tive também a oportunidade de colaborar na Atividade de Liderança (atividade já existente no serviço), na qual pude auxiliar uma utente a desenvolver um tema do seu agrado, desenvolvendo assim a capacidade de comunicação e promovendo a sua autoestima e interação social.

Ainda no decorrer do EC II participei na preparação dos utentes para realização de ECT, assim como pós-tratamento, onde pude também desenvolver competências nas intervenções de autocontrolo da ansiedade e relaxamento, assim como incentivei a comunicação de emoções e escuta ativa, antes e após a realização do procedimento. O ECT é um tratamento utilizado em diversas perturbações mentais. Devido a este tratamento pode verificar-se um aumento nos recetores serotoninérgicos pós-sinápticos e uma mudança na regulação pré-sináptica da libertação da serotonina. Pode também efetuar alterações nos sistemas neuronais muscarínicos, colinérgicos e dopaminérgicos (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017; Reid, 2009 citados por Sequeira, C. e Sampaio, F., 2020).

PARTE III

A parte III deste Relatório Final integra o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem designado por Programa Mental Care – Programa de Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros que desempenham funções no Serviço de Urgência que foi realizado após parecer positivo da Comissão de Ética do Hospital no qual foi implementado.

1. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

“A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) possui um corpo de conhecimentos que permite a sua individualização e diferenciação na área disciplinar da Enfermagem. Para tal, muito contribuiu o facto de relativamente cedo, desde os anos 50 do século XX, ter beneficiado da formação académica ao nível de Mestrado e Doutoramento de enfermeiras de saúde mental, tal como Hildegard Peplau (1909-1999), e da organização de estudos académicos de pós-graduação em ESMP e da investigação que lhe está associada. Como em todas as outras disciplinas, a investigação foi, e é, uma estratégia essencial para o desenvolvimento do conhecimento e para o exercício autónomo da profissão” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.31).

Os mesmos autores consideram a investigação socialmente útil, não só pelo conhecimento que é produzido, mas também pelas melhorias que pode proporcionar às pessoas e às populações, pelo que é fulcral introduzir os resultados da investigação nas práticas dos profissionais e que as mesmas influenciem os comportamentos das pessoas em geral. É, portanto, imprescindível fomentar uma prática baseada na evidência.

“A prática baseada na evidência é o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência de pesquisas sistemáticas para tomar decisões sobre o cuidado de utentes individuais” (Stuart, 2001; Sequeira & Sampaio, 2020, p.31). “A prática baseada na evidência combina a perícia clínica com a melhor evidência disponível, pois, embora a maior parte do movimento da prática baseada na evidência esteja voltada para o desenvolvimento de diretrizes clínicas, o elemento crítico centra-se na relação terapêutica e julgamento clínico associados à prestação de cuidados, e hoje, é sobejamente reconhecida como competência essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados” (LoBiondo-Wood & Haber, 2017 citados por Sequeira & Sampaio, 2020, pp.31-32).

Os passos da investigação científica e os passos da prática baseada na evidência são algo similares. Os passos de uma investigação incluem identificação e exploração do problema em

estudo, identificação do propósito do estudo, revisão da literatura, desenho do estudo que será desenvolvido para responder à questão de investigação, implementação dos métodos, apresentação e discussão dos achados e interpretação com base no conhecimento prévio. Os quatro passos da prática baseada na evidência incluem a transformação da informação que é necessária numa pergunta respondível, procura da melhor evidência, avaliação dos resultados da pesquisa de acordo com a utilidade e validade e, por fim, a aplicação dos achados na prática clínica. Desta forma, desenvolver uma intervenção baseada na evidência inclui cinco passos essenciais: 1) formular uma questão clínica sobre a melhor abordagem para atendimento à pessoa; 2) pesquisar e avaliar as evidências existentes; 3) combinar a evidência da pesquisa com (a) a sua perícia e experiência clínica e (b) preferências e valores do utente; 4) planejar e executar a intervenção e 5) avaliar os resultados (Sequeira & Sampaio, 2020, p.34).

A OE definiu em 2006 quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências. Sendo que, o meu projeto de melhoria contínua incidiu, essencialmente, em dois eixos: educação para a saúde na aprendizagem de capacidades e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências. No âmbito da investigação em enfermagem de saúde mental são preconizados estudos epidemiológicos e de impacto sobre as sociedades e o desenvolvimento social, estudos que deem voz ao sofrimento e às necessidades das pessoas com perturbação mental e estudos que se focalizem na proteção dos direitos humanos e na redução do estigma, do preconceito e da intolerância são outras das áreas importantes de investigação (Sequeira & Sampaio, 2020, p.36-37).

1.1 IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A realização deste Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem partiu da identificação de um problema referente à saúde mental dos enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência. A implementação deste projeto (Programa Mental Care) tem como objetivo a promoção da saúde mental dos enfermeiros no âmbito da Saúde Ocupacional, e concretiza-se na implementação, neste contexto, de uma consulta de enfermagem de saúde mental, num centro hospitalar do centro do país.

Apesar de serem conhecidos os riscos psicossociais a que estão expostos os profissionais de enfermagem que desempenham funções no Serviço de Urgência, não se encontra

implementada uma resposta sistematizada/programa para a promoção da sua saúde mental e prevenção da doença, nem uma metodologia para avaliação dos riscos psicossociais nos profissionais de saúde, no âmbito da Saúde Ocupacional. Tendo como ponto de partida a existência de manifestações de sofrimento mental por parte dos enfermeiros do serviço de urgência, identificadas pela equipa, e os contributos da literatura disponível sobre os riscos psicossociais nestes contextos, pretende-se implementar um programa de promoção e prevenção em saúde mental (Programa Mental Care) neste âmbito dirigido a estes profissionais.

O programa que proponho implementar, como já referi, está centrado nos profissionais de enfermagem, no entanto, considera-se que a melhoria do seu estado de saúde poderá, como ganho secundário, promover a melhoria dos cuidados de enfermagem por si prestados à população que servem. Os enfermeiros, apesar de profissionais de saúde, são considerados utentes no serviço de Saúde Ocupacional, podendo assim ser considerado um projeto centrado no utente.

A Organização Mundial de Saúde define saúde não apenas como a ausência de doença, mas um bem-estar físico, psicológico e social (Loraine, J. et al, 2018). A mesma Organização define saúde mental como “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e pode contribuir para a comunidade em que se insere” (DGS, 2021, pág.12). Este conceito refere-se “à capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, ao estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e reconhecer a ausência de bem-estar”. Por esta razão vários autores procuram compreender não só a prevalência de problemas de saúde mental nos profissionais, como as suas características e os fatores que os desencadeiam (DGS, 2021).

A DGS (2021) identifica como principais fatores de risco psicossocial: a monotonia do trabalho, a repetição de tarefas, a intensidade do ritmo de trabalho, a exigência do trabalho, a inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho, a inadequação de competências, objetivos irrealistas, condições inadequadas do ambiente de trabalho, a falta de requisitos do equipamento de trabalho, constrangimentos no tempo de trabalho, turnos, horário noturno, falta de suporte ou apoio social, conflitos laborais, relações de poder e liderança disruptivas, conflito “trabalho-família”, insegurança no emprego. Refere ainda que a exposição a fatores de risco psicossocial pode trazer consequências negativas para a saúde do trabalhador ao nível emocional, cognitivo, comportamental, relacional bem como fisiológicas e físicas, ao nível das lesões músculo-esqueléticas e das doenças cardiovasculares.

Vários estudos evidenciam que os enfermeiros representam um grupo profissional que geralmente enfrenta um vasto conjunto de problemas e limitações associados a elevados

níveis de pressão e stress, inserindo-se nas ocupações consideradas de alto risco, uma vez que o seu trabalho exige não só esforço físico, emocional e psicológico, mas também atenção, realização de atividades com alto grau de responsabilidade e dificuldade, ritmo acelerado, jornadas excessivas e poucas horas de descanso (Demerouti, et al., 2000; Fillion. et al. 2007 citado por Nogueira, 2016).

O serviço de urgência pode ser considerado um dos ambientes em que os trabalhadores de saúde estão sujeitos a um maior sofrimento psíquico devido à dinâmica do serviço, que funciona ininterruptamente (Pícoli R. et al., 2017 citado por Custódio, M. et al., 2018). Muitas vezes os profissionais são obrigados a optar pelos cuidados urgentes e emergentes, a maioria das vezes em detrimento de cuidados básicos no decorrer da prestação de cuidados, o que levanta inúmeros dilemas éticos nos profissionais de saúde e conflitos internos, originando sobrecarga emocional e psicológica. Além disso, a falta de profissionais na equipa de enfermagem coloca em causa e afeta a qualidade do serviço e a segurança dos doentes (Carvalho, M., 2019).

Outros estudos demonstram que os principais fatores de sofrimento psíquico dos enfermeiros existentes nos serviços de urgência são: número reduzido de funcionários que compõem a equipa de enfermagem, aumento da carga de trabalho, necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido, descontentamento com o trabalho, falta de experiência por parte dos supervisores, falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão de serviço e ambiente físico da unidade (Garcia, A. , et al., 2012.; Duarte F. & Mendes, 2017 citados por Custódio, M. et al., 2018).

O Programa Mental Care pretende atenuar o impacto dos riscos psicossociais na saúde mental e bem-estar do trabalhador. Numa primeira fase será aplicado o protocolo preconizado pelo Guia técnico Nº 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho da (DGS, 2021) para identificação dos profissionais considerados em risco, aos quais, posteriormente, é proposta a participação no Programa. Este Programa, assenta no modelo Psicoterapêutico de Enfermagem (Sampaio, F., Sequeira, C. & Luch-Canut, T., 2018) e dará resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados, previstos no plano de cuidados e padrão documental (APÊNDICE VIII, ponto 11 e 12).

A intervenção psicoterapêutica, conforme referido anteriormente, inerente a todos os EEESMP, é uma execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia com o objetivo de assistir a pessoa a ajustar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais na direção que se considere desejável (Norcross in Zeig & Munion, 1990 citados por OE, 2023). A intervenção psicoterapêutica, quando executada por enfermeiros(as) especialistas em ESMP, e de modo a garantir que a mesma se enquadra no core disciplinar de Enfermagem, deve seguir os pressupostos e princípios estruturais do

Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio et al., 2017). As intervenções psicoterapêuticas passíveis de ser realizadas por EEESMP, classificadas na NIC são por exemplo: executar reestruturação cognitiva; executar técnica(s) de modificação do comportamento; executar aconselhamento; executar entrevista motivacional (OE, 2023).

O programa de intervenção apoia-se no Modelo de Adaptação, da Callista Roy. Este modelo evidencia que a pessoa ao adaptar-se continuamente de forma holista manterá a saúde alcançando a completude e a unidade dentro de si. Ao não se conseguir adaptar, a integridade da pessoa pode ser afetada negativamente, considerando que a integridade da pessoa é expressa como a capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle (Philips & Harris, 2014 citados por Ribeiro, I., 2022). Neste sentido, Roy & Zhan (2010) citados por Ribeiro, I. (2022) acrescentam que os pressupostos e conceitos deste modelo fundamentam a construção teórica para a prática de enfermagem, bem como uma abordagem específica do processo de enfermagem. Assim o modelo de Callista Roy possibilita a orientação do processo de Enfermagem, sendo apontados seis passos: 1. Avaliação dos comportamentos manifestados nos quatro modos adaptativos; 2. Avaliação dos estímulos para esses comportamentos e sua classificação (focal, contextual e residual); 3. Diagnóstico de enfermagem sobre o estado de adaptação da pessoa; 4. Estabelecimento de objetivos para a promoção da adaptação; 5. Implementação das intervenções (na gestão dos estímulos); 6. Avaliação [se objetivos adaptativos foram alcançados] (Coelho & Mendes, 2011 citados por Ribeiro, I., 2022, pág. 15).

Este projeto dá resposta aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, particularmente aos enunciados descritivos satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, adaptação e relação psicoterapêutica.

A implementação do processo é feita em 3 etapas:

Passo 1: Apresentação do projeto e aplicação de Questionários - Escala ProQOL-5 aos enfermeiros

- Identificar fatores de risco psicossociais em contexto de trabalho, com impacto na saúde mental dos enfermeiros, através de um questionário online. No mesmo questionário é aplicada a Escala ProQOL-5 - Escala de Qualidade de Vida Profissional (na qual serão avaliadas as dimensões Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão – Burnout e Stress pós-traumático) – ANEXO I. A escala ProQOL-5- Escala de Avaliação da Qualidade de Vida Profissional, é uma escala validada em Portugal para profissionais de saúde. É uma ferramenta que pode promover ações para a prevenção e tratamento da Fadiga por Compaixão, assim como aumentar a satisfação por compaixão e reduzir o burnout (Torres, J. 2019).

Passo 2: Encaminhamento para Consulta de Enfermagem - Saúde Ocupacional

- Implementar um Protocolo de ação Programa Mental Care (APÊNDICE VIII), para o qual serão encaminhados para Consulta de Enfermagem (serviço de Saúde Ocupacional) os enfermeiros com pontuação >42 na dimensão Fadiga por Compaixão (Escala ProQOL-5).

Passo 3: Consulta de Enfermagem de Saúde Mental

1ª etapa- Avaliação da saúde mental do trabalhador (através de entrevista ao trabalhador) baseada no exame mental;

2ª etapa- Implementação do Programa Mental Care (Consulta de Enfermagem de Saúde Mental) e/ou avaliação médica em contexto da Saúde Ocupacional para referência à Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria ou e/ Psicologia, se aplicável.

O Programa Mental Care consiste em 5 sessões, com intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, sobre as temáticas Ansiedade, Humor, Sono, Coping e Burnout, que poderão ser ajustadas para cada caso concreto. As intervenções de enfermagem irão dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados para cada um dos participantes. De acordo com a Literatura, espera-se que estejam relacionados com os focos da CIPE Ansiedade, Autocontrolo, Coping efetivo e Fadiga (ICN, 2019). Estes focos não estão referenciados no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (OE, 2007), no entanto podemos encontrar no Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2023b), indicadores inerentes aos diagnósticos de “humor depressivo” e “ansiedade”.

1.2 PERCEBER O PROBLEMA

De modo a aprofundar o conhecimento sobre a temática, foi feita uma revisão da bibliografia com recurso aos descritores DeCS: Enfermeiros, Burnout e Serviço Hospitalar de Emergência e aos descritores MeSH: Nurses, Burnout, Professional, Emergency Service, Hospital. A pesquisa foi efetuada nas Bases de dados Ebsco (CINAHL, MEDLINE) no período de 2015 – 2022. Foram selecionadas 32 publicações relevantes para a realização deste trabalho, após leitura dos títulos e resumos das mesmas, às quais foram adicionadas 14 publicações de literatura cinzenta. Posteriormente foram acrescentados outros artigos/publicações de relevância para a temática.

1.2.1 Fatores Determinantes da Saúde Mental nos Enfermeiros

A OMS (2010, p.2) define

“um ambiente de trabalho saudável no qual trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho tendo em conta as seguintes considerações estabelecidas sobre as bases das necessidades previamente determinadas: questões de segurança e saúde no ambiente físico de trabalho; questões de segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a organização do trabalho e cultura da organização; recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho e envolvimento da empresa na comunidade para melhorar a saúde dos trabalhadores, de suas famílias e outros membros da comunidade.”

No mesmo documento a OMS (2010) refere que cada vez é mais comum que o ambiente de trabalho promova a saúde e as atividades preventivas de saúde, não só para evitar doenças e acidentes de trabalho, mas para diagnosticar e melhorar a saúde das pessoas em geral.

No que diz respeito à saúde mental individual, esta é influenciada por determinantes pessoais como a idade, o sexo, a raça, o status socioeconómico, educação, emprego, rendimentos e acessibilidade a serviços (Sørensen et al., 2012).

Carvalho, D. et al. (2019) corroboram a ideia de que os locais de trabalho “com potencial para o desenvolvimento pessoal” são promotores da saúde mental e que os enfermeiros que trabalham nos serviços de psiquiatria evidenciam melhor saúde mental relativamente aos enfermeiros dos restantes serviços, o que pode dever-se ao autoconhecimento e autoconsciencialização desenvolvidos pelos profissionais a exercer na especialidade, no uso de si próprio como instrumento terapêutico, e que pode, por si só, ser protetor e promotor de saúde mental. Os enfermeiros apresentam níveis satisfatórios de saúde mental, no entanto encontram-se abaixo dos valores da população geral. A ansiedade é o foco em que se identificam valores menos positivos de saúde mental nos profissionais.

A ansiedade, apesar de sintoma inerente à vida de todos os indivíduos aquando de mudanças significativas da mesma, é compreendida como um problema de saúde quando desproporcional relativamente ao estímulo que o provoca, quando não é compreendido como norma para a faixa etária em questão ou quando se prolonga no tempo (Castillo citado em Guedes, 2020). Podendo identificar-se em três níveis de incidência, a ansiedade em grau ligeiro não se considera diagnóstico de enfermagem por não representar alterações significativas na vida do indivíduo; o mesmo não se aplica à ansiedade em graus moderado a elevado (Sequeira & Sampaio, 2020).

Podem observar-se diversas manifestações da ansiedade, quer a nível fisiológico, quer comportamental. No âmbito das respostas fisiológicas identifica-se inquietação, tremores, sudorese, insónia, palpitações, tensão muscular, xerostomia, cefaleias, alterações do sistema gastrointestinal e urgência urinária; no que diz respeito à componente psicológica/comportamental, observam-se verbalizações aumentadas, ausência de contacto visual, riso inapropriado, choro, alterações da líbido e demonstrações de raiva (Guedes, 2020; Santos et al., 2021; Coelho, M. et al., 2022).

Num estudo realizado, em contexto da pandemia a Covid-19, também é referido a presença de sintomatologia ansiosa nos profissionais de saúde, tendo 94,8% da amostra apresentado pelo menos um sintoma associado a ansiedade, com destaque para “sentirem-se assustados”, “com incapacidade para relaxar” e “com nervosismo” (Coelho, M. et al., 2022). Estes resultados corroboram estudos anteriores em que os profissionais se encontravam em sofrimento psíquico, associado a sintomas de insónia, stress, nervosismo, raiva e angústia. Esta pode ocorrer associada a determinado contexto (ansiedade-estado) ou como uma resposta habitual do indivíduo (ansiedade-traço) e pode influenciar os profissionais uma vez que prejudica a tomada de decisão racional, diminuindo o seu desempenho laboral (Queirós et al, 2020).

Santos et al. (2021) também menciona que o afastamento social inerente ao isolamento e à diminuição de contactos de risco desencadeou nos profissionais uma perceção negativa da sua saúde mental, ficando mais expostos a incertezas, apreensões, medos, quadros de ansiedade, solidão e pânico, originando sofrimento mental.

Constatou-se ainda que a ansiedade é preditora da síndrome de burnout, sendo a prevalência desta de 32% no caso dos enfermeiros portugueses. Assim, apesar dos valores de ansiedade se centrarem entre baixos a moderados, correlacionam-se positivamente com a exaustão emocional, despersonalização e burnout (Queirós et al., 2020).

Oliveira & Pereira (2012) referem que os enfermeiros mais jovens refletem níveis de ansiedade superiores quando comparados com enfermeiros mais velhos e com mais experiência profissional. Ainda segundo os mesmos autores, esta situação pode ser explicada pelas condições laborais atuais, com instabilidade profissional e precariedade contratual, podendo também ser provocados pela entrada no mercado de trabalho e com a necessidade de assumirem novas responsabilidades. Outra causa de ansiedade identificada por Martins et al. (2016) é o horário de trabalho, referindo-se ao trabalho por turnos como um fator relacionado com níveis de ansiedade superiores e conseqüentemente pior perceção de saúde mental. Os mesmos autores concluíram no seu estudo de investigação que o sexo feminino tem maiores níveis de ansiedade comparativamente ao sexo masculino, com significativa diferença, sem identificação de causa concreta no estudo. Carvalho, D. et al. (2019)

concluíram também no seu estudo sobre a saúde mental dos enfermeiros(as) que a condição de saúde mental é menor nas enfermeiras comparativamente aos enfermeiros, nos serviços não psiquiátricos. Um estudo idêntico realizado em 2015 com objetivos similares e utilizando o mesmo inventário de saúde mental nos enfermeiros de um ACES da região centro evidenciou resultados antagónicos (Cabral & Florentim, 2015). As enfermeiras do ACES evidenciaram melhores níveis de SM nas dimensões de Distress e Bem-estar Psicológico, sem diferenças significativas para o sexo oposto.

Assim, é relevante salientar que os índices de saúde mental dos enfermeiros num Centro Hospitalar são muito inferiores aos evidenciados pelos enfermeiros de um ACES, de acordo com o estudo de Cabral & Florentim (2015).

Corroborando este achado, Martins et al. (2016) afirmam que a complexidade dos contextos de trabalho hospitalar tem um maior impacto no bem-estar e saúde mental dos profissionais que aí trabalham.

De acordo com a problemática da ansiedade, é clara a relação entre as fracas condições de trabalho e o desenvolvimento de fatores stressores que desencadeiam respostas subjetivas como a ansiedade. Os determinantes situacionais incluem influências familiares e de pares, uso dos media e ambiente físico (Sørensen et al., 2012). O status familiar é apontado como fator que contribui para um maior nível de ansiedade, especialmente nas mulheres pela acumulação de funções pessoais que interferem na jornada laboral (Oliveira & Pereira, 2012). A complexidade da profissão torna premente a identificação de fatores protetores que permitam promover a saúde mental deste grupo profissional, tanto a nível pessoal como profissional. De acordo com a DGS (2021), os fatores que protegem e promovem a saúde mental dos profissionais são o apoio social, o sentimento de inclusão, os ambientes laborais com condições de tomada de decisão, o controlo do ritmo de trabalho, a estratégia de motivação e comunicação, bem como um ambiente seguro como sendo. No domínio pessoal são referidos os hábitos de vida saudáveis, a higiene do sono, a cessação tabágica/drogas/álcool e as técnicas de relaxamento. Santos et al. (2021) apontam atitudes como práticas de autocuidado, especificamente atividade física e atividades corpo-mente, constituição de grupos de apoio entre pares e intervenções psicoterapêuticas como fatores protetores da saúde mental.

Dejours (2015) citado por Custódio. et al. (2018) salienta como estratégias defensivas dos enfermeiros (que possuem função de atenuar ou de combater o sofrimento ou de ocultar integralmente para proteger os profissionais dos seus efeitos nocivos para a sua saúde mental) modos de pensar, sentir e agir compensatórios, utilizados pelos trabalhadores para suportar o sofrimento, podendo ser coletivas ou individuais. Nas coletivas destacam-se a organização do trabalho e o trabalho de equipa. A coesão do grupo e o relacionamento

satisfatório com a chefia demonstraram serem indicadores da manutenção do equilíbrio psíquico dos trabalhadores. Nesse sentido, a chefia dá segurança e permite a flexibilização do modo de realização das tarefas em consonância com a subjetividade do trabalhador e de acordo com o contexto da área.

Custódio, et al. (2018, pág.6) refere “que um trabalho pode ser equilibrador se permitir a diminuição da carga psíquica, no entanto se por contrário se opõe a essa diminuição torna-se fatigante. Neste último, a energia psíquica acumula-se, tornando a pessoa ansiosa, desprovida de desprazer e com fadiga”.

A literacia em saúde constitui um fator protetor dos enfermeiros destacando-se a sua formação académica como fator facilitador do acesso filtrado a conhecimento científico para empoderamento pessoal e profissional, que dita o sentido da melhoria da qualidade da saúde mental individual e de grupo, bem como a qualidade de vida em geral (Sørensen et al., 2012). A baixa literacia em saúde mental acarreta consequências e riscos para a sociedade, impedindo o reconhecimento atempado dos sintomas, tanto no próprio como nos outros, atrasando a procura de ajuda. Existe ainda a dificuldade em comunicar com os profissionais de saúde, não só porque desconhecem a disponibilidade dos serviços de saúde, mas também porque desconhecem que estão doentes (Loureiro, 2011 citado por Gomes, 2018, pág. 102). Santos (2010) citado por Gomes (2018) refere que a baixa literacia em saúde se relaciona com a baixa compreensão de conceitos básicos, baixa autoeficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, bem como comportamentos ineficazes de saúde: uso inadequado de medicamentos, uso excessivo dos serviços de saúde, ou ineficácia em lidar com situações de emergência.

1.2.2 Fatores Determinantes da Saúde Mental dos Enfermeiros com funções no Serviço de Urgência

A sobrelotação dos serviços de urgência é um dos maiores problemas estruturais vivenciado em Portugal com mais ênfase na última década. É um problema frequente e de exigente resolução visto que tem múltiplos fatores na sua etiologia. Foi realizado um estudo por Carvalho, M. (2019), num Centro Hospitalar do centro do país, onde foi realizado o Programa Mental Care, que aborda a problemática da sobrelotação do serviço de Urgência e as suas consequências. Alguns fatores já conhecidos, como a incapacidade de resposta dos Cuidados de Saúde Primários agravam este problema que se evidencia em quase todos os serviços de Urgência do país. (Hoot et al., 2007; Silva, 2017 citados por Carvalho, M., 2019). Além disso, este serviço está em esforço permanente por lidar com a procura constante e tentar avaliar, diagnosticar e tratar os doentes num curto espaço de tempo (Brazão, 2016; Carvalho, M.,

2019). Desta forma o serviço de urgência pode ser considerado um dos ambientes em que os trabalhadores de saúde estão sujeitos a um maior sofrimento psíquico devido à dinâmica do serviço, que funciona ininterruptamente (Pícoli R. et al., 2017; Custódio, M. et al., 2018). Carvalho, M. (2019, pág.18) cita Boyle et al. (2011) in McCain (2011) corroborando a ideia de que a sobrelotação do serviço de urgência é um dos problemas emergentes que afeta diretamente médicos, enfermeiros e doentes, em países desenvolvidos. Os mesmos autores elucidam que a sobrelotação gera ainda outras consequências no que diz respeito à administração de analgésicos, antibióticos e até procedimentos como trombólise e intervenção percutânea coronária e que compromete valores humanos como a privacidade, a dignidade de cuidados e tratamento. As equipas de emergência deparam-se também com o problema da não existência de macas disponíveis para os doentes vindos do exterior, levando a atrasos na sua disponibilidade, colocando em causa o socorro pré-hospitalar. Assim, observa-se que muitas vezes os profissionais são obrigados a optar pelos cuidados urgentes e emergentes, a maioria das vezes em detrimento de cuidados básicos no decorrer da prestação de cuidados, o que levanta inúmeros dilemas éticos nos profissionais de saúde e conflitos internos, originando sobrecarga emocional e psicológica. Além disso, a falta de profissionais na equipa de Enfermagem coloca em causa e afeta a qualidade do serviço e a segurança dos doentes (Reis, 2019 citado por Carvalho, M., 2019).

Catarino (2017) citado por Carvalho, M. (2019) refere que os hospitais são confrontados com a falta de recursos quer materiais, quer humanos, que implicam uma diminuição da qualidade dos cuidados, gerados por cortes orçamentais e ainda pela utilização inadequada e/ou excessiva da população. Por outro lado, são exigidas características específicas no enfermeiro a exercer funções num serviço de urgência, que podem gerar sentimentos de frustração ou incompetência pela elevada complexidade e exigência impostas. Relembrando que muitos enfermeiros que exercem funções em contexto de urgência têm poucos anos de experiência e formação nesse contexto.

Aos enfermeiros da urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade. Os enfermeiros do serviço de urgência necessitam de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos, mas também, com a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou de morte para o doente, domínio alargado e aprofundado dos saberes de enfermagem, autocontrolo emocional para fazer face a situações de grande tensão, grande facilidade de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e

a articulação com os restantes sectores do hospital (Oliveira, 1999; Pontes, 2008 citados por Pereira, B., 2012).

Outro problema estrutural de elevada relevância no serviço de urgência, gerador de stress nos profissionais de saúde são as dotações seguras, que na maioria dos serviços de urgência são insuficientes, colocando vidas em risco e aumentando a probabilidade de erro clínico. Oliveira (2011) citado por Infante, J. (2012, pág. 10) refere que “existe uma correlação entre a dotação (número de profissionais e suas competências), a qualidade dos cuidados e ganhos em saúde”.

Outros estudos demonstram que os principais fatores de sofrimento psíquico dos enfermeiros existentes nos serviços de urgência são: número reduzido de funcionários que compõem a equipa de enfermagem, aumento da carga de trabalho, necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido, descontentamento com o trabalho, falta de experiência por parte dos supervisores, falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão de serviço e ambiente físico da unidade (Garcia, A. , et al., 2012.; Duarte F. & Mendes, 2017, citados por Custódio, M. et al., 2018).

Custódio, M. et al (2018) salientam no seu estudo que o trabalho na urgência gera sofrimento e que está relacionado com as características do serviço, como a sobrelotação e a sobrecarga de trabalho constante (originando desgaste físico e emocional assim como o trabalho exaustivo), sentimentos de frustração, insegurança e conflitos entre profissionais. Por outro lado, o sentimento de não conseguir corresponder às expectativas do doente, o que origina sentimentos de impotência e sofrimento em função da necessidade de priorização das funções. Desta forma, esta organização do trabalho pode levar à fadiga e ao sofrimento e irá interferir na saúde mental do trabalhador e o tornará angustiado, sem desejos e motivações. No mesmo estudo os enfermeiros expressaram ainda sentimentos de insegurança e que gostariam de realizar o seu trabalho da melhor forma possível. O sentimento de insegurança manifestado pelos enfermeiros em relação ao trabalho real, somado à gravidade dos doentes e à dinâmica do sector expõe os enfermeiros ao risco, erro e à negligência. Desta forma, o enfermeiro encontra-se frente à necessidade de criar e inventar o seu trabalho real para aproximá-lo daquele que está prescrito.

Dejours C. (2015) citado por Custódio, M. et al. (2018) referem que a sobrecarga impede a aproximação entre a chefia e os enfermeiros, pois há pouco espaço para a discussão sobre o trabalho do profissional, que tem o conhecimento das funções executadas e do trabalho real, mas não tem como expor o que acontece na realidade, de modo a sugerir modificações ou adaptações. Apenas uma pequena parte do trabalho real é visível aos olhos da prescrição e organização do trabalho. Essa observação da realidade do trabalho pode acontecer de forma contínua e subtil no quotidiano entre os membros da equipa. Assim, os enfermeiros

entrevistados consideraram também que o relacionamento interpessoal quando não está em harmonia, é considerado um fator de sofrimento. Os mesmos autores contextualizam que os conflitos entre os profissionais associados ao trabalho na emergência, foram considerados tensos e cansativos, o que afeta o estado emocional dos enfermeiros. O sentimento de estar a fazer o correto fica minimizado quando o trabalhador evidencia que há diferentes percepções e condutas frente a uma mesma atividade ou cuidado, gerando conflitos.

Martins C., 2014, citado por Custódio, M. et al. (2018) salientam ainda que no serviço de urgência as situações de conflitos podem surgir quando as pessoas se colocam em posições diferentes, a partir das suas divergências de percepção e de ideias. Os problemas mais comuns que podem gerar essas situações estão relacionados com a estrutura organizacional, problemas de comunicação, disputa de papéis, desentendimentos, escassez de recursos e falta de compromisso profissional. No entanto os conflitos podem desencadear reflexões e análises sobre um determinado tema.

Silva C. & Ramminger T. (2014) citados por Custódio, M. et al. (2018) destacam sobre o mesmo tema que “o bom relacionamento dos profissionais contribui para o prazer no trabalho e que, independente de aspetos hierárquicos, deverá ser um esforço de toda a equipe, já que uma boa relação entre chefia e os demais membros da equipe é fundamental para minimizar o surgimento de conflitos. Quando o trabalhador se sente respeitado e ouvido, realiza o seu trabalho com mais comprometimento e responsabilidade, o que se reflete na qualidade dos cuidados”. “O relacionamento interpessoal pode influenciar nos cuidados, já que a instabilidade das relações propicia um ambiente negativo e os conflitos podem ser conduzidos baseados nas emoções sentidas naquele momento” (Martins C. et al., 2017 citados por Custódio, M. et al., 2018). A par disso “quanto mais controladora, rígida e encarceradora for a organização, mais contribui para o sofrimento psíquico do trabalhador” (Dejours, C., 2015; Kolhs M., 2017 citados por Custódio, M. et al., 2018).

Tendo em conta estas especificidades do serviço de urgência, como já foi referido existe um elevado risco de Síndrome de Burnout nos enfermeiros. Christina Maslach propôs em 1976 um modelo teórico para caracterizar a Síndrome de Burnout, definindo-a como uma resposta prolongada a fatores de stress interpessoais crónicos no trabalho descritos em três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Maslach et al., 2001; Perniciotti, P. et al, 2020, pp.36-37). A exaustão emocional é caracterizada pelos sentimentos de sobrecarga e exaustão física e emocional, levando ao esgotamento de energia para investir nas situações que se apresentam no trabalho. Esta dimensão é considerada a manifestação mais óbvia da síndrome, estando associada a sentimentos de frustração diante da percepção dos profissionais de que não possuem condições de depreender energia para cuidar dos doentes como faziam anteriormente. Com

o agravamento da exaustão emocional, surge a despersonalização ou cinismo, os caracterizados por uma postura indiferente do indivíduo em relação ao trabalho, aos colegas e aos pacientes. A despersonalização é considerada uma estratégia de enfrentamento na exposição ao stress crónico. A perda gradual de empatia e indiferença em relação ao trabalho culmina na insensibilidade afetiva e afastamento excessivo do público, comprometendo a habilidade dos profissionais de saúde de prover cuidados de qualidade aos doentes (Carlotto, M. & Câmara, S., 2008 citados por Perniciotti, P. et al., 2020).

Perniciotti, P. et al (2020) citam Moss et al. (2016), que corroboram a ideia de que a despersonalização também pode ser expressa por comentários não profissionais dirigidos a colegas de trabalho, pela culpabilização de pacientes pelos seus problemas ou pela incapacidade de expressar empatia/pesar quando um paciente morre. Por fim, a dimensão da redução da realização pessoal é referente à tendência do profissional de se avaliar negativamente em relação às suas competências e produtividade no trabalho, o que pode acarretar a diminuição da autoestima (Bridgeman, L. et al., 2018; Moss et al., 2016; Maslach, C. & Jackson, S., 1981; Maslach, C. et al., 2001 citados por Perniciotti, P. et al., 2020). Nesta dimensão o indivíduo vivencia um declínio no sentimento de competência e êxito, bem como a sua capacidade de interagir com os outros (Carlotto, M. & Câmara, S., 2008 citados por Perniciotti, P. et al., 2020).

Perniciotti, P. et al (2020, pág.41) cita Rodrigues, Santos & Sousa (2017) referem que “a síndrome de burnout tem maior prevalência nos profissionais de saúde que exercem funções em contexto hospitalar, pelas especificidades dessas instituições que favorecem o desencadeamento de altos níveis de stress ocupacional”. Os mesmos autores referem ainda que de acordo com Svaldi, J. & Siqueira, H. (2010), os fatores sociais que compõem o ambiente hospitalar envolvem as equipas multidisciplinares, o conhecimento, a informação e a comunicação, ou seja, como os membros da equipa interagem entre si e com os utilizadores dos seus serviços. Já os fatores ambientais referem-se à estrutura física do hospital, à presença de recursos humanos e materiais (número de profissionais, equipamentos hospitalares e de informática) e como são desenvolvidos os fluxogramas de processos de trabalho (carga horária, funções a serem desempenhadas, estrutura organizacional, metodologias utilizadas). Os fatores ambientais do contexto hospitalar favoráveis à síndrome de burnout referem-se à alta exposição do profissional a riscos químicos e biológicos, a funções que por vezes envolvem a falta de autonomia, de controle e participação nas decisões (Benevides-Pereira, A., 2002 citada por Perniciotti, P. et al., 2020). Assim como à sobrecarga quantitativa de trabalho em turnos longos, elevado número de pacientes e ao número insuficiente de profissionais e/ou de recursos (Benevides-Pereira, A., 2002; Rosa & Carlotto, M., 2005 in Rodrigues et al., 2017 citados por Perniciotti, P. et al., 2020) e sobrecarga

qualitativa de trabalho relacionada ao fator stressante das responsabilidades dos profissionais de saúde (Rosa & Carlotto, M. 2005 citados por Perniciotti, P. et al., 2020).

Outro problema associado aos enfermeiros no serviço de urgência são as constantes agressões verbais e muitas vezes físicas. A violência é um fator constantemente vivenciado neste contexto. A violência no local de trabalho não é um fenómeno dos tempos modernos, é algo que existe desde que existem relações laborais. A International Labour Office (ILO) refere que a violência no trabalho, a par das drogas, álcool, tabaco e VIH/sida, representa 1 dos 5 maiores riscos do mundo do trabalho (DGS, 2015 citada por Coelho, D., 2020).

Krug, E. et al. (2002) citados por Coelho, D. (2020) referem que apesar da violência estar presente na história da humanidade, “o mundo não tem de aceitá-la como parte inevitável da condição humana”, visto que a violência tem sempre repercussões, ainda que o seu impacto nem sempre seja facilmente percecionado. O fenómeno da violência no local de trabalho tem vindo a aumentar ao nível mundial, ameaçando gravemente o desempenho dos profissionais, e conseqüentemente, o êxito, a eficácia e a eficiência das organizações laborais (Vitolo, 2011 citado por Coelho, D., 2020). Os motivos para o crescente aumento de comportamentos violentos não são claros, no entanto o sistema de saúde ao tornar-se mais complexo e a sociedade mais informada, com mais acesso à informação e mais exigente, podem ser fatores que concorrem para este crescente aumento. As conseqüências da violência podem surgir de imediato ou a longo prazo afetando as relações entre pessoas e o ambiente laboral. Os profissionais, vítimas de violência, veem a sua dignidade ser afetada e atribuem à violência fatores de desigualdade, discriminação, estigmatização e conflito no trabalho, tornando-se um problema de direitos humanos (DGS, 2016, citado por Coelho, D., 2020). Cerca de 80% dos enfermeiros não reportam tais incidentes o que leva a que os dados não espelhem a verdadeira magnitude do problema nas instituições de saúde (AlBashtawy, M. e Aljezawi, M., 2015 citados por Coelho, D., 2020).

Coelho, D. (2020, pág.71) constatou “algumas alterações relevantes nos agressores no momento da agressão no serviço de urgência: a maioria dos/as enfermeiros/as, no momento da agressão, não identificaram alterações relevantes no comportamento dos/as agressores/as (70%), os restantes 30% observaram alterações no comportamento dos/as agressores/as, identificaram o estado de confusão do doente (25%) como a principal característica a anteceder o/s episódio/s de violência. A intoxicação etílica (16,7%) e o comportamento disruptivo (16,7%)”. São relatados os seguintes fatores de violência pelos enfermeiros: prescrição de medidas de contenção, tempo de atendimento, atribuição de prioridade clínica na triagem, situação do doente, sistema de triagem, desvalorização dos profissionais de saúde, infraestruturas inadequadas, segurança, educação. No que se refere à caracterização da vítima de violência no local de trabalho, verificou-se que a maioria dos

enfermeiros (80%) de ambos os sexos, assinalaram terem sido vítimas de violência nos últimos 12 meses, sendo que 68% das vítimas são do sexo feminino e 12% do sexo masculino (Coelho, D., 2020).

A par disso Duarte F. & Mendes (2017) citados por Custódio, M. et al. (2018) também referem que a importância e magnitude do trabalho fica evidenciada quando se reflete que é nesse ambiente que passam grande parte da vida, o que pode dessa forma interferir nas relações do enfermeiro com a sua família. Existem também evidências que o “stress no local de trabalho está relacionado com uma degradação da qualidade das relações com o cônjuge, os filhos e outros membros da família”, o que poderá ter sérias consequências em termos de saúde pública (DGS,2021).

No entanto estudos referem que os enfermeiros também adotam estratégias defensivas, conseguindo assim colmatar algum sofrimento psíquico causado pelos fatores de risco psicossociais, como referido anteriormente.

Dejours C. (2015) citado por Custódio, M. et al. (2018, pág.6) salienta assim que o trabalho em equipa e a organização das atividades no turno tornam a realização de tarefas mais saudável no serviço de urgência, originando fonte de prazer ao trabalhador. A relação com os colegas funciona como um suporte social para controlar o sofrimento e é mais do que uma gestão coletiva na organização do trabalho, ou seja, a realidade de trabalho é a mesma, embora mais facilmente suportável devido a essa relação com os colegas. Refere ainda que somente é possível sair da situação de conflito, como um alívio da carga psíquica, quando o trabalho em equipe de fato acontece, visto que os enfermeiros que realizam trabalho em equipa oferecem suporte nos cuidados aos doentes sob a sua responsabilidade na ausência dos colegas.

Por outro lado, Herzberg confirma a existência de dois conjuntos de fatores que influenciam a satisfação, sendo estes intrínsecos (motivadores) e extrínsecos (de ambiente). Enquanto os fatores intrínsecos estão relacionados com o reconhecimento, a realização, a aquisição de capacidades, os fatores ambientais dizem respeito ao contexto profissional, sendo exemplos o salário, as instalações físicas e a relação com os colegas. O autor defende que, se por um lado os primeiros podem potenciar satisfação, o mesmo não ocorre com os fatores extrínsecos, que apenas podem evitar a insatisfação profissional (Tavares, s.d; Carreira, M. 2011).

No que diz respeito à satisfação profissional dos enfermeiros em contexto hospitalar, Silva, C. e Potra, T. (2016) identificam uma proporcionalidade direta no que diz respeito à satisfação profissional e ambiente de trabalho, sendo o trabalho em equipa uma das particularidades deste que mais influencia a satisfação, a par da a criação de procedimentos organizacionais claros e sensatos, o suporte através da supervisão e a promoção da tomada de decisão e

autonomia (Nikolau et al.; Shin & Lee; Unruh & Zhang; Ko; Silva, C. & Potra, T., 2016; Custódio, M. et al., 2018) concluíram que as estratégias defensivas individuais utilizadas pelos enfermeiros do serviço de urgência foram descritas como alternativas fora do ambiente de trabalho para superar o stress, melhorar as condições de trabalho e enfrentar a falta de perspectiva de futuro. Dessa forma foram mencionadas como estratégias individuais realizadas na sua privacidade, fora do ambiente laboral, atividades de lazer, exercício físico, música e terapia. Os enfermeiros verbalizaram que a prática de atividade física ameniza o sofrimento vivenciado na área laboral e que a sua prática ajuda no relaxamento, no alívio de sentimentos de raiva, cansaço e sofrimento, originados num trabalho fatigante. Outra estratégia defensiva individual utilizada pelos enfermeiros foi a terapia, visto que é um recurso que fornece insight (introspeção) sobre as formas de lidar com os conflitos no trabalho, sendo um potencial recurso verbalizado pelos enfermeiros.

As condições psicossociais do trabalho podem ter um impacto negativo nas áreas afetiva e cognitiva, tendo como consequência episódios de ansiedade, depressão, angústia, exaustão, alterações nos processos de tomada de decisão, na capacidade de concentração, entre outros. Os efeitos sobre as áreas afetiva e cognitiva podem incluir processos de stress ligado ao trabalho e burnout, que por vezes poderão sobrepor-se com estados depressivos e ansiosos) ou ainda influenciar a evolução de patologias pré-existentes. É aceitável que um trabalhador tenha emoções de ansiedade quando vivencia momentos de transição. Estas situações, embora não correspondam a uma doença, geram sofrimento. Considera-se, no entanto, que a ansiedade é preocupante quando “surge sem estímulo aparente” ou a intensidade, duração ou frequência “não é proporcional aos sentimentos que desperta” (DGS, 2021). As alterações comportamentais e sociais tendem a ser os primeiros sinais de distress e os mais evidentes. A exposição a riscos psicossociais tem sido associada a uma ampla variedade de comportamentos prejudiciais, tais como: inatividade física, consumo excessivo de álcool e tabaco, consumo de drogas, maus hábitos alimentares, alterações do sono e violência. Há fortes evidências de que as condições psicossociais ligadas ao trabalho estão relacionadas com o aumento de comportamentos nocivos para a saúde, com potencial impacto, direto ou indireto, no desenvolvimento ou agravamento da saúde, não só a nível físico (por exemplo, risco aumentado de doença isquémica cardíaca) como a nível psicológico/mental, assim como com a ocorrência de acidentes de trabalho e atos de violência em contexto laboral. Desta forma, o empregador, através dos Serviços de Saúde e Segurança no trabalho/Saúde Ocupacional, deve assegurar que, nos locais de trabalho, as exposições a fatores de risco psicossocial “não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador”. Para o efeito, é essencial uma “correta e permanente avaliação de riscos” que suporte a vigilância da saúde do trabalhador em matéria de saúde mental e bem-estar e que permita

estabelecer as necessárias medidas de prevenção dos riscos profissionais de natureza psicossocial (...) que visa a ação pela adoção de medidas preventivas e de proteção que eliminem ou minimizem o risco psicossocial (DGS, 2021).

A DGS (2021) refere também que as repercussões negativas decorrentes de problemas de saúde mental manifestam-se, normalmente, pelo aumento do absentismo, do presentismo e de acidentes de trabalho como lesões musculoesqueléticas, pela existência de relações laborais conflituosas, pela motivação reduzida dos trabalhadores, pela diminuição da satisfação e da criatividade, pelo aumento da rotatividade de pessoal e das transferências internas e pela reputação da empresa usualmente mais fraca. Quando existe o desgaste em relação ao trabalho, usualmente expresso na forma de desânimo e descontentamento pelos trabalhadores, surge o sofrimento que, num “primeiro momento, é o limite entre a saúde e a doença”.

Carvalho, D. et al. (2019) também concluíram que existe necessidade de desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental no contexto ocupacional, bem como necessidade de capacitar os enfermeiros com estratégias para o autocontrole da ansiedade e promoção do bem-estar psicológico. As apostas nos programas de promoção de saúde mental no trabalho deverão primordialmente ser dirigidos aos enfermeiros que exercem funções em serviços não psiquiátricos.

A Eurofound & ILO - International Labour Organization (2019) citada por Sequeira & Sampaio (2020) refere que o ambiente de trabalho promotor de saúde mental positiva, tem vindo a ter maior visibilidade. Os locais de trabalho são muitas vezes a principal causa de doença mental e a doença mental pode ser uma das principais causas de absentismo, baixa produtividade/ presentismo e insatisfação. Nesse sentido, é necessário mudar as práticas atuais para práticas mais promotoras de saúde mental, integrando a saúde mental nos serviços de saúde ocupacional, fazendo rastreios precoces das pessoas em crise e em vulnerabilidade mental. Inúmeros estudos têm evidenciado a importância do trabalho na saúde dos trabalhadores (Hermansyah & Rivadi, 2019; Kountsimani, Montgomery & Georganta, 2019; Lima, Queirós, Borges & Abreu, 2019; Rajalingam et al., 2019 citados por Sequeira & Sampaio, 2020). Esta questão continua no campo do estigma que envolve, em geral, a carga social associada à doença mental, levantando questões em vários níveis, variando do nível clínico ao administrativo e organizacional, entrecruzando-se com conceitos éticos como privacidade e intimidade e a sua relação com o ambiente laboral (Shah, Kapoor, Cole & Steiner, 2014 citados por Sequeira & Sampaio, 2020). Os distúrbios de saúde mental são comuns na vida e nos ambientes em que se vive, mas nem sempre o ambiente que rodeia a pessoa está preparado para dar o suporte necessário (Bouvoulos et al., 2016 citados por Sequeira & Sampaio, 2020).

Desta forma as intervenções de saúde mental devem privilegiar intervenções ao nível da organização como melhorar a qualidade das condições de trabalho; desenvolvimento de competências; melhorar as relações interpessoais, estabelecer protocolos de comunicação para as situações críticas; disponibilizar serviços de ajuda; promover o mérito; promover o equilíbrio entre a vida profissional, a pessoal e a familiar; implementar programas promotores de saúde mental e qualidade de vida. Assim como intervenções a nível individual por especialistas na área da saúde mental e psiquiatria: desenvolver a gestão da comunicação; promover estratégias de coping eficazes; clarificar as funções relacionadas com os papéis; reforçar a participação e a autonomia; promover a autoestima, a valorização do papel e a importância dos enfermeiros, assim como o sentimento de pertença; implementar programas de redução de stress; realizar formação sobre primeira ajuda em saúde mental e implementar programas de saúde mental positiva.

1.2.3 Programa da DGS no âmbito da saúde ocupacional

As perturbações mentais no local de trabalho representam hoje uma significativa parte dos problemas de saúde que afetam os trabalhadores: “um em cada cinco trabalhadores sofre de um problema de saúde mental”. Cerca de 25% dos trabalhadores da Europa afirmam “sofrer stress no trabalho durante a maior parte ou a totalidade do seu horário de trabalho”, e uma percentagem similar “relata que o trabalho afeta negativamente a sua saúde”, tendo os fatores de risco psicossocial um contributo relevante quanto aos efeitos adversos do trabalho (DGS, 2021). Tendo em conta esta evidência a DGS (2021) refere que o empregador deve, através dos Serviços de Saúde e Segurança no trabalho/Saúde Ocupacional, assegurar que nos locais de trabalho, as exposições a fatores de risco psicossocial não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador. Sendo para isso necessária uma correta e permanente avaliação de riscos que mantenha a vigilância da saúde do trabalhador em matéria de saúde mental e bem-estar e que permita estabelecer as necessárias medidas de prevenção dos riscos profissionais de natureza psicossocial (...) que visa a ação pela adoção de medidas preventivas e de proteção que eliminem ou minimizem o risco psicossocial. Desta forma é também referido que os programas de saúde mental nos locais de trabalho têm um grande potencial para gerar retorno económico e melhorar a saúde mental da força de trabalho, dado que conduzem a melhorias significativas ao nível do bem-estar dos trabalhadores, de redução do absentismo e do aumento da produtividade e do melhor desempenho dos trabalhadores. Pode igualmente melhorar a imagem e reputação da empresa (DGS, 2021). Segundo a DGS (2021) fator de risco é um agente suscetível de provocar um efeito adverso na saúde de do

trabalhador. Os fatores psicossociais são definidos pela Organização Internacional do Trabalho (1986) como as “interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as capacidades, necessidades, cultura e considerações pessoais extra-trabalho dos trabalhadores que podem, através da percepção e da experiência, influenciar a saúde, o rendimento no trabalho e a satisfação profissional”. A Lei de Bases da Saúde citada pela DGS (2021) estabeleceu: Base 1- “Direito à proteção da saúde” – “o direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer”; Base 13 “Saúde mental” – a) “o Estado promove a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados”; b) “os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia e ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada e prioritariamente a nível da comunidade”; c) “as pessoas afetadas por doenças mentais não podem ser estigmatizadas ou negativamente discriminadas ou desrespeitadas em contexto de saúde, em virtude desse estado”. » Base 14 “Saúde Ocupacional” – “todos os trabalhadores têm o direito de beneficiar de medidas que lhes permitam proteger a saúde no âmbito da sua vida profissional” devendo “ser tidos em conta, em especial, os riscos psicossociais dos trabalhadores particularmente vulneráveis”. Tendo em conta o processo de gestão do risco psicossocial, foi criado pela DGS (2021) um “Modelo geral de atuação dos Serviços de SST/SO no âmbito dos riscos psicossociais” que tem por finalidade: Melhorar o processo de análise, avaliação e gestão do risco profissional de natureza psicossocial, assim como o estabelecimento, fundamentação e priorização de medidas de prevenção e de proteção dos trabalhadores expostos; b. Estabelecer e fomentar processos de articulação e o trabalho integrado entre os diversos profissionais que integram os Serviços de SST/SO; c. Clarificar e melhorar os procedimentos de vigilância de saúde específica e dirigida em matéria de riscos psicossociais. Também foram identificados pela DGS (2021) níveis de risco para intervenção preventiva visando estabelecer as prioridades de ação e as necessárias medidas preventivas (ANEXO IV) e foi criado um Guia (ANEXO III) para otimizar o diagnóstico de perturbação mental, tendo em conta a dificuldade dos profissionais dos Serviços de Saúde do Trabalho em proceder ao diagnóstico das perturbações mentais e conseqüente a necessidade urgente de intervenção estruturada neste âmbito que permita o tratamento atempado, com base nas orientações da Organização Mundial de Saúde, nas unidades de saúde “não especializadas em saúde mental”, estabelece-se que o diagnóstico clínico deverá ter como objetivo a deteção e avaliação de:

situações de stress ou ansiedade excessiva e suspeitas de perturbação mental. Desta forma também foram realizados pela DGS (2021) um esquema de questões de partida de diagnóstico, para facilitar este processo (ANEXO V). Assim, a DGS (2021) na aplicação do presente Guia, considera no “Quadro clínico prioritário”: situações agudas, em que o trabalhador não está em risco de vida iminente, mas existe o risco de evolução para complicações mais gravosas ou fatais, pelo que são necessários cuidados especializados. Incluem-se nesta categoria: Burnout; Demência; Depressão moderada a grave; Epilepsia; Esquizofrenia; Perturbação do ritmo circadiano do sono-vigília; Perturbação por stress pós-traumático; Perturbações por consumo de álcool; Perturbações por consumo de drogas; Psicose; Stress crónico; Perturbação bipolar; Perturbação da personalidade; “Quadro clínico de emergência”: ocorrência imprevista de uma situação de saúde grave (com ou sem risco de vida), em que o trabalhador tem necessidade de assistência médica imediata para manter as funções vitais e/ou evitar incapacidade ou complicações graves. Incluem-se nesta categoria: Autoagressão/ Tentativa de suicídio; Episódio de epilepsia/ Convulsão; Consumo abusivo de álcool / drogas; Violência no local de trabalho. No “Quadro clínico moderado ou grave”: perturbação mental que não está incluída nas categorias, aplicando os instrumentos Sheehan Disability Scale e a Global Assessment of Functioning, a perturbação mental é classificada de grave ou moderada. Para avaliar como a situação de stress ou ansiedade afeta a funcionalidade do trabalhador recomenda-se a utilização da Escala de Incapacidade de Sheehan. Na fase de diagnóstico é ainda importante aferir se a situação de stress, ansiedade ou a perturbação mental tem relação com o trabalho (nexo causal), de forma a identificar outros trabalhadores expostos aos mesmos fatores de risco e estabelecer as necessárias medidas corretivas/preventivas.

1.3 METODOLOGIA – CICLO DE DEMING PDCA

A melhoria contínua define-se como um processo de inovação incremental, focada e contínua (Bessant et al., 1994; OE, 2015; Freitas, S., 2015), tem como objetivo os melhores resultados e níveis de desempenho de processos, produtos e atividades de organização (Moura, 1997; OE, 2015; Freitas, S., 2015).

O processo de melhoria contínua é representado pelo ciclo PDCA ou Ciclo de Deming. Este método é aplicado para o controle eficaz e confiável das atividades de uma Organização, possibilitando a padronização nas informações do controle de qualidade e a menor probabilidade de erros nas análises ao tornar as informações mais standardizadas e claras. Este método é realizado de forma cíclica e ininterrupta, o que promove a melhoria contínua e

sistemática na Organização, consolidando a padronização de práticas através do ciclo: “Plan” (planear), “Do” (fazer ou agir); “Check” (verificar), e “Act” (Ação) (Faria, s.d; Freitas, S., 2015). No sentido de adaptar este ciclo às necessidades específicas dos projetos de enfermagem, Pedro Salvada (2013) elaborou um documento (Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem) no qual especifica estas etapas: 1- Identificar e descrever o problema; 2- Perceber o problema e dimensioná-lo; 3- Formular objetivos iniciais; 4- Perceber as causas; 5- Planear e executar as tarefas/atividades; 6- Verificar os resultados; 7- Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa e 8- Reconhecer e partilhar o sucesso (OE, 2015; Freitas, S., 2015).

Com este projeto pretende-se identificar fatores de risco psicossociais em contexto de trabalho com impacto na saúde mental dos enfermeiros. Numa primeira fase será aplicado o protocolo preconizado pelo Guia técnico N° 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho da (DGS, 2021) para identificação dos profissionais considerados em risco, aos quais, posteriormente, será proposta a participação no Programa Mental Care. Este Programa, assenta no modelo Psicoterapêutico de Enfermagem (Sampaio, F., Sequeira, C. & Luch-Canut, T., 2018) e dará resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados em cada caso. Nos casos em que for identificada sintomatologia de maior gravidade, os profissionais serão encaminhados para avaliação e orientação médica pelo Serviço de Saúde Ocupacional.

O serviço selecionado para a realização deste programa foi o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de [REDACTED], por ser o serviço onde exerce funções; por outro lado, o exercício de funções nos serviços de urgência tem vindo a ser referido pela literatura como tendo grande impacto na saúde mental dos profissionais de saúde. Estes serviços podem ser considerados um dos ambientes em que os trabalhadores de saúde estão sujeitos a um maior sofrimento psíquico devido à dinâmica do serviço, que funciona ininterruptamente (Pícoli R. et al., 2017 citado por Custódio, M. et al., 2018). Aos enfermeiros da urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade. O Enfermeiro de urgência necessita de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos, mas também, com a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou de morte para o doente (Pontes, 2008 citado por Pereira, B.).

Estudos referem que os enfermeiros representam um grupo profissional que geralmente enfrenta um vasto conjunto de problemas e limitações associados a elevados níveis de

pressão e stress, inserindo-se nas ocupações consideradas de alto risco (Demerouti, E. et al., 2000; Fillion, L. et al., 2007; Nogueira, C., 2016).

Os fatores de risco mais comumente identificados nos enfermeiros são a exposição a situações que implicam maior exaustão emocional, designadamente o contacto com o sofrimento, a dor, a morte e a preocupação com os doentes, o excesso de trabalho, a ambiguidade das funções e os conflitos ao nível das relações interpessoais (Chan, K., et al. 2000; Escot, C. et al., 2000; Nogueira, C., 2016).

Por outro lado, as perturbações mentais no local de trabalho representam hoje uma significativa parte dos problemas de saúde que afetam os trabalhadores: um em cada cinco trabalhadores sofre de um problema de saúde mental. Sendo que os fatores de risco psicossocial têm um contributo relevante quanto aos efeitos adversos do trabalho (DGS, 2021). Esta entidade refere, ainda, que o empregador deve, através dos Serviços de Saúde e Segurança no trabalho/Saúde Ocupacional, assegurar que nos locais de trabalho, as exposições a fatores de risco psicossocial não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador. guia

O Programa Mental Care pretende assim atenuar o impacto dos riscos psicossociais na saúde mental dos profissionais de saúde, promovendo a saúde mental e bem-estar dos mesmos.

1.4 FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS INICIAIS

A Enfermagem é vista como profissão de cuidados de saúde que se centra nos processos de vida humanos, que manipula e modifica os estímulos, promovendo a adaptação e contribuindo assim para a saúde, qualidade de vida e morte da pessoa com dignidade. Desta forma, a enfermagem tem como objetivo único mediar o esforço de adaptação da pessoa, gerindo o ambiente, procurando reduzir as respostas ineficientes e promovendo as adaptativas (Oliveira et al., 2006 citados por Ribeiro, I., 2022).

Os objetivos da promoção da saúde mental visam diminuir a incidência de perturbações mentais direcionando a atenção para planos estratégicos de atuação nas qualidades individuais, sociais e ambientais de cada indivíduo (OMS, 2001). Tendo em conta a população-alvo selecionada foi realizada uma análise dos diversos fatores suprarreferidos na literatura para identificação dos principais determinantes da saúde mental dos enfermeiros, com o objetivo de identificar fatores de risco, bem como identificar os diagnósticos de enfermagem que carecem de intervenção.

O principal objetivo deste Programa é diminuir a incidência de perturbações mentais decorrentes dos fatores de risco psicossociais em contexto de trabalho, assim como diminuir

o absentismo laboral e o presentismo, por perturbações mentais (nomeadamente Ansiedade, Depressão e Burnout).

Com este projeto pretende-se:

- Implementar o protocolo elaborado com as diretivas da DGS, no âmbito da deteção de riscos psicossociais Guia Técnico N°3- Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de trabalho (DGS, 2021) aos enfermeiros do serviço de urgência;
- Implementar o Programa Mental Care aos enfermeiros identificados com Fadiga por Compaixão na Escala ProQOL-5 (Escala de Qualidade de Vida Profissional);
- Avaliar os resultados das intervenções ao nível dos diagnósticos de enfermagem: Ansiedade, Sono, Esgotamento (Burnout), Humor, Coping;
- Melhorar os níveis de satisfação profissional dos enfermeiros do serviço de urgência; Avaliar a satisfação dos profissionais com o Programa Mental Care;

1.5 CAUSAS DO PROBLEMA

Foi realizado um Brainstorming com os enfermeiros a realizar funções no serviço de Urgência, através da seguinte questão “Quais são os fatores relacionados com o serviço de urgência que têm impacto na vossa saúde mental e quais são os vossos sentimentos em relação a esses fatores?”. As respostas que surgiram foram: “inexistência de momentos de aprendizagem”; “anulação de cuidados básicos por situações de urgência e emergência”; “frustração por não conseguir fazer o ideal pelos doentes”; “falta de reconhecimento/baixa valorização”; “lesões músculo-esqueléticas”; “alterações na vida pessoal: maior irritabilidade”; “burnout”; “stress”; “desmotivação”; “alterações do humor”; “diminuição da qualidade dos cuidados de enfermagem”; “não aceitação da crítica por exaustão”; “alterações do padrão do sono: insónia e hipersónia”; “alterações do padrão alimentar: diminuição/ aumento do apetite e exaustão mental e física”. Neste Brainstorming foram também percecionadas consequências dos fatores referidos anteriormente como “vontade de desistir da profissão pelas condições”.

1.5.1 Diagrama de Ishikawa

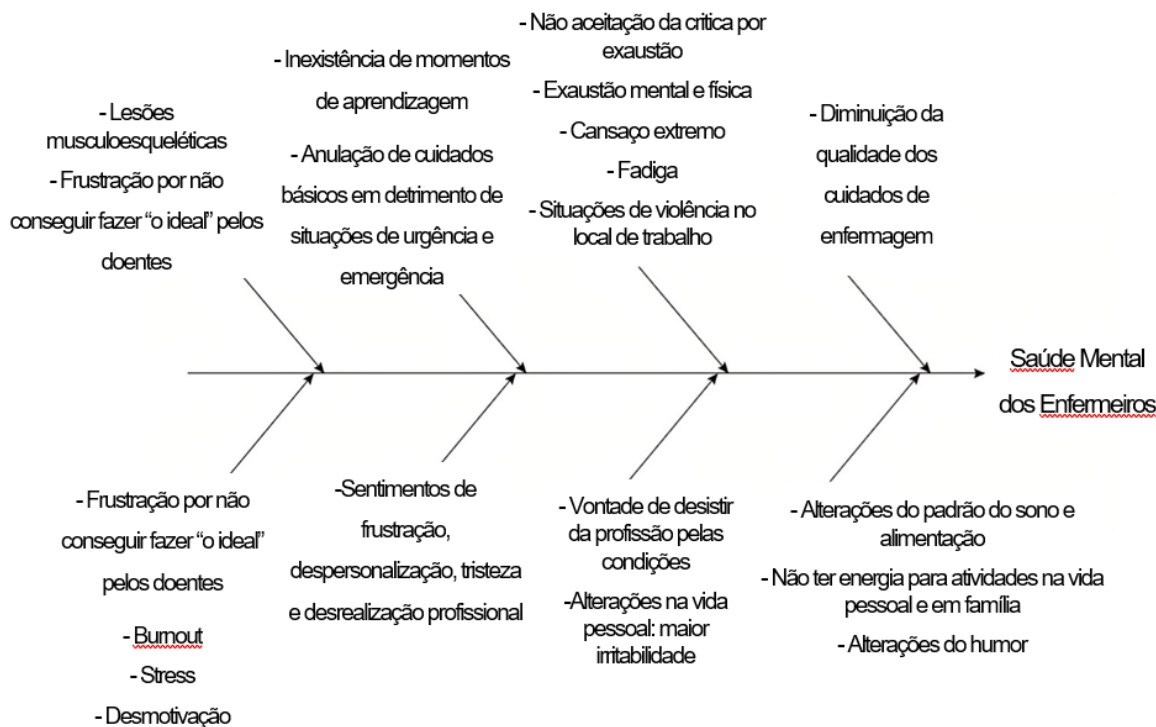


Figura 1. Diagrama de Ishikawa (fonte: elaboração própria)

1.5.2 Check List para uma Avaliação da Qualidade (Heather Palmer)

Quadro 1. Check List para uma Avaliação da Qualidade (Heather Palmer) do Problema – Saúde Mental dos Enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência	
<p>a) Identificação da dimensão em estudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eficiência; - Eficácia; -Adequação técnico-científica; -Satisfação/ Aceitabilidade; - Acessibilidade 	<p>O estudo é eficaz na medida em que tem como objetivo a promoção da saúde mental dos trabalhadores.</p> <p>É eficiente na medida em que tem como objetivo a recolha de dados mensuráveis e o seu tratamento.</p> <p>É adequado técnico-cientificamente, visto que tem por base a revisão da literatura já existente.</p> <p>Tem como objetivo selecionar intervenções adequadas ao contexto, contemplando o bem-estar dos enfermeiros e indiretamente dos doentes, assim como as relações interpessoais no trabalho. Desta forma enquadra-se na Satisfação/ Aceitabilidade.</p> <p>O estudo é acessível visto que a realização dos questionários aos enfermeiros não tem burocracias morosas associadas.</p>
<p>b) Unidades de estudo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Utilizadores incluídos na avaliação -Profissionais; -Período de tempo que se avalia 	<p>A população-alvo são os enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência.</p> <p>O período de avaliação contempla cerca de 4 meses.</p>
<p>c) Tipos de Dados (Avedis Donabedian):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrutura; -Processo; -Resultados; 	<p>Estrutura (recursos aplicados num contexto):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de satisfação dos enfermeiros com o Programa Mental Care <p>Resultado (resultado do que foi aplicado):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de satisfação por compaixão nos enfermeiros do SUMC

	<p>- Taxa de fadiga por compaixão nos enfermeiros do SUMC - Taxa de resolução do diagnóstico “humor depressivo” - Taxa de resolução do diagnóstico “ansiedade”</p> <p>Processo (desempenho de tarefas executadas num contexto): - Percentagem de enfermeiros referenciados para o Programa Mental Care que obteve avaliação e intervenção por parte do EESMP; - Percentagem de enfermeiros a quem foi realizado ensino sobre estratégias promotoras do equilíbrio de humor; - Percentagem de enfermeiros a quem foi realizado treino do autocontrolo da ansiedade;</p> <p>Estrutura (avaliação dos recursos): -Taxa de atividades formativas que vão ao encontro das necessidades identificadas pelos EESMP face ao total das atividades incluídas no plano anual de formação da Unidade/Serviço</p> <p>Epidemiológicos (resultados na população): Taxa de prevalência do diagnóstico “humor depressivo” Taxa de prevalência do diagnóstico “ansiedade”</p>
d) Fonte de Dados: - História Clínica; -Entrevistas; -Processo Clínico.	O processo utilizado para colheita de dados será o questionário. Este tipo de colheita de dados inclui o consentimento informado e esclarecido.
e) Tipo de avaliação: -Interna: Interpares /Autoavaliação; - Externa: Profissional/ Burocrática	O presente estudo tem como objetivo obter a perspetiva dos enfermeiros referente ao impacto da dinâmica do serviço de urgência na sua saúde mental, assim como evidenciar a perspetiva do investigador; Consiste na realização de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, com avaliação no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.
f) Critérios de avaliação: -Critérios implícitos; -Critérios explícitos- normativos; -Condições a cumprir pelos critérios: <ul style="list-style-type: none"> • Mensuráveis • Adaptados para o local • Priorizados • Baseados na evidencia (investigação) 	<p><u>Critérios implícitos:</u> -Avaliação da qualidade dos cuidados prestados no serviço de urgência; -Impacto da sobrelotação no âmbito pessoal e profissional dos enfermeiros, assim como na saúde mental e física. - <u>Critérios explícitos</u>- normativos: -Impacto dos riscos psicossociais em contexto de serviço de urgência nos enfermeiros.</p> <p>Condições a cumprir pelos critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mensuráveis: Sim, os questionários serão realizados com base na Escala ProQOL-5- Escala de Qualidade de Vida Profissional • Adaptados para o local: Sim, em contexto de serviço de urgência • Priorizados: Sim, por ser um assunto de relevância na enfermagem • Baseados na evidencia (investigação): Sim, este estudo é baseado em evidência científica, com revisão da literatura.
g) Quem colhe os dados	O investigador que realiza o projeto de melhoria, através de questionários.
h) Relação temporal	Avaliação prospetiva
i)Definição da população e seleção da amostra	Amostra institucional seletiva
J) Medidas corretivas passíveis de ser usadas	Medidas formativas

1.6 PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES (CRONOGRAMA)

Quadro 2. Cronograma de tarefas/atividades do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem													
Cronograma e Planeamento do Projeto	Fev 2022	Mar 2022	Abril 2022	Maió-Dez 2022	Jan 2023	Fev 2023	Mar 2023	Abril 2023	Maió 2023	Junho 2023	Agosto 2023	Set 2023	Março 2024
Definição e Análise do Problema													
Realização de ideias gerais do Projeto de Melhoria													
Exploração de ideias mais concretas para a criação do Programa													
Pedido de permissão do uso de Escalas validadas para a população portuguesa													
Elaboração do Programa "Mental Care"													
Apresentação do Projeto à Direção de Enfermagem, Conselho de Administração do CHMT e Comissão de Ética													
Divulgar questionários aos enfermeiros													
Tratamento de dados recolhidos													
Aplicação do Programa "Mental Care" em contexto de Saúde Ocupacional													
Divulgação dos resultados da implementação do Projeto de Melhoria													

1.7 VERIFICAR RESULTADOS

A amostra do presente estudo é intencional e seletiva. Esta amostra é composta por 102 enfermeiros, que desempenham funções no serviço de urgência, dos quais responderam ao questionário inicial 54 enfermeiros (n).

A avaliação do Programa Mental Care foi baseada na aplicação da Escala ProQOL-5 – Escala de Qualidade de Vida Profissional (Duarte, J., 2017), aplicação de escalas relativas a intervenções durante as 5 sessões do Programa (Escala de ansiedade de Hamilton; Escala de Depressão, Ansiedade e Stress de Apóstolo, J., Mendes, A. & Azeredo, Z.) e Questionário de Satisfação final dos enfermeiros relativamente à sua participação no Programa Mental Care.

Os 54 enfermeiros foram questionados relativamente à sua opinião referente à realização deste estudo, assim como a Implementação de um Programa de Promoção da Saúde Mental nos Enfermeiros, no âmbito da Saúde Ocupacional, no qual responderam unanimemente que este é um estudo pertinente e benéfico para os mesmos, referindo quanto aos benefícios para a qualidade de cuidados prestados aos doentes “creio que é uma mais valia no apoio aos profissionais de saúde e conseqüentemente aumentará a qualidades dos cuidados aos utentes e também a qualidade de vida pessoal dos profissionais” (sic), quanto aos benefícios para a saúde mental dos mesmos “que seja implementado efetivamente uma estratégia eficaz que ajude os enfermeiros em contexto de exaustão, insatisfação e burnout” (sic), quanto à implementação noutros serviços “acho importante e devia ser implementado em todos os serviços, e feita reavaliação continua dos resultados” (sic), quanto aos benefícios para a gestão de conflitos entre colaboradores “bastante positiva, enfermeiros com a saúde mental assegurada conseguem prestar melhores cuidados de enfermagem e promover um melhor ambiente de trabalho” (sic) quanto à sua importância na definição de indicadores no âmbito da saúde mental “dada a inexistência de dados que caracterizem o trabalho no SMUC é importante esta recolha para a elaboração de indicadores que permitam instituir medidas de proteção e promoção da saúde dos profissionais” (sic).

Desta forma para a realização da análise descritiva dos dados recorri ao Programa Excel. Foram utilizados na análise descritiva dos dados sociodemográficos o número (n), a percentagem (%), a média (M), moda (Mo), mediana (Md), o desvio padrão (Dp), mínimo (Min) e o máximo (Max).

Na Tabela 1 observa-se que responderam ao questionário inicial 52,9% dos enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência.

Na Tabela 1 – Enfermeiros que responderam ao questionário inicial

Enfermeiros (n=102)		
Responderam ao questionário	%	n
Responderam ao questionário	52,9	54
Não responderam ao questionário	47,05	48

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 2 observa-se que a média da idade dos participantes é de 38,16667 anos, que a mínima é de 24 anos e a idade máxima é de 63 anos, com um desvio-padrão de 9,35616. Relativamente ao tempo (anos) que os enfermeiros desempenham funções a média é de 14,6 anos, sendo que o mínimo de tempo que alguns enfermeiros desempenham funções é de 2 anos e o máximo de 38 anos, com um desvio-padrão de 9,44.

Tabela 2- Caracterização dos enfermeiros relativamente à sua idade e ao tempo que desempenham funções como enfermeiros

Enfermeiros (n=54)		M	Dp	Mín.	Máx.
Idade		38,2	9,36	24	63
Há quanto tempo é enfermeiro		14,6	9,44	2	38

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 3 os enfermeiros que participaram no questionário inicial são maioritariamente do sexo feminino (92,5%) e do sexo masculino 7,4%. Como estudos anteriores indicam quanto à caracterização do género no âmbito da enfermagem, os enfermeiros são maioritariamente do sexo feminino.

Tabela 3- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao género

Enfermeiros (n=54)	n	%
Feminino	50	92,5
Masculino	4	7,4

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 4 a caracterização dos enfermeiros foi realizada relativamente ao seu estado civil, sendo que 59,25% dos enfermeiros a desempenhar funções no SU são casados ou em união de facto, 27,7% são solteiros, 9,25% são divorciados e 3,7% são viúvos.

Tabela 4- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao estado civil

Enfermeiros (n=54)	n	%
Solteiro	15	27,7
Casado ou em União de facto	32	59,25
Divorciado	5	9,25
Viúvo	2	3,7

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 5 podemos verificar que 53,7% dos enfermeiros trabalha em média 41-50 horas por semana, 44,4% trabalha em média 31-40 horas por semana e 1,85% dos enfermeiros trabalha em média 51-60 horas por semana.

Tabela 5- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao número médio de horas que trabalham por semana

Enfermeiros (n=54)	n	%
31-40 horas trabalho/semana	29	44,4
41-50 horas trabalho/semana	24	53,7
51-60 horas trabalho/semana	1	1,85

Fonte: elaboração própria

Na tabela 6 observa-se que uma grande percentagem dos enfermeiros (98,1%) exerce funções por turnos e apenas 1,85% dos enfermeiros não exercem funções por turnos.

Tabela 6- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao trabalho por turnos

Enfermeiros (n=54)	n	%
Enfermeiros que exercem funções por turnos	53	98,1
Enfermeiros que não exercem funções por turnos	1	1,85

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 7 foi realizada a caracterização dos enfermeiros relativamente ao facto de se sentirem “encurralados” no seu trabalho como cuidadores e à sua satisfação em ajudar os outros. Verifica-se que 31,4% dos enfermeiros referem sentir-se *por vezes* “encurralados” no seu trabalho como cuidadores, 14,8% % refere sentir-se *frequentemente*, 5,5% refere sentir-se *muito frequentemente*. Por outro lado, 20,3% dos enfermeiros referem *nunca* sentir-se “encurralados” no seu trabalho como cuidadores e 27,7% referem sentir-se *raramente*. Quanto à satisfação por ajudar os outros 42,5% dos enfermeiros referem ficar satisfeitos *frequentemente*, 48,1% *muito frequentemente* e 9,2% *por vezes*.

Tabela 7- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao facto de se sentirem “encurralados” no seu trabalho como cuidadores e à sua satisfação em ajudar os outros, segundo a Escala ProQOL-5

Enfermeiros	(n=54)									
	Nunca		Raramente		Por vezes		Frequentemente		Muito Frequentemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eu sinto-me “encurralado” no meu trabalho como cuidador	11	20,3	15	27,7	17	31,4	8	14,8	3	5,5
Eu fico satisfeito(a) por ajudar os outros	0	0	0	0	5	9,2	23	42,5	26	48,1

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 8 foi realizada a caracterização dos enfermeiros relativamente ao facto de se sentirem ligados aos outros comparativamente ao facto de se sentirem revigorados após trabalharem com aqueles que ajudam. Sendo que 57,4% dos enfermeiros referem sentirem-se *frequentemente* ligados aos outros, 25,9% *por vezes*, 12,9% *muito frequentemente* e 3,7% *raramente*. Quanto ao facto de sentirem revigorados depois de trabalharem com aqueles que ajudam, 57,4% referem sentir-se *por vezes*, 25,9% *frequentemente*, 12,9% *raramente* e 3,7% *muito frequentemente*.

Tabela 8- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao facto de se sentirem ligados aos outros comparativamente ao facto de se sentirem revigorados após trabalharem com aqueles que ajudam

Enfermeiros	(n=54)									
	Nunca		Raramente		Por vezes		Frequentemente		Muito Frequentemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Eu sinto-me ligado(a) aos outros</i>	0	0	2	3,7	14	25,9	31	57,4	7	12,9
<i>Eu sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que ajudam</i>	0	0	7	12,9	31	57,4	14	25,9	2	3,7

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 9 a caracterização dos enfermeiros foi realizada relativamente ao facto de se sentirem felizes. Desta forma 51,8% enfermeiros referiu sentir-se *frequentemente* feliz, 35,1% referiu sentir-se *por vezes*, 9,25% *muito frequentemente* e 3,7% *raramente*.

Tabela 9- Caracterização dos enfermeiros relativamente ao facto de se sentirem felizes

Enfermeiros	(n=54)									
	Nunca		Raramente		Por vezes		Frequentemente		Muito Frequentemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Eu sou feliz</i>	0	0	2	3,7	19	35,1	28	51,8	5	9,25

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 9 a caracterização dos enfermeiros foi realizada relativamente a sintomas de stress pós-traumático secundário daqueles que ajudam, sendo que foram observados sintomas numa grande percentagem dos enfermeiros, como confirmam os valores analisados na posteriormente na Tabela 16. No entanto relativamente ao pensarem ter sido afetados pelo stress traumático daqueles que ajudam 53,7% dos enfermeiros referem *raramente* e 22,2% *nunca*, o que demonstra ausência de juízo crítico relativamente aos sintomas que identificaram no questionário. Apenas 14,8% referem *por vezes* e 9,25% *frequentemente* pensarem ter sido afetados pelo stress traumático daqueles que ajudam.

Relativamente ao sentirem dificuldade em separar a vida pessoal da vida como cuidador, 40,7% referem *por vezes*, 42,5% *raramente*, 9,25% *frequentemente*, 5,5% *nunca* e 1,85% *muito frequentemente*.

Quando questionados sobre estarem preocupados com mais do que uma pessoa que ajudam, 42,5% dos enfermeiros responderam *frequentemente*, 29,6% *por vezes*, 25,9% *muito frequentemente* e 1,85% *raramente*.

Relativamente à questão “Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu ajudo”, 53,7% dos enfermeiros responderam *nunca*, 20,37% dos enfermeiros responderam *raramente*, 18,5% *por vezes*, 5,5% *frequentemente* e 1,85% *muito frequentemente*.

Na questão “Eu salto ou assusto-me com sons inesperados”, 53,7% dos enfermeiros responderam *por vezes*, 25,9% *raramente*, 12,96% *frequentemente*, 5,5% *muito frequentemente* e 1,85% *nunca*.

Relativamente ao sentirem-se fortes ao partilhar o trauma de alguém que ajudaram 48,1% dos enfermeiros referiram *por vezes*, 27,7% *raramente*, 14,8% *frequentemente*, 7,4% *nunca* e 1,85% *muito frequentemente*.

Na questão “Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei” 44,4% dos enfermeiros referiram *raramente*, 27,7% *nunca*, 24% *por vezes* e 3,7% *frequentemente*.

Quanto à questão “Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas de trauma” 40,7% dos enfermeiros responderam *por vezes*, 40,7% *raramente*, 3,7% *frequentemente* e 1,85% *nunca*.

Tabela 10- Caracterização dos enfermeiros relativamente a sintomas de stress pós-traumático secundário daqueles que ajudam

Enfermeiros	(n=54)									
	Nunca		Raramente		Por vezes		Frequentemente		Muito Frequentemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo	12	22,2	29	53,7	8	14,8	5	9,25	0	0
Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador	3	5,5	23	42,5	22	40,7	5	9,25	1	1,85
Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo	0	0	1	1,85	16	29,6	23	42,5	14	25,9
Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu ajudo	29	53,7	11	20,37	10	18,5	3	5,5	1	1,85
Eu salto ou assusto-me com sons inesperados	1	1,85	14	25,9	29	53,7	7	12,96	3	5,5
Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei	4	7,4	15	27,7	26	48,1	8	14,8	1	1,85
Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei	15	27,7	24	44,4	13	24,0	2	3,7	0	0

<i>Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas de trauma</i>	8	14,8	22	40,7	22	40,7	2	3,7	0	0
--	---	------	----	------	----	------	---	-----	---	---

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 11 foi realizada a caracterização dos enfermeiros relativamente a sintomas de ansiedade.

Na questão “Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido nervoso(a) por várias razões” 37% dos enfermeiros responderam *por vezes*, 27,7% *raramente*, 16,6% *frequentemente*, 12,9% *nunca* e 5,5% *muito frequentemente*.

Quando questionados com “Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei” 44,4% dos enfermeiros referiram *raramente*, 27,7% *nunca*, 24% *por vezes* e 3,7% *frequentemente*.

Relativamente à questão “Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los” 44,4% dos enfermeiros responderam *por vezes*, 48,1% *frequentemente*, 5,5% *raramente* e 1,85% *muito frequentemente*.

Na questão “Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores” 57,4% dos enfermeiros responderam *raramente*, 29,6% *nunca*, 11,1% *por vezes* e 1,85% *frequentemente*.

Quanto à questão “Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema” 29,6% dos enfermeiros responderam *por vezes*, 22,2% *frequentemente*, 20,3% *muito frequentemente*, 16,6% *raramente* e 11,1% *nunca*.

Tabela 11- Caracterização dos enfermeiros relativamente a sintomas de ansiedade

Enfermeiros	(n=54)									
	Nunca		Raramente		Por vezes		Frequentemente		Muito Frequentemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido “nervoso(a)” por várias razões	7	12,9	15	27,7	20	37	9	16,6	3	5,55
<i>Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei</i>	15	27,7	24	44,4	13	24,07	2	3,7	0	0
<i>Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los</i>	0	0	3	5,55	24	44,4	26	48,1	1	1,85
<i>Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores</i>	16	29,6	31	57,4	6	11,1	1	1,85	0	0
<i>Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema</i>	6	11,1	9	16,6	16	29,6	12	22,2	11	20,3

Fonte: elaboração própria

A Tabela 12 aborda a caracterização dos enfermeiros relativamente a sintomas de depressão. Na questão “Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que

eu auxílio” 40,7% dos enfermeiros responderam *por vezes*, 37% *raramente*, 18,5% *nunca* e 3,7% *frequentemente*. Questionados sobre terem crenças que os sustentam, 35,1% dos enfermeiros respondeu *por vezes*, 24% *frequentemente*, 25,9% *raramente*, 7,4% *nunca* e 7,4% *muito frequentemente*.

Relativamente a serem questionados sobre serem a pessoa que sempre quiseram ser 46,2% dos enfermeiros responderam *por vezes*, 29,6% *frequentemente*, 12,9% *raramente*, 9,2% *muito frequentemente* e 1,85% *nunca*. Quanto a sentirem-se satisfeitos com o trabalho, 51,8% dos enfermeiros referem que o sentem *por vezes*, 22,2% *raramente*, 18,5% *frequentemente*, 5,5% *muito frequentemente* e 1,85% *nunca*.

Na questão “Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho” 46,2% dos enfermeiros responderam *frequentemente*, 40,7% *por vezes*, 9,2% *muito frequentemente*, 1,85% *nunca* e 1,85% *raramente*.

Tabela 12- Caracterização dos enfermeiros relativamente a sintomas de depressão

Enfermeiros	(n=54)									
	Nunca		Raramente		Por vezes		Frequentemente		Muito Frequentemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que eu auxílio	10	18,5	20	37	22	40,7	2	3,7	0	0
Eu tenho crenças que me sustentam	4	7,4	14	25,9	19	35,1	13	24	4	7,4
Eu sou a pessoa que sempre quis ser	1	1,85	7	12,9	25	46,2	16	29,6	5	9,2
O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a)	1	1,85	12	22,2	28	51,8	10	18,5	3	5,5
Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho	1	1,85	1	1,85	22	40,7	25	46,2	5	9,2

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 13 caracterizo os enfermeiros de acordo com os sintomas de burnout referidos pelos mesmos. Relativamente à afirmação “Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a)” 33,3% dos enfermeiros consideram que *frequentemente* se sentem exaustos, 29,6% *muito frequentemente*, 29,6% *por vezes*, 5,5% *raramente* e 1,85% *nunca*.

Na questão “Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador” 31,48% dos enfermeiros afirmam *muito frequentemente*, 29,6% *frequentemente*, 25,9% *por vezes*, 9,2% *raramente* e 3,7% *nunca*.

Quando questionados se se sentem orgulhosos daquilo que podem fazer para ajudar 53,7% dos enfermeiros responderam *frequentemente*, 27,7% *por vezes*, 12,9% *muito frequentemente*, 1,85% *raramente* e 1,85% *nunca*.

Relativamente à afirmação “Eu penso que sou um “sucesso” como cuidador” 57,4% respondeu *por vezes*, 22,2% *frequentemente*, 16,6% *raramente* e 3,7% *nunca*. Nas últimas afirmações “Eu sou uma pessoa muito carinhosa” 53,7% dos enfermeiros refere *por vezes*,

31,48% *frequentemente*, 9,2% *muito frequentemente* e 5,5% *raramente* e na afirmação “Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho” 35,1% dos enfermeiros responderam *por vezes*, 33,3% *frequentemente*, 14,8% *muito frequentemente*, 14,8% *raramente* e 1,85% *nunca*.

Tabela 13- Caracterização dos enfermeiros relativamente a sintomas de burnout

Enfermeiros	Nunca		Raramente		Por vezes		Frequentemente		Muito Frequentemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a)	1	1,85	3	5,5	16	29,6	18	33,3	16	29,6
<i>Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador</i>	2	3,7	5	9,2	14	25,9	16	29,6	17	31,48
<i>Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar</i>	1	1,85	1	1,85	15	27,7	29	53,7	7	12,9
<i>Eu penso que sou um “sucesso” como cuidador</i>	2	3,7	9	16,6	31	57,4	12	22,2	0	0
<i>Eu sou uma pessoa muito carinhosa</i>	0	0	3	5,5	29	53,7	17	31,48	5	9,2
<i>Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho</i>	1	1,85	8	14,8	19	35,1	18	33,3	8	14,8

Fonte: elaboração própria

A Tabela 14 caracteriza a satisfação dos enfermeiros relativamente à sua prestação de cuidados. A questão “Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) relativamente a técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros” revelou que 37% dos enfermeiros se sentem *frequentemente satisfeitos*, 33,3% *por vezes*, 24% *raramente*, 3,7% *muito frequentemente* e 1,85% *nunca*.

Tabela 14- Caracterização dos enfermeiros relativamente à satisfação com a sua prestação de cuidados

Enfermeiros	Nunca		Raramente		Por vezes		Frequentemente		Muito Frequentemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) relativamente a técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros	1	1,85	13	24	18	33,3	20	37	2	3,7
<i>Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a)</i>	1	1,85	0	0	12	22,2	33	61	8	14,8
<i>Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a)</i>	11	20,3	15	27,7	17	31,48	8	14,8	3	5,5
<i>Eu penso que sou um “sucesso” como cuidador</i>	2	3,7	9	16,6	31	57,4	12	22,2	0	0
<i>Eu sou uma pessoa muito carinhosa</i>	0	0	3	5,5	29	53,7	17	31,48	5	9,2

Fonte: elaboração própria

Relativamente à questão “Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a)” 61% dos enfermeiros respondeu *frequentemente*, 22,2% *por vezes*, 14,8% *muito frequentemente* e 1,85% *nunca*. Na questão “Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a)” 31,48% respondeu *por vezes*, 27,7% *raramente*, 20,3% *nunca*, 14,8% *frequentemente* e 5,5% *muito*

frequentemente. À afirmação “Eu penso que sou um “sucesso” como cuidador” 57,4% respondeu *por vezes*, 22,2% *frequentemente*, 16,6% *raramente* e 3,7% *nunca*.

Por último relativamente a “Eu sou uma pessoa muito carinhosa” 53,7% dos enfermeiros refere que *por vezes*, 31,48% *frequentemente*, 9,2% *muito frequentemente* e 5,5% *raramente*.

A Tabela 15 descreve o resultado da aplicação da Escala ProQOL-5 na componente Burnout. A aplicação desta escala demonstra que 79,6% dos enfermeiros revelou um *nível moderado* de burnout, comparativamente com 18,5% dos enfermeiros que demonstram um *nível baixo* no score da escala. A aplicação da escala revelou ainda que 1,85% dos enfermeiros demonstra *nível alto* de burnout.

A pontuação da escala de burnout situa-se no score 22 ou menos (*nível baixo*), 23-41 (*nível moderado*) e 42 ou mais (*nível alto*). Desta forma verifica-se que a *média* do score dos enfermeiros é de 28,14815.

Tabela 15- Caracterização dos Enfermeiros relativamente aos seus resultados na Escala de Burnout (ProQOL-5)

Escala de Burnout	Enfermeiros (n=54)						
	Nível baixo		Nível Moderado		Nível Alto		M
	n	%	n	%	n	%	
	10	18,5	43	79,6	1	1,85	28,14815

Fonte: elaboração própria

A Tabela 16 apresenta o resultado da aplicação da Escala ProQOL-5 na componente Stress pós-traumático secundário. A aplicação desta escala demonstra que 74% dos enfermeiros revelou um *nível moderado* de SPTS, comparativamente com 25,9% dos enfermeiros que demonstram um *nível baixo*. A aplicação da escala revelou ainda que nenhum enfermeiro demonstrou *nível alto* de SPTS.

A pontuação da escala de SPTS situa-se no score 22 ou menos (*nível baixo*), 23-41 (*nível moderado*) e 42 ou mais (*nível alto*). Desta forma verifica-se que a *média* do score dos enfermeiros é de 25,61111.

Tabela 16- Caracterização dos Enfermeiros relativamente aos seus resultados na Escala de Stress Pós-Traumático Secundário (ProQOL-5)

Escala de Stress Pós-Traumático Secundário	Enfermeiros (n=54)						
	Nível baixo		Nível Moderado		Nível Alto		M
	n	%	n	%	n	%	
	14	25,9	40	74,0	0	0	25,61111

Fonte: elaboração própria

A Tabela 17 apresenta o resultado da aplicação da Escala ProQOL-5 na componente Satisfação por Compaixão comparativamente à componente Fadiga por Compaixão. A aplicação desta escala demonstra que 92,5% dos enfermeiros revelou um *nível moderado* de Satisfação por Compaixão, 5,5% *nível alto* e 1,85% *nível baixo*.

Podemos observar ainda que, apesar de uma grande parte dos enfermeiros demonstrarem sentir satisfação pelos cuidados que prestam, 83,3% dos enfermeiros apresenta *nível moderado* no score de fadiga por compaixão, revelando exaustão e sofrimento por parte dos mesmos, comparativamente a 16,6% que revela *nível baixo* de fadiga por compaixão. Apesar disso a aplicação da escala ProQOL-5 revelou ainda que nenhum enfermeiro demonstra *nível alto* de fadiga por compaixão (critério proposto inicialmente para que os enfermeiros integrassem o Programa Mental Care).

A pontuação da escala de satisfação por compaixão e da escala de fadiga por compaixão situa-se no score 22 ou menos (*nível baixo*), 23-41 (*nível moderado*) e 42 ou mais (*nível alto*). Verifica-se assim que a *média* do score dos enfermeiros na escala de satisfação por compaixão é de 34,77778, a *moda* 34, a *mediana* 35 e o *desvio-padrão* de 4,985514, com um score *mínimo* de 18 e *máximo* de 45. Relativamente à *média* do score dos enfermeiros na escala de fadiga por compaixão é de 27,07407.

Tabela 17- Caracterização dos Enfermeiros relativamente aos seus resultados na Escala de Satisfação por Compaixão (ProQOL-5) comparativamente à Escala de Fadiga por Compaixão (ProQOL-5)

	Enfermeiros (n=54)						
	Nível baixo		Nível Moderado		Nível Alto		M
	n	%	n	%	n	%	
Escala de Satisfação por Compaixão	1	1,85	50	92,5	3	5,5	34,77778
Escala de Fadiga por Compaixão	9	16,6	45	83,3	0	0	27,07407

Fonte: elaboração própria

Após a aplicação da Escala ProQOL-5- Escala de Qualidade de Vida Profissional, como referi anteriormente, observei que nenhum enfermeiro teve um resultado que traduzisse um nível alto de *Fadiga por Compaixão*. Por esta razão foram incluídos no Programa Mental Care 4 enfermeiros, com score *nível moderado* e *alto* na Escala Burnout.

Por limitação de tempo e pela natureza das intervenções individuais do Programa não foi possível incluir os restantes enfermeiros com resultados similares. No entanto, foi realizado individualmente a cada um dos restantes 50 enfermeiros a devolução de um feedback (APÊNDICE XXVII) sobre o Questionário inicial em que participaram, com a exposição dos scores da escala ProQOL-5 e cada uma das suas dimensões, a sua análise, assim como as possíveis estratégias a adotar para manter e promover a saúde mental dos mesmos.

Na Tabela 18 é realizada a caracterização dos 4 enfermeiros relativamente aos seus resultados na aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton.

A pontuação desta escala situa-se no score <12 (ansiedade normal), score 12-18 (reação patológica ligeira), score 18-25 (ansiedade patológica moderada), score >25 (ansiedade

patológica grave). A aplicação desta escala demonstra que 1 enfermeiro revelou *ansiedade patológica grave*, 1 enfermeiro revelou *ansiedade patológica moderada*, 1 enfermeiro revelou *ansiedade patológica ligeira* e 1 enfermeiro revelou *ansiedade normal*. Relativamente à *média* do score dos enfermeiros nesta escala é de 21,5.

Tabela 18- Caracterização dos Enfermeiros que integraram o Programa Mental Care relativamente aos seus resultados na Escala de Ansiedade de Hamilton

Escala de Ansiedade de Hamilton	Enfermeiros (n=4)				M
	Ansiedade normal n	Ansiedade patológica Ligeira n	Ansiedade patológica Moderada n	Ansiedade patológica Grave n	
	1	1	1	1	21,5

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 19 a caracterização dos 4 enfermeiros é realizada de acordo com os seus resultados na aplicação da Escala DASS-21.

O score da subescala de depressão foi dividida em 0-9 (depressão normal), 10-12 (leve), 13-20 (moderada), 21-27 (grave) e 28-42 (extremamente grave). O score da subescala de stresse foi dividido em 0-10 (normal), 11-18 (leve), 19-26 (moderado), 27-34 (severo) e 35-42 (stresse extremamente severo). A subescala de depressão avalia sintomas, como inércia, anedonia, disforia, falta de interesse/envolvimento, autodepreciação, desvalorização da vida e desânimo. A subescala de stresse avalia a dificuldade em relaxar, excitação nervosa, fácil perturbação/ agitação, irritabilidade/reacção exagerada e impaciência.

A aplicação da subescala de depressão revelou que 1 enfermeiro apresenta sintomas de depressão *extremamente grave*, 2 enfermeiros sintomas de depressão *grave* e 1 enfermeiro sintomas de depressão *leve*. Relativamente à subescala de stresse 1 enfermeiro apresenta sintomas de stress *severo*, 2 enfermeiros stress *moderado* e 1 enfermeiro stress *leve*.

Relativamente à *média* do score dos enfermeiros nesta escala é de 24,5.

Tabela 19- Caracterização dos Enfermeiros que integraram o Programa Mental Care relativamente aos seus resultados na Escala DASS-21 – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

Escala DASS-21	Enfermeiros (n=4)					M
	Normal n	Leve n	Moderada(o) n	Grave/ Severo n	Extremamente Grave /Severo n	
Depressão	0	1	0	2	1	24,5
Stress	0	1	2	0	1	

Fonte: elaboração própria

Na tabela 20 descrevo os scores da Escala ProQOL-5 do Enfermeiro A. O Enfermeiro A apresenta na um score inicial *moderado* de Satisfação por Compaixão, Fadiga por

Compaixão, SPTS e Burnout. O mesmo apresentou um padrão de sono ineficaz (referiu períodos de insónia inicial e intermédia), não adota estratégias adaptativas para fazer face ao stress (não faz exercício físico e refere uma alimentação desadequada), refere também um desequilíbrio no que diz respeito ao tempo de descanso/ horas de trabalho. Na aplicação da Escala de Ansiedade revela *ansiedade patológica grave*, na Escala de depressão *grave*, na Escala de Stress *moderado*.

Tabela 20- Caracterização do Enfermeiro A relativamente aos seus resultados na Escala ProQOL-5 – Escala de Qualidade de Vida

Escala ProQOL-5	Escala de Satisfação por Compaixão (score)	Escala de Fadiga por Compaixão (score)	Escala de Stress Pós-Traumático Secundário (score)	Escala de Burnout (score)
Enfermeiro A	31 (Moderado)	32 (Moderado)	28 (Moderado)	36 (Moderado)

Fonte: elaboração própria

Na tabela 21 descrevo os scores da Escala ProQOL-5 do Enfermeiro B. O Enfermeiro B apresenta na um score *moderado* de Satisfação por Compaixão, Fadiga por Compaixão, SPTS e Burnout. O mesmo apresentou um padrão de sono eficaz, adota estratégias adaptativas para fazer face ao stress (técnicas de relaxamento e faz exercício físico), refere ter um padrão de alimentação saudável. Na aplicação da Escala de Ansiedade revela *ansiedade normal*, na Escala de depressão *grave*, na Escala de Stress *moderado*.

Tabela 21- Caracterização do Enfermeiro B relativamente aos seus resultados na Escala ProQOL-5 – Escala de Qualidade de Vida

Escala ProQOL-5	Escala de Satisfação por Compaixão (score)	Escala de Fadiga por Compaixão (score)	Escala de Stress Pós-Traumático Secundário (score)	Escala de Burnout (score)
Enfermeiro B	32 (Moderado)	27 (Moderado)	24 (Moderado)	29 (Moderado)

Fonte: elaboração própria

Na tabela 22 descrevo os scores da Escala ProQOL-5 do Enfermeiro C. O Enfermeiro C apresenta na um score *baixo* de Satisfação por Compaixão, *moderado* de Fadiga por Compaixão, *moderado* de SPTS e Burnout *alto*. O mesmo apresentou um padrão de sono ineficaz (dorme um número insuficiente de horas por dia, cerca de 4h, além disso refere não dormir em alguns dias). Adota estratégias desadaptativas, como tabagismo e padrão alimentar descuidado.

Na aplicação da Escala de Ansiedade revela *ansiedade moderada*, na Escala de depressão *extremamente grave*, na Escala de Stress *extramente severo*.

Tabela 22- Caracterização do Enfermeiro C relativamente aos seus resultados na Escala ProQOL-5 – Escala de Qualidade de Vida

Escala ProQOL-5	Escala de Satisfação por Compaixão (score)	Escala de Fadiga por Compaixão (score)	Escala de Stress Pós-Traumático Secundário (score)	Escala de Burnout (score)
Enfermeiro C	18 (Baixo)	35 (Moderado)	29 (Moderado)	42 (Alto)

Fonte: elaboração própria

Na tabela 23 descrevo os scores da Escala ProQOL-5 do Enfermeiro D. O Enfermeiro D apresenta na um score *moderado* de Satisfação por Compaixão, de Fadiga por Compaixão, de SPTS e Burnout. O mesmo referiu um padrão de sono ineficaz por vezes (refere fases de insónia inicial, que associa a fases de maior stress). Adota estratégias adaptativas, como exercício físico e alimentação saudável. Na aplicação da Escala de Ansiedade revela *reação patológica ligeira*, na Escala de depressão *leve*, na Escala de Stress *leve*.

Tabela 23- Caracterização do Enfermeiro D relativamente aos seus resultados na Escala ProQOL-5 – Escala de Qualidade de Vida

Escala ProQOL-5	Escala de Satisfação por Compaixão (score)	Escala de Fadiga por Compaixão (score)	Escala de Stress Pós-Traumático Secundário (score)	Escala de Burnout (score)
Enfermeiro D	36 (Moderado)	28 (Moderado)	28 (Moderado)	28 (Moderado)

Fonte: elaboração própria

Por fim, na Tabela 24 apresento os resultados da aplicação das 5 sessões do Programa Mental Care, através da comparação dos scores da Escala ProQOL-5, aplicada antes do Programa Mental Care e após a participação dos enfermeiros no Programa.

Desta forma podemos verificar que o Enfermeiro C teve melhorias na componente satisfação por compaixão, com um score inicial de *satisfação por compaixão baixa* comparativamente a um score de *satisfação por compaixão moderada*. Nesta componente os restantes Enfermeiros mantiveram um score *moderado* antes e depois do Programa, apesar de diferentes pontuações. Na componente fadiga por compaixão podemos verificar que o Enfermeiro A, B e D diminuíram os scores de forma positiva, apesar de se manterem no parâmetro de *fadiga por compaixão moderado*. Na componente SPTS podemos verificar que o Enfermeiro A, B e D diminuíram os scores de forma positiva, sendo que o Enfermeiro A e D mantiveram-se no parâmetro *moderado* de SPTS mas o Enfermeiro B alterou o parâmetro de *SPTS moderado para baixo*.

Por último, na componente da escala ProQOL-5 burnout, verifica-se que os 4 enfermeiros diminuíram os scores de forma positiva, sendo que o Enfermeiro C passou de um score inicial de *burnout nível alto* para um score de burnout *nível moderado*.

Tabela 24- Caracterização dos Enfermeiros relativamente aos seus resultados na Escala ProQOL-5 – Escala de Qualidade de Vida Profissional (antes e após participação no Programa Mental Care)

Escala ProQOL-5	Escala de Satisfação por Compaixão (score)		Escala de Fadiga por Compaixão (score)		Escala de Stress Pós-Traumático Secundário (score)		Escala de Burnout (score)	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Enfermeiros (n=4)								
Enfermeiro A	31 (Moderado)	33 (Moderado)	32 (Moderado)	25 (Moderado)	28 (Moderado)	25 (Moderado)	36 (Moderado)	25 (Moderado)
Enfermeiro B	32 (Moderado)	28 (Moderado)	27 (Moderado)	25 (Moderado)	24 (Moderado)	22 (Baixo)	29 (Moderado)	28 (Moderado)
Enfermeiro C	18 (Baixo)	23 (Moderado)	35 (Moderado)	35 (Moderado)	29 (Moderado)	29 (Moderado)	42 (Alto)	40 (Moderado)
Enfermeiro D	36 (Moderado)	35 (Moderado)	28 (Moderado)	25 (Moderado)	28 (Moderado)	26 (Moderado)	28 (Moderado)	24 (Moderado)

Fonte: elaboração própria

A Tabela 25 expõe a opinião dos enfermeiros relativamente à sua participação no Programa Mental Care (APÊNDICE XXVIII).

Relativamente à questão “O Programa Mental Care foi essencial para mim” 3 enfermeiros responderam *concordo totalmente* comparativamente com 1 enfermeiro, que respondeu *indeciso*. Na questão “O Programa Mental Care proporcionou-me autoconhecimento” 3 enfermeiros responderam *concordo totalmente* e 1 enfermeiro *concordo*. Na última questão “O Programa Mental Care deu-me estratégias úteis que poderei utilizar tanto na minha vida pessoal como profissional para promover a minha saúde mental e conseqüentemente física” 3 enfermeiros responderam *concordo totalmente* e 1 enfermeiro *concordo*. É pertinente mencionar que o enfermeiro que respondeu à primeira questão com *indeciso* e à segunda e terceira questão *concordo*, revelou-me realizar com frequência sessões de [REDACTED] e psicologia há alguns anos, tendo já ferramentas de promoção da saúde mental integradas no seu contexto pessoal, social e profissional, assim como um desenvolvimento pessoal que o diferencia dos restantes enfermeiros. Relativamente às questões abertas, o enfermeiros especificaram na questão “O Programa foi essencial para mim” que “foi essencial num processo de autoconhecimento, autoaceitação e desenvolvimento de estratégias de coping para determinadas situações na minha vida” (sic), “foi essencial na medida em que a importância da saúde mental apesar de ser amplamente reconhecida ainda não chega de forma estruturada a populações de risco, neste caso profissionais de saúde” (sic) e “inicialmente estava bastante reticente quanto ao programa por ser algo novo e fora da minha área de conforto, no entanto, logo na primeira sessão mudei a minha opinião pois este tipo de programas é necessário e fundamental para o nosso dia a dia, uma vez que estamos constantemente expostos/sujeitos a fatores de stress e com este programa inicialmente percebi qual o meu nível de stress (algo que não tinha consciência que estivesse tão mau,

para mim era tolerável e baixo nível de stress, o que não se comprovou) e ao longos das sessões fui arranjanado formas de os ultrapassar” (sic).

Na questão *“O Programa Mental Care deu-me estratégias úteis que poderei utilizar tanto na minha vida pessoal como profissional para promover a minha saúde mental e consequentemente física”* os enfermeiros especificaram que *“aprendi mais sobre ansiedade, ataques de pânico e estratégias não adaptativas. Adquiri conhecimentos sobre como evitar ou diminuir o impacto destes temas na minha vida pessoal ou profissional! A saúde mental e física estão interligadas, influenciam-se uma à outra, logo também me senti beneficiado fisicamente!”* (sic), *“técnicas de relaxamento, técnicas que me permitem autoregular-me e acalmar em situações de stress, ansiedade e pânico”* (sic), *“reforçou a importância do sono de qualidade, uma boa alimentação e exercício físico. Que necessitar de medicação nomeadamente para dormir não é o fim do mundo e por vezes é um bem necessário. Técnicas de gestão de emoções, técnicas de relaxamento, de mudança de perspetiva e de afirmações positivas”* (sic) e *“técnicas de controlo da ansiedade”* (sic).

Por último na questão *“Este Programa teve impacto em si? Descreva o que sentiu.”* Os enfermeiros referiram que *“teve impacto pelas estratégias adaptativas que foram ensinadas. Senti empatia e terminei com a perceção que há trabalho e estratégias que podem e devem ser aplicadas pelos profissionais de saúde. Além disso é importante perceber que há profissionais capacitados para ajudar.”* (sic), *“este programa teve impacto na minha vida, uma vez que senti, pela primeira vez, que existia alguém do outro lado a ouvir as minhas dúvidas/pensamentos sobre um assunto delicado e ainda cheio de tabus como é a saúde mental. Senti-me ouvido e ajudado! Considero que o apoio à saúde mental deveria ser obrigatório para populações de risco!”* (sic), *“Senti-me sobretudo acolhida, senti-me em paz comigo, senti-me mais leve e com maior capacidade de lidar com as situações causadores de stress no meu dia a dia. As sessões foram extremamente importantes para mim”* (sic) e *“como supracitado este programa foi fundamental para ultrapassar o stress e ansiedade por um lado, fez me ver que afinal não estava tão bem como esperava e por outro ajudou-me a ultrapassar estes problemas. Fez me sentir inicialmente “choque” porque não esperava estar tão mal, mas ao longo das sessões sentia-me melhor dado que coloquei as prática algumas das estratégias ensinadas”* (sic).

Desta forma considero que a realização deste estudo sobre os enfermeiros que desempenham funções em contexto de serviço de urgência e a implementação de um programa de promoção da saúde mental dos mesmo foi fulcral, sendo que considero que os objetivos propostos foram atingidos com ganhos para todos os profissionais de saúde, assim

como no desenvolvimento das minhas competências como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

Tabela 25- Caracterização dos Enfermeiros que participaram no Programa Mental Care relativamente à sua satisfação com a participação neste Programa

Enfermeiros	(n=4)				
	Concordo totalmente n	Concordo n	Indeciso n	Discordo n	Discordo Totalmente n
<i>Questionário Final</i>					
<i>O Programa Mental Care foi essencial para mim</i>	3		1		
<i>O Programa Mental Care proporcionou-me autoconhecimento</i>	3	1			
<i>O Programa Mental Care deu-me estratégias úteis que poderei utilizar tanto na minha vida pessoal como profissional para promover a minha saúde mental e consequentemente física</i>	3	1			

Fonte: elaboração própria

1.8 PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS

Como processo formativo, com o objetivo de desenvolvimento das minhas competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, é imprescindível a realização de uma análise SWOT deste projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. O método de análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) foi primeiramente concebido como um modelo de avaliação da posição de uma organização ou empresa face ao mercado. Em contexto académico e no desenvolvimento de competências associadas à prática clínica, a análise SWOT é realizada de forma a sintetizar os cenários e a mencionar os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. Desta forma apontam-se, com maior facilidade, os aspetos mais relevantes que favorecem ou dificultam as aprendizagens. Em paralelo com as dimensões favorecedoras e dificultadoras, surgem os eixos associados aos fatores intrínsecos e aos fatores extrínsecos. Os primeiros consideram as dimensões de ordem pessoal, individual e específica de cada aluno (atitudes, comportamentos, percursos formativos prévios e postura face à aprendizagem em contexto de prática clínica supervisionada). Quanto aos segundos, encontram-se intimamente ligados a aspetos de ordem organizacional, estrutural e institucional, à dinâmica funcional das diferentes unidades de saúde/serviços e ainda às características e perfis dos próprios supervisores e ou tutores (Pereira, R. & Rito, M., 2013).

Quadro 3. Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem		
FAVORECEDORES (do desenvolvimento de competências/ aprendizagens)		DIFICULTADORES (do desenvolvimento de competências/ aprendizagens)
Fatores intrínsecos (âmbito pessoal)	FORÇAS (S) F1- Taxa de satisfação positiva dos enfermeiros que participaram no projeto	FRAQUEZAS (W) F1- Escassez de tempo para realização das sessões com intervenções individuais
	F2- Proatividade de todos os intervenientes na realização do Programa	F2- Taxa de adesão dos enfermeiros ao estudo de 52,9%
Fatores extrínsecos (âmbito organizacional)	OPORTUNIDADES (O) O1- Realização de um projeto para profissionais de saúde no âmbito da saúde ocupacional	AMEAÇAS (T) A1- Morosidade de tempo nas burocracias para realização do Programa
	O2- Acolhimento e colaboração de todos os profissionais que desempenham funções no serviço de saúde ocupacional	A2- Prorrogação de semestres para conseguir cumprir o Programa da forma planeada

Fonte: elaboração própria

Na análise SWOT supracitada, como *Forças* menciono a F1- Taxa de satisfação positiva dos enfermeiros que participaram no projeto e a F2- Proatividade de todos os intervenientes na realização do Programa. Como avaliado anteriormente os enfermeiros consideraram um projeto pertinente, com ganhos para os mesmos. Na F2 menciono o apoio relevante relativamente ao Serviço de Saúde Ocupacional e aos seus profissionais, o qual ofereceu as condições adequadas à privacidade dos enfermeiros e recursos necessários para a realização do projeto, como gabinetes. No tópico *Fraquezas* destaco a F1- Escassez de tempo para realização das sessões individuais e a F2- Taxa de adesão dos enfermeiros ao estudo de 52,9%. A realização de sessões individuais teve como vantagens o planeamento e a realização de intervenções ajustadas às necessidades dos enfermeiros, incidindo sobre aspetos que se mostraram pertinentes às necessidades de cada um. No entanto as sessões individuais limitaram o número de enfermeiros a integrar o Programa. No que diz respeito às *Oportunidades*, como já referi, a O1- Realização de um projeto para profissionais de saúde no âmbito da saúde ocupacional, assim como o O2- Acolhimento e colaboração de todos os profissionais que desempenham funções no serviço de saúde ocupacional.

Relativamente às *Ameaças* destaco a A1- Morosidade de tempo nas burocracias para realização do Programa, no que diz respeito à resposta favorável da Comissão de Ética do hospital, onde foi realizado o Programa e desta forma a inevitável A2- Prorrogação de semestres para conseguir cumprir o Programa.

1.9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Este projeto teve, como referi anteriormente, por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, particularmente os enunciados descritivos

satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, adaptação e relação psicoterapêutica.

Desta forma considero que o projeto correspondeu ao preconizado nos enunciados descritivos propostos inicialmente, dado que no que diz respeito à satisfação dos clientes, os enfermeiros demonstraram satisfação por puder participar no estudo, assim como no Programa Mental Care, pelo que considero ter minimizado ao máximo o impacto do desconforto que os enfermeiros pudessem sentir por participarem num projeto que expõe, de alguma forma, algumas das suas fragilidades. Relativamente à promoção da saúde, foram utilizadas estratégias durante todo o percurso, de forma a promover a saúde mental dos enfermeiros.

No que diz respeito à prevenção de complicações, foram utilizados instrumentos de avaliação para identificação de sintomas depressivos, stress severo, ansiedade, stress pós-traumático secundário e burnout. Desta forma consegui direcionar as intervenções de enfermagem, de acordo com os scores das escalas e diagnósticos de enfermagem, assim como identificar sintomas nos quais os enfermeiros devem utilizar estratégias para os diminuir. No enunciado descritivo bem-estar e autocuidado, destaco as técnicas de relaxamento utilizadas durante as sessões assim como a abordagem a estratégias de promoção da saúde mental durante todas as sessões do Programa, como estratégias de autocuidado (exercício físico, dedicar tempo apenas a si ou ter um hobby). Relativamente à adaptação foi estruturada uma sessão do Programa com o tema Coping, na qual foi realizada psicoeducação sobre coping, estratégias adaptativas e desadaptativas, assim como foram apresentadas diferentes estratégias de adaptação que podem ser utilizadas.

Por fim, menciono o enunciado descritivo relação psicoterapêutica, já que ao longo deste percurso foram construídas relações terapêuticas em parceria com os enfermeiros, a partir das necessidades manifestadas pelos mesmos, adequando também as minhas abordagens individualmente a cada um.

De acordo com a metodologia implementada (Ciclo de Deming PDCA), considero ter sido um percurso muito enriquecedor, tanto no que diz respeito ao trabalho construído, como aos resultados positivos obtidos. Foi para mim um percurso gratificante, no qual tive a oportunidade de implementar um projeto idealizado e construído com ferramentas criteriosamente selecionadas por mim, no entanto, com a fundamental e imprescindível orientação académica.

Na verificação de resultados, assim como através do feedback dos enfermeiros, consegui perceber que foi um Programa benéfico para os mesmos, não só no âmbito profissional, mas também no âmbito pessoal, já que através da psicoeducação e das intervenções psicoterapêuticas puderam conhecer, integrar e adaptar várias estratégias abordadas nas sessões a vários contextos e situações que vivem.

Desta forma e através dos resultados obtidos, considero o Programa Mental Care passível de ser implementado por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no âmbito da Saúde Ocupacional, e abrangente a todos os profissionais de saúde, de forma a promover a saúde mental dos mesmos, assim como prevenir estados de doença, participando na avaliação e gestão dos riscos psicossociais.

No que refere às implicações para a Investigação os resultados deste projeto não podem ser replicados, mas apontam dados promissores e evidenciam boa aceitabilidade dos profissionais a uma intervenção desta natureza realizada por EEESMP, abrindo-se possibilidades de novos estudos sobre esta temática.

No que diz respeito às implicações para o Ensino, tendo presentes os resultados deste estudo, abre-se a possibilidade de aplicação do modelo conceptual da DGS para a atuação dos serviços de SST/SO no âmbito dos riscos psicossociais e o mesmo poder vir a ser abordado nos programas formativos dos EEESMP.

Relativamente às implicações para Gestão a mobilização dos recursos especializados, designadamente os EEESMP, pode ter um impacto positivo na redução dos riscos ocupacionais e na melhoria do estado de saúde dos profissionais, o que, por si, poderá ter contributos positivos para a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

CONCLUSÃO

A conclusão deste Relatório Final encerra um ciclo académico, um ciclo enquanto enfermeira, no qual desenvolvi competências e capacidades, mas também um ciclo enquanto pessoa, que se esforça para ser mais e melhor.

Este percurso foi alicerçado na prática baseada na evidência e na reflexão de todos os passos realizados ao longo deste percurso, com a fundamental orientação de enfermeiros e professores peritos, no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Descrevo este percurso como sendo um percurso transformador e exigente, mas também sereno. Destaco a importância da prorrogação de dois semestres para também conseguir atenuar o impacto deste percurso exigente na minha saúde mental e na minha vida pessoal, um período transformador no que diz respeito ao crescimento pessoal e profissional, mas também um período muito exigente, enquanto enfermeira e pessoa que tem que gerir diferentes papéis. Foi desta forma, uma estratégia utilizada para tornar este caminho o mais enriquecedor e sereno possível, para mim e para aqueles que me rodeiam.

Menciono desta forma que os objetivos preconizados foram atingidos, pela oportunidade de integrar diferentes contextos de aprendizagem, como o internamento, o hospital de dia e em contexto de psiquiatria comunitária. Desta forma pude vivenciar vários contextos, com abordagens diferentes, seguindo vários modelos teóricos, como a Gestão de Caso no Hospital de Dia, o Modelo do Terapeuta de Referência em contexto comunitário e o Modelo Teórico de Virgínia Henderson no Internamento.

Foi para mim recompensador no que toca ao desenvolvimento de competências puder cuidar do doente em fase de agudização da doença, no internamento, conseguindo intervir de modo a promover uma estabilização psicopatológica do mesmo, assim como cuidar do utentes em contexto comunitário, conseguindo desta forma intervir com o objetivo de promover e manter a sua saúde mental sinalizando sinais de alerta de uma descompensação a nível psicopatológico e intervindo de forma a estabilizar esses sinais. Foi também recompensador puder realizar um Programa para os utentes do hospital de dia, de forma a promover a sua saúde mental, autoestima, bem-estar e a gestão emocional, assim como integrar as suas famílias no mesmo. A realização dos estudos de caso ao longo dos ensinamentos clínicos foi também alicerçada em Teorias de Enfermagem: Modelo de Recuperação de Tidal de Phil Barker, Teoria das Transições de Afaf Meleis, Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau. Estas Teorias de Enfermagem direcionaram as minhas intervenções no âmbito da promoção da saúde/prevenção da doença como preconiza a OE (2015) que definiu seis categorias de enunciados descritivos que compõem os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais: a satisfação dos

clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.

Este percurso recompensador ofereceu-me, desta forma, um desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em saúde mental e psiquiatria. “A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é uma área especializada, que acresce à prática de Enfermagem de cuidados gerais uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de competências e uma multiplicidade de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia. O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma com a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. O EEESMP presta cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na comunidade (Regulamento nº 356/2015, de 25 de junho). O mesmo Regulamento refere que, no que concerne ao tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EEESMP contribuem para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas relacionados com a doença mental (adesão ao regime terapêutico, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, assim como a recuperação e a qualidade de vida de toda a família” (OE, 2023, p.8).

No sentido de consolidar o desenvolvimento destas competências, foi também realizado um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, intitulado de Programa Mental Care. Este Programa teve como população-alvo os enfermeiros a desempenhar funções em contexto de serviço de urgência e o seu objetivo primordial era a promoção da saúde mental dos mesmos. A implementação deste Programa relevou-se benéfica para os enfermeiros, após a reavaliação dos níveis de Satisfação por Compaixão, Fadiga por Compaixão, Stress Pós-Traumático Secundário e Burnout. Além disso foi devolvido um feedback positivo pelos mesmos, reforçando assim o importante contributo das intervenções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria na promoção da saúde e prevenção da doença.

BIBLIOGRAFIA

Afonso, C. (2022). *Curar de mim – A Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Intervenção com Cuidadores Familiares*. Escola Superior de Saúde de Leiria

American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)*. Lisboa. Editora Climepsi.

Apóstolo, J., Mendes, A., Azeredo, Z. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Volume 14, nº 6, páginas 863-871.

Baptista, A. (2013). *Aprender a ser feliz: Exercícios de Psicoterapia positiva*. Editora: Pactor. Lisboa

Brito, ML (2018). *O Enfermeiro como terapeuta de referência nas equipas de saúde mental comunitária*. Coimbra. Ordem dos Enfermeiros

Cabral, L. & Florentim, R. (2015). Saúde Mental dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. *Millenium* (49), 195-216. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8085>

Carvalho, D. et al. (2019) A saúde mental dos enfermeiros: um estudo preliminar. Artigo de Investigação: *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Volume 21, páginas 50-51.

Carvalho, M. (2019). *Sobrelotação do Serviço de Urgência - Estratégias de Redução Percecionadas por Enfermeiros*. Escola Superior de Saúde de Leiria. Leiria. Disponível em <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4681>

Coelho, D. (2020) A violência contra os enfermeiros do serviço de urgência: um estudo de caso. Escola Superior de Saúde de Coimbra. Coimbra. Disponível em <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=oai:repositorio.esenfsc.pt:11101>

Coelho, M et al. (2022). Sintomas de ansiedade e fatores associados entre profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19. *Cogitare Enferm*. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79739>

Conceição, J. (2020). *101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental*. Editora Unc: Fundação Universidade do Contestado

Custódio, M. et al. (2018). O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Rio Grande do Sul. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rqenf/a/CrLLmhv7GcJknQtDSYzw8ZN/>

Direção Geral da Saúde (2021). *Guia técnico Nº 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho*. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/guia-da-dgs-visa-identificar-e-intervir-sobre-fatores-de-risco-psicossocial-no-local-de-trabalho.aspxm>

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários*. Escola Superior de Enfermagem do Porto

Franzoi, et al. (2016). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Uma Avaliação Baseada nos Critérios de Fawcett. Revista de Enfermagem. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11140>

Freitas, R. (2019). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamentado no Modelo de Tidal: revisão integrativa. Acedido a 19 de Maio de 2022 em *Nursing care in mental health based on the TIDAL MODEL: an integrative review* ([researchgate.net](https://www.researchgate.net)).

Freitas, S. et al. (2015). Programa de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem: Sistema de Classificação de Doentes. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_SistemaClassificacaoDoentes_Madeira.pdf

Gariso, M. (2014). A prática de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiatria: Saúde Mental e Oncologia. Escola Superior de Saúde de Leiria. Disponível em <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2727>

Gomes, E. (2018). Literacia em Saúde Mental dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Universidade de Évora. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23420>

Gomes, R. (2010). Questionário de Stress Ocupacional – Versão Geral (QSO-VG). Universidade do Minho. Disponível em https://www.ardh.pt/documentos/investigacao/avaliacao/stress_ocup/6-QSO-Stress%20Ocupacional-Vers%C3%A3o%20Geral.pdf

Guedes, A. (2020) Ansiedade, stress e burnout: definição conceptual e operacional, inter-relações e impacto na saúde. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior. Disponível em https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10664/1/7568_16034.pdf

ICN (2019). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem- 2019. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Infante, J. (2012). A dotação de enfermeiros no serviço de urgência geral do CHCH: a segurança dos cuidados na sazonalidade. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14750>

Johnson, M. et al. (2004) Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). São Paulo. 2ª Edição, Arimed

Lei n.º 35/2023 de 21 de julho da Assembleia da República. Diário da República: série I nº141 (2023). Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>

Lopes, C. et al (2015). Gestão das Perturbações do Uso de Canábis e Questões Associadas – um guia clínico. Traduzido a partir da edição original da ©National Cannabis Prevention and Information Centre: University of New South Wales, Sydney, 2009. Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência do Porto, SICAD e a Divisão para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências– ARS Norte, IP. Disponível em <https://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Guia%20Clinico%20Perturbacoes%20Uso%20Cannabis.pdf>

Lorraine, J. et al, (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. Universidade de São Paulo. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n2/07.pdf>

Martins, C. et al. (2016). Fatores de risco em saúde mental: contributos para o bem-estar biopsicossocial dos profissionais da saúde. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 3: 21-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0112>

Meleis, A.I. (2010). Teoria das transições: Teorias específicas de alcance médio e situação em pesquisa e prática. Nova Iorque: Springer Publishing Company

Mello, D., Vieira, C., Simpionato, E. (2005). Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. Journal of Human Growth and Development. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100009

Nery, M. et al. (2006). O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. Brasília. Universidade de Brasília

Nogueira, C. (2016). Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1864?mode=full>

Oliveira, V. & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. Revista de Enfermagem Referência, 3 (7): 43-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1175>

Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <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). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfemagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteq.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2023a). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2023b). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros (2023c). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica-Clarificação de conceitos no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Coimbra.

Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo- Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. WHO Graphics.

Organização Mundial da Saúde (2010). Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para a ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais. SESI-Departamento Nacional, Tradução. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44307/9789241599313_por.pdf?sequence=2

Organização Mundial de Saúde (2014). Mental health: A state of well-being. Genebra: Organização Mundial da Saúde

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). Health Promotion in Nursing Practice (6.ª ed.). Pearson Education.

Pereira, B. (2012). Opinião dos Enfermeiros sobre o exercício de funções no serviço de urgência. Universidade Atlântica. Disponível em <https://repositoriocientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/914/1/TeseFinalB%c3%a1rbaraPereira200891909.pdf>

Pereira, R. & Rito, M., 2013. A análise swot como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Disponível em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/33845/1/Artigo_SWOT.pdf

Perniciotti, P. et al (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/343263645_Sindrome_de_Burnout_nos_profissionais_de_saude_atualizacao_sobre_definicoes_fatores_de_risco_e_estrategias_de_prevencao

Queirós, C. et al. (2020). Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao burnout em enfermeiros: um estudo comparativo Portugal/Espanha. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31338/1/83-89.pdf>

Queirós, C.; Borges, E; Abreu, M. (2019). Ansiedade, Engagement e Burnout em enfermeiros. International Congress of Occupational Health Nursing: proceedings <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/120982?mode=full>

Reed, P. & Shearer, N. (2009). Perspectives on Nursing Theory. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins: USA.

Ribeiro, I. (2022). Callista Roy e Modelo de Adaptação. Escola Superior de Saúde de Leiria.

Ribeiro, J. e Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. Universidade do Porto. Disponível em http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100001

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2). Disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Sakraida, T. (2004). Nola Pender. Modelo de Promoção da Saúde. In A. N. Tomey & M. R. Alligood (Eds), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª ed., pp. 699 – 715). Lusociência.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/7961>

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções*. Lisboa. Editora Lidel.

Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2021). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (80): 1-13. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/8>

Teixeira, L. (2017). Modelo Tidal: análise pautada na perspetiva de Meleis. *Revista Brasileira de Enfermagem*

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição ed.). Lusociência.

Torres, J. (2019) Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*. Acedido a 19 de maio de 2022 em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0394>

Torres, J. (2019) Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*. Acedido a 19 de maio de 2022 em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0394>

Victor, J. et al. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235 – 240. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ape/a/JSdnpDhFQzq7qmWzzB9Dhzz/?format=pdf&lang=pt>

Vieira, D. (2021). Regulação das emoções na pessoa com humor depressivo: Intervenção de Enfermagem baseada no mindfulness. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43666>

APÊNDICES

APÊNDICE I- CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

TÍTULO: Programa de Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros com funções no serviço de urgência (Programa Mental Care)

A Organização Mundial de Saúde define o conceito de saúde como não apenas a ausência de doença, mas um bem-estar físico, psicológico e social (Loraine, J. et al, 2018). Neste âmbito a Direção Geral de Saúde (2021) refere que saúde mental evidencia a capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, assim como o estabelecimento de relações satisfatórias com outros membros da comunidade e o reconhecimento da ausência de bem-estar. Relativamente a este conceito a OMS (2014) evidencia-o como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e pode contribuir para a comunidade em que se insere. Diversos estudos referem que os enfermeiros representam um grupo profissional que geralmente enfrenta um vasto conjunto de problemas e limitações associados a elevados níveis de pressão e stress, inserindo-se nas ocupações consideradas de alto risco (Nogueira, 2016) uma vez que o seu trabalho exige não só esforço físico, emocional e psicológico, mas também atenção, realização de atividades com alto grau de responsabilidade e dificuldade, ritmo acelerado, jornadas excessivas e poucas horas de descanso. Além disso, ao prestar auxílio os profissionais de saúde estão em contacto direto com a vida das pessoas e desta forma a compaixão que têm por quem ajudam pode afetá-los(as). No questionário seguinte pode encontrar algumas perguntas acerca das experiências, tanto positivas como negativas, que teve enquanto profissional de saúde. Analise e responda às perguntas acerca da sua vida e da sua atual situação profissional. Escolha a opção que melhor reflete a frequência com que foi confrontado, nos últimos 30 dias, com as seguintes situações ou sentimentos.

Este questionário surge no decorrer da implementação do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, que se insere no Relatório Final do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com a finalidade da obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a decorrer no Instituto Politécnico de Leiria, na Escola Superior de Saúde.

INVESTIGADOR: Vânia Isabel Lopes Raimundo, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde

PROFESSOR ORIENTADOR: João Gomes, Professor Adjunto da ESSLei, MNSc, RN

O objetivo deste trabalho é desenvolver um Programa de Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros (Programa Mental Care), que será iniciado com a aplicação de um Protocolo de intervenção (Protocolo Mental Care). Na realização deste trabalho pretende-se inicialmente identificar fatores de risco psicossociais em contexto de trabalho, com impacto na saúde mental dos enfermeiros do serviço de urgência, através de um questionário online dirigido aos mesmos. Neste questionário será aplicada a Escala ProQOL- 5 - Escala de Qualidade de Vida Profissional (na qual serão avaliadas as dimensões Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão- Burnout e Stress pós-traumático). Posteriormente tendo em conta o resultado do score da Escala ProQOL-5 será sugerido aos enfermeiros a integração no Programa Mental Care, que se iniciará na Consulta de Enfermagem de Saúde Mental, no âmbito da Saúde Ocupacional, na qual será aplicado o Protocolo Mental Care.

Deste modo, solicito a sua participação neste questionário. A sua participação é voluntária e todas as informações obtidas neste questionário serão confidenciais e utilizadas apenas para fins de investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade. Poderá interromper a sua participação em qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Eu, Vânia Isabel Lopes Raimundo, no âmbito do 2º ano do Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Leiria, integrado na Unidade Curricular do Ensino Clínico com Relatório, estou a desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade que consiste num Programa de promoção da saúde mental dos enfermeiros em contexto de serviço de urgência (Programa Mental Care). Com o desenvolvimento deste projeto pretende-se identificar fatores de risco psicossociais em contexto de trabalho, com impacto na saúde mental dos enfermeiros do serviço de urgência, assim como encaminhamento especializado do trabalhador nos casos em que se identifique ausência de saúde mental. Desta forma, venho pedir a sua colaboração no preenchimento do questionário com o intuito de reunir informação pertinente para a realização do projeto, ainda que seja uma participação voluntária, a sua participação é fundamental para a continuidade do mesmo. O questionário será composto por: caracterização dos participantes no estudo, identificação de fatores de risco psicossociais em contexto de trabalho, aplicação da Escala ProQOL-5 – Escala de Qualidade de Vida Profissional e percepção dos participantes sobre a pertinência da implementação deste Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade. O questionário terá uma duração prevista de cerca de 15 minutos para o seu preenchimento. A sua participação no estudo é voluntária e poderá desistir em qualquer momento se assim o pretender. Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, assim como

APÊNDICE II- FORMULÁRIO GOOGLE FORMS (COM CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO)

Programa de Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros que desempenham funções no Serviço de Urgência (Programa Mental Care) - CHMT

A Organização Mundial de Saúde define o conceito de saúde como não apenas a ausência de doença, mas um bem-estar físico, psicológico e social (Loraine, J. et al, 2018).

Neste âmbito a Direção Geral de Saúde (2021) refere que saúde mental evidencia a capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, assim como o estabelecimento de relações satisfatórias com outros membros da comunidade e o reconhecimento da ausência de bem-estar. Relativamente a este conceito a OMS (2014) evidencia-o como um

estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e pode contribuir para a comunidade em que se insere.

Diversos estudos referem que os enfermeiros representam um grupo profissional que geralmente enfrenta um vasto conjunto de problemas e limitações associados a elevados níveis de pressão e stress, inserindo-se nas ocupações consideradas de alto risco (Nogueira, 2016) uma vez que o seu trabalho exige não só esforço físico, emocional e psicológico, mas também atenção, realização de atividades com alto grau de responsabilidade e dificuldade, ritmo acelerado, jornadas excessivas e poucas horas de descanso.

Além disso, ao prestar auxílio os profissionais de saúde estão em contacto direto com a vida das pessoas e desta forma a compaixão que têm por quem ajudam pode afetá-los(as).

No questionário seguinte pode encontrar algumas perguntas acerca das experiências, tanto positivas como negativas, que teve enquanto profissional de saúde. Analise e responda às perguntas acerca da sua vida e da sua atual situação profissional. Escolha a opção que melhor reflete a frequência com que foi confrontado, nos últimos 30 dias, com as seguintes situações ou sentimentos.

Este questionário surge no decorrer da implementação do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, que se insere no Relatório Final do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com a finalidade da obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a decorrer no Instituto Politécnico de Leiria, na Escola Superior de Saúde.

INVESTIGADOR: Vânia Isabel Lopes Raimundo, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde

PROFESSOR ORIENTADOR: João Gomes, Professor Adjunto da ESSLei, MNSc, RN

O objetivo deste trabalho é desenvolver um Programa de Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros (Programa Mental Care), que será iniciado com a aplicação de um Protocolo de intervenção (Protocolo Mental Care).

Na realização deste trabalho pretende-se inicialmente identificar fatores de risco psicossociais em contexto de trabalho, com impacto na saúde mental dos enfermeiros do serviço de urgência, através de um questionário online dirigido aos mesmos. Neste questionário será aplicada a Escala ProQOL- 5 - Escala de Qualidade de Vida Profissional (na qual serão avaliadas as dimensões Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão- Burnout e Stress pós-traumático). Posteriormente tendo em conta o resultado do score da

Escala ProQOL-5 será sugerido aos enfermeiros a integração no Programa Mental Care, que se iniciará na Consulta de Enfermagem de Saúde Mental, no âmbito da Saúde Ocupacional, na qual será aplicado o Protocolo Mental Care.

O Programa "Mental Care" consiste em 5 sessões individuais, com intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, sobre as temáticas: Ansiedade, Humor, Sono, Estratégias de coping e Burnout.

Deste modo, solicito a sua participação neste questionário. A sua participação é voluntária e todas as informações obtidas neste questionário serão confidenciais e utilizadas apenas para fins de investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade. Poderá interromper a sua participação em qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

Consentimento Informado e Esclarecido

Declaro ter lido e compreendido este documento *

Sim

Não

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar no *
Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade "Programa de promoção da saúde
mental dos enfermeiros em contexto de serviço de urgência (Programa Mental
Care)" sem qualquer tipo de consequências. Compreendo que sou livre de a
qualquer momento desistir de participar neste estudo, caso seja essa a minha
pretensão.

Sim

Não

Tendo em conta o consentimento informado e esclarecido, aceito participar *
neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço,
confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que
delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são
dadas pelo investigador.

Sim

Não

[Anterior](#) [Seguinte](#) [Limpar formulário](#)

Dados Sociodemográficos

Os seus dados não serão partilhados com terceiros, serão apenas utilizados para tratamento de dados em contexto académico, respeitando a sua privacidade e anonimato.

1. Idade *

A sua resposta _____

2. Sexo *

Feminino

Masculino

Outra: _____

3. Estado civil *

Solteiro

Casado ou em União de facto

Divorciado

Viúvo

4. Há quanto tempo é enfermeiro(a)? *

A sua resposta _____

5. Qual é o número médio de horas que trabalha por semana?

20-30

31-40

41-50

51-60

>60

6. Trabalha por turnos? *

Sim

Não

7. Desempenha funções de chefia? *

Sim

Não

Escala ProQOL- 5 - Escala de Qualidade de Vida Profissional

1. Eu sou feliz *

- Nunca
 Raramente
 Por vezes
 Frequentemente
 Muito frequentemente

2. Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo *

- Nunca
 Raramente
 Por vezes
 Frequentemente
 Muito frequentemente

3. Eu fico satisfeito(a) por ajudar os outros *

- Nunca
 Raramente
 Por vezes
 Frequentemente
 Muito frequentemente

4. Eu sinto-me ligado(a) aos outros *

- Nunca
 Raramente
 Por vezes
 Frequentemente
 Muito frequentemente

5. Eu salto ou assusto-me com sons inesperados *

- Nunca
 Raramente
 Por vezes
 Frequentemente
 Muito frequentemente

6. Eu sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que ajudo *

- Nunca
 Raramente
 Por vezes
 Frequentemente
 Muito frequentemente

7. Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador *

- Nunca
 Raramente
 Por vezes
 Frequentemente
 Muito frequentemente

9. Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

10. Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a) *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

11. Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido "nervoso(a)" por variadas coisas *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

12. Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a) *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

13. Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que eu auxilio *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

14. Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

15. Eu tenho crenças que me sustentam *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

16. Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) relativamente a técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

17. Eu sou a pessoa que sempre quis ser *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

18. O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a) *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

19. Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a) *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

20. Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

21. Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

22. Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

23. Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

24. Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

25. Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

26. Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

27. Eu penso que sou um "sucesso" como cuidador *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

28. Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas de trauma *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

29. Eu sou uma pessoa muito carinhosa *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

30. Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho *

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- Frequentemente
- Muito frequentemente

APÊNDICE III- PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA PROQOL-5 PELO AUTOR DA SUA VALIDAÇÃO EM PORTUGAL

De Joana Duarte • joana.fm.duarte@gmail.com
Para Vânia Isabel Lopes Raimundo •
5210051@my.ipleiria.pt
Data 28/04/2022, 09:36

Bom dia,
Obrigada po seu contacto.

Tem permissão para o uso da **escala ProQOL 5**.

Boa sorte com o trabalho.

Cumprimentos,
Joana Duart

[Mostrar citação](#)

--

Joana Duarte, Ph.D
PostDoc
Deartment of Psychology, Lund University

Box 213, SE-221 00 Lund, Sweden


Institutional Email: joana.duarte@psy.lu.s

Personal webpage:

https://www.researchgate.net/profile/Joana_Duart

Member of CINEICC - Center for Research in
Neuropsychology and Cognitive Behavioural
Intervention
University of Coimbra, Portugal

APÊNDICE IV- PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RE: Autorização Questionário
de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) 

 **António Rui Silva Gom...** Ontem
para Vânia ^  

De António Rui Silva Gomes • rgomes@psi
.uminho.pt
Para Vânia Isabel Lopes Raimundo •
5210051@my.ipleiria.pt
Data 26/01/2023, 08:45

Autorizada. Bom trabalho!

Rui Gomes

Professor Auxiliar
Universidade do Minho, Escola de Psicologia
Campus de Gualtar, 4710-057 Braga, Portugal
Tel: +351 253 604 232
EPsi, Gabinete 1.75, Piso 1

Ciência vitae: <https://www.cienciavitae.pt/B312-8D41-3375>

Assistant Professor
University of Minho, School of Psychology
Campus de Gualtar, 4710-057 Braga, Portugal
Tel: +351 253 604 232
EPsi, Office 1.75, Floor 1

APÊNDICE V- PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY

Autorização para utilização do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory



Cesaltino Fonte

Para: Vânia Isabel Lopes Raimundo



CBI - PT.pdf
33 KB



Boa tarde, Vânia

Muito obrigado pelo interesse demonstrado para a utilização do questionário CBI - PT.
Informo que podem aplicar a escala no referido trabalho.

Cumprimentos,
Cesaltino

APÊNDICE VI- PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON VALIDADA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Em 09/02/2023 00:09, Eugénia dos Santos
<enf.eugeniasantos@gmail.com> escreveu:

ATENÇÃO: Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que conteúdo é seguro.

Boa noite,

Venho por este meio autorizar a aplicação da versão portuguesa da "Hamilton Anxiety Scale" no âmbito do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade intitulado de Programa de Promoção da Saúde Mental nos Enfermeiros, em Abrantes.

Envio, em anexo, o instrumento.

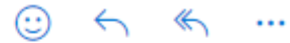
Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

APÊNDICE VII- PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS – DASS-21



Joao Apostolo <apostolo@esenfc.pt>



Para: Vânia Isabel Lopes Raimundo

qui, 06/04/2023 14:47

Atenção: Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Autorizo
Votos de um bom trabalho
João Apóstolo

APÊNDICE VIII- PROGRAMA “MENTAL CARE” (PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM)



1. Avaliação Inicial/ Anamnese

Nome _____
Idade _____
Profissão _____
Estado Civil _____
Antecedentes Pessoais _____
Hábitos tóxicos _____
Situação Familiar _____
Situação Profissional _____
Outros _____

2. Aplicação da Escala ProQOL-5 – Escala de Qualidade de Vida Profissional

Pontuação da Escala PROQOL-5

Escala de Satisfação por Compaixão

Coloque a pontuação que obteve em cada uma das questões na coluna e some.

Analise os seus resultados no quadro da direita.

3. _____
6. _____
12. _____
16. _____
18. _____
20. _____
22. _____
24. _____
27. _____
30. _____
Total _____

A soma dos resultados da minha Satisfação por Compaixão é	O meu nível de Satisfação por Compaixão é
22 ou menos	Baixo
Entre 23 e 41	Moderado
42 ou mais	Alto

Resultado:

Escala de Burnout

Na escala de Burnout precisa de fazer um passo extra para obter as pontuações. Os itens com asterisco* são cotados de forma inversa. Nestes itens, se pontuou 1, assinale 5 na coluna à direita. O motivo para inverter a pontuação é porque, cientificamente, o instrumento mede melhor quando se utilizam questões negativas e positivas.

- *1. _____ = _____
- *4. _____ = _____
- 8. _____
- 10. _____
- *15. _____ = _____
- *17. _____ = _____
- 19. _____
- 21. _____
- 26. _____
- *29. _____ = _____

Total _____

O que escreveu	Modifique para
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Analise os seus resultados no quadro da direita.

A soma dos resultados do meu Burnout é	O meu nível de Burnout é
22 ou menos	Baixo
Entre 23 e 41	Moderado
42 ou mais	Alto

Resultado: _____

Escala de Stress pós-Traumático

Coloque a pontuação que obteve em cada uma das questões na coluna e some. Analise os seus resultados no quadro da direita.

- 2. _____
- 5. _____
- 7. _____
- 9. _____
- 11. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 23. _____
- 25. _____
- 28. _____

Total _____

A soma dos resultados do meu é	O meu nível de Stress Traumático Secundário é
22 ou menos	Baixo
Entre 23 e 41	Moderado
42 ou mais	Alto

Resultado: _____

Escala de Fadiga por Compaixão (Burnout e Stress Pós-traumático)

Coloque a pontuação que obteve em cada uma das escalas na coluna e some.

Divida o resultado por 2.

Analise os seus resultados no quadro da direita.

Escala de Burnout _____

Escala de Stress Pós-Traumático _____

Total _____ ÷ 2 = _____

A soma dos resultados da minha Fadiga por Compaixão é	O meu nível de Fadiga por Compaixão é
22 ou menos	Baixo
Entre 23 e 41	Moderado
42 ou mais	Alto

Resultado: _____

GRÁFICO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Desenhe uma coluna na tabela abaixo usando os resultados das escalas correspondentes:

	Satisfação por Compaixão	Fadiga por Compaixão
50		
49		
48		
47		
46		
45		
44		
43		
42		
41		
40		
39		
38		
37		
36		
35		
34		
33		
32		
31		
30		
29		
28		
27		
26		
25		
24		
23		
22		
21		
20		
19		
18		
17		
16		
15		
14		
13		
12		
11		
10		

3. Exame Mental e Semiológico

Exame Mental e Avaliação Semiológica	
Tipo constitucional, aspeto físico, postura geral	Aspeto físico cuidado? postura sem alterações? Aspeto descuidado- pedido de avaliação médica
Consciência	Vígil Obnubilado Sonolento Coma (Escala de Glasgow) Pedido Emergência Médica
Orientação	Orientado auto e alopsiquicamente Desorientado- pedido de avaliação médica
Atividade psicomotora e expressão afetiva imediata	Agitação psicomotora- pedido de avaliação médica
Marcha, modo como se desloca, como se senta, como nos cumprimenta	Alterações de novo- pedido de avaliação médica
Aparência geral	Cuidada Descuidada- pedido de avaliação médica
Comportamento	Adequado ao contexto Desorganizado- pedido de avaliação médica
Apresentação	Vestuário adequado à estação do ano; Arranjo pessoal- de acordo com a condição social; Higiene cuidada; Idade aparente Alterações significativas (não adequadas ao contexto, higiene descuidada) - pedido de avaliação médica
Morfologia (biótipo)	Ectomorfo (Abaixo do peso normal) Mesomorfo (Peso e constituição normal) Endomorfo (Acima do peso normal)
Postura	Expansiva e flácida? Rígida?
Estado psicomotor	Inquieto - pedido de avaliação médica Agitado - pedido de avaliação médica Lento - pedido de avaliação médica Apático - pedido de avaliação médica Expansiva ou Retraída Tensão ou Flácida Defensiva Défice Neurológico Estático Hiperativo
Expressão facial	Inexpressiva - pedido de avaliação médica Hipermímia (manifestações faciais exageradas) - pedido de avaliação médica Hipomímia (falta de expressão facial) - pedido de avaliação médica Risos imotivados - pedido de avaliação médica Triste - pedido de avaliação médica Expressiva Alegre Aterrorizada Perplexa
Contacto	Superficial/ Difícil- pedido de avaliação medica Indiferente- pedido de avaliação medica Impossível- pedido de avaliação medica Negativista Exuberante
Discurso	Lentificação do discurso - pedido de avaliação medica Mutismo (não verbaliza qualquer palavra) - pedido de avaliação medica Verborreia (Necessidade excessiva de falar) - pedido de avaliação medica Espontâneo Discurso acelerado (mas que se consegue acompanhar) Incoerente
Atenção	Captável e fixa Distração fácil
Raciocínio	Ordenado e coerente Incoerente- pedido de avaliação médica
Memória	Alterações da memória- pedido de avaliação medica
Percepção	Alucinações auditivas, visuais, táteis ou somáticas - pedido de avaliação medica
Sono	Insónia-pedido de avaliação médica

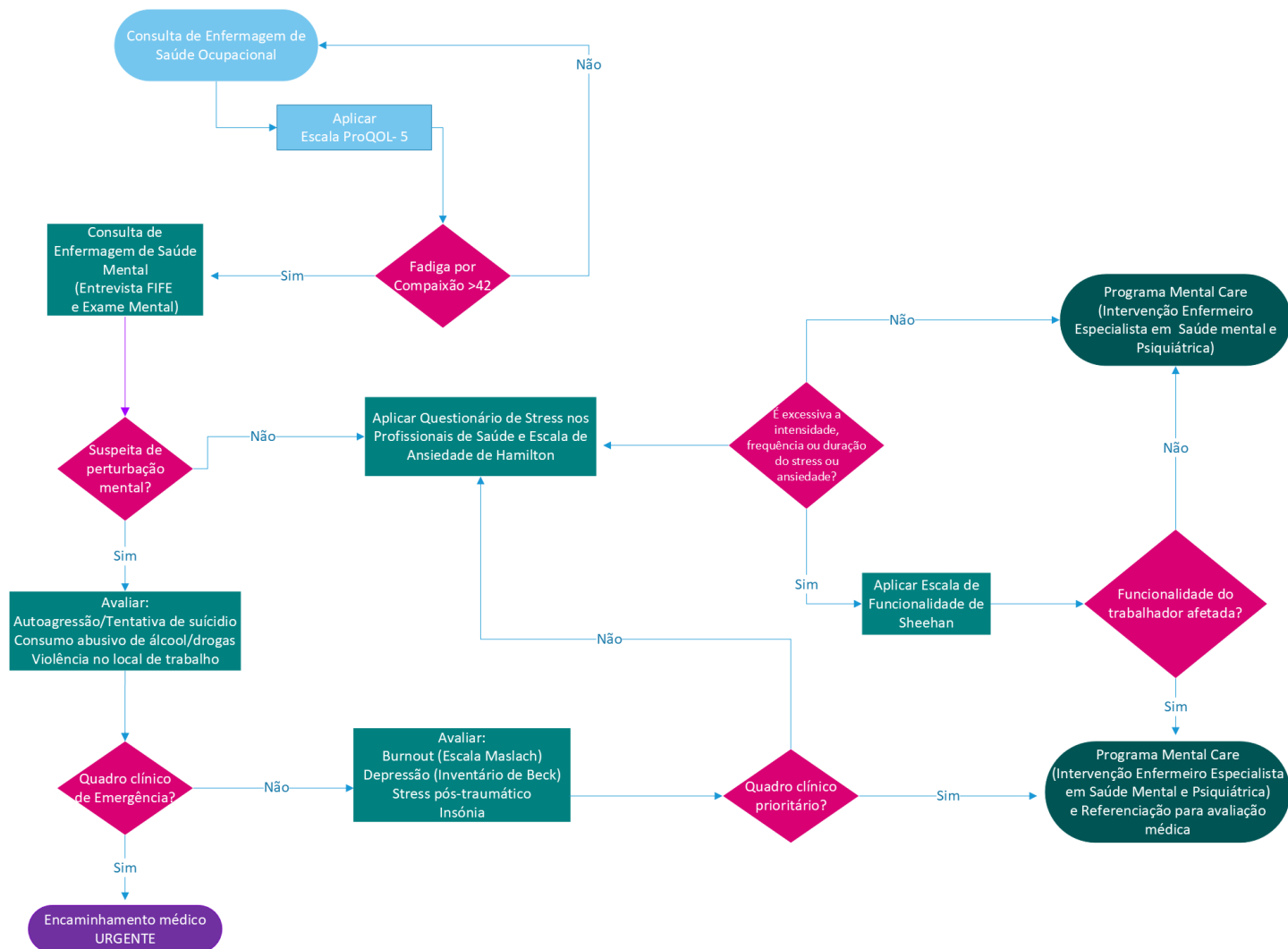
<p>Pensamento</p>	<p>Delfrios- pedido de avaliação medica Discurso com fuga de ideias (Perturbação na associação de ideias que passam a ser rápida, superficial e fortuita originando um discurso que muda permanentemente de direcção)- pedido de avaliação medica Circunstanciado (fala bastante sobre um tema mesmo se não for solicitado)- pedido de avaliação medica Lentificado- pedido de avaliação medica Ideias irracionais, obsessivas ou de perseguição- pedido de avaliação medica Fobias- pedido de avaliação medica Acelerado</p>
<p>Emoções, Humor e Afetos</p>	<p>Afetos Anedonia (total incapacidade de sentir prazer, alegria, de apreciar)- pedido de avaliação medica Labilidade afetiva / emocional (alternância de afetos contraditórios)- pedido de avaliação medica Embotamento afetivo (ausência total de afeto)- pedido de avaliação medica Emoções Triste- pedido de avaliação medica Insatisfeito- pedido de avaliação medica Instável (depende das ocasiões)- pedido de avaliação medica Pessimista- pedido de avaliação medica Alegre Calmo Otimista Satisfeito Estável Humor Irritável- pedido de avaliação medica Depressivo- pedido de avaliação medica Ansioso- pedido de avaliação medica Eufórico- pedido de avaliação medica Eutímico (equilíbrio e estabilidade no humor)</p>
<p>Vontade, impulsividade e comportamentos agressivos</p>	<p>Impulsos hétero e autodestrutivos- pedido de avaliação medica Ideação suicida com plano estruturado- pedido de avaliação medica (URGENTE)</p>
<p>Alteração da vivência do eu</p>	<p>Despersonalização (Sentimento de já não ser o mesmo, existe uma sensação de transformação ou metamorfose), um dos sintomas do S. Burnout - pedido de avaliação medica</p>
<p>Juízo crítico</p>	<p>Capacidade para avaliar, discernir e escolher entre diferentes escolhas. Apresenta crítica para a doença. Nota: ausência destas características pode demonstrar doença mental -pedido de avaliação médica</p>
<p>Insight</p>	<p>Capacidade de compreender a verdadeira causa e significado de uma situação (por exemplo a sua doença). Requer capacidade de abstracção, comunicação, funções cognitivas intactas, ausência de perturbações do pensamento e do humor. O indivíduo com insight está ciente de si, i.e., tem consciência dos seus sentimentos, ideias, motivações e consequência dos seus atos. Consegue distanciar-se o suficiente para elaborar uma decisão. Nota: ausência destas características pode demonstrar doença mental -pedido de avaliação médica</p>

4. Entrevista FIFE (Querido, A. et al, 2019)

Entrevista FIFE		
Dimensões de Intervenção	Questões	Avaliação
F - Feelings (Sentimentos)- Relacionados com a doença, incluindo medos ou receios da pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> • O que é que o preocupa mais? • Sente, neste momento, algum medo ou alguma preocupação em concreto? • Imagino que tenha tido muitos sentimentos diferentes, com os quais teve de lidar ao longo da doença. Quer falar sobre isso? • Por vezes as pessoas têm receios que guardam para si próprios, e sobre os quais habitualmente não falam com os profissionais de saúde. Já lhe aconteceu? 	
I - Ideas (Ideias)- Explicações sobre as causas dos sintomas ou da doença.	<ul style="list-style-type: none"> • O que é que acha que se está a passar? • O que é que acha que as suas dores significam? • Tem ideia do que possa ter causado esta doença? 	
F- Functioning (Funcionamento) – Impacto da doença na vida do dia-a-dia.	<ul style="list-style-type: none"> • Como é que a sua doença o tem afetado no dia-a-dia? • De que é que teve de prescindir por causa da sua doença? • Quais são atualmente os seus objetivos de vida? • Como é que a sua doença alterou os seus objetivos? • Como é que esta doença afeta as pessoas que são importantes na sua vida? 	
E (Expectations – Expetativas) – sobre o profissional de saúde e sobre a doença.	<ul style="list-style-type: none"> • Em que é que acha, ou espera, que eu (profissional de saúde) o posso ajudar hoje? • Tem expetativas acerca de como os profissionais de saúde o poderão ajudar? • O que é que espera deste tratamento? • Quais são as suas expetativas acerca do que irá acontecer com esta doença? 	

5. Questões de partida de Diagnóstico e Análise de Risco

PROTOCOLO "MENTAL CARE"



Questões de partida de Diagnóstico e Análise de Risco (elaborado com base no Guia técnico Nº 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho da DGS, 2021 – ANEXOS III, IV e V).

A primeira aplicação do questionário ProQOL-5 vai ser realizada através de questionário google forms, visto que será aplicada a todos os enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência.

6. Escala de Incapacidade de Sheehan

Escala de incapacidade de Sheehan (Sheehan Disability Scale)

Uma breve, classificação do paciente, medida de incapacidade e deficiência.

Por favor, assinale com um círculo em cada escala.

Trabalho*

Os sintomas têm perturbado o seu trabalho:



Não trabalhei durante a última semana por motivos não relacionados aos sintomas.

* Trabalho inclui trabalho remunerado, trabalho voluntário não remunerado ou formação.

Vida social

Os sintomas têm perturbado a sua vida social/atividades de lazer:



Vida familiar/responsabilidades domésticas

Os sintomas têm perturbado a sua vida familiar/responsabilidades domésticas:



Dias perdidos

Quantos dias na última semana os seus sintomas fizeram com que você faltasse ao trabalho ou o deixasse incapaz de desempenhar as suas responsabilidades diárias normais? ____

Dias improdutivos

Quantos dias na última passada se sentiu tão prejudicado pelos sintomas que, mesmo trabalhando, a sua produtividade foi reduzida? ____

7. Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde

| QSPS (1ª Parte) |

1. Na escala que se segue, assinale com um círculo o número que melhor indicar o **nível de "stress"** que sente **geralmente** no exercício da sua atividade profissional.

Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me...

Nenhum stress	Pouco stress	Moderado stress	Bastante stress	Elevado stress
0	1	2	3	4

=====

| QSPS (2ª Parte) |

2. Apresentam-se seguidamente várias **fontes** potencialmente geradoras de **stress na sua atividade profissional**. Por favor, assinale com um círculo o número que melhor indicar o **nível de stress/pressão** gerado por cada potencial fonte ou fator no exercício da sua atividade profissional (0 = Nenhum stress; 2 = Moderado stress; 4 = Elevado stress).
Se alguma das situações referidas não se aplicar ao seu caso particular, por favor não responda a essa questão deixando-a "em branco". Tenha igualmente em consideração o facto de neste questionário o termo "**clientes**" ser utilizado para identificar as pessoas a quem presta os seus serviços, cuidados, tratamentos ou instrução. Nas suas respostas pense nessas pessoas como "**clientes**" do serviço que presta, mesmo que possa usar outro termo no seu trabalho.

Para cada uma das situações apresentadas a seguir, indique, por favor, o nível de stress que sente.	Nenhum stress	Pouco stress	Moderado stress	Bastante Stress	Elevado stress
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes	0	1	2	3	4
2. O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira	0	1	2	3	4
4. Trabalhar muitas horas seguidas	0	1	2	3	4
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às minhas responsabilidades profissionais	0	1	2	3	4
6. Falar ou fazer apresentações em público	0	1	2	3	4
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	0	1	2	3	4
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	0	1	2	3	4
9. O ambiente e "clima" existentes no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
10. Falta de possibilidades de progressão na carreira	0	1	2	3	4
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal devido às minhas responsabilidades profissionais	0	1	2	3	4

| QSPS (2ª Parte) (cont.) |

Para cada uma das situações apresentadas a seguir, indique, por favor, o nível de <i>stress</i> que sente.	Nenhum stress	Pouco stress	Moderado stress	Bastante Stress	Elevado stress
12. O excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático	0	1	2	3	4
13. Receber um salário baixo	0	1	2	3	4
14. Gerir problemas graves dos meus clientes	0	1	2	3	4
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	0	1	2	3	4
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	0	1	2	3	4
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	0	1	2	3	4
18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	0	1	2	3	4
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	0	1	2	3	4
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	0	1	2	3	4
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho	0	1	2	3	4
23. Salário inadequado/insuficiente	0	1	2	3	4
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	0	1	2	3	4
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	0	1	2	3	4

Dimensões avaliativas

1. Lidar com clientes: stress dos profissionais relacionado com a responsabilidade de fornecer os seus serviços aos seus clientes/utentes (ex: possibilidade de cometer erros que prejudiquem os clientes, ter de gerir problemas graves dos clientes, etc.).
2. Excesso de trabalho: stress dos profissionais relacionado com a carga de trabalho e o número de horas de serviço a realizar (ex. trabalhar muitas horas seguidas, falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas, etc.).
3. Carreira e remuneração: stress dos profissionais relacionado com as perspetivas de desenvolvimento da carreira profissional e com o salário recebido (ex: impossibilidade de progressão na carreira, baixa remuneração, etc.).
4. Relações profissionais: stress dos profissionais relacionado com o ambiente de trabalho bem como com a relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (ex: conflitos com colegas, falta de apoio dos superiores, etc.).
5. Ações de formação: stress dos profissionais relacionado com as situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas.
6. Problemas familiares: stress dos profissionais relacionado com o relacionamento familiar e com o apoio por parte de pessoas significativas (ex: instabilidade das relações familiares e/ou conjugais, conflitos com pessoas significativas, etc.).

| Cotação |

Subescalas	Itens
1. Lidar com clientes (4 itens)	
Dealing with clients	1, 8, 14, 20
Nota: a formulação destes itens pode ser alterada se no contexto em causa se utilizar outra designação distinta de "clientes" para descrever as pessoas a quem os profissionais prestam os seus serviços. Caso ocorra esta alteração, é necessário fazer a mudança deste termo nas instruções dadas ao preenchimento do instrumento.	Total = 0 – 4
2. Excesso de trabalho (4 itens)	
Work overload	4, 12, 16, 22
	Total = 0 – 4
3. Carreira e remuneração (5 itens)	
Career progression and salary	3, 10, 13, 17, 23
	Total = 0 – 4
4. Relações profissionais (5 itens)	
Relationships at work	2, 7, 9, 15, 21
	Total = 0 – 4
5. Ações de formação (3 itens)	
Leading training activities	6, 18, 24
	Total = 0 – 4
6. Problemas familiares (4 itens)	
Home-work interface	5, 11, 19, 25
	Total = 0 – 4
	Total = 25 itens

8. Escala de Ansiedade de Hamilton

	0	1	2	3	4
	Ausente	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave
1. Humor ansioso: Preocupação, apreensão, antecipação do pior, irritabilidade.					
2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, incapacidade para relaxar, reação de sobressalto, choro fácil, tremores e sensação de inquietação.					
3. Medos: Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não reparador associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual/cognitivo: dificuldade de concentração, défice de memória.					
6. Humor depressivo: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, sinais de depressão, insónia terminal, alterações do humor.					
7. Nível Somático muscular: Dores musculares e dores de cabeça, espasmos musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz trémula.					
8. Nível Somático sensorial: ruídos auditivos, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueiro.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dispepsia: dor abdominal antes ou depois das refeições, azia, sensação de enfartamento,					

refluxo, náuseas, vômitos, ruídos intestinais, diarreia, perda de peso, obstipação.

12. Sintomas

Geniturinários: Poliaquiúria, urgência urinária, amenorreia, menorragia, anafrodisia (falta de desejo sexual), ejaculação precoce, disfunção erétil, impotência.

13. Sintomas

Autonómicos: Xerostomia, corar, palidez, hipersudorese, vertigens, cefaleias de tensão, arrepios.

14. Comportamento na

Entrevista: Tenso (não relaxado), tiques nervosos (apertar os dedos ou mãos), inquietação ou agitação, mãos trémulas, testa franzida, expressão facial tensa, aumento da tensão muscular, suspiros, palidez facial, engolir repetidamente, etc.

Resultados:

<12 ansiedade normal

>12 e <18 reação patológica ligeira

>18 e <25 ansiedade patológica moderada

>25 ansiedade patológica grave

9. Questionário de Copenhagen Burnout Inventory

As perguntas do questionário de Copenhagen Burnout Inventory - PT (CBI - PT) não devem ser impressas no questionário pela mesma ordem como a apresentada neste documento. As questões podem ser misturadas com os restantes temas, para evitar padrões de respostas estereotipadas.

Burnout pessoal

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

Burnout pessoal	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca/quase nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nas primeiras três questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas quatro questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

Na última questão os scores são invertidos.

Pontuação: Nunca/quase nunca – 100; Raramente – 75; Às vezes – 50; Frequentemente – 25; Sempre – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com os clientes	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nas primeiras quatro questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas duas questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Nota: o termo cliente pode ser adaptado ao contexto do estudo. Por exemplo, num questionário destinado a enfermeiros o termo “cliente” o termo mais apropriado será utente ou doente; num questionário destinado a professores o termo a empregar será alunos ou estudantes.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

10. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21)

1. Leia cuidadosamente cada afirmação e **responda a cada uma delas assinalando com uma cruz (X)** no quadrado, que considere que é a que está mais próxima da verdade do que se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta a cada afirmação.
2. A classificação é a seguinte:
 - 0 – Não se aplicou nada a mim
 - 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
 - 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
 - 3 - Aplicou-se a mim a maioria das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

A Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21- versão portuguesa de Apóstolo, et al., 2006) é um conjunto de três sub-escalas, do tipo likert, de 4 pontos. Cada subescala é composta por 7 itens, destinados a avaliar sintomas de depressão, ansiedade e de stresse. A pontuação total da subescala de depressão foi dividida em depressão normal (0-9), leve (10-12), moderada (13-20), grave (21-27) e extremamente grave (28-42). A pontuação total da subescala de ansiedade foi dividida em cinco categorias: normal (0-6), leve (7-9), moderado (10-14), grave (15-19) e ansiedade extremamente grave. (20-42). O score total da subescala de stresse foi dividido em normal (0-10), leve (11-18), moderado (19-26), severo (27-34) e stresse extremamente severo (35-42). A subescala de depressão avalia sintomas, como inércia; anedonia; disforia; falta de interesse/envolvimento; autodepreciação; desvalorização da vida e desânimo. A de ansiedade excitação do sistema nervoso autónomo; efeitos músculo-esqueléticos; ansiedade situacional; experiências subjectivas de ansiedade. A subescala de stresse avalia a dificuldade em relaxar; excitação nervosa; fácil perturbação/ agitação; irritabilidade/reação exagerada e impaciência.

11. Plano de Cuidados aplicado no âmbito da Consulta de Saúde Mental

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)	Intervenções/ Atividades psicoterapêuticas de Enfermagem (NIC e CIPE)	Resultado Esperados de Enfermagem (NOC)
Insónia presente	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sono - Realizar psicoeducação sobre estratégias não farmacológicas (higiene no sono) - Disponibilizar material de leitura sobre higiene do sono 	Sono
Ansiedade presente	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar escala da ansiedade de Hamilton - Avaliar ansiedade - Ensinar e instruir sobre técnicas de relaxamento e os seus benefícios - Disponibilizar material de leitura sobre Ansiedade e estratégias para autocontrolo da ansiedade 	Nível de ansiedade ligeiro a moderado
Humor Depressivo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar humor - Realizar psicoeducação sobre sintomas de depressão e o impacto na funcionalidade do trabalhador e âmbito pessoal - Disponibilizar material de leitura sobre os sintomas da depressão e estratégias que promovam o bem-estar 	Equilíbrio do humor
Processo de adaptação comprometida (Burnout)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar estratégias de coping/ estratégias desadaptativas - Ensinar sobre técnica de resolução de problemas - Disponibilizar folheto sobre técnica de resolução de problemas 	Adaptação psicossocial: mudança de vida
Capacidade de comunicação efetiva comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar comunicação - Realizar psicoeducação sobre comunicação assertiva, passiva e agressiva e o impacto da comunicação nas relações interpessoais - Realizar treino da assertividade - Disponibilizar folheto 	Capacidade de comunicação
Abuso de substâncias presente	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar consumos - Realizar psicoeducação sobre consumos - Encaminhamento urgente para Consulta de Psiquiatria 	Cessaçao do abuso de drogas
Autoestima comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autoestima - Aplicar Inventário de Depressão de Beck - Disponibilizar folheto 	Autoestima
Risco de violência presente	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar risco de violência - Realizar treino de controlo de impulsos 	Autocontrolo de agressividade
Autocontrolo comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocontrolo - Realizar psicoeducação sobre autocontrolo e estratégias para o realizar - Disponibilizar folheto 	Autocontrolo do comportamento impulsivo
Capacidade para gerir o stress comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar stress - Aplicar Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde - Disponibilizar folheto 	Estado de conforto: psicoespiritual
Risco de suicídio presente	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar contrato de não suicídio - Realizar técnicas psicoterapêuticas de promoção da Esperança e Gratidão - Encaminhamento urgente para Consulta de Psiquiatria 	Autocontenção do suicídio

12. Padrão documental

Foco: Burnout (esgotamento)		
Intervenção de diagnóstico: Avaliar Burnout através da Escala ProQOL-5		
Status / Diagnóstico	Intervenções	Atividades/ Intervenções Psicoterapêuticas
Burnout presente	Avaliar Fadiga por Compaixão	Aplicar Escala ProQOL-5 (Escala de Qualidade de Vida Profissional)
	Escuta ativa	Relação de Ajuda
	Promover o bem-estar	Melhoria do Coping
	Referir serviço médico	Encaminhamento para avaliação por médico da saúde ocupacional

Foco: Ansiedade		
Intervenção de diagnóstico: Avaliar ansiedade através da Escala de Ansiedade de Hamilton		
Status / Diagnóstico	Intervenções	Atividades/ Intervenções Psicoterapêuticas
Ansiedade presente	Avaliar Ansiedade	Aplicar escala de ansiedade de Hamilton
	Avaliar medo	Intervenção Psicoterapêutica - Registrar medos, sentimentos, reações físicas e comportamentos quando se sente ansioso
	Escuta ativa	
	Executar terapia de modificar o comportamento	
	Incentivar comunicação de emoções	Psicoeducação sobre sintomas da ansiedade Intervenção psicoterapêutica para casa "Diário sobre todos os momentos que despoletaram um estado ansioso"
	Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes da ansiedade	
	Ensinar sobre autocontrolo da ansiedade	Psicoeducação sobre autocontrolo da ansiedade Técnica de Grounding: enumerar 5 coisas que pode ver; 3 coisas que pode ouvir; 4 coisas que pode tocar; 2 coisas que pode cheirar Técnica de respiração diafragmática Técnica do pensamento positivo
	Planear técnica de distração	
	Executar técnica de distração	
	Orientar para uso de técnicas de relaxamento	Instruir sobre técnicas de relaxamento
Executar técnica de relaxamento	Disponibilizar Folheto sobre Ansiedade complicações da doença e estratégias para autocontrolo da ansiedade	
Disponibilizar material de leitura sobre Ansiedade e complicações da doença e estratégias para autocontrolo da ansiedade		

Foco: Insónia		
Intervenção de diagnóstico: Avaliar sono		
Status / Diagnóstico	Intervenções	Atividades/ Intervenções Psicoterapêuticas
Insónia presente	Avaliar sono	Psicoeducação sobre a importância do padrão de sono adequado
	Avaliar conhecimento sobre prevenção de insónia	
	Ensinar sobre padrão de sono	Psicoeducação sobre higiene do sono
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de promoção do sono	Instruir sobre técnicas de Relaxamento
	Disponibilizar material de leitura sobre estratégias não farmacológicas	Disponibilizar folheto sobre Higiene do sono

Foco: Humor		
Intervenção de diagnóstico: Avaliar Humor		
Status / Diagnóstico	Intervenções	Atividades/ Intervenções Psicoterapêuticas
Humor comprometido	Avaliar humor	Aplicar escala de Depressão de Beck
	Disponibilizar suporte emocional	Escuta ativa
	Ensinar sobre doença	Disponibilizar material de leitura sobre a doença
	Ensinar sobre Coping	Intervenção psicoterapêutica: realização da "Lista da Gratidão" com todas as atividades que proporcionam bem-estar e gratidão
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de estabilização de humor	Psicoeducação sobre atividade física, alimentação saudável, relações interpessoais e autoestima
	Instruir sobre estratégias de estabilização de humor	-Intervenção psicoterapêutica "Relação de Ajuda" - Psicoeducação sobre estratégias promovam o bem-estar e o humor eutímico -Intervenção psicoterapêutica "Reestruturação cognitiva"
Referir serviço médico	Encaminhamento para avaliação por médico da saúde ocupacional	

Foco: Coping		
Intervenção de diagnóstico: Avaliar Coping		
Status / Diagnóstico	Intervenções	Atividades
Coping comprometido	Avaliar conhecimento sobre Coping	Avaliar estratégias adaptativas
	Incentivar comunicação de emoções	Realização de Roleplay em conjunto sobre uma momento desestabilizador
	Instruir sobre estratégias de Coping	-Intervenção psicoterapêutica "Modificação do Comportamento" através da Técnica de Mudança de Perspetiva e Técnicas das Afirmações positivas; - Intervenção psicoterapêutica "Técnica de Resolução de Problemas" Intervenção psicoterapêutica: realização da "Lista da Gratidão" com todas as atividades que proporcionam bem-estar e gratidão

13. Programa Mental Care

SESSÃO 1- “ANSIEDADE”

Tipo de intervenção	Psicoeducacional e Psicoterapêutica
Data e local	Data a definir; Consulta enfermagem de saúde mental – Saúde Ocupacional
Duração	45-60 minutos
População alvo	Enfermeiros
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Ansiedade presente
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar os enfermeiros para a aquisição de estratégias de autocontrolo da ansiedade
Fundamentação	<p>A ansiedade é, de acordo com o ICN (2017) uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. Trata-se assim de um sinal de alerta para um perigo iminente que faz com que a pessoa seja capaz de tomar medidas para lidar com a ameaça percebida. A Ansiedade ligeira não é um diagnóstico de enfermagem, na medida que esta, não tem implicações significativas na vida da pessoa. No entanto “Ansiedade moderada” e “Ansiedade grave” são considerados diagnósticos de enfermagem. Existe forte evidência em estudos realizados com animais, que o exercício e a atividade física regular têm um impacto físico positivo nos processos patofisiológicos da ansiedade, corroborados por diversos estudos e meta-análises, realizados a partir de contextos clínicos (Anderson & Shivakumar, 2013). Um estudo conduzido por Richards e Smith (2015) aponta para uma forte associação entre o consumo de cafeína e o aumentos dos níveis de ansiedade.</p> <p>Segundo Ali e colaboradores (2003) o aconselhamento, mesmo que realizado por profissionais com formação mínima na área, é significativamente eficaz na redução dos níveis de ansiedade. Segundo uma meta-análise realizada por Manzoni, Pagnini, Castelnuovo e Molinari (2008), também o treino de relaxamento apresenta uma eficácia consistente e significativa na redução da ansiedade (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020).</p>
Estratégia	<p>Introdução Avaliar ansiedade: - Aplicar escala da ansiedade de Hamilton (Santos, E. & Sampaio, F., 2021)</p> <p>Desenvolvimento Intervenção Psicoeducacional: - Ansiedade e sintomas - Fatores promotores de ansiedade - Estratégias de autocontrolo da ansiedade: Técnica de Grounding (enumerar 5 coisas que pode ver; 4 coisas que pode ouvir; 3 coisas que pode tocar; 2 coisas que pode cheirar, 1 coisa que pode sentir o gosto)</p> <p>Intervenção Psicoterapêutica: - Técnica de relaxamento de Jacobson - Treino do autocontrolo da ansiedade: Registo de medos, sentimentos, reações físicas e comportamentos quando se sente ansioso - Técnica de respiração diafragmática - Técnica do pensamento positivo “Aquilo que me preocupa é assim tão mau quanto eu penso que é?”</p> <p>Conclusão Intervenção psicoterapêutica para casa “Diário sobre todos os momentos que despoletaram um estado ansioso” Disponibilizar material de leitura (Folheto)</p>
Indicadores de Resultado NOC	Nível de ansiedade ligeiro a moderado
Crítérios de exclusão	Enfermeiros com score <42 na escala ProQOL- 5 – Escala de Qualidade de Vida Profissional Enfermeiros com alterações a nível do pensamento: ausência de juízo crítico ou insight
Recursos materiais	Gabinete
Referências Bibliográficas	Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

A Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton é composta por 14 itens. Para cada um dos itens, assinale a opção que considera mais adequada para descrever a forma como a/o utente se apresenta ao longo da entrevista.

	0	1	2	3	4
	Ausente	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave
1. Humor ansioso: Preocupação, apreensão, antecipação do pior, irritabilidade.					
2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, incapacidade para relaxar, reação de sobressalto, choro fácil, tremores e sensação de inquietação.					
3. Medos: Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não reparador associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual/cognitivo: dificuldade de concentração, défice de memória.					
6. Humor depressivo: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, sinais de depressão, insónia terminal, alterações do humor.					
7. Nível Somático muscular: Dores musculares e dores de cabeça, espasmos musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz trémula.					
8. Nível Somático sensorial: ruídos auditivos, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueiro.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dispepsia: dor abdominal antes ou depois das refeições, azia, sensação de enfartamento,					

refluxo, náuseas, vômitos, ruídos intestinais, diarreia, perda de peso, obstipação.

12. Sintomas

Geniturinários: Poliaquiúria, urgência urinária, amenorreia, menorragia, anafrodisia (falta de desejo sexual), ejaculação precoce, disfunção erétil, impotência.

13. Sintomas

Autonómicos: Xerostomia, corar, palidez, hipersudorese, vertigens, cefaleias de tensão, arrepios.

14. Comportamento na

Entrevista: Tenso (não relaxado), tiques nervosos (apertar os dedos ou mãos), inquietação ou agitação, mãos trémulas, testa franzida, expressão facial tensa, aumento da tensão muscular, suspiros, palidez facial, engolir repetidamente, etc.

Resultados:

<12 ansiedade normal

>12 e <18 reação patológica ligeira

>18 e <25 ansiedade patológica moderada

>25 ansiedade patológica grave

Guião Técnico Respiração Diafragmática:

Ao inspirar prestar a atenção no diafragma que está entre abdómen e o tórax. O diafragma deve expandir na inspiração e na expiração o mesmo deve diminuir. A expansão serve para expandir as laterais do corpo para que o pulmão absorva mais ar. O exercício pode ser feito também de olhos fechados e com uma das mãos no peito e outra no diafragma.

(Conceição, J.,2020)

Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson:

Tentem relaxar o máximo possível, este tempo é vosso e é para o vosso bem-estar. Tentem abstrair-se de tudo e focar-se neste momento e aproveitá-lo porque é só vosso e é imprescindível para a vossa saúde. Não reflitam sobre nada agora, mas também não contrariem demasiado os pensamentos, tentem apenas relaxar.

- Contrair os músculos da testa durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Sorrir e permanecer na mesma posição durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair os músculos dos olhos durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Puxar a cabeça para trás durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Fechar os punhos, contrair durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair os braços durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair os ombros durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair as costas durante 5 segundos, relaxar durante 10 segundos.
- Contrair o peito enquanto respira fundo, manter contraído por 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair os músculos da barriga enquanto inspira, segurar o ar por 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair as coxas por 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair os pés e os dedos por 5 segundos; relaxar 10 segundos.
- Por fim, imaginar uma onda de relaxamento percorrendo todo o corpo, começando pela cabeça, descendo até a ponta dos pés.

(Azevedo, 2016, citado por Conceição, J., 2020)

A saúde não é apenas a ausência de doença, mas um bem-estar físico, psicológico e social.
(Organização Mundial de Saúde)



A saúde mental é um “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e pode contribuir para a comunidade em que se insere”.
(Organização Mundial de Saúde)

A saúde mental é também “a capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e reconhecer a ausência de bem-estar.”
(Direção Geral da Saúde)

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª edição)- DSM-5. Lisboa

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

ICN (2027). Conselho Internacional de Enfermeiros. Browser CIPE.

Programa Mental Care

Tema: Ansiedade



Elaborado por:
Enfª. Vânia Raimundo

O que é a ansiedade?

É uma perturbação da saúde mental, que surge como “uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”.
(ICN, 2017)

Sinais e Sintomas:

- Sentimentos excessivos de preocupação
- Insegurança ou medo excessivos e por vezes infundados

Reações físicas:

- Taquicardia (aumento dos batimentos cardíacos)
- Dor torácica
- Sudorese
- Tremores

Podem também surgir Ataques de pânico.

O ataque de pânico é um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge um pico em minutos.
(DSM-5, 2013)

Os sintomas do Ataque de pânico são:

- Palpitações (batimentos cardíacos acima do parâmetro normal)
- Suores
- Tremores
- Sensação de falta de ar ou dificuldade em respirar
- Dorno peito
- Náuseas
- Tonturas, desequilíbrio ou desmaio
- Desrealização (sensação de irrealidade)
- Despersonalização (Sentir-se desligado de si próprio)
- Medo de perder o controlo ou elouquecer
- Medo de morrer

(DSM-5, 2013)

Num Ataque de Pânico é importante fazer a Técnica de Grounding (técnica de relaxamento utilizada num momento de grande stress ou ansiedade):

- Identificar
- 5 coisas que pode ver;
 - 4 coisas que pode tocar;
 - 3 coisas que pode ouvir;
 - 2 coisas que pode cheirar;
 - 1 coisa que pode sentir o gosto.

Estratégias para controlo da Ansiedade:

- Conhecimento acerca dos sintomas e saber identificá-los
- Aceitar que nem todas as situações são controláveis
- Colocar a situação em perspetiva “é realmente tão mau quanto eu penso ser?”
- Identificar os gatilhos da ansiedade (uma crise de pânico ocorre, a maioria das vezes devido à vivência de situações que estimulam gatilhos)
- Diminuir o consumo de café ou álcool
- Manter um padrão de sono, repouso e alimentação adequado
- Respiração Diafragmática
- Realizar exercício físico (caminhadas) e atividade de relaxamento (ioga e meditação)

(Sequeira & Sampaio, 2020)



SESSÃO 2- "HUMOR"	
Tipo de intervenção	Psicoeducacional e Psicoterapêutica
Data e local	Data a definir; Consulta enfermagem de saúde mental – Saúde Ocupacional
Duração	45-60 minutos
População alvo	Enfermeiros
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Humor depressivo
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar os enfermeiros para a aquisição de estratégias de equilíbrio do humor
Fundamentação	<p>De acordo com o DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2013) a pessoa com transtorno depressivo apresenta sintomatologia de tristeza, alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento, diferindo na duração, momento em que ocorre ou etiologia, estando a depressão englobada neste grupo e apresentando-se o humor depressivo como um sintoma da mesma (Vieira, D., 2021). Segal, Williams & Teasdale (2013), definem depressão como uma alteração do humor que afeta a capacidade de pensar com clareza, diminui a motivação para agir e altera o funcionamento do corpo, o que leva à dor e sofrimento mental, sendo a pessoa incapaz de iniciar a mudança. Para Saraiva & Cerejeira (2014) existe um enorme sofrimento que afeta negativamente o funcionamento interpessoal, social ou ocupacional (Vieira, D., 2021).</p> <p>O humor depressivo é definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como uma "emoção negativa: sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia" (OE, 2016, p.62 citado por Vieira, D., 2021) ou como "estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, detioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça" (OE, 2006, p.85 citado por Vieira, D., 2021).</p> <p>O humor depressivo leva a uma lentificação do pensamento, diminuição da capacidade de atenção, concentração e memória e do rendimento cognitivo, não sendo controlável e invadindo a esfera mental (Bastos, Ferreira & Guerra, 2014 citado por Vieira, D., 2021).</p>
Estratégia	<p>Introdução</p> <p>-Abordagem da Intervenção psicoterapêutica para casa "Diário sobre todos os momentos que despoletaram um estado ansioso" (sessão anterior)</p> <p>-Avaliar humor</p> <p>Aplicar Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21) - Apóstolo, J., Mendes, A. & Azeredo, Z. (2006)</p> <p>Desenvolvimento:</p> <p>Intervenção Psicoeducacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sintomas, fatores promotores do humor depressivo e impacto na funcionalidade do trabalhador e âmbito pessoal - Estratégias promotoras do equilíbrio do humor - Relação entre o sono e o equilíbrio do humor <p>Intervenção Psicoterapêutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conscionalização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio do humor (Exercício: Recordar um episódio menos bom. Algo que realmente lhe fez sentir triste quer a nível pessoal, quer a nível profissional). <p>De seguida substituir esse pensamento (memória) negativo por outro pensamento positivo (Recordar um episódio feliz. Algo que realmente lhe fez sentir bem e feliz quer a nível pessoal, quer a nível profissional). Pedir para fechar os olhos e recordar com o máximo detalhe possível, como se estivesse a vivenciar o mesmo neste momento.</p> <p>Intervenção Psicoterapêutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treino do autocontrolo das emoções - Reestruturação cognitiva - Treino do pensamento positivo <p>Conclusão:</p> <p>Intervenção psicoterapêutica para casa "Diário sobre as estratégias que usei para o equilíbrio do humor" Disponibilizar material de leitura (Folheto)</p>
Indicadores de Resultado NOC	Equilíbrio do humor
Critérios de exclusão	Enfermeiros com score <42 na escala ProQOL- 5 – Escala de Qualidade de Vida Profissional Enfermeiros com alterações a nível do pensamento: ausência de juízo crítico ou insight
Recursos materiais	Gabinete
Referências Bibliográficas	Vieira, D. (2021). Regulação das emoções na pessoa com humor depressivo: Intervenção de Enfermagem baseada no mindfulness. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS (DASS-21) - APÓSTOLO, J., MENDES, A. & AZEREDO, Z. (2006)

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS (DASS-21)

1. Leia cuidadosamente cada afirmação e **responda a cada uma delas assinalando com uma cruz (X)** no quadrado, que considere que é a que está mais próxima da verdade do que se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta a cada afirmação.
2. A classificação é a seguinte:
 - 0 – Não se aplicou nada a mim
 - 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
 - 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
 - 3 - Aplicou-se a mim a maioria das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

A Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21- versão portuguesa de Apóstolo, et al., 2006) é um conjunto de três sub-escalas, do tipo likert, de 4 pontos. Cada subescala é composta por 7 itens, destinados a avaliar sintomas de depressão, ansiedade e de stresse. A pontuação total da subescala de depressão foi dividida em depressão normal (0-9), leve (10-12), moderada (13-20), grave (21-27) e extremamente grave (28-42). A pontuação total da subescala de ansiedade foi dividida em cinco categorias: normal (0-6), leve (7-9), moderado (10-14), grave (15-19) e ansiedade extremamente grave. (20-42). O score total da subescala de stresse foi dividido em normal (0-10), leve (11-18), moderado (19-26), severo (27-34) e stresse extremamente severo (35-42). A subescala de depressão avalia sintomas, como inércia; anedonia; disforia; falta de interesse/envolvimento; autodepreciação; desvalorização da vida e desânimo. A de ansiedade excitação do sistema nervoso autónomo; efeitos músculo-esqueléticos; ansiedade situacional; experiências subjectivas de ansiedade. A subescala de stresse avalia a dificuldade em relaxar; excitação nervosa; fácil perturbação/ agitação; irritabilidade/reação exagerada e impaciência.

Estratégias promotoras do equilíbrio do humor

- ◆ Dedicar tempo ao teu autocuidado (promoção da autoestima e do bem-estar)
- ◆ Ter um padrão de sono eficaz (o sono ineficaz potencia as alterações do humor);
- ◆ Praticar exercício físico [o exercício físico reduz o stress, já que normaliza os níveis da hormona cortisol, conhecida como "hormona do stress", o que resulta na sensação de bem-estar. O exercício físico também ativa outros neurotransmissores benéficos ao organismo como a serotonina (conhecida como "hormona da felicidade", que estabiliza o humor e origina sensação de bem-estar), endorfina (sensação de prazer e bem-estar); dopamina (sensação de recompensa e motivação)].
- ◆ manter um padrão de alimentação saudável (cerca de 90% da serotonina é produzida no sistema gastrointestinal e os alimentos consumidos influenciam a produção da mesma). Esta hormona tem por isso influência no bem-estar, na regulação do humor, no sono e no apetite.

Referências Bibliográficas:

Moreira, P. (2022). Gerir Emoções: Um Guia Prático. Editora: Idioteque Communication Group

Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus); manual de apoio. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Programa Mental Care

Humor Depressivo



Elaborado por:

Enf^a. Vânia Raimundo

Sintomas

- Tristeza
- Alterações somáticas (como dores não explicadas por causa orgânica);
- Alterações cognitivas (diminuição da capacidade de concentração e memória).

(DSM-5, 2013)

A Depressão é uma alteração do humor que afeta a capacidade de pensar com clareza, diminui a motivação para agir e altera o funcionamento do corpo, o que leva à dor e sofrimento mental, sendo a pessoa incapaz de iniciar a mudança.

(Segal, Williams & Teasdale, 2013)

Estes sintomas causa um grande sofrimento e afetam a funcionalidade da pessoa a nível pessoal, profissional, ocupacional e social.

(Saraiva & Cerejeira, 2014)

O humor depressivo é definido na CIPE como uma emoção negativa:

sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração e memória, lentificação do pensamento, diminuição da capacidade de atenção, astenia, deterioração da compreensão, sensação de culpa, e sintomas físicos como perda de apetite, insónia e dor de cabeça.

(OE, 2006; Bastos et al. 2014; OE, 2014; Vieira, D., 2014)



Cuide de si!



Emoções são experiências breves e intensas que surgem em resposta a estímulos específicos.

Moreira, P. (2022)



Referências Bibliográficas:

Moreira, P. (2022). Gerir Emoções: Um Guia Prático. Editora: Idioteque Communication Group

Teixeira, S., Sequeira, C. & Luch, T. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus): manual de apoio. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Programa Mental Care

A Gestão das Minhas Emoções

As nossas experiências passadas e o ambiente ao nosso redor têm um papel importante na forma como vamos sentir uma emoção.

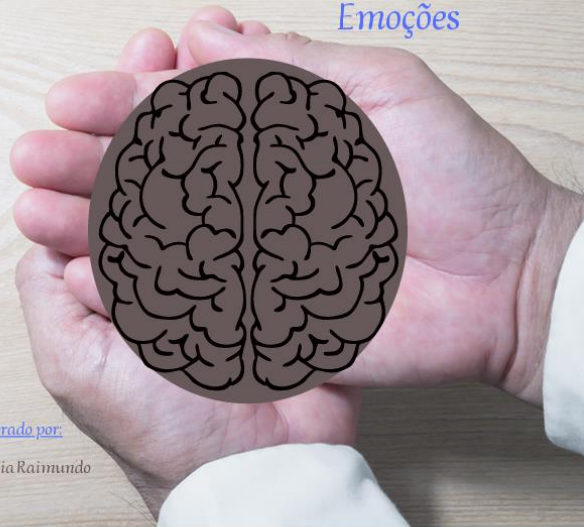
Schachter-Singer (Teoria das emoções, 1960)

O significado que damos ao estímulo e os recursos que consideramos ter para lidar com o mesmo, vão influenciar a emoção sentida.

Lazarus (Teoria da Avaliação Cognitiva, 1991)

Elaborado por:

Enf^{da}. Vânia Raimundo



Técnicas para Gestão de Emoções

Técnica das Afirmações Positivas (Souza, 2015).

O princípio básico é que se mudarmos o pensamento podemos regular as emoções e ações, isto porque a emoção e o pensamento estão intimamente ligados.

As emoções não podem ser modificadas, mas podemos identificar e mudar os pensamentos negativos que estão na base e assim substituí-los por pensamentos mais positivos.

Técnica do Ensaio Mental (Souza, 2015).

Consiste em visualizar a situação e praticar mentalmente, o que levará a um nível de ansiedade mais reduzido, dando mais confiança para superar a situação eficazmente.

Técnica de Mudança de Perspetiva (Souza, 2015).

Consiste em ampliar o foco da situação e/ou colocar-se no lugar do outro.

Técnica de Evitação (Kliwer, 1991).

A evitação e estratégias focalizadas na emoção podem funcionar como adaptativas quando não se pode mudar a situação ou quando a situação invoca muita emoção.

Esta estratégia reflete uma tentativa de manter o controlo sobre a situação.

Técnicas de Relaxamento

Têm benefícios a nível físico e psicológico, objetivando benefícios terapêuticos. E ajudam a desenvolver a capacidade para lidar, com os sintomas físicos, que contribuem para a ansiedade, de uma forma mais eficaz.

Cuide de si!



SESSÃO 3- "SONO"	
Tipo de intervenção	Psicoeducacional e Psicoterapêutica
Data e local	Data a definir; Consulta enfermagem de saúde mental – Saúde Ocupacional
Duração	45-60 minutos
População alvo	Enfermeiros
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Insónia presente
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar os enfermeiros para a aquisição de um padrão de sono adequado
Fundamentação	<p>De acordo com o DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2013) a dificuldade em manter um padrão de sono adequado está classificada como Perturbação de Insónia e caracteriza-se como um queixa predominante de insatisfação com a qualidade ou a quantidade de sono, associada a 1 ou mais dos seguintes sintomas: dificuldade em iniciar o sono; dificuldade em manter o sono, caracterizada por despertares frequentes ou problemas em voltar a adormecer após despertar; despertar precoce com incapacidade de voltar a adormecer.</p> <p>A perturbação do sono provoca mau estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional, educacional, académico, comportamental ou noutras áreas importantes do funcionamento; a dificuldade do sono ocorre em pelo menos 3 noites por semana; a dificuldade do sono está presente pelo menos há 3 meses; a dificuldade do sono ocorre apesar de haver oportunidade adequada para dormir; a insónia não é bem mais explicada e não ocorre exclusivamente durante o curso de outras perturbações do sono-vigília; a insónia não é atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância; as perturbações mentais e condições médicas coexistentes não explicam adequadamente a queixa predominante de insónia.</p>
Estratégia	<p>Introdução: -Abordagem da Intervenção psicoterapêutica para casa "Diário sobre as estratégias que usei para o equilíbrio do humor" (sessão anterior) -Avaliar padrão sono</p> <p>Desenvolvimento: Intervenção Psicoeducacional: - Importância do padrão de sono adequado - Higiene do sono - Instruir sobre técnica de relaxamento</p> <p>Intervenção Psicoterapêutica: - Realizar técnica de relaxamento</p> <p>Conclusão: - Disponibilizar material de leitura (Folheto)</p>
Indicadores de Resultado NOC	Sono
Crítérios de exclusão	Enfermeiros com score <42 na escala ProQOL- 5 – Escala de Qualidade de Vida Profissional Enfermeiros com alterações a nível do pensamento: ausência de juízo crítico ou insight
Recursos materiais	Gabinete
Referências Bibliográficas	American Psychiatric Association (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5). Climepsi Editores

Cuide de si!



Referências Bibliográficas:

American Psychiatric Association (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª. edição)- DSM-5. Lisboa

Programa Mental Care

Tema: Sono

Elaborado por
Enf^a. Vânia Raimundo

A dificuldade em manter um padrão de sono adequado está classificada como **Perturbação de Insónia** e caracteriza-se como um queixa predominante de insatisfação com a qualidade ou a quantidade de sono, associada a 1 ou mais dos seguintes sintomas: dificuldade em iniciar o sono; dificuldade em manter o sono, caracterizada por despertares frequentes ou problemas em voltar a adormecer após despertar; despertar precoce com incapacidade de voltar a adormecer.

(DSM-5, 2013)



Tipos de insónia:

- Inicial
- Intermédia
- Terminal
- Total

(todas necessitam de avaliação médica e tratamento)

A perturbação do sono provoca

- ◆ mau estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional, educacional, académico, comportamental ou noutras áreas importantes do funcionamento;
- ◆ a dificuldade do sono ocorre em pelo menos 3 noites por semana;
- ◆ a dificuldade do sono está presente pelo menos há 3 meses;
- ◆ a dificuldade do sono ocorre apesar de haver oportunidade adequada para dormir;
- ◆ a insónia não é atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância;
- ◆ as perturbações mentais e condições médicas coexistentes não explicam adequadamente a queixa predominante de insónia.

(DSM-5, 2013)

A Insónia provoca fadiga, alterações do humor, dificuldade na concentração, stress e tem impacto significativo na funcionalidade.

Higiene do Sono

(estratégia para prevenir a insónia e/ou promover o sono eficaz)

- ◆ Dormir cerca de 8h/dia
- ◆ Ouvir música relaxante antes de dormir em vez de estimulante;
- ◆ Desligar todos os aparelhos eletrónicos e luzes;
- ◆ Evitar bebidas com cafeína (chá, café e refrigerantes) 6h antes de dormir;
- ◆ Não comer comidas de difícil digestão nas horas antes de dormir;
- ◆ Dormir o mais cedo possível.

Sleep Well



SESSÃO 4- "COPING"	
Tipo de intervenção	Psicoeducacional e Psicoterapêutica
Data e local	Data a definir; Consulta enfermagem de saúde mental – Saúde Ocupacional
Duração	45-60 minutos
População alvo	Enfermeiros
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Adaptação comprometida
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar os enfermeiros para a aquisição de estratégias de coping adaptativas
Fundamentação	<p>Segundo Ribeiro, J. e Morais, R. (2010) resiliência refere-se a “um processo dinâmico que abrange a adaptação positiva num contexto de adversidade significativa” (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000, p.543). Implícitos a esta noção há duas condições críticas: a exposição a uma ameaça ou adversidade grave e conseguir uma adaptação positiva apesar de ataques major ao processo de desenvolvimento. Richardson (2002), explica que o conceito de resiliência se desenvolveu a partir de uma abordagem reducionista orientada para problemas, para uma abordagem de desenvolvimento de recursos pessoais úteis para enfrentar a adversidade.</p> <p>Os mesmos autores referem que a resiliência tem sido definida como um processo de coping com a adversidade, com a mudança, ou como a oportunidade para fortalecer qualidades resilientes ou fatores de proteção. A resiliência é um processo complexo que se refere à capacidade para se ajustar positivamente a stressores importantes, ou a capacidade para recuperar de situações adversas, explicam Sinclair e Walltson (2004). Três dimensões são necessárias para que exista resiliência: «capacidade para enfrentar», «capacidade de continuar a desenvolver-se» e ainda «aumentar as competências».</p> <p>O desenvolvimento do conceito tem mostrado a necessidade de identificar o coping resiliente que seja suscetível de conduzir a resultados positivos. O Coping resulta de esforços cognitivos e comportamentais (Sinclair & Waltson, 2004), para enfrentar exigências internas e externas avaliadas como excessivas para os recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984), a que acrescentam uma característica diferenciadora de coping resiliente, como a capacidade para promover uma adaptação positiva perante existência de stress elevado (Ribeiro, J. e Morais, R., 2010).</p>
Estratégia	<p>Introdução: Avaliar conhecimento sobre coping e estratégias adaptativas e desadaptativas</p> <p>Desenvolvimento: Intervenção Psicoeducacional: - Coping - Estratégias adaptativas e desadaptativas</p> <p>Intervenção Psicoterapêutica: - Realização de Roleplay em conjunto sobre um “momento desestabilizador” e quais as possíveis estratégias usadas - “Modificação do Comportamento” através da Técnica de Mudança de Perspetiva e Técnicas das Afirmações positivas; - “Técnica de Resolução de Problemas”</p> <p>Conclusão: Intervenção psicoterapêutica: realização da “Lista da Gratidão” com todas as atividades e momentos que proporcionam bem-estar e gratidão, como estratégia adaptativa.</p>
Indicadores de Resultado NOC	Adaptação psicossocial: mudança de vida
Critérios de exclusão	Enfermeiros com score <42 na escala ProQOL- 5 – Escala de Qualidade de Vida Profissional Enfermeiros com alterações a nível do pensamento: ausência de juízo crítico ou insight
Recursos materiais	Gabinete
Referências bibliográficas	Ribeiro, J. e Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. Universidade do Porto.



Estratégias Adaptativas são estratégias adequadas e saudáveis para lidar com a adversidade, que facilitam o processo de Coping.

Exemplos:

- Técnica de Mudança de Perspetiva
- Técnica das Afirmações positivas
- Técnicas de Relaxamento

Estratégias não Adaptativas são estratégias de adaptação prejudiciais à saúde, usadas muitas vezes como “compensações”.

Exemplos:

- Consumo de bebidas alcoólicas e alimentação desadequada
- Evitação de problemas
- Despersonalização (utilizada para fazer face ao stress crónico).

Referências Bibliográficas:

Ribeiro, J. e Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. Universidade do Porto.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

ICN (2027). Conselho Internacional de Enfermeiros. Browser CIPE.

Programa Mental Care

Tema: Coping



Elaborado por:
Enf^ª. Vânia Raimundo

Resiliência designa-se por “um processo dinâmico que abrange a adaptação positiva num contexto de adversidade significativa”.

(Luthar et al., 2000)



A resiliência implica a exposição a uma ameaça ou adversidade grave e conseguir uma adaptação positiva apesar de ataques major ao processo de desenvolvimento.

A resiliência é um processo de coping, que dá a oportunidade para fortalecer qualidades resilientes ou fatores de proteção.

(Richardson, 2002)

Três dimensões são necessárias para que exista resiliência:

- capacidade para enfrentar;
- capacidade de continuar a desenvolver-se;
- capacidade para aumentar as competências.

O coping resiliente é a capacidade para promover uma adaptação positiva perante existência de stress elevado.

(Ribeiro, J. e Morais, R., 2010)



“Viver é resolver problemas continuamente.”

Baptista, A. (2013)



Referências Bibliográficas:

Baptista, A. (2013). *Aprender a ser feliz: Exercícios de Psicoterapia positiva*. Editora: Pactor. Lisboa

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções*. Lisboa. Lidel.

Programa Mental Care

Técnica de Resolução de Problemas

“A resolução de problemas implica dúvidas e incertezas sobre a melhor solução para os mesmos ou de quais os melhores cursos de ação e por quais comportamentos optar para tomar decisões.”

Baptista, A. (2013)

Elaborado por:
Enf^ª. Vânia Raimundo



Passos da Técnica de Resolução de Problemas

1º passo- Definição do problema
(consciência clara do que é e do realmente envolve)

Questões de suporte:

“O que é que eu quero ou como gostava que as situações fossem?”

“O que é que faz com que os meus objetivos não sejam atingidos ou que as situações não resultem como eu quero?”

2º passo- Análise do problema (Reflexão sobre o problema para o compreender, assim como todas as suas dimensões)

Questões de suporte:

“Como é que este problema me está a afetar?”

“Como é que este problema está a afetar as outras pessoas, ou quem, para além de mim, está a sentir este problema?”

“Como é que os outros lidam com este problema?”

Após responder a estas questões pode verificar que quer alterar a natureza do problema, devido ao facto de adotar uma perspetiva diferente do mesmo.

3º passo- Os meus objetivos
(Após ver o problema de diferentes perspetivas, pode decidir o que consegue atingir e estabelecer objetivos)

Questão de suporte:

“Qual é o meu objetivo imediato?”

4º passo- Possíveis soluções

(Neste passo deve gerar o maior número de soluções possível, sem eliminar nenhuma. Uma solução que não parece funcionar pode ser desenvolvida e tomar-se numa solução eficaz. Escreva de um modo sistemático todas as possibilidades de resolução.)

Questão de suporte:

“O que fez no passado quando teve problemas semelhantes?”

“Como é que os seus conhecidos lidam com estas situações?”

5º passo- Análise das soluções

(Escreva as vantagens e as desvantagens de cada uma das soluções)

Questões de suporte:

“Qual é a relevância disto para a minha situação?”

“É realista e executável efetuar isto?”

“Quais são as consequências, tanto positivas como negativas?”

“Qual é a probabilidade de isso me ajudar a atingir os meus objetivos?”



6º passo- Implementação

(Neste passo deve gerar o maior número de soluções possível, sem eliminar nenhuma. Uma solução que não parece funcionar pode ser desenvolvida e tomar-se numa solução eficaz. Escreva de um modo sistemático todas as possibilidades de resolução.)

Questão de suporte:

“O que fez no passado quando teve problemas semelhantes?”

“Como é que os seus conhecidos lidam com estas situações?”

Nota: Se o resultado não foi o desejado pode modificar a solução e recomençar o processo.

SESSÃO 5- "BURNOUT"	
Tipo de intervenção	Psicoeducacional e Psicoterapêutica
Data e local	Data a definir; Consulta enfermagem de saúde mental – Saúde Ocupacional
Duração	45-60 minutos
População alvo	Enfermeiros
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Processo de adaptação comprometido (Burnout- Esgotamento)
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar os enfermeiros para a aquisição de estratégias adaptativas e de bem-estar
Fundamentação	Christina Maslach propôs em 1976 um modelo teórico para caracterizar a Síndrome de Burnout, definindo-a como uma resposta prolongada a fatores de stress interpessoais crónicos no trabalho descritos em três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Perniciotti, P. et al, 2020, pp.36-37; Maslach et al., 2001). A exaustão emocional é caracterizada pelos sentimentos de sobrecarga e exaustão física e emocional, levando ao esgotamento de energia para investir nas situações que se apresentam no trabalho. Esta dimensão é considerada a manifestação mais óbvia da síndrome, estando associada a sentimentos de frustração diante da perceção dos profissionais de que não possuem condições de depreender energia para cuidar dos doentes como faziam anteriormente. Na medida em que a exaustão emocional se agrava, a despersonalização ou cinismo pode ocorrer, os quais são caracterizados por uma postura distante ou indiferente do indivíduo em relação ao trabalho, aos colegas e aos pacientes. A despersonalização é considerada uma resposta à exaustão emocional, constituindo-se como estratégia de enfrentamento do indivíduo diante do stress crónico. A perda gradual de empatia e indiferença em relação ao trabalho culmina na insensibilidade afetiva e afastamento excessivo do público que deveria receber os seus serviços comprometendo a habilidade dos profissionais de saúde de prover cuidados de qualidade aos seus doentes (Carlotto, M. & Câmara, S., 2008 citados por Perniciotti, P. et al., 2020). Perniciotti, P. et al (2020, pág.37) citam Moss et al. (2016) que corroborando a ideia de que essa dimensão também pode ser expressa por comentários não profissionais dirigidos a colegas de trabalho, pela culpabilização de pacientes pelos seus problemas ou pela incapacidade de expressar empatia/pesar quando um paciente morre. Por fim, a dimensão de redução da realização pessoal é referente à tendência do sujeito de avaliar-se negativamente em relação às suas competências e produtividade no trabalho, o que pode acarretar a diminuição da autoestima (Bridgeman, L. et al., 2018; Moss et al., 2016; Maslach, C. & Jackson, S., 1981; Maslach, C. et al., 2001). Nesta dimensão o indivíduo vivencia um declínio no sentimento de competência e êxito, bem como a sua capacidade de interagir com os outros (Carlotto, M. & Camera, S. 2008).
Estratégia	<p>Introdução: -Abordagem da Intervenção psicoterapêutica: realização da "Lista da Gratidão" com todas as atividades e momentos que proporcionam bem-estar e gratidão</p> <p>-Avaliar Burnout Escala ProQOL-5 – Escala de Qualidade de Vida Profissional (Duarte, J., 2017);</p> <p>Desenvolvimento: Intervenção Psicoeducativa: - Sintomas de Burnout - Estratégias promotoras de bem-estar</p> <p>Intervenção Psicoterapêutica: - Relação de Ajuda - Realização de Roleplay em conjunto sobre um "momento desestabilizador" e quais as possíveis estratégias usadas - "Modificação do Comportamento" através da Técnica de Mudança de Perspetiva e Técnicas das Afirmações positivas; - "Técnica de Resolução de Problemas"</p> <p>Conclusão: Disponibilizar material de leitura (Folheto)</p>
Indicadores de Resultado NOC	Bem-estar
Critérios de exclusão	Enfermeiros com score <42 na escala ProQOL- 5 – Escala de Qualidade de Vida Profissional Enfermeiros com alterações a nível do pensamento: ausência de juízo crítico ou insight
Recursos materiais	Gabinete
Referências bibliográficas	Perniciotti, P. et al (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. Rio de Janeiro.

Terceira dimensão

A **redução da realização pessoal** é referente à tendência de se avaliar negativamente em relação às suas competências e produtividade no trabalho, o que pode acarretar diminuição da autoestima..

Nesta dimensão vivencia-se um declínio do sentimento de competência e êxito, bem como a sua capacidade de interagir com os outros.

(Maslach, C. & Jackson, S., 1981; Maslach, C. et al., 2001; Carlotto, M. & Câmara, S., 2008; Moss et al., 2016; Bridgeman, L. et al., 2018)

Referências Bibliográficas:

Perniciotti, P. et al (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. Rio de Janeiro.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

ICN (2027). Conselho Internacional de Enfermeiros. Browser CIPE.

Programa Mental Care

Tema: Burnout



Elaborado por:
Enfª. Vânia Raimundo

A **Síndrome de Burnout** é uma resposta prolongada a fatores de stress interpessoais crónicos no trabalho.

(Christina Maslach, 1976)



As **três dimensões da Síndrome de Burnout** são exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal

(Perniciotti, P. et al, 2020)

Primeira dimensão

A **exaustão emocional** é caracterizada por sentimentos de sobrecarga e exaustão física e emocional, levando ao esgotamento de energia para investir no trabalho.

Esta dimensão é considerada a manifestação mais óbvia da síndrome, estando associada a sentimentos de frustração e percepção dos profissionais de que já não possuem condições para cuidar dos doentes como faziam anteriormente.

(Carlotto, M. & Câmara, S., 2008; Moss et al., 2016; Perniciotti, P. et al., 2020)

Segunda dimensão

A **despersonalização** caracteriza-se como postura distante ou indiferente em relação ao trabalho, aos colegas e aos pacientes.

É considerada uma estratégia de enfrentamento do stress crónico (ou seja uma estratégia desadaptativa para fazer face à exaustão emocional).

A perda gradual de empatia e indiferença em relação ao trabalho culmina na insensibilidade afetiva e afastamento excessivo dos doentes (comprometendo os cuidados de qualidade aos mesmos).




Esta dimensão também pode ser expressa por comentários não profissionais dirigidos a colegas de trabalho, pela culpabilização de pacientes pelos seus problemas ou pela incapacidade de expressar empatia/pesar quando um paciente morre.

(Carlotto, M. & Câmara, S., 2008; Moss et al., 2016; Perniciotti, P. et al., 2020)

APÊNDICE IX – SESSÃO ÁRVORE DA GRATIDÃO

SESSÃO 1 – ÁRVORE DA GRATIDÃO	
Tipo de intervenção	Psicoterapêutica
Data e local	1 junho de 2022, serviço de internamento de Psiquiatria do [REDACTED]
Duração	45 minutos
População alvo	Utentes do serviço
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Humor depressivo presente Capacidade para socializar comprometida
Dinamizador	Enfª. Vânia Raimundo (Estudante da Especialidade ESMP do IPL)
Objetivos	Capacitar os utentes com estratégias para promover o bem-estar, equilibrar o humor; promover a comunicação e promover a interação social.
Fundamentação	<p>Segundo Baptista, A. (2013) “a gratidão é um sentimento que permite extrair a máxima satisfação das atuais circunstâncias da vida e admirar o fluxo contínuo dos acontecimentos quotidianos. Não se pretende alterar as circunstâncias da vida, apenas que se aprenda a apreciar melhor aquilo que já acontece. A gratidão prolonga o bem-estar, a felicidade e todas as emoções positivas.”</p> <p>O mesmo autor refere que “estarmos agradecidos é incompatível com estarmos receosos, zangados, agressivos e preocupados. E, mais difícil ainda, é impossível estarmos agradecidos e sermos simultaneamente invejosos ou avarentos. A gratidão implica estarmos focados no momento presente e apreciarmos a vida tal como esta se apresenta. (...) As pessoas nas quais predominam estes sentimentos são mais felizes e têm mais esperança no futuro, compreendem e ajudam mais os outros, perdoam com mais facilidade, têm mais amigos e experimentam mais emoções positivas, como o interesse e a alegria”.</p>
Estratégia	<p>Introdução: Apresentação dos intervenientes com quebra-gelo “O meu animal favorito”. Explicar em que consiste a atividade.</p> <p>Desenvolvimento: Construir uma árvore (Árvore da Gratidão) em cartolina, na qual cada interveniente escreve nas folhas da árvore frases relacionadas com a gratidão. Serão dados os seguintes exemplos: “Estou grata por estar viva”; “Estou grata por ver a minha família ser feliz”; “Estou grata pelas coisas simples como beber um café ou ver o mar”.</p> <p>Conclusão: Realização de um brainstorming sobre a atividade com o preenchimento de um questionário de likert (feedback dos resultados) com os itens seguintes: “Senti-me bem na realização desta atividade” “Esta atividade fez-me sentir gratidão” “Sugestões”.</p>

Indicadores de Resultado NOC	Equilíbrio do humor Bem-estar Comunicação: capacidade de expressão Envolvimento social
CrITÉrios de exclusão	Utentes com sintomatologia psicótica ou que não estejam clinicamente estáveis
Recursos materiais	Mesas, cadeiras, cartolina, tesoura, fita-cola, fita-cola dupla e canetas.
Avaliação de Resultados/ Relatório	<p>Aceitaram participar na atividade 7 utentes, dos 8 selecionados.</p> <p>Nas questões “senti-me bem na realização desta atividade” 2 utentes responderam “concordo” e 6 utentes responderam “concordo totalmente”.</p> <p>Na questão “Esta atividade faz-me sentir grato” 3 utentes responderam “concordo” e 5 responderam “concordo totalmente”.</p> <p>Não houve respostas nas outras opções mencionadas “discordo totalmente”, “discordo” e “indeciso”.</p> <p>Nas sugestões os utentes mencionaram que “quero continuar as atividades porque me fazem sentir bem.” (sic), “continuar todas as atividades” (sic) e “continuar atividades porque descontraio e me ajuda a ter a cabeça livre de maus pensamentos” (sic).</p> <p>A utente A escreveu várias frases de gratidão em 3 folhas da árvore, com grande entusiasmo e alegria.</p> <p>A utente B demonstrou indecisão ao aceitar participar na atividade, no entanto participou, apesar de demonstrar algum aborrecimento (referiu ter queixas algicas).</p> <p>A utente C aceitou participar na atividade com entusiasmo, durante a atividade escreveu 1 folha que rasgou e reescreveu, demonstrando alguma melancolia.</p> <p>A utente D participou na atividade de forma assertiva, contribuindo sempre com a sua opinião e percepções sobre alguns temas falados (por exemplo viagens por países europeus).</p> <p>A utente E aceitou participar na atividade, embora tivesse que interromper para entrevista médica. Ao regressar participou no que foi pedido.</p> <p>A utente F participou na atividade, no entanto ansiosa e inquieta (referindo ter assuntos por resolver no exterior - ir a uma consulta ao dentista e visitar a irmã que estava doente).</p> <p>A utente G tinha sido admitida no serviço há 1 dia, aceitou participar na atividade, no entanto ao longo da atividade pediu ajuda na realização das frases de gratidão e demonstrou alguma dificuldade em falar em público.</p>
Bibliografia	Baptista, A. (2013). Aprender a ser feliz: Exercícios de Psicoterapia positiva. Editora: Pactor. Lisboa
Registo de imagem	

APÊNDICE X – SESSÃO DE RELAXAMENTO (Ficha técnica, Guião e Escala de Hamilton)

SESSÃO 2 - RELAXAMENTO	
Tipo de intervenção	Comportamental / Psicoeducacional
Data e local	9 de junho de 2022, serviço de internamento de Psiquiatria do [REDACTED]
Duração	45 minutos
População alvo	Utentes do serviço
Diagnóstico de enfermagem CIPE	<p>Foi aplicada a escala de Ansiedade de Hamilton em 8 utentes e foi constatado que 5 utentes têm Ansiedade normal, 1 utente Ansiedade patológica ligeira, 1 utente Ansiedade patológica moderada e 1 Ansiedade patológica grave.</p> <p>Desta forma concluiu-se o diagnóstico de enfermagem Ansiedade presente, pelo qual foi planeada uma sessão de Relaxamento.</p>
Dinamizador	Enf ^a . Vânia Raimundo (Estudante da Especialidade ESMP do IPL)
Objetivos	<p>Consciencializar para sintomas de ansiedade;</p> <p>Capacitar os utentes para usar estratégias de relaxamento para reduzir a ansiedade;</p> <p>Reduzir ansiedade;</p> <p>Promover bem-estar.</p>
Fundamentação	<p>Segundo Conceição, J. (2020) a Técnica de Respiração Diafragmática é uma técnica eficiente nos transtornos de ansiedade. É um método de relaxamento que parte da observação de que pessoas em stresse respiram superficialmente, o que leva a um desequilíbrio entre oxigénio e dióxido de carbono no organismo. Esse desequilíbrio é demonstrado nos sintomas físicos da ansiedade como taquicardia, boca seca, sudorese.</p> <p>Segundo Azevedo (2016) citado por Conceição, J. (2020) o principal objetivo da Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson é reduzir o impacto físico do stresse, reduzir os sintomas de ansiedade, insónia, reduzir a tensão arterial, assim como reduzir a probabilidade de convulsões. A técnica consiste em contrair e relaxar os grupos musculares específicos e em sequência, concentrando-se em áreas específicas, contraindo-as e de seguida relaxando-as, tornado a pessoa mais consciente do seu corpo e das sensações físicas’.</p>
Estratégia	<p>Introdução: Apresentação dos intervenientes. Aplicação da escala de Ansiedade Hamilton. Breve ensino sobre os sintomas de Ansiedade.</p> <p>Desenvolvimento: - Técnica de Respiração Diafragmática; - Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson.</p> <p>Conclusão: Questionário likert (feedback dos resultados).</p>
Indicadores de Resultado NOC	Bem-estar; Redução do nível de ansiedade;
Crítérios de exclusão	Utentes com sintomatologia psicótica ou que não estejam clinicamente estáveis
Recursos materiais	Espaço confortável, com pouca luz, cadeirões, colunas de som. (continua)

Avaliação de Resultados/ Relatório	<p>Aceitaram participar na atividade 8 utentes. Foi aplicada a escala de Ansiedade de Hamilton antes e depois da sessão. Concluiu-se que: a utente A evidenciou Ansiedade patológica ligeira antes da atividade e Ansiedade normal após a atividade, conseguiu relaxar durante a atividade; a utente B não conseguiu relaxar durante a sessão, sendo a única doente que não conseguiu manter os olhos fechados durante quase toda a sessão, evidenciou Ansiedade normal antes e após a atividade; as utentes C, D, E e F evidenciaram Ansiedade normal antes e após a atividade e ambas relaxaram durante a sessão, seguindo as sugestões de relaxamento dadas; a utente G evidenciou Ansiedade patológica grave antes da atividade e Ansiedade ligeira após a atividade, esta utente conseguiu relaxar desde o início da sessão, adormecendo a meio da sessão; a utente H evidenciou Ansiedade patológica moderada antes da atividade e Ansiedade normal após a atividade e conseguiu relaxar durante a atividade e seguir as sugestões de relaxamento dadas.</p> <p>Foi disponibilizado um Questionário Likert após a atividade com os itens “discordo totalmente”, “discordo”, “indeciso”, “concordo” e “concordo totalmente” e com as questões:</p> <ul style="list-style-type: none">- “Sinto que esta atividade será útil futuramente”, à qual 7 utentes responderam “concordo totalmente” e 1 utente respondeu “concordo”;- “Senti bem-estar na realização desta atividade”, à qual 7 utentes responderam “concordo totalmente” e 1 utente respondeu “concordo”. <p>No mesmo questionário também coloquei um item de “Sugestões”, ao qual obtive o seguinte feedback:</p> <ul style="list-style-type: none">- “Mais atividades deste género, achei a atividade ótima e maravilhosa, todas as atividades deviam ser como esta, o meu muito obrigada à enfermeira que organizou e está a organizar estas sessões” (sic)- “Todo o tipo de atividades lúdicas ou anti-stress são sempre positivas. O meu obrigada” (sic)- “Este programa é uma grande ajuda para os doentes, continuem com a terapia” (sic)- “Amei esta atividade, fiquei muito relaxada” (sic)- “É bom continuar atividades” (sic)
Bibliografia	Conceição, J. (2020). 101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental. Editora Unc: Fundação Universidade do Contestado

Guião Técnico

Respiração Diafragmática

Aplicação:

Ao inspirar prestar a atenção no diafragma que está entre abdómen e o tórax. O diafragma deve expandir na inspiração e na expiração o mesmo deve diminuir. A expansão serve para expandir as laterais do corpo para que o pulmão absorva mais ar. O exercício pode ser feito também de olhos fechados e com uma das mãos no peito e outra no diafragma. (Conceição, J.,2020)

Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson

Aplicação:

- Contrair os músculos da testa durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Sorrir e permanecer na mesma posição durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair os músculos dos olhos durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Puxar a cabeça para trás durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Fechar os punhos, contrair durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair os braços durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair os ombros durante 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair as costas durante 5 segundos, relaxar durante 10 segundos.
- Contrair o peito enquanto respira fundo, manter contraído por 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair os músculos da barriga enquanto inspira, segurar o ar por 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair as coxas por 5 segundos; relaxar durante 10 segundos.
- Contrair os pés e os dedos por 5 segundos; relaxar 10 segundos.
- Por fim, imaginar uma onda de relaxamento percorrendo todo o corpo, começando pela cabeça, descendo até a ponta dos pés. (Azevedo, 2016, citado por Conceição, J., 2020)

Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton

Categoria I – Ansiedade Psíquica	Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Frequente 3	Muito frequente 4
Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.)					
Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reacção de sobresalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.)					
Medos (De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc.)					
Insónia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, pesadelos, terrores nocturnos, etc.)					
Dificuldades intelectuais (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.)					
Humor depressivo (Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.)					
Categoria II – Ansiedade Somática					
Sintomas musculares (Dores musculares, rigidez muscular, contracções espásticas, contracções involuntárias, etc.)					
Sintomas sensoriais (Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigueiro, câibras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.)					
Sintomas cardiovasculares (Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, vertigens, batimentos irregulares, etc.)					
Sintomas respiratórios (Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia, etc.)					
Sintomas genito-urinários (Polaquiúria, urgência miccional, amenorreia, menorragia, erecção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.)					
Sintomas do sistema nervoso autónomo (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonturas, etc.)					
TOTAL.....20					

Resultados:

- <12: ansiedade normal;
- >12 e <18: reacção patológica ligeira;
- >18 e <25: ansiedade patológica moderada;
- >25: ansiedade patológica grave.

APÊNDICE XI – SESSÃO DE RELAXAMENTO E EXERCÍCIO FÍSICO

SESSÃO 3 – RELAXAMENTO E EXERCÍCIO FÍSICO	
Tipo de intervenção	Relaxamento – Exercício Físico
Data e local	julho de 2022, serviço de internamento de Psiquiatria do [REDACTED]
Duração	45 minutos
População alvo	Utentes Ala Masculina
Diagnóstico de enfermagem CIPE	- Ansiedade presente - Humor Deprimido
Dinamizador	Enfª. Vânia Raimundo (Estudante da Especialidade ESMP do IPL)
Objetivos	Promover o Bem-estar
Fundamentação	<p>Segundo Payne (2000) citado por Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) o relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, através do qual se obtém sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de stress.</p> <p>Os mesmos autores referem que existem três grandes objetivos do relaxamento: como medida preventiva de consequências fisiológicas do stress, como tratamento para alívio do stress e das consequências fisiológicas e como forma de desenvolvimento de competências mentais para lidar com o stress. Desta forma, o relaxamento tem um potencial terapêutico que induz um estado de bem-estar, através da incidência direta ou indireta no tónus muscular.</p> <p>Segundo Elias (2014) citado por Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) o relaxamento permite desenvolver a capacidade para lidar com os sintomas físicos que contribuem para ansiedade de uma forma mais eficaz, reduzindo os estímulos e as percepções associadas ao sistema sensorial do corpo.</p>
Estratégia	<p>Introdução: Apresentação dos intervenientes.</p> <p>Desenvolvimento: Aplicação de exercícios físicos (alongamentos); Aplicação da Técnica de Respiração Diafragmática no final dos exercícios.</p> <p>Conclusão: Questionário likert (feedback dos resultados).</p>
Bibliografia	Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

Indicadores de Resultado NOC	Equilíbrio do humor Bem-estar
Critérios de exclusão	Utente com sintomatologia psicótica ou que não esteja clinicamente estável
Recursos materiais	Colchões, Sala de estar.
Avaliação dos Resultados/ Relatório	<p>Aceitaram participar na atividade 11 doentes, dos 15 internados no serviço. Foi aplicado um Questionário Likert com as questões “Sente que se realizar esta atividade física futuramente será útil para o seu bem-estar?” e “Sentiu-se bem na realização desta atividade?” com itens opcionais “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Indeciso”, “Concordo” e “Concordo Totalmente”.</p> <p>Na questão “Sente que se realizar esta atividade física futuramente será útil para o seu bem-estar?” 3 doentes responderam “concordo” e 8 doentes responderam “concordo totalmente”.</p> <p>Na questão “Sentiu-se bem na realização desta atividade?” 2 doentes responderam “concordo”, 8 doentes responderam “concordo totalmente” e 1 doente respondeu “indeciso”.</p> <p>Os doentes estavam motivados na realização dos exercícios, apesar da incapacidade física de alguns na realização dos exercícios. Desta forma, foram dadas alternativas de exercícios mais simples.</p>

APÊNDICE XII – SESSÃO PSICOEDUCATIVA SOBRE A ANSIEDADE

SESSÃO 4 - AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE	
Tipo de intervenção	Psicoeducacional/ Cognitivo-comportamental
Data e local	18-21 julho de 2022, serviço de internamento de Psiquiatria do [REDACTED]
Duração	45 minutos
População alvo	Utentes Ala masculina
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Ansiedade presente Autocontrolo de ansiedade comprometido
Dinamizador	Enf ^a . Vânia Raimundo (Estudante da Especialidade ESMP do IPL)
Objetivos	Consciencializar sobre os sintomas da ansiedade, assim como as estratégias para reduzir e obter um maior controle sobre a ansiedade.
Estratégia	<p>Introdução: Apresentação dos intervenientes com quebra-gelo “1 sintoma de ansiedade”</p> <p>Desenvolvimento: Abordagem em powerpoint: -O que é a ansiedade? -Quais são os sintomas da ansiedade? -Estratégias para controle da Ansiedade -Visualização de conteúdos audiovisuais sobre a ansiedade</p> <p>De seguida serão utilizados vários “post it’s” com informação e estratégias sobre a ansiedade, que serão distribuídos pelos utentes, para que cada um leia o seu, com o objetivo de divulgar de forma interativa informação sobre a ansiedade, para que a informação seja mais facilmente assimilada pelos utentes e assim relembrada em situações de “stress” ou “ansiedade”.</p> <p>Conclusão: Questionário likert (feedback dos resultados).</p>
Indicadores de Resultado NOC	Redução do nível de ansiedade;
Avaliação	Esta sessão será realizada de 18-21 julho de 2022 (depois da entrega do relatório, pelo que não é possível fazer uma avaliação neste momento)
Crítérios de exclusão	Utentes com sintomatologia psicótica ou que não estejam clinicamente estáveis
Recursos materiais	Mesas; Cadeiras; Computador; Tela; Projetor de vídeo; canetas.

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Ansiedade

Trabalho realizado por:
Aluna Mestrada e Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria Vânia Raimundo

- ➔ O que é a Ansiedade?
- ➔ Sinais e sintomas de Ansiedade
- ➔ Crise/Ataque de Pânico
- ➔ Estratégias para controlo da Ansiedade

SAÚDE não apenas a ausência de doença, mas um bem-estar físico, psicológico e social. (OMS)

SAÚDE MENTAL "estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e pode contribuir para a comunidade em que se insere".(OMS)

"capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e reconhecer a ausência de bem-estar." (DGS)

O que é a Ansiedade?

É uma perturbação da saúde mental, que surge como "uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia". (ICN, 2017)

Sinais e sintomas de Ansiedade?

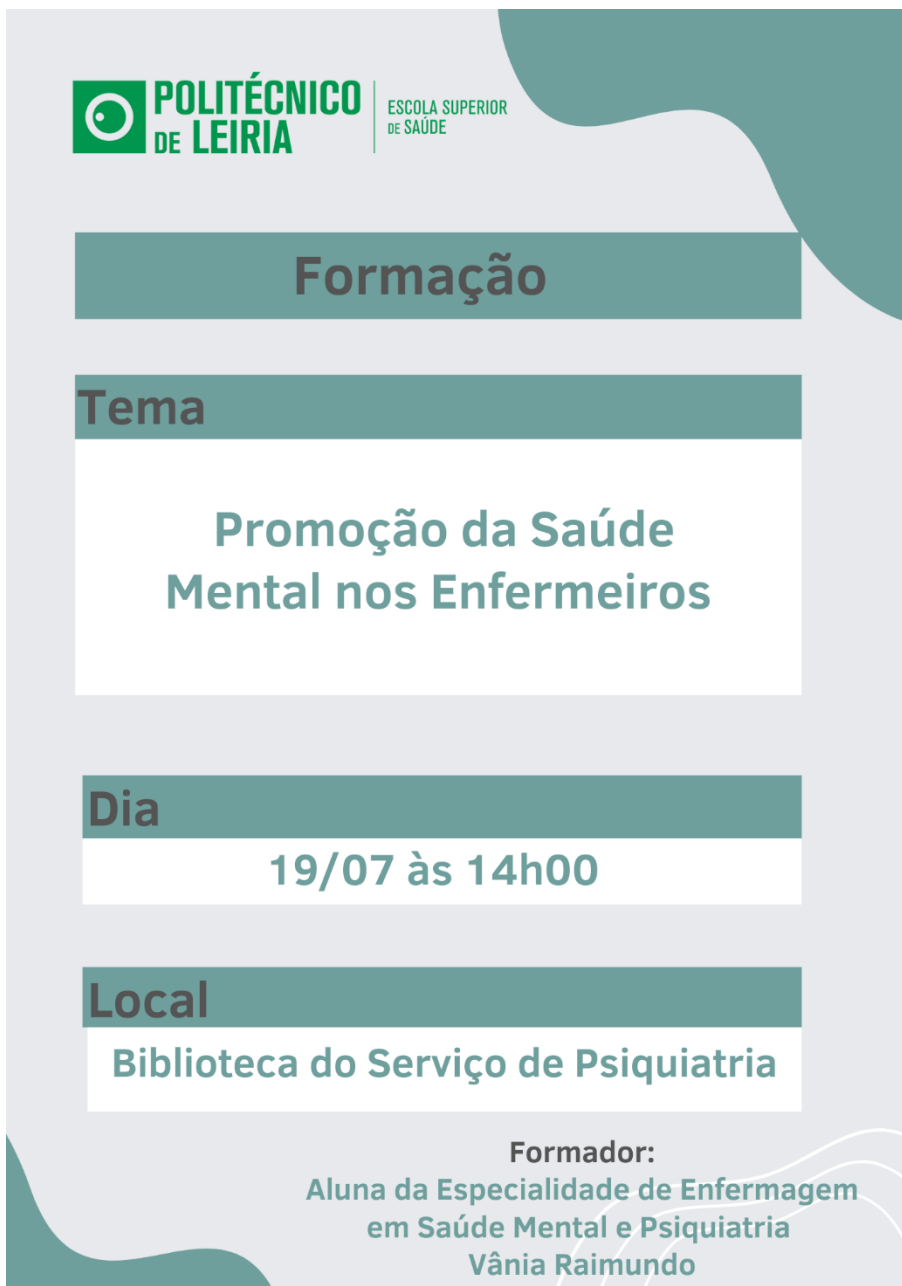
- ➔ Sentimentos excessivos de preocupação
Insegurança ou medo excessivos e por vezes infundados
- ➔ Reações físicas:
Taquicardia (aumento dos batimentos cardíacos)
Sudorese
Tremores


Podem originar: crises de pânico e sofrimento psicológico.
(Queirós et al, 2020)

APÊNDICE XIII – SESSÃO PSICOEDUCATIVA SOBRE EMOÇÕES E ASSERTIVIDADE

SESSÃO 5 – EMOÇÕES E TREINO DA ASSERTIVIDADE	
Tipo de intervenção	Psicoeducacional
Data e local	18-21 de julho de 2022, serviço de internamento de Psiquiatria do ■■■ - Ala masculina
Duração	45 minutos
População alvo	Utentes Ala masculina
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Autocontrolo comprometido
Dinamizador	Enf ^ª . Vânia Raimundo (Estudante da Especialidade ESMP do IPL)
Objetivos	Consciencializar sobre as emoções Capacitar para a gestão de emoções Treino da assertividade
Estratégia	Dia 1: Consciencializar sobre as emoções com a visualização do filme “Divertida Mente”. Dia 2: Apresentação dos intervenientes com quebra-gelo “O meu animal favorito”. Ensinar sobre a assertividade, com a criação de três personagens fictícias “O Passivo, o Assertivo e o Agressivo”, exemplificando momentos das três personagens para que os utentes compreendam o que é ser assertivo, agressivo e passivo, além de controlo de impulsos tendo em conta as emoções. Questionário likert (feedback dos resultados).
Indicadores de Resultado NOC	Controle da impulsividade Controle da agressividade Capacidade de comunicação
Avaliação	Esta sessão será realizada de 18-21 julho de 2022 (depois da entrega do relatório, pelo que não é possível fazer uma avaliação neste momento).
Crítérios de exclusão	Utentes com sintomatologia psicótica ou que não estejam clinicamente estáveis
Recursos materiais	Tela para visualização do filme, sofás, mesa, cadeiras.

APÊNDICE XIV- FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS ENFERMEIROS (Cartaz, PowerPoint)



 **POLITÉCNICO
DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Formação

Tema

**Promoção da Saúde
Mental nos Enfermeiros**

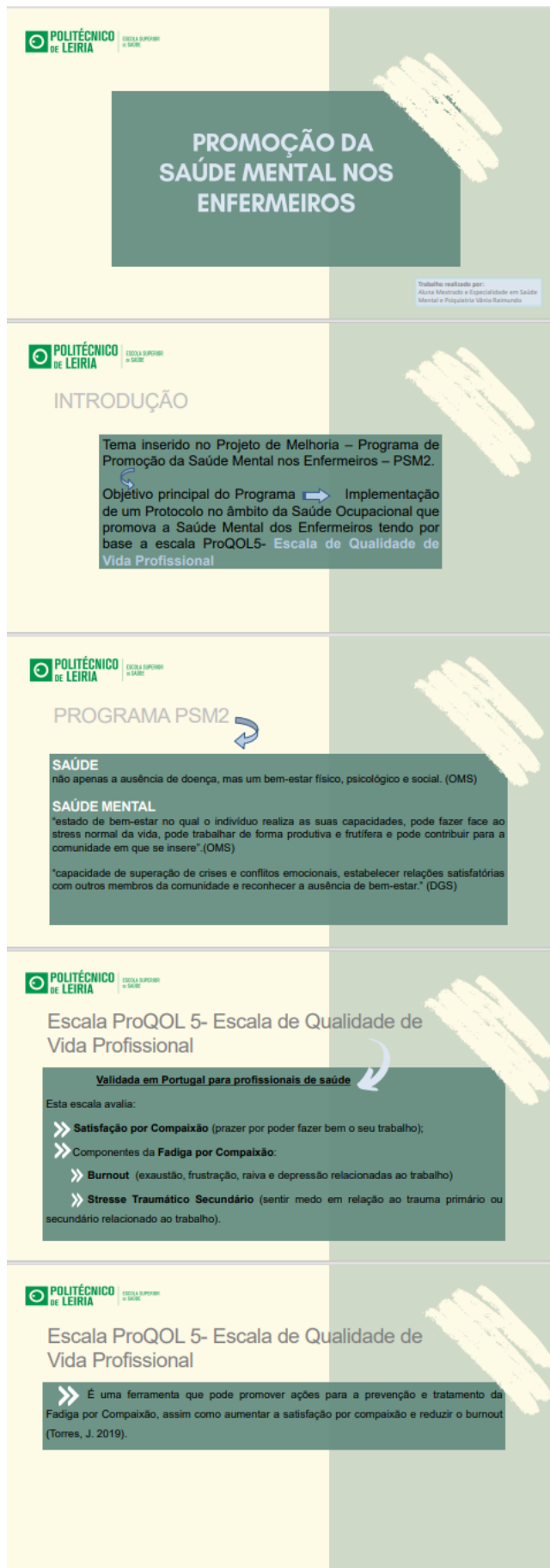
Dia

19/07 às 14h00

Local

Biblioteca do Serviço de Psiquiatria

Formador:
Aluna da Especialidade de Enfermagem
em Saúde Mental e Psiquiatria
Vânia Raimundo



POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS ENFERMEIROS

Trabalho realizado por:
Aluna Mestrado e Especialidade em Saúde Mental e População Vulnerabilizada

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

Tema inserido no Projeto de Melhoria – Programa de Promoção da Saúde Mental nos Enfermeiros – PSM2.

Objetivo principal do Programa → Implementação de um Protocolo no âmbito da Saúde Ocupacional que promova a Saúde Mental dos Enfermeiros tendo por base a escala ProQOL5- Escala de Qualidade de Vida Profissional

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

PROGRAMA PSM2

SAÚDE
não apenas a ausência de doença, mas um bem-estar físico, psicológico e social. (OMS)

SAÚDE MENTAL
"estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e pode contribuir para a comunidade em que se insere".(OMS)

"capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e reconhecer a ausência de bem-estar." (DGS)

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Escala ProQOL 5- Escala de Qualidade de Vida Profissional

Validada em Portugal para profissionais de saúde

Esta escala avalia:

- » Satisfação por Compaixão (prazer por poder fazer bem o seu trabalho);
- » Componentes da Fadiga por Compaixão:
 - » Burnout (exaustão, frustração, raiva e depressão relacionadas ao trabalho)
 - » Stresse Traumático Secundário (sentir medo em relação ao trauma primário ou secundário relacionado ao trabalho).

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Escala ProQOL 5- Escala de Qualidade de Vida Profissional

» É uma ferramenta que pode promover ações para a prevenção e tratamento da Fadiga por Compaixão, assim como aumentar a satisfação por compaixão e reduzir o burnout (Torres, J. 2019).



POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

POPULAÇÃO ALVO (ENFERMEIROS)

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

POPULAÇÃO ALVO (ENFERMEIROS)

- » A promoção da saúde mental nos profissionais de saúde é um objetivo da Organização Mundial de Saúde.
- » A Enfermagem é uma profissão complexa com um elevado nível de exposições a fatores de risco psicossociais.
- » Os enfermeiros exercem atualmente a sua profissão em contextos emocionalmente exigentes e nos quais estão sujeitos a elevados níveis de stress, que quando prolongado no tempo pode conduzir ao burnout. (Queiros, Borges & Abreu, 2019)
- » Existem vários autores que procuram compreender não só a prevalência de problemas de saúde mental nos profissionais, como as suas características e os fatores que os desencadeiam.

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESTUDOS SOBRE A POPULAÇÃO ALVO

» Carvalho, D. et al. (2019)

Estudo no âmbito nacional, identificou que:

- Num hospital da região centro do país que apesar dos enfermeiros apresentarem níveis satisfatórios de saúde mental, os mesmos se encontram abaixo dos valores da população geral;
- Constatou-se ainda que, apesar das diversas características sociodemográficas, a **ansiedade** foi o foco em que se identificaram valores menos positivos de saúde mental **nos profissionais**;
- Identificaram ainda que a condição de saúde mental é menor nas enfermeiras comparativamente aos enfermeiros;
- A saúde mental é menor nas enfermeiras a trabalhar nos serviços não psiquiátricos, sendo uma possível explicação para o mesmo o autoconhecimento e autoconsciencialização, desenvolvidos pelos profissionais da área de saúde mental, e que se traduzem em fatores protetores e promotores de saúde mental.

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESTUDOS SOBRE A POPULAÇÃO ALVO

» Oliveira & Pereira (2012)

A ansiedade é superior nos enfermeiros mais jovens comparativamente aos enfermeiros com mais experiência profissional.

» Dejours (2015)

Salienta também como estratégias defensivas dos enfermeiros (para atenuar o sofrimento e proteger os profissionais dos seus efeitos nocivos para a sua saúde mental) modos de pensar, sentir e agir compensatórios.

Este autor refere que um trabalho pode ser equilibrador se permitir a diminuição da carga psíquica, no entanto se por contrário se opõe a essa diminuição torna-se fatigante, tornando o profissional ansioso, desprovido de desprazer e com fadiga.

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESTUDOS SOBRE A POPULAÇÃO ALVO

» Queirós et al. (2020)

São diversos os estudos que evidenciam a **ansiedade** como um dos principais fatores de diminuição de saúde mental dos enfermeiros, evidenciado forte correlação da ansiedade com outras patologias como o Burnout e a Depressão.

Caracteriza-se por sentimentos excessivos de preocupação, insegurança, medos excessivos e por vezes infundados, com reações físicas como taquicardia, sudorese, tremores, que resultam muitas vezes em crises de pânico e **sofrimento psicológico**.

Ocorre associada a determinado contexto (ansiedade-estado) ou como uma resposta habitual do indivíduo (ansiedade-traço) e pode influenciar os profissionais uma vez que prejudica a tomada de decisão racional, diminuindo o seu desempenho laboral.

ESTUDOS SOBRE A POPULAÇÃO ALVO

» Machado et al. (2016)

Num serviço de terapia intensiva constatou que 92% dos profissionais se encontravam num estado de ansiedade moderado, denotando ainda uma correlação plena entre o stress e ansiedade.

» Júlio et al. (2016)

No contexto de unidades de saúde familiar em cuidados de saúde primários, depararam-se com moderados níveis de ansiedade e depressão entre os enfermeiros.

» Pessoa et al. (2021)

Num hospital psiquiátrico revelou frequências de 58,3% de ansiedade-traço e de 84% de ansiedade-estado nos profissionais.

FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

↪ O conceito de **saúde mental** é amplamente influenciado por fatores que determinam a qualidade da saúde, os fatores de risco e os **fatores protetores**.

FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

↪ Os **enfermeiros** estão expostos:

- a **elevados níveis de pressão e stress**, uma vez que o seu trabalho exige não só esforço físico, emocional e psicológico, mas também atenção, realização de atividades com alto grau de responsabilidade e dificuldade, ritmo acelerado, jornadas excessivas e poucas horas de descanso. (Demerouti, et al., 2005, in Filbin, et al., 2007 citados por Nogueira, 2018).
- **Vivência diária de situações de imprevisibilidade, exposição a fatores stressores** e de risco, bem como a tomadas de **decisões cruciais**.

FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

↪ A prevalência da ansiedade nos enfermeiros mais jovens pode ser explicada pelas condições laborais atuais, como a **instabilidade profissional e a precariedade contratual**, assim como a entrada no mercado de trabalho e a necessidade de assumirem novas responsabilidades (Chaveira & Pereira (2012).

↪ O **trabalho por turnos** é um fator relacionado com níveis de ansiedade superiores. (Martins et al., 2016).

↪ As **políticas laborais débeis, as fracas condições de trabalho e a desigualdade de acesso a oportunidades** são também fatores que influenciam a saúde mental dos profissionais. (OMS, 2010)

FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

➤ O **status familiar** é apontado como fator que contribui para um maior nível de ansiedade, especialmente nas mulheres pela acumulação de funções pessoais que interferem na jornada laboral (Oliveira & Pereira (2012).

➤ A **complexidade dos contextos de trabalho hospitalar** tem um maior impacto no bem-estar e saúde mental dos profissionais que aí trabalham. (Martins et al., 2016).

FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

➤ Devido à **pandemia** fatores associados à ansiedade moderada ou severa foram identificados em enfermeiros a desempenhar funções em serviços não organizados para a resposta à pandemia, devido à escassez de equipamento de proteção individual e formação para a atuação segura.

Outra conclusão do mesmo estudo, refere que o **afastamento social** inerente ao isolamento e à diminuição de contactos de risco desencadeou nos profissionais uma percepção negativa da sua saúde mental, ficando mais expostos a incertezas, apreensões, medos, quadros de ansiedade, solidão e pânico, que originaram sofrimento mental. (Santos et al., 2021)

FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

➤ No contexto da pandemia de Covid-19, alguns estudos evidenciaram a presença de **sintomatologia ansiosa na maioria dos profissionais de saúde.**

➤➤ **94,8% dos profissionais de saúde da amostra apresentou pelo menos um sintoma associado à ansiedade.**

Sintomas frequentes: sentir **medo** e **incapacidade para relaxar.**

Sintomatologia física: destacam-se as **palpitações.**

Outras sintomas referidos são **insónia, stress, nervosismo, raiva e angústia** (Coelho et al., 2022).

FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

➤ No contexto da pandemia de Covid-19, alguns estudos evidenciaram a presença de **sintomatologia ansiosa na maioria dos profissionais de saúde.**

➤➤ **94,8% dos profissionais de saúde da amostra apresentou pelo menos um sintoma associado à ansiedade.**

Sintomas frequentes: sentir **medo** e **incapacidade para relaxar.**

Sintomatologia física: destacam-se as **palpitações.**

Outras sintomas referidos são **insónia, stress, nervosismo, raiva e angústia** (Coelho et al., 2022).

FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

➤➤ **Repercussões negativas** decorrentes de problemas de saúde mental manifestam-se através:

- aumento do **absentismo;**

- **presentismo;**

- acidentes de trabalho como **lesões musculoesqueléticas;**

- existência de **relações laborais conflituosas**, pela motivação reduzida dos trabalhadores;

- **diminuição da satisfação e da criatividade**, pelo aumento da rotatividade de pessoal e das transferências internas e pela reputação da empresa usualmente mais fraca. (DGS, 2021)

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

» Repercussões negativas (continuação)

- O stresse no local de trabalho está relacionado com uma degradação da qualidade das relações com o cônjuge, os filhos e outros membros da família", o que poderá ter sérias consequências em termos de saúde pública. (DGS, 2021).

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

FATORES PROTETORES DA SAÚDE MENTAL

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

FATORES PROTETORES DA SAÚDE MENTAL

» Devido à complexidade da profissão é primordial a identificação de fatores protetores que permitam **promover a saúde mental** deste grupo profissional.

» **A nível profissional:**

- apoio social;
- o sentimento de inclusão;
- os ambientes laborais com condições de tomada de decisão;
- o controlo do ritmo de trabalho;
- a estratégia de motivação e comunicação; bem como um ambiente seguro. (DGS, 2021)

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

FATORES PROTETORES DA SAÚDE MENTAL

» **No domínio pessoal:**

- hábitos de vida saudáveis;
- higiene do sono;
- cessação tabágica/drogas/álcool;
- técnicas de relaxamento. (DGS, 2021)

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

FATORES PROTETORES DA SAÚDE MENTAL

» Práticas de **autocuidado**, especificamente atividade física e atividades corpo-mente; constituição de **grupos de apoio** entre pares e **intervenções psicoterapêuticas** como fatores protetores da saúde mental. (Santos et al., 2021)

» **A literacia em saúde** constitui um **fator protetor dos enfermeiros**, onde se destaca a sua formação académica como fator facilitador do acesso filtrado ao conhecimento científico para **empoderamento pessoal e profissional**, que resulta na qualidade da saúde mental individual e de grupo, bem como a qualidade de vida em geral (Sørensen et al., 2012).

FATORES PROTETORES DA SAÚDE MENTAL

» Carvalho, D. et al. (2019) concluíram no estudo sobre a saúde mental dos enfermeiros que é:

- Primordial o desenvolvimento de **programas de promoção de saúde mental no contexto ocupacional**;
- Importância **capacitar os enfermeiros com estratégias para o autocontrolo da ansiedade e promoção do bem-estar psicológico**, refletindo-se no domínio pessoal e no desempenho de funções, principalmente em serviços não psiquiátricos.

PROGRAMA DA DGS NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL

PROGRAMA DA DGS NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL

» DGS (2021)

Refere que o empregador deve, através dos serviços da **Saúde Ocupacional**, assegurar que nos locais de trabalho, as exposições a fatores de risco psicossocial "não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador".

Sendo para isso necessária uma **vigilância da saúde do trabalhador em matéria de saúde mental e bem-estar** e que permita estabelecer as necessárias medidas de prevenção dos riscos profissionais de natureza psicossocial.

PROGRAMA DA DGS NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL

» DGS (2021)

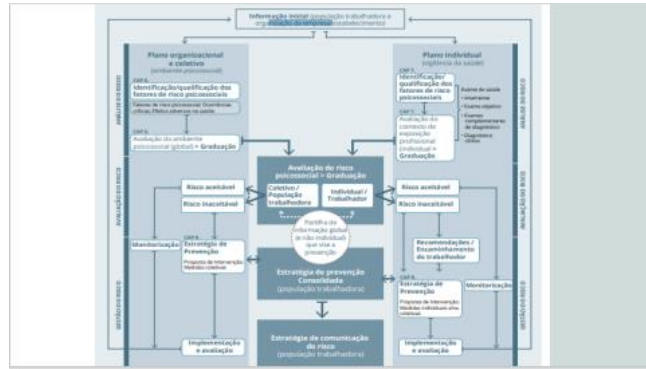
Refere que os **programas de saúde mental nos locais de trabalho** têm um grande potencial para gerar retorno económico e melhorar a saúde mental.

Dado que resultam no **bem-estar dos trabalhadores**, na **redução do absentismo**, no **aumento da produtividade** e num **melhor desempenho dos trabalhadores**. Assim como melhora a imagem e a reputação da empresa.

PROGRAMA DA DGS NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL

» Foi criado pela DGS em 2021 um "**Modelo geral de atuação dos Serviços de SST/SO no âmbito dos riscos psicossociais**" com níveis de risco, que tem por finalidade:

- Melhorar o processo de análise, avaliação e gestão do risco profissional de natureza psicossocial;
- Estabelecimento, fundamentação e priorização de medidas de prevenção e de proteção dos trabalhadores expostos.



PROGRAMA DA DGS NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL

» Foi também criado pela DGS em 2021 um **Guia para otimizar o diagnóstico de perturbação mental no âmbito da saúde ocupacional** e consequente a necessidade urgente de intervenção.

O Guia incluiu o diagnóstico de situações patológicas de stress e ansiedade excessiva ou suspeitas de perturbação mental.

PROGRAMA DA DGS NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL

» O Guia inclui:

"Quadro clínico prioritário": situações agudas, em que o trabalhador não está em risco de vida iminente, mas existe o risco de evolução para complicações mais graves.

Incluem-se nesta categoria: Burnout; Demência; Depressão moderada a grave; Perturbação do ritmo circadiano do sono-vigília; Perturbação por stress pós-traumático; Perturbações por consumo de álcool; Perturbações por consumo de drogas; Psicose; Stress crónico; Perturbação bipolar; Perturbação da personalidade.

PROGRAMA DA DGS NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL

» O Guia inclui:

"Quadro clínico de emergência": ocorrência imprevista de uma situação de saúde grave, em que o trabalhador tem necessidade de assistência médica imediata para manter as funções vitais.


Incluem-se nesta categoria: Autoagressão/ Tentativa de suicídio; Episódio de epilepsia/ Convulsão; Consumo abusivo de álcool / drogas; Violência no local de trabalho.

PROGRAMA DA DGS NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL



 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE


ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» **Autocontrolo**

O autocontrolo corresponde à ação de decisão, com as seguintes características específicas "disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida." (Sequeira & Sampaio, 2020)

» **Técnicas de Relaxamento**

O relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, através do qual se obtém sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de stress. (Payne, 2000)

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE


ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» **Técnicas de Relaxamento**

Os três grandes objetivos do relaxamento são:

- Medida preventiva de consequências fisiológicas do stress;
- Tratamento para alívio do stress e das consequências fisiológicas
- Desenvolvimento de competências mentais para lidar com o stress.

» O relaxamento tem um potencial terapêutico que induz um estado de bem-estar, através da incidência direta ou indireta no tónus muscular.

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE


ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» **Técnicas de Relaxamento (exemplos):**

-**Técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson** (que pretende o relaxamento profundo de todos os grandes grupos de músculos corporais através da contração e descontração);

-**Relaxamento por imaginação guiada** (que pretende que a pessoa utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da sua imaginação ou da memória, para alcançar o efeito terapêutico desejado).

Durante a imaginação guiada a vivência da experiência é tão intensa que o cérebro responde como se fosse uma experiência real, produzindo efeito psicossomáticos benéficos. (Aguiar, 2010)

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» **Promoção da Esperança:**

Técnica promotora de saúde mental, documentada como uma influência positiva na saúde mental das pessoas, no aumento do conforto e qualidade de vida, assim como na redução da depressão, suicídio e na redução da exaustão familiar (Queiroz & Oliveira, 2016; Witek, 2017).

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) também referem a **importância** de algumas **terapias complementares na promoção da saúde mental**:

- Reiki
- Toque Terapêutico
- Massagem
- Musicoterapia
- Acupuntura,
- Auriculoterapia e Reflexoterapia.

Os mesmos autores referem que estas são algumas terapias complementares nas quais os **enfermeiros se têm destacado em Portugal e no mundo** e as quais adaptam às suas diferentes áreas de intervenção.

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» **Reiki**

- **Terapia natural, não invasiva**, que usa a energia universal para **estabelecer o equilíbrio energético** da pessoa, consigo própria e com o meio que a rodeia, promovendo a saúde.
- A técnica é simples e consiste na imposição das mãos sobre a pessoa a tratar e deixar a energia fluir.
- Indicada para a **diminuição da ansiedade**, sofrimento, dor, fadiga e para todos os estados de dependência física. **Potencia os sentimentos positivos**, o sono e o repouso, a concentração, a aprendizagem e valoriza a autoestima.
- A nível mental o **Reiki permite um desenvolvimento pessoal**, no sentido em que potencia os processos intelectuais, como o autoconhecimento e maior abertura a tudo o que nos rodeia.

(Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020)

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» **Massagem**

- Utiliza diversas técnicas, cujo objetivo é **produzir efeitos sobre o sistema nervoso, muscular, respiratório, linfático e sobre o estado geral**;
- Técnica que **alivia o stress psicológico**, proporciona relaxamento, alivia e controla a dor, **diminui o edema, melhora a circulação, alivia a tensão, assim como previne deformidade e promove a independência funcional**;
- O benefício da massagem deve-se, em grande parte, ao **efeito positivo produzido em todo o corpo e à sensação de bem-estar**. (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020)

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL


» **Musicoterapia**

- É a técnica de **utilização terapêutica criteriosa da música** cujo objetivo é o equilíbrio e o bem-estar físico, psíquico e espiritual;
- A música pode ser utilizada também para **facilitar a relação com os outros, melhorar comportamentos, fomentar a criatividade, a comunicação, a socialização, aliviar a dor**, proporcionar relaxamento ou estimular o organismo, expressar emoções e sentimentos, induzir a atividade física, ativar a percepção sensitiva, diminuir ou aumentar a frequência cardíaca e respiratória;
- Ajudar ao **autoconhecimento e à autorreflexão**, para que seja mais fácil reconstruir a identidade e ultrapassar mais facilmente as barreiras que alguma patologia imponha. (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020)

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» **Acupuntura**


- Área da medicina tradicional chinesa com maior visibilidade e expressão a nível ocidental, além de ser **reconhecida pela OMS**.
- Esta terapia baseia-se na **teoria de que no corpo existem duas correntes de energia, designadas Yin e Yang, e que a saúde depende do equilíbrio entre ambas**.
- **Indicada no tratamento**: ansiedade, stress, depressão, obesidade, perturbações alimentares, perturbações aditivas, enxaquecas, cefaleias, nevralgias, fibromialgia, dor neoplásica, lombalgias, mioma, doenças musculoesqueléticas, e doenças crónico-degenerativas. (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020)

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» Auriculoterapia


- Designada por **acupunctura auricular**, que através da **estimulação de pontos do pavilhão auricular facilita o processo de autocura**.
- **Indicada no tratamento:** depressão, stress, desintoxicações tabágicas, alcoolismo, algias musculoesqueléticas e cefaleias, patologias inflamatórias ou infecciosas, dermatológicas, hipertensão e patologias crónicas. (Sequeira, C. & Sampalo, F., 2020)

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» Reflexoterapia


- Terapia que visa a **harmonização da energia que circula no corpo com a finalidade de garantir o bom funcionamento dos diferentes órgãos**.
- Esta técnica consiste na aplicação de pressão com os dedos nas mãos, pés e costas, estimulando terminações nervosas relacionadas com os vários sistemas e órgãos do corpo, proporcionando a cura e o bem-estar.
- **Indicada no tratamento:** problemas emocionais, digestivos, circulatórios, menstruais, lombalgias, insónia, cefaleias, cansaço, stress, ansiedade, relaxamento, recuperação pós-parto, controlo da dor. (Sequeira, C. & Sampalo, F., 2020)

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» Mindfulness

- O Mindfulness também surge com grande ênfase no séc. XX associado às Ciências da Saúde e positivamente evidenciado no âmbito da saúde mental;
- Este conceito é traduzido como "atenção" ou "consciência plena" (Garcia- Campayo, 2018), "é um estado de prestação de atenção de uma forma intencional aquilo que ocorre no momento presente, com uma atitude de curiosidade, aberta e amável, sem julgamentos, críticas ou rejeições do que precisamente ocorre aqui e agora" (Kabat-Zinn, 2003). Desta forma, **o mindfulness resulta na atenção aos detalhes das nossas experiências**. (Sequeira, C. & Sampalo, F., 2020)

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» Mindfulness

A atitude mindfulness define-se pelos seguintes princípios:

- Não julgar
- Aceitar
- Não forçar
- Não esperar nada
- Deixar ir
- Mente de principiante (reconhecer o que não sabemos)
- Adotar uma atitude gentil em relação a si mesmo
- Paciência (sermos pacientes connosco). (Sequeira, C. & Sampalo, F., 2020)

 **POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

» Mindfulness

- A **respiração e as sensações corporais** são dois **elementos fundamentais**, na medida em que ambos se situam na dimensão presente.
- Desta forma, são **descartados pontos de ancoragem**, as emoções e os pensamentos, já que ambos se encontram ligados ao passado e ao futuro, impedindo pensamentos ruminativos e emoções negativas.
- Estudos comprovaram **resultados positivos em várias perturbações mentais como:** nos Distúrbios do Humor (Depressão Major, Bipolaridade), foi observada uma redução da sintomatologia, assim como nos Distúrbios da Ansiedade. Foram também verificados resultados positivos nas Adições, como prevenção de recaídas, no Distúrbio de défice de atenção e hiperatividade, assim como na Psicose, foi observado que o mindfulness é moderadamente eficaz nos sintomas negativos. (Sequeira, C. & Sampalo, F., 2020)

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

"Quando existe desgaste em relação ao trabalho, expresso na forma de desânimo e descontentamento, surge o sofrimento que, num primeiro momento, é o limite entre a saúde e a doença".

(DGS, 2021)

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Obrigada pela vossa atenção!

Trabalho realizado por:
Aluna Mariana e Especialidade em Saúde Mental e Psicologia Vânia Ramundo

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

TÉCNICA DE RELAXAMENTO

Trabalho realizado por:
Aluna Mariana e Especialidade em Saúde Mental e Psicologia Vânia Ramundo

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ÁUDIO DE RELAXAMENTO

LINK: [Música Relaxante - Acalmar a Mente e Relaxar - YouTube](#)

Trabalho realizado por:
Aluna Mariana e Especialidade em Saúde Mental e Psicologia Vânia Ramundo

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

BIBLIOGRAFIA

Carneiro, D., Queiroz, A., Tomás, C., Gomes, J., & Cordeiro, M. (2019). A saúde mental dos enfermeiros: um estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.

Costello, M., Cavalcante, V., Araújo, M., Martins, M., Barbosa, R., Barreto, A. et al. (2022). Sintomas de ansiedade e fatores associados entre profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19. *Cadernos Enferm*. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i6.72779>

Custódio, M. et al. (2016). O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. *Revista Galiza de Enfermagem*. Rio Grande do Sul.

Diálogo Geral de Saúde (2021). Guia Técnico Nº 3: Vigilância de Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho. Ministério da Saúde, Lisboa.

Queiroz, A. (2020). Ansiedade, stress e burnout: definição conceptual e operacional, inter-relações e impacto na saúde. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior. https://hdl.handle.net/10400.6/12654/1/7568_15034.pdf

Julio-R, et al. (2021). Anxiety, depression, and work engagement in Primary Health Care nursing professionals. *Revista Rene*. 2021

Machado D., Figueiredo N., Velazquez L., Bento C., Machado W., Viana L. (2016). Cognitive changes nurses working in intensive care units. *Rev Bras Enferm* (Internat) 2016;71(1):75-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0212>

Martins, C., Campos, S., Duarte, J., Chaves, C. & Silva, E. (2016). Fatores de risco em saúde mental: contributos para o bem-estar psicossocial dos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 21-26. DOI: <https://doi.org/10.19721/rpeem.0112>

Nogueira, C. (2016). Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

BIBLIOGRAFIA

Queiroz, V. & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 43-54. DOI: <https://doi.org/10.14708/revref.v3i7.1477>

Organização Mundial de Saúde (2014). *Mental health: A state of well-being*. Genebra: Organização Mundial de Saúde

Organização Mundial de Saúde (2021). *Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo: Saúde Mental: Nova Consciência, Nova Esperança*. WHO Graphics.

Queiroz, C., Borges, E., Abreu, M. (2019). Ansiedade, Engagement e Burnout em enfermeiros. *International Congress of Occupational Health Nursing proceedings*. <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/120827/node-644>

Queiroz, C., Borges, E., Monteiro, P., Abreu, M., Balduino, M. (2020). Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao burnout em enfermeiros: um estudo comparativo Portugal-Espanha. *Suplemento digital Rev ROL Enferm* 2020; 43(1): 83-89 https://ojs.uem.br/ojs/bitstream/12400/2621338/1/32_89.pdf

Barreto, R., Galvão, M., Gomes, S., Souza, T., Medeiros, A. & Barbosa, I. (2021). Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Enferm Acta Nery* 25. DOI: <https://doi.org/10.1590/acta.v25i1.0019>

Siqueira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel.

Sørensen, K., Brovcke, S., Følmer, J., Doyle, G., Peñalan, J., Stamatka, Z. & Brand, H. (2021). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 21 (80): 1-13. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7824228/>

Tomás, J. (2019). Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais de saúde. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*. Acesso a 19 de Maio de 2022 em <https://doi.org/10.13803294-7167-2016-0394>

**APÊNDICE XV- FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS
ENFERMEIROS (Trabalho escrito)**



Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Formação em Serviço – Promoção da Saúde Mental nos Enfermeiros

Vânia Isabel Lopes Raimundo N.º 5210051

Leiria, junho de 2022

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria

Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular: Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Formação em Serviço – Promoção da Saúde Mental nos Enfermeiros

Tipologia: Formação em serviço

Discente:

Vânia Isabel Lopes Raimundo N.º 5210051

Docente:

Professora Lídia Moutinho

Enfermeiras Orientadoras:

Sandrina Sousa

Leiria, junho de 2022

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	120
1. FORMAÇÃO EM SERVIÇO	121
2. POPULAÇÃO-ALVO.....	121
3. FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL	123
4. SINAIS E SINTOMAS PRECOCES DE PERTURBAÇÕES DE SAÚDE MENTAL.....	125
5. PROGRAMA DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL	126
6. ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
ANEXOS	
ANEXO I – MODELO CONCEPTUAL DA ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SST/SO NO ÂMBITO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS (DGS, 2021)	
ANEXO II – INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM FUNÇÃO DO NÍVEL DE RISCO (DGS, 2021).....	
ANEXO III – QUESTÕES DE PARTIDA DO DIAGNÓSTICO (DGS, 2021).....	

DGS- Direção Geral de Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

NOTA INTRODUTÓRIA

A Organização Mundial de Saúde (1946) define o conceito de saúde como não apenas a ausência de doença, mas um bem-estar físico, psicológico e social (Loraine, J. et al 2018). No que diz respeito à saúde mental, a Direção-Geral da Saúde refere que ao falarmos deste conceito, nos referimos, de entre outros, à capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e reconhecer a ausência de bem-estar. Diversos estudos referem que os enfermeiros representam um grupo profissional que geralmente enfrenta um vasto conjunto de problemas e limitações associados a elevados níveis de pressão e stress, inserindo-se nas ocupações consideradas de alto risco (Demerouti, et al.,2000, in Fillion. et al. 2007 citados por Nogueira p.17) uma vez que o seu trabalho exige não só esforço físico, emocional e psicológico, mas também atenção, realização de atividades com alto grau de responsabilidade e dificuldade, ritmo acelerado, jornadas excessivas e poucas horas de descanso. Sendo esta temática uma preocupação atual, existem vários autores que procuram compreender não só a prevalência de problemas de saúde mental dos profissionais, como as suas características e os fatores que os desencadeiam. Carvalho. et al. (2019) concluíram no seu estudo que a condição de saúde mental é menor nas enfermeiras a trabalhar nos serviços não psiquiátricos, sendo uma possível explicação para o mesmo o autoconhecimento e autoconsciencialização desenvolvidos pelos profissionais e traduzindo-se estes em fatores protetores e promotores de saúde mental. Dejours (2015) citado por Custódio. et al. (2018, p.5) salienta também como estratégias defensivas dos enfermeiros (que possuem função de atenuar ou de combater o sofrimento ou de ocultar integralmente para proteger os profissionais dos seus efeitos nocivos para a sua saúde mental) modos de pensar, sentir e agir compensatórios, utilizados pelos trabalhadores para suportar o sofrimento, podendo ser coletivas ou individuais. O mesmo autor (p.6) refere que um trabalho pode ser equilibrador se permitir a diminuição da carga psíquica, no entanto se por contrário se opõe a essa diminuição torna-se fatigante. Neste último, a energia psíquica acumula-se, tornando a pessoa ansiosa, desprovida de desprazer e com fadiga. Assim, o empregador deve, através dos Serviços de Saúde e Segurança no trabalho/Saúde Ocupacional, assegurar que nos locais de trabalho, as exposições a fatores de risco psicossocial “não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador”. Sendo para isso necessária uma “correta e permanente avaliação de riscos” que mantenha a vigilância da saúde do trabalhador em matéria de saúde mental e bem-estar e que permita estabelecer as necessárias medidas de prevenção dos riscos profissionais de natureza psicossocial (...) que visa a ação pela adoção de medidas preventivas e de proteção que eliminem ou minimizem o risco psicossocial (DGS, 2021).

São diversos os estudos que evidenciam a ansiedade como um dos principais fatores de diminuição de saúde mental dos enfermeiros.

1.FORMAÇÃO EM SERVIÇO

A formação em serviço, como competência do EESMP, está inserida no tema do meu Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Programa de Promoção da Saúde Mental dos Enfermeiros que desempenham funções em contexto de serviço de urgência. Este programa tem como objetivo a promoção da saúde mental dos enfermeiros e a prevenção da doença mental no âmbito da Saúde Ocupacional.

2.POPULAÇÃO-ALVO

A Organização Mundial de Saúde define o conceito de saúde como não apenas a ausência de doença, mas um bem-estar físico, psicológico e social (Loraine, J. et al, 2018).

No que diz respeito à saúde mental a mesma Organização citada pela Direção Geral de Saúde (2021) também define saúde mental como “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e pode contribuir para a comunidade em que se insere”. A promoção da saúde mental dos profissionais de saúde é um dos objetivos da Organização Mundial de Saúde.

A DGS refere que ao falarmos deste conceito, nos referimos à capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e reconhecer a ausência de bem-estar.

Diversos estudos referem que os enfermeiros representam um grupo profissional que geralmente enfrenta um vasto conjunto de problemas e limitações associados a elevados níveis de pressão e stress, inserindo-se nas ocupações consideradas de alto risco, uma vez que o seu trabalho exige não só esforço físico, emocional e psicológico, mas também atenção, realização de atividades com alto grau de responsabilidade e dificuldade, ritmo acelerado, jornadas excessivas e poucas horas de descanso. (Demerouti, et al.,2000, in Fillion. et al. 2007 citados por Nogueira p.17, 2016).

Além disso, ao prestar auxílio os enfermeiros estão em contacto direto com a vida das pessoas e desta forma a compaixão que têm por quem ajudam pode afetá-los.

A escala ProQOL-5- Escala de Avaliação da Qualidade de Vida Profissional, validada em Portugal para profissionais de saúde. Esta escala avalia a Satisfação por Compaixão (prazer por poder fazer bem o seu trabalho) e 2 componentes da Fadiga por Compaixão: o Burnout (exaustão, frustração, raiva e depressão relacionadas ao trabalho) e o stresse Traumático Secundário (sentir medo em relação ao trauma primário ou secundário relacionado ao trabalho).

É uma ferramenta que pode promover ações para a prevenção e tratamento da Fadiga por Compaixão, assim como aumentar a satisfação por compaixão e reduzir o burnout (Torres, J. 2019).

Sendo a saúde mental uma temática de preocupação atual, existem vários autores que procuram compreender não só a prevalência de problemas de saúde mental dos profissionais, como as suas características e os fatores que os desencadeiam.

Carvalho. et al. (2019) concluíram no seu estudo que a condição de saúde mental é menor nas enfermeiras a trabalhar nos serviços não psiquiátricos, sendo uma possível explicação para o mesmo o autoconhecimento e autoconsciencialização desenvolvidos pelos profissionais e traduzindo-se estes em fatores protetores e promotores de saúde mental. Dejours (2015) citado por Custódio. et al. (2018, p.5) salienta também como estratégias defensivas dos enfermeiros (que possuem função de atenuar ou de combater o sofrimento ou de ocultar integralmente para proteger os profissionais dos seus efeitos nocivos para a sua saúde mental) modos de pensar, sentir e agir compensatórios, utilizados pelos trabalhadores para suportar o sofrimento, podendo ser coletivas ou individuais. O mesmo autor (2018, p.6) refere que um trabalho pode ser equilibrador se permitir a diminuição da carga psíquica, no entanto se por contrário se opõe a essa diminuição torna-se fatigante. Neste último, a energia psíquica acumula-se, tornando a pessoa ansiosa, desprovida de desprazer e com fadiga.

São diversos os estudos que evidenciam a ansiedade como um dos principais fatores de diminuição de saúde mental dos enfermeiros. No panorama nacional, ao comparar os profissionais portugueses com os espanhóis, constata-se a presença da mesma em 32% dos enfermeiros constituintes da amostra. Esta caracteriza-se por sentimentos excessivos de preocupação, insegurança ou medo excessivos e por vezes infundados, causando reações físicas como taquicardia, sudorese, tremores e podendo levar a crises de pânico e sofrimento psicológico. Esta pode ocorrer associada a determinado contexto (ansiedade-estado) ou como uma resposta habitual do indivíduo (ansiedade-traço) e pode influenciar os profissionais uma vez que prejudica a tomada de decisão racional, diminuindo o seu desempenho laboral (Queirós et al, 2020).

Os enfermeiros exercem atualmente a sua profissão em contextos emocionalmente exigentes (Queirós, Borges & Abreu, 2019) e nos quais estão sujeitos a elevados níveis de stress, que quando prolongado no tempo pode conduzir ao burnout. Este é resultante da combinação de diversos fatores organizacionais com elementos de vulnerabilidade individual, como é exemplo a predisposição para a ansiedade (Queirós et al., 2020). A ansiedade, apesar de sintoma inerente à vida de todos os indivíduos aquando de mudanças significativas da mesma, é compreendida como um problema de saúde quando desproporcional relativamente ao estímulo que o provoca, quando não é compreendido como norma para a faixa etária em questão ou quando se prolonga no tempo (Castillo citado em Guedes, 2020). Podendo identificar-se em três níveis de incidência, se no caso da ansiedade em grau ligeiro não se considera diagnóstico de enfermagem por não representar alterações significativas na vida do indivíduo, o mesmo não se aplica à presença de ansiedade em graus moderado a elevado. (Sequeira & Sampaio, 2020). São diversos os estudos que evidenciam

em vários contextos a presença da ansiedade, embora em diferentes níveis, nos enfermeiros a exercer a profissão, correlacionando-a com o desenvolvimento de patologias psiquiátricas como o burnout e a depressão. Torna-se assim evidente a necessidade de atuação para a autogestão da ansiedade nos profissionais de saúde. Ao efetuar um estudo relativamente às alterações cognitivas nos enfermeiros a exercer num serviço de terapia intensiva, Machado et al. (2016) constatam que 92% dos profissionais se encontravam num estado de ansiedade moderado, denotando ainda uma correlação plena entre o stress e ansiedade. No contexto de unidades de saúde familiar em cuidados de saúde primários, também Júlio et al. (2021) se depararam com moderados níveis de ansiedade e depressão entre os enfermeiros, correlacionando-se estas positiva e moderadamente. No que diz respeito à enfermagem num hospital psiquiátrico, o estudo de Pessoa et al. (2021) revelou frequências de 58,3% de ansiedade-traço e de 84% de ansiedade-estado nos profissionais. Queirós et al. (2020) constatam ainda ansiedade como preditora de síndrome de burnout, sendo a prevalência desta de 32% no caso dos enfermeiros portugueses. Queirós, Borges. & Abreu (2019) obtêm também resultados concordantes com o referido, verificando que na sua amostra apesar dos valores de ansiedade se centrarem entre baixos a moderados, se correlacionam positivamente com a exaustão emocional, despersonalização e burnout e alcançando resultados concordantes com estudos anteriores que referem a ansiedade como fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de burnout. Ainda no âmbito nacional, Carvalho, D. et al. (2019) identificaram no seu estudo num hospital da região centro do país que apesar dos enfermeiros apresentarem níveis satisfatórios de saúde mental, os mesmos se encontram abaixo dos valores da população geral. Constatou-se ainda que, apesar das diversas características sociodemográficas, a ansiedade foi o foco em que se identificaram valores menos positivos de saúde mental nos profissionais.

3. FATORES DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

O conceito de saúde mental é amplamente influenciado por fatores que determinam a qualidade da saúde, identificando-se fatores de risco e fatores protetores. Os determinantes de saúde mental são múltiplos e derivam das várias dimensões da pessoa. Assim, identificam-se determinantes de origem biológica, social e ambiental.

Os objetivos da promoção da saúde mental visam diminuir a incidência de perturbações mentais direcionando a atenção para planos estratégicos de atuação nas qualidades individuais, sociais e ambientais de cada indivíduo (OMS, 2001). Através da população-alvo selecionada (enfermeiros) foi realizada uma análise dos diversos fatores suprarreferidos na literatura para identificação dos principais contextos que determinam o estado de saúde mental deste grupo, com o objetivo de identificar os fatores de risco, bem como as áreas que carecem de intervenção para melhoria da saúde mental desta população. Segundo Sørensen et al. (2012), a saúde mental individual é influenciada por determinantes pessoais como a idade, o sexo, a raça, o status socioeconómico,

educação, emprego, rendimentos e acessibilidade a serviços. De acordo com o estudo de investigação realizado por Oliveira & Pereira (2012), da análise de dados relativos à idade dos profissionais e à experiência profissional, infere-se que os enfermeiros mais jovens refletem níveis de ansiedade superiores quando comparados com enfermeiros mais velhos e com mais experiência profissional. Ainda segundo os mesmos autores, esta situação pode ser explicada pelas condições laborais atuais, com instabilidade profissional e precariedade contratual, podendo também ser provocados pela entrada no mercado de trabalho e com a necessidade de assumirem novas responsabilidades. Outra causa de ansiedade identificada por Martins et al. (2016) é o horário de trabalho, referindo-se ao trabalho por turnos como um fator relacionado com níveis de ansiedade superiores e consequentemente pior perceção de saúde mental. Os mesmos autores concluíram no seu estudo de investigação que o sexo feminino tem maiores níveis de ansiedade comparativamente ao sexo masculino, com significativa diferença, sem identificação de causa concreta no estudo. A OMS (2010) define holisticamente os determinantes sociais permitindo uma visão alargada dos diferentes contextos de saúde mental. Quando refere estes determinantes, enumera as políticas laborais débeis, fracas condições de trabalho e a desigualdade de acesso a oportunidades como fatores que afetam a saúde mental dos profissionais. Do ponto de vista dos profissionais de Enfermagem, e de acordo com a problemática da ansiedade, é clara a relação entre as fracas condições de trabalho e o desenvolvimento de fatores stressores que desencadeiam respostas subjetivas como a ansiedade. Os determinantes situacionais incluem influências familiares e de pares, uso dos media e ambiente físico (Sørensen et al., 2012). O status familiar é apontado como fator que contribui para um maior nível de ansiedade, especialmente nas mulheres pela acumulação de funções pessoais que interferem na jornada laboral (Oliveira & Pereira, 2012). Martins et al. (2016) afirmam que a complexidade dos contextos de trabalho hospitalar tem um maior impacto no bem-estar e saúde mental dos profissionais que aí trabalham. Estudos mais recentes procuraram perceber de que forma a pandemia teve influência nos níveis de ansiedade dos enfermeiros. Segundo o estudo de Santos et al. (2021), fatores associados à ansiedade moderada ou severa foram identificados em enfermeiros a desempenhar funções em serviços não organizados para a resposta à pandemia, devido à escassez de equipamento de proteção individual e formação para a atuação segura. Outra conclusão do mesmo estudo, refere que o afastamento social inerente ao isolamento e à diminuição de contactos de risco desencadeou nos profissionais uma perceção negativa da sua saúde mental, ficando mais expostos a incertezas, apreensões, medos, quadros de ansiedade, solidão e pânico, originando sofrimento mental. Grande parte dos enfermeiros experiência diariamente situações de imprevisibilidade, exposição a fatores stressores e de risco, bem como a tomadas de decisões cruciais. A complexidade da profissão torna premente a identificação de fatores protetores que permitam promover a saúde mental deste grupo profissional, tanto a nível pessoal como profissional. De acordo com a DGS (2021), a nível profissional identifica-se o apoio social, o sentimento de

inclusão, os ambientes laborais com condições de tomada de decisão, o controlo do ritmo de trabalho, a estratégia de motivação e comunicação, bem como um ambiente seguro como sendo fatores que protegem e promovem a saúde mental dos profissionais. No domínio pessoal são referidos os hábitos de vida saudáveis, a higiene do sono, a cessação tabágica/drogas/álcool e as técnicas de relaxamento. Santos et al. (2021) apontam atitudes como práticas de autocuidado, especificamente atividade física e atividades corpo-mente, constituição de grupos de apoio entre pares e intervenções psicoterapêuticas como fatores protetores da saúde mental.

A literacia em saúde constitui um fator protetor dos enfermeiros destacando-se a sua formação académica como fator facilitador do acesso filtrado a conhecimento científico para empoderamento pessoal e profissional, que dita o sentido da melhoria da qualidade da saúde mental individual e de grupo, bem como a qualidade de vida em geral (Sørensen et al., 2012). Contrariamente à evidência que salienta maior exposição dos enfermeiros de saúde mental aos fatores de stress no local de trabalho (Itzhaki et al., 2015; Jacobowitz, 2013; Lamont et al., 2017; Letvak, Ruhm & McCoy, 2012), os enfermeiros que trabalham nos serviços de psiquiatria evidenciaram melhor saúde mental relativamente aos enfermeiros dos restantes serviços. Resultados que podem dever-se ao autoconhecimento e autoconsciencialização desenvolvidos pelos profissionais a exercer na especialidade, no uso de si próprio como instrumento terapêutico, e que pode, por si só, ser protetor e promotor de saúde mental (Carvalho, D. et al., 2019). Os mesmos autores concluíram a necessidade de desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental no contexto ocupacional, bem como capacitar os enfermeiros com estratégias para o autocontrolo da ansiedade e promoção do bem-estar psicológico, refletindo-se no domínio pessoal e no desempenho de funções. Sendo que de acordo com os dados obtidos, as apostas nos programas de promoção de saúde mental no trabalho deverão primordialmente ser dirigidos aos enfermeiros que exercem funções em serviços não psiquiátricos.

4. SINAIS E SINTOMAS PRECOSES DE PERTURBAÇÕES DE SAÚDE MENTAL

É aceitável que um trabalhador experiencie emoções de ansiedade ao viver momentos de transição de vida, perante uma situação desconhecida ou inesperada ou em situações de rutura. Estas, embora não sejam doença, propiciam sofrimento gerador de alterações. Considera-se, no entanto, que estas são preocupantes quando “surge sem estímulo aparente” ou a intensidade, duração ou frequência “não é proporcional aos sentimentos que desperta” (DGS, 2021). As respostas à ansiedade ocorrem em diversas áreas, desde a fisiológica à comportamental. Se no âmbito das respostas fisiológicas ocorrem alterações como inquietação, tremores, sudorese, insónia, palpitações, tensão muscular, xerostomia, cefaleias, alterações do sistema gastrointestinal e urgência urinária; no que diz respeito à componente psicológica/comportamental, observam-se verbalizações aumentadas, ausência de contacto visual, riso inapropriado, choro, alterações da libido e demonstrações de raiva (Guedes,

2020). As alterações comportamentais e sociais tendem a ser os primeiros sinais de distress e os mais evidentes. A exposição a riscos psicossociais tem sido associada a uma ampla variedade de comportamentos prejudiciais, tais como: inatividade física, consumo excessivo de álcool e tabaco, consumo de drogas, maus hábitos alimentares, alterações do sono e violência (DGS, 2021). Recentemente, e no contexto da pandemia de Covid-19, alguns estudos evidenciaram a presença de sintomatologia ansiosa nos profissionais de saúde. Coelho et al. (2022) depararam-se com 94,8% da amostra com pelo menos um sintoma associado a ansiedade, tendo sido os mais referidos o sentirem-se assustados, com incapacidade para relaxar e com nervosismo. De entre a sintomatologia física destacam-se a presença de palpitações e de indigestões. Estes resultados corroboram estudos anteriores em que os profissionais se encontravam em sofrimento psíquico, associado a sintomas de insónia, stress, nervosismo, raiva e angústia (Coelho et al. 2022).

Segundo a DGS (2021) as repercussões negativas decorrentes de problemas de saúde mental manifestam-se, normalmente, pelo aumento do absentismo, do presentismo e de acidentes de trabalho como lesões musculoesqueléticas, pela existência de relações laborais conflituosas, pela motivação reduzida dos trabalhadores, pela diminuição da satisfação e da criatividade, pelo aumento da rotatividade de pessoal e das transferências internas e pela reputação da empresa usualmente mais fraca. Quando existe o desgaste em relação ao trabalho, usualmente expresso na forma de desânimo e descontentamento pelos trabalhadores, surge o sofrimento que, num “primeiro momento, é o limite entre a saúde e a doença”.

Existem também evidências que o “stress no local de trabalho está relacionado com uma degradação da qualidade das relações com o cônjuge, os filhos e outros membros da família”, o que poderá ter sérias consequências em termos de saúde pública (DGS,2021).

5.PROGRAMA DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL

As perturbações mentais no local de trabalho representam hoje uma significativa parte dos problemas de saúde que afetam os trabalhadores: “um em cada cinco trabalhadores sofre de um problema de saúde mental”. Cerca de 25% dos trabalhadores da Europa afirmam “sofrer stress no trabalho durante a maior parte ou a totalidade do seu horário de trabalho”, e uma percentagem similar “relata que o trabalho afeta negativamente a sua saúde”, tendo os fatores de risco psicossocial um contributo relevante quanto aos efeitos adversos do trabalho (DGS,2021).

Tenda em conta esta evidência a DGS (2021) refere que o empregador deve, através dos Serviços de Saúde e Segurança no trabalho/Saúde Ocupacional, assegurar que nos locais de trabalho, as exposições a fatores de risco psicossocial “não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador”. Sendo para isso necessária uma “correta e permanente avaliação de riscos” que mantenha a vigilância da saúde do trabalhador em matéria de saúde mental e bem-estar e que

permita estabelecer as necessárias medidas de prevenção dos riscos profissionais de natureza psicossocial (...) que visa a ação pela adoção de medidas preventivas e de proteção que eliminem ou minimizem o risco psicossocial.

Desta forma é também referido que os programas de saúde mental nos locais de trabalho têm um grande potencial para gerar retorno económico e melhorar a saúde mental da força de trabalho, dado que conduzem a melhorias significativas ao nível do bem-estar dos trabalhadores, de redução do absentismo e do aumento da produtividade e do melhor desempenho dos trabalhadores. Pode igualmente melhorar a imagem e reputação da empresa (DGS, 2021).

Segundo a DGS (2021) Fator de risco é um agente suscetível de provocar um efeito adverso na saúde do trabalhador. Os fatores psicossociais são definidos pela Organização Internacional do Trabalho (1986) como as “interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as capacidades, necessidades, cultura e considerações pessoais extra-trabalho dos trabalhadores que podem, através da perceção e da experiência, influenciar a saúde, o rendimento no trabalho e a satisfação profissional”.

A Lei de Bases da Saúde citada pela DGS (2021) estabeleceu: Base 1- “Direito à proteção da saúde” – “o direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer”; Base 13 “Saúde mental” – a) “o Estado promove a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados”; b) “os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia e ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada e prioritariamente a nível da comunidade”; c) “as pessoas afetadas por doenças mentais não podem ser estigmatizadas ou negativamente discriminadas ou desrespeitadas em contexto de saúde, em virtude desse estado”. » Base 14 “Saúde Ocupacional” – “todos os trabalhadores têm o direito de beneficiar de medidas que lhes permitam proteger a saúde no âmbito da sua vida profissional” devendo “ser tidos em conta, em especial, os riscos psicossociais dos trabalhadores particularmente vulneráveis”.

Tendo em conta o processo de gestão do risco psicossocial, foi criado pela DGS (2021) um “Modelo geral de atuação dos Serviços de SST/SO no âmbito dos riscos psicossociais” (ANEXO I) que tem por finalidade: Melhorar o processo de análise, avaliação e gestão do risco profissional de natureza psicossocial, assim como o estabelecimento, fundamentação e priorização de medidas de prevenção e de proteção dos trabalhadores expostos; b. Estabelecer e fomentar processos de articulação e o trabalho integrado entre os diversos profissionais que integram os Serviços de SST/SO; c. Clarificar

e melhorar os procedimentos de vigilância de saúde específica e dirigida em matéria de riscos psicossociais.

Também foram identificados pela DGS (2021) níveis de risco para intervenção preventiva visando estabelecer as prioridades de ação e as necessárias medidas preventivas (ANEXO II) e foi criado um Guia (ANEXO III) para otimizar o diagnóstico de perturbação mental, tendo em conta a dificuldade dos profissionais dos Serviços de Saúde do Trabalho em proceder ao diagnóstico das perturbações mentais e consequente a necessidade urgente de intervenção estruturada neste âmbito que permita o tratamento atempado, com base nas orientações da Organização Mundial de Saúde, nas unidades de saúde “não especializadas em saúde mental”, estabelece-se que o diagnóstico clínico deverá ter como objetivo a deteção e avaliação de: situações de stress ou ansiedade excessiva e suspeitas de perturbação mental.

Assim, a DGS (2021) na aplicação do presente Guia, considera no “Quadro clínico prioritário”: situações agudas, em que o trabalhador não está em risco de vida iminente, mas existe o risco de evolução para complicações mais gravosas ou fatais, pelo que são necessários cuidados especializados. Incluem-se nesta categoria: Burnout; Demência; Depressão moderada a grave; Epilepsia; Esquizofrenia; Perturbação do ritmo circadiano do sono-vigília; Perturbação por stress pós-traumático; Perturbações por consumo de álcool; Perturbações por consumo de drogas; Psicose; Stress crónico; Perturbação bipolar; Perturbação da personalidade; “Quadro clínico de emergência”: ocorrência imprevista de uma situação de saúde grave (com ou sem risco de vida), em que o trabalhador tem necessidade de assistência médica imediata para manter as funções vitais e/ou evitar incapacidade ou complicações graves. Incluem-se nesta categoria: Autoagressão/ Tentativa de suicídio; Episódio de epilepsia/ Convulsão; Consumo abusivo de álcool / drogas; Violência no local de trabalho.

No “Quadro clínico moderado ou grave”: perturbação mental que não está incluída nas categorias, aplicando os instrumentos Sheehan Disability Scale e a Global Assessment of Functioning, a perturbação mental é classificada de grave ou moderada. Para avaliar como a situação de stress ou ansiedade afeta a funcionalidade do trabalhador recomenda-se a utilização da Escala de Incapacidade de Sheehan. Na fase de diagnóstico é ainda importante aferir se a situação de stress, ansiedade ou a perturbação mental tem relação com o trabalho (nexo causal), de forma a identificar outros trabalhadores expostos aos mesmos fatores de risco e estabelecer as necessárias medidas corretivas/preventivas.

6. ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Ao identificar estratégias de promoção da saúde mental, é primordial falar sobre o conceito de autocontrolo. Segundo Sequeira & Sampaio (2020) autocontrolo corresponde à volição, ou seja, à ação de decisão, com as seguintes características específicas “disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida.”

Também relevante na promoção da saúde mental são as técnicas de Relaxamento. Segundo Payne (2000) citado por Sequeira & Sampaio (2020) o relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, através do qual se obtém sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de stress.

Os mesmos autores referem que existem três grandes objetivos do relaxamento: como medida preventiva de consequências fisiológicas do stress, como tratamento para alívio do stress e das consequências fisiológicas e como forma de desenvolvimento de competências mentais para lidar com o stress. Desta forma, o relaxamento tem um potencial terapêutico que induz um estado de bem-estar, através da incidência direta ou indireta no tónus muscular.

Segundo Elias (2014) citado por Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) o relaxamento permite desenvolver a capacidade para lidar com os sintomas físicos que contribuem para ansiedade de uma forma mais eficaz, reduzindo os estímulos e as perceções associadas ao sistema sensorial do corpo. São exemplos de técnicas de relaxamento: Técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (que pretende o relaxamento profundo de todos os grandes grupos de músculos corporais através da contração e descontração) e Relaxamento por imaginação guiada (que pretende que a pessoa utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da sua imaginação ou da memória, para alcançar o efeito terapêutico desejado). Segundo Apóstolo (2010) citado por Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) durante a imaginação guiada a vivência da experiência é tão intensa que o cérebro responde como se fosse uma experiência real, produzindo efeito psicossomáticos benéficos.

Os mesmos autores também evidenciam a importância da promoção da esperança como uma técnica promotora de saúde mental, documentada como uma influência positiva na saúde mental das pessoas, no aumento do conforto e qualidade de vida, assim como na redução da depressão e suicídio, na redução da predisposição para a dependência e da exaustão familiar (Querido & Dixe, 2016; Wnuk, 2017). Segundo Querido, A. (2018) citada por Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) a Esperança é multidimensional, dinâmica, orientada para o futuro, mas atendendo, ao passado e vivida no presente, implicando o estabelecimento e alcance de objetivos que, para a pessoa, sejam significativos.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) também referem a importância de algumas terapias complementares na promoção da saúde mental, como o Reiki, Toque Terapêutico, Massagem, Musicoterapia, Acupuntura, Auriculoterapia e Reflexoterapia.

Os mesmos autores referem que estas são algumas terapias complementares nas quais os enfermeiros se têm destacado em Portugal e no mundo e as quais adaptam às suas diferentes áreas de intervenção.

O Reiki é uma terapia natural, não invasiva, que usa a energia universal para estabelecer o equilíbrio energético da pessoa, consigo própria e com o meio que a rodeia. A técnica é simples e consiste na imposição das mãos sobre a pessoa a tratar e deixar a energia fluir. O objetivo é restabelecer o equilíbrio vital e promover a saúde. A técnica é indicada para a diminuição da ansiedade, sofrimento, dor, fadiga e para todos os estados de dependência física. Potencia os sentimentos positivos, o sono e o repouso, a concentração, a aprendizagem e valoriza a autoestima. A nível mental o Reiki permite um desenvolvimento pessoal, no sentido em que potencia os processos intelectuais, o autoconhecimento e uma maior abertura a tudo o que nos rodeia.

A Massagem utiliza diversas técnicas, cujo objetivo é produzir efeitos sobre o sistema nervoso, muscular, respiratório, linfático e sobre o estado geral. Esta técnica alivia o stress psicológico, proporciona relaxamento, alivia e controla a dor, diminui o edema, melhora a circulação e alivia a tensão, assim como previne deformidade e promove a independência funcional. O benefício da massagem deve-se, em grande parte, ao efeito positivo produzido em todo o corpo e à sensação de bem-estar. A massagem estimula e acalma o sistema nervoso e ajuda a diminuir o cansaço. As massagens estéticas trazem benefícios a nível circulatório. A massagem nas mãos pode ser usada para acalmar e relaxar pessoas ansiosas ou agitadas. Segundo Worth (1997) citado por Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) a massagem acalma, estimula e desintoxica.

Outra terapia alternativa utilizada no âmbito da saúde mental é a Musicoterapia. A Musicoterapia é a utilização terapêutica criteriosa da música como meio para cuidar do ser humano, em todas as fases do ciclo vital, cujo objetivo é o equilíbrio e o bem-estar do utente.

A música clássica e harmoniosa proporciona bem-estar e relaxamento. A música mais estimulante pode provocar estados de ansiedade, pela excitação fisiológica causada. A música funciona como distração, abrandando o ritmo respiratório, incentiva à imaginação e ajuda a restabelecer o humor eufórico.

Durante a gravidez ouvir música pode fomentar uma ligação entre o meio uterino e o ambiente externo, assim como durante o trabalho de parto, visto que pode ser um fator de relaxamento e distração. A música pode ser utilizada também para facilitar a relação com os outros, melhorar comportamentos, fomentar a criatividade, a comunicação, a socialização, aliviar a dor, promover o bem-estar físico, psíquico e espiritual, proporcionar relaxamento ou estimular o organismo, relembrar acontecimentos do passado ou do dia-a-dia, expressar emoções e sentimentos, induzir a atividade

física, ativar a percepção sensitiva, diminuir ou aumentar a frequência cardíaca e respiratória, ajudar ao autoconhecimento e à autorreflexão, para que seja mais fácil reconstruir a identidade e ultrapassar mais facilmente as barreiras que alguma patologia imponha.

Segundo os mesmos autores a acupunctura também é evidenciada no âmbito da saúde mental e é a área da medicina tradicional chinesa com maior visibilidade e expressão a nível ocidental, além de ser reconhecida pela OMS. Esta terapia baseia-se na teoria de que no corpo existem duas correntes de energia, designadas Yin e Yang, que a saúde depende do equilíbrio entre ambas. Está indicada no tratamento das seguintes situações: ansiedade, stress, depressão, obesidade, perturbações alimentares, perturbações aditivas, enxaquecas, cefaleias, nevralgias, fibromialgia, dor neoplásica, lombalgias, mioma, doenças musculoesqueléticas, e doenças crónico-degenerativas.

É também referida pelos mesmos autores a auriculoterapia, designada por acupunctura auricular, que através da estimulação de pontos do pavilhão auricular facilita o processo de autocura. As indicações para esta terapia são: depressão, stress, desintoxicações tabágicas, alcoolismo, algias musculoesqueléticas e cefaleias, patologias inflamatórias ou infecciosas, dermatológicas, hipertensão e patologias crónicas.

Assim como as terapias anteriormente abordadas, Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) também referem a Reflexoterapia, como uma terapia com benefícios incontestáveis, uma vez que visa a harmonização da energia que circula no corpo com a finalidade de garantir o bom funcionamento dos diferentes órgãos. Esta técnica consiste na aplicação de pressão com os dedos nas mãos, pés e costas, estimulando terminações nervosas relacionadas com os vários sistemas e órgãos do corpo, proporcionando a cura e o bem-estar. É indicada no tratamento de problemas emocionais, digestivos, circulatórios, menstruais, lombalgias, insónia, cefaleias, cansaço, stress, ansiedade, relaxamento, recuperação pós-parto, controlo da dor.

O Mindfulness também surge com grande ênfase no séc. XX associado às Ciências da Saúde e positivamente evidenciado no âmbito da saúde mental. Segundo Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) este conceito é traduzido como “atenção” ou “consciência plena” (García- Campayo, 2018), “é um estado de prestação de atenção de uma forma intencional aquilo que ocorre no momento presente, com uma atitude de curiosidade, aberta e amável, sem julgamentos, críticas ou rejeições do que precisamente ocorre aqui e agora” (Kabat-Zinn, 2003). Desta forma, o mindfulness resulta na atenção aos detalhes das nossas experiências.

A atitude mindfulness define-se segundo García-Campayo, (2018) e Kabat-Zinn (2012) pelos seguintes princípios: Não julgar; Aceitar; Não forçar, não esperar nada; Deixar ir; Mente de principiante (reconhecer o que não sabemos); Adotar uma atitude gentil em relação a si mesmo; Paciência (sermos pacientes connosco). Na abordagem do mindfulness a respiração e as sensações corporais são dois elementos fundamentais, na medida em que ambos se situam na dimensão presente. Assim, são descartados pontos de ancoragem, as emoções e os pensamentos, já que

ambos se encontram ligados ao passado e ao futuro e impedindo desta forma pensamentos ruminativos e emoções negativas.

Em 1979 foi criado na Universidade de Massachusetts um Programa de Redução do stress baseado em Mindfulness e posteriormente Segal, Williams e Teasdale (2012) criaram a Terapia Cognitiva para a Depressão baseada nesse programa de Mindfulness.

As técnicas básicas do mindfulness dividem-se em formais e informais. As formais são as seguintes: Atenção à respiração como objeto de ancoragem (Huguet & Alda, 2019; Kabat-Zinn, 2012); Scanner corporal, o objeto de ancoragem são as sensações corporais (García-Campayo, 2018); Prática dos 3 minutos (García-Campayo, 2018), que consiste numa atividade na qual se varia o foco de atenção (o ponto de ancoragem), no primeiro minuto foca-se a atenção num foco amplo, no segundo minuto centra-se a atenção na respiração e no último minuto volta-se a ampliar o foco de atenção; Mindfulness a caminhar (García-Campayo, 2018), consiste em prestar atenção a caminhar, focalizando a atenção nas sensações e experiências no processo de andar; Atenção aos movimentos corporais (García-Campayo, 2018), esta prática consiste na realização de exercícios corporais com atenção plena, sendo os movimentos do corpo o foco de ancoragem; Mindful eating (García-Campayo, 2018), é a prática que consiste em comer com a atenção plena, prestar atenção á comida e à sua ingestão, através dos sentidos e do corpo. Neste caso o ponto de ancoragem é o alimento e o ato de comer.

As práticas informais do mindfulness consistem em focalizar a atenção numa atividade ou numa situação em concreto da vida quotidiana tornando-nos conscientes da mesma (andar, comer, tomar banho, por exemplo).

García-Campayo (2018) e Huguet & Alda (2019) citados por Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) referem múltiplos benefícios decorrentes da prática de mindfulness: Melhoria na capacidade de manter a atenção e a concentração; Diminuição da impulsividade, favorecendo o autocontrolo; Aumenta a tolerância à frustração; Facilita a identificação de sensações corporais, emoções e pensamentos; Promove o reconhecimento de constantes mudanças (pensamentos, sensações e emoções que vão e vêm); Promove a regulação emocional; Promove a introspeção e facilita o autoconhecimento; Aumenta a empatia e a qualidade das relações sociais; Reduz o stress e o mal-estar psicológico e melhora a qualidade de vida.

Gotink et al. (2015) e Hervás et al. (2016) citados por Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) referem que de acordo com a investigação atual foram encontrados diversos resultados positivos decorrentes do Mindfulness em várias perturbações mentais como: nos Distúrbios do Humor (Depressão Major, Bipolaridade), foi observada uma redução da sintomatologia, assim como nos Distúrbios da Ansiedade. Foram também verificados resultados positivos nas Adições, como prevenção de recaídas, no Distúrbio de défice de atenção e hiperatividade, assim como na Psicose foi observado que o mindfulness é moderadamente eficaz nos sintomas negativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos estudos referem que os enfermeiros representam um grupo profissional que geralmente enfrenta um vasto conjunto de problemas e limitações associados a elevados níveis de pressão e stress, inserindo-se nas ocupações consideradas de alto risco (Demerouti, et al.,2000, in Fillion. et al. 2007 citados por Nogueira p.17).

Segundo a OMS (2012), os determinantes sociais aludem a políticas laborais débeis com fracas condições de trabalho e desigualdade de acesso a serviços, que podem desencadear respostas subjetivas de ansiedade nos enfermeiros. Para a promoção da saúde mental neste setting laboral exigem-se intervenções direcionadas à promoção dos fatores protetores de ordem pessoal e profissional, nomeadamente o desenvolvimento de práticas de autocuidado centradas em hábitos de vida saudáveis e a organização de ambientes laborais seguros, focados na motivação e bem-estar da equipa (DGS, 2021). Sørensen et al. (2012) acrescentam aos fatores protetores a literacia em saúde, afirmando que os enfermeiros têm maior facilidade no acesso a conhecimento científico para empoderamento pessoal e profissional.

Em suma, o desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental no contexto ocupacional visa capacitar os profissionais com estratégias de autocontrolo da ansiedade e promoção do bem-estar psicológico, refletindo-se no domínio pessoal e no desempenho de funções (Carvalho et al., 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, D., Querido, A., Tomás, C., Gomes, J., & Cordeiro, M. (2019). A saúde mental dos enfermeiros: um estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*
- Coelho, M; Cavalcante, V; Araújo, M; Martins, M; Barbosa, R; Barreto, A et al. (2022). Sintomas de ansiedade e fatores associados entre profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19. *Cogitare Enferm.* 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79739>
- Custódio, M. et al. (2018). O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Rio Grande do Sul.
- Direção Geral da Saúde (2021). Guia técnico N° 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Guedes, A. (2020) Ansiedade, stress e burnout: definição conceptual e operacional, inter-relações e impacto na saúde. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10664/1/7568_16034.pdf
- Julio R, et al. (2021). Anxiety, depression, and work engagement in Primary Health Care nursing professionals. *Rev Rene.* 2021
- Machado D., Figueiredo N., Velasques L., Bento C., Machado W., Vianna L. (2016) Cognitive changes nurses working in intensive care units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(1):73-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0513>
- Martins, C., Campos, S., Duarte, J., Chaves, C. & Silva, E. (2016). Fatores de risco em saúde mental: contributos para o bem-estar biopsicossocial dos profissionais da saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3: 21-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0112>
- Nogueira, C. (2016). Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo
- Oliveira, V. & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7): 43-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1175>
- Organização Mundial de Saúde (2014). Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44307/9789241599313_por.pdf?sequence=2
- Organização Mundial de Saúde (2014). Mental health: A state of well-being. Genebra: Organização Mundial da Saúde

Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo- Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. WHO Graphics.

Queirós, C.; Borges, E; Abreu, M. (2019). Ansiedade, Engagement e Burnout em enfermeiros. International Congress of Occupational Health Nursing: proceedings <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/120982?mode=full>

Queirós, C., Borges, E., Mosteiro, P., Abreu, M., Baldonado, M. (2020) Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao burnout em enfermeiros: um estudo comparativo Portugal/Espanha. Suplemento digital Rev ROL Enferm 2020; 43(1): 83-89 <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31338/1/83-89.pdf>

Santos, K., Galvão, M., Gomes, S., Souza, T., Medeiros, A. & Barbosa, I. (2021). Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. Escola Anna Nery, 25. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2021). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12 (80): 1-13. Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/8>

Torres, J. (2019) Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Acedido a 19 de maio de 2022 em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0394>

SESSÃO 1- “EU E OS OUTROS”	
Tipo de intervenção	Psicossocial
Data e local	25 setembro 2022, Hospital de Dia de Psiquiatria
Duração	2 horas
População alvo	Utentes do Hospital de Dia
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Comportamento interativo comprometido Comunicação comprometida
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar o utente para a autoafirmação, assertividade e relações interpessoais.
Escala de avaliação	Questionário de avaliação da assertividade (Towsend, 2011, adaptado de Loyd 2002)
Fundamentação	É através da comunicação que se estabelece uma relação com o outro (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020). Desta forma é fulcral o planeamento de uma sessão psicoeducativa/psicossocial sobre comunicação num programa de desenvolvimento pessoal/inteligência emocional. Esta sessão tem como objetivo disponibilizar conhecimento aos utentes sobre comunicação assertiva, incentivando à autoafirmação, assim como incentivar à construção de relações interpessoais saudáveis.
Estratégia	Introdução: Apresentação com quebra-gelo: “se eu fosse um sentimento seria...” Desenvolvimento: Abordagem dos temas: Autoafirmação, Assertividade, Comunicação e Relação com os outros. Conclusão: Atividade sobre o tema: exposição de situações do dia-a-dia, nas quais os utentes terão de sugerir de forma interativa comportamentos assertivos.
Indicadores de Resultado NOC	Envolvimento social Capacidade de comunicação
Critérios de exclusão	Utentes com sintomatologia não adequada à atividade ou utentes para a qual a atividade não tenha um fim terapêutico significativo no momento clínico em que se encontra.
Recursos materiais	Sala de atividades, projetor, computador, mesas, cadeiras.
Questionário de avaliação	Foi elaborado um questionário para avaliação de resultados com as seguintes questões: “senti-me bem na realização desta atividade” e “esta atividade deu-me conhecimento útil”, ambas com as opções “concordo totalmente”, “concordo”, “indeciso”, “discordo”, “discordo totalmente”. Foram colocadas no questionário também questões abertas: “Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento?”, “O que entendeu sobre autoafirmação?”, “O que entendeu sobre assertividade?”, “O que senti durante a atividade?”.
Bibliografia	Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel

Questionário de avaliação da assertividade:

Teste de Assertividade

Fonte: Townsend (2011, adaptado de Loyd, 2002)

Atribua um número de 1 a 5 a cada item utilizando a seguinte escala 1= Nunca; 3=Por vezes; 5= Sempre

	Nunca		Sempre		
	1	2	3	4	5
1. Peço aos outros para me fazerem coisas sem me sentir culpado ou ansioso	1	2	3	4	5
2. Quando alguém me pede para fazer algo que não quero fazer digo "não" sem me sentir culpado ou ansioso	1	2	3	4	5
3. Sinto-me à vontade quando falo para um grupo grande de pessoas	1	2	3	4	5
4. Exprimo de modo confiante as minhas opiniões honestas a figuras de autoridade (como o meu chefe)	1	2	3	4	5
5. Quando experiencio sentimentos fortes (raiva, frustração, desilusão, etc.) , verbalizo-os facilmente	1	2	3	4	5
6. Quando expromo raiva faço-o sem culpar os outros por me deixarem furioso	1	2	3	4	5
7. Sinto-me confortável a falar dentro de um grupo	1	2	3	4	5
8. Se não concordo com a opinião da maioria numa reunião, consigo manter a minha opinião sem me sentir desconfortável e sem ser abrasivo	1	2	3	4	5
9. Quando cometo erro, reconheço-o	1	2	3	4	5
10. Digo aos outros quando o seu comportamento me cria um problema	1	2	3	4	5
11. Conhecer pessoas novas em situações sociais é algo que faço fácil e confortavelmente	1	2	3	4	5
12. Quando discuto as minhas crenças, faço-o sem rotular as opiniões dos outros de "loucas", "estúpidas", "ridículas" ou "irracionais"	1	2	3	4	5
13. Assumo que a maioria das pessoas são competentes e de confiança e não tenho dificuldade em delegar tarefas a outros	1	2	3	4	5
14. Quando considero fazer algo que nunca fiz antes, sinto-me confiante de que posso aprender a fazê-lo	1	2	3	4	5
15. Acredito que as minhas necessidades são tão importantes quanto as dos outros e tenho direito a ter as minhas necessidades satisfeitas	1	2	3	4	5

Pontuação total da escala

60 pontos ou mais – tem uma filosofia assertiva consistente e provavelmente lida bem com a maioria das situações

45-59 pontos – tem uma visão algo assertiva, mas pode beneficiar de algum treino de assertividade

30-44 pontos – pode ser assertivo em algumas situações, mas a sua resposta natural é não assertiva ou agressiva. Sugere-se treino de assertividade

15-29 pontos – tem dificuldades consideráveis em ser assertivo. Recomenda-se treino de assertividade.

Fonte: Townsend (2011, adaptado de Loyd 2002)

PROGRAMA "EuSOU+"
1ª. Sessão
TEMA: A importância da autoafirmação
 Realizado por:
 ENP, Vânia Raimundo
 (Aluna ESMP)

- ➔ A importância da Autoafirmação
- ➔ O que é a Assertividade? Qual é a sua importância na autoafirmação?
- ➔ SER agressivo/passivo/assertivo
- ➔ Exercícios

Ser passivo
 Não diz o que sente para não magoar os outros
 Não sabe dizer que não
 É manipulado constantemente por não se saber impor
 Gera conflitos internos
 Pode tornar-se facilmente agressivo pelos conflitos internos e assim gerar mais tristeza e frustração

Autoafirmação
 Defesa da própria identidade, direitos, opiniões, desejos; afirmação
 Tentativa de se impor à aceitação do meio (afirmar-se);

Ser assertivo
 Diz aquilo que pensa e sente, sem magoar os outros, de forma clara
 Esclarece situações
 Não é manipulado, tem as suas opiniões e sabe expressá-las de forma calma
 Constrói relações saudáveis, baseadas no respeito mútuo.

ASSERTIVIDADE
 "Capacidade, em termos de comunicação, que possibilita a uma pessoa **expressar/ defender uma determinada situação sem contrariar os seus princípios** e sem violar os princípios dos outros, expressando-se de forma calma e sem agressividade para com o outro".
TÉCNICA QUE PROMOVE A SAÚDE MENTAL

- É necessário para ser Assertivo desenvolver a capacidade de:**
- ➔ Expressar o pensamento
 - ➔ Fazer críticas construtivas
 - ➔ Discordar dos outros
 - ➔ Fazer perguntas
 - ➔ Fazer e receber elogios

[AGRESSIVO, PASSIVO OU ASSERTIVO? - YouTube](#)

- Tipos de resposta assertiva (quando existe agressividade e persistência dos outros)**
- ➔ **Técnica de ignorar** – Ignorar comentários insultuosos ou agressivos
 - ➔ **Técnica do neveiro** – Aceitar a crítica negativa do outro, sem demonstrar intenção de alterar o seu comportamento
 - ➔ **Disco riscado**- Repetir com tranquilidade e sempre da mesma forma o ponto de vista pessoal, ignorando as interrupções ou provocações.

Ser agressivo
 Diz tudo aquilo que pensa, com agressividade
 Magoa os outros
 Muitas vezes tem pensamentos ruminativos devidos aos seus comportamentos agressivos
 Gera ressentimentos.

Exercícios

Estou na fila do supermercado e alguém decide passar-me à frente

Passivo

- Não consegue dizer que não
- Sente-se frustrado porque vai ter que trabalhar mais contra a sua vontade
- Pensamentos ruminativos e conflitos internos
- Com o passar do tempo pode tornar-se agressivo com o chefe

Agressivo

- Sente-se muito irritado e demonstra-o
- Diz à pessoa de forma agressiva
- Aumenta o tom de voz

Assertivo

- Diz ao chefe que essa situação o deixaria desconfortável por várias razões e que não aceita
- Não aumenta o tom de voz
- Durante a conversa explica educadamente aquilo que pensa e sente

Passivo

- Não demonstra o desconforto à pessoa apesar de não concordar com atitude
- Sente-se desrespeitado
- Pensamentos ruminativos e conflitos internos

Soube que um amigo falou mal de mim

Assertivo

- Expõe o desagrado sem ser agressivo
- Não aumenta o tom de voz
- Resolve o conflito educadamente

Agressivo

- Discute com o amigo
- Aumenta o tom de voz
- Termina a relação de amizade

O meu chefe pede-me para trabalhar mais no entanto eu não concordo

Passivo

- Não diz nada ao amigo porque não consegue confrontá-lo
- Sente-se triste e desrespeitado
- Pensamentos ruminativos e conflitos internos
- Com o passar do tempo a relação de amizade vai terminar por sentir ressentimentos

Agressivo

- Discute com o chefe de forma agressiva
- Aumenta o tom de voz
- Provavelmente pede demissão por ser tão impulsivo

Assertivo

- Esclarece com o amigo aquilo que ouviu dizer
- Ouve as explicações do amigo
- Refere o quanto a situação o deixou desconfortável
- Não aumenta o tom de voz
- Durante a conversa explica educadamente aquilo que pensa e sente sobre a situação

Obrigada pela vossa
atenção!
E treinem a vossa
assertividade, assim
como a vossa
autoafirmação 😊

Trabalho realizado por:
Aluna Mestrado e Especialidade em Saúde
Mental e Psicologia Vânia Ramundo

Bibliografia

Sequeira, C. A. Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa, Lidel.

Questionário – 1ª. Sessão “Eu e os outros”

Senti-me bem na realização desta atividade



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Esta atividade deu-me conhecimento útil



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento?

O que entendeu sobre autoafirmação?

O que entendeu sobre assertividade?

O que senti durante a atividade

Relatório:

Participaram na sessão 6 utentes. Nesta sessão todos os utentes mostraram motivação, colaboração e entusiasmo. Inicialmente foram questionados sobre o que significativa “assertividade”, mostraram-se bastante interativos, no entanto a maioria afirmou que não sabia o que significativa. Apenas a utente T afirmou “o que está certo”. Penso que por ser um tema desconhecido do grupo despertou ainda mais curiosidade em todos.

Foi disponibilizado um questionário de avaliação da assertividade, em que 5 dos utentes obtiveram o resultado entre 45-59 pontos (tem uma visão algo assertiva, mas pode beneficiar de treino”; 1 utente obteve o resultado entre 30-44 pontos (pode ser assertivo em algumas situações, mas a sua resposta natural é não assertiva ou agressiva).

Após a sessão foi disponibilizado um questionário para avaliação de resultados.

Na questão “senti-me bem na realização desta atividade” 5 utentes responderam “concordo” e 1 respondeu “concordo totalmente”. Na questão “esta atividade deu-me conhecimento útil” 4 utentes responderam “concordo” e 2 “concordo totalmente”.

Na questão aberta “Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento?” as respostas que surgiram foram: “no trabalho”, “com amigos”, “situações familiares”, “em situações em que atuava passivamente vou tentar atuar assertivamente”, “aplicar a assertividade nos conflitos com a minha senhoria”, “nos relacionamentos interpessoais”, “em todos os exemplos de momentos que foram dados na sessão”. Na questão “O que entendeu sobre autoafirmação? os utentes afirmaram que “ferramenta útil no dia-a-dia”, “falar sobre o que entendemos”, “afirmar-se mais nas coisas, saber lidar melhor com os outros”, “afirmar-se sobre as situações, ter uma opinião e manter-se com ela”, “entendi que a autoafirmação é necessária para se expressar da melhor forma, sabendo os nossos pontos fortes e fracos, podemos autoafirmarmo-nos melhor”, “ser mais autoconfiante”. Na questão “O que entendeu sobre assertividade?” as respostas que surgiram são “temos que ter mais calma”, “é muito importante saber o que é e saber usá-la da melhor forma para não pormos as nossas ideias, opiniões e desejos em risco”, “expor aquilo que acha e sente sobre uma situação de forma calma, sem pôr de parte os seus valores e opiniões”, “discordar sem agressividade”, “não ser agressivo, explicar com calma e sem aumentar a voz”, “que devemos respeitar o outro e ser mais calmos”.

Na questão “O que senti durante a atividade?” os utentes afirmaram que “achei interessante e útil para o dia-a-dia”, “foi uma atividade bastante positiva e servirá para usar no futuro”, “senti-me útil e vou treinar mais para não ser agressivo, fazer uma vida normal sem chatear os outros e ter respeito pelos outros”, “senti que sou mais passivo e que gostava de me tornar mais assertivo”, “a assertividade é muito importante para mim e para as pessoas no geral, gostei muito e são atividades com esta que nos ajudam no dia-a-dia”, “senti-me menos agressiva e passiva e ser mais assertiva com as pessoas”.

Desta forma concluo que a sessão acrescentou conhecimento e ferramentas essenciais para o dia-a-dia dos utentes, assim como lhes proporcionou uma reflexão sobre o seu comportamento nas relações interpessoais.

SESSÃO 2- “A MINHA PERCEÇÃO SOBRE MIM”	
Tipo de intervenção	Psicoterapêutica /Comportamental
Data e local	22 setembro 2022, Hospital de Dia de Psiquiatria
Duração	2 horas
População alvo	Utentes do Hospital de Dia
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Baixa autoestima
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar os utentes para aumentarem a sua autoestima
Escala de avaliação	Escala de avaliação da autoestima de Rosenberg (Romano, Negreiros & Martins, 2007)
Fundamentação	<p>A autoimagem é a percepção que a pessoa tem de si própria, a opinião que tem sobre si, pelo que incluiu a autoestima e a imagem corporal. (...) A autoestima é a opinião que cada um tem de si próprio e a visão relativa ao seu mérito e capacidades. Manifesta-se pela verbalização das crenças sobre si próprio, da confiança em si, da verbalização de autoaceitação e de autolimitação. Uma pessoa com uma autoestima positiva desafia as imagens negativas sobre si, aceita o elogio e o encorajamento, bem como a crítica construtiva” (Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020).</p> <p>Desta forma trabalhar todos estes aspetos num grupo em que foi identificada a baixa autoestima torna-se fulcral para que possa disponibilizar “ferramentas” aos utentes através de conhecimento, que promova o desenvolvimento de estratégias individuais que os capacite e auxilie na sua autoestima e consequentemente no seu autoconceito.</p>
Estratégia	<p>Introdução: Apresentação</p> <p>Desenvolvimento: Abordagem dos temas: autoestima, autoconceito, percepção sobre si, estratégias para desenvolver a autoestima. Visualização de vídeo sobre a autoestima.</p> <p>Conclusão: Planear Storytelling para visualização na próxima sessão com identificação de sucessos prévios; identificação de forças pessoais (virtudes, motivações); identificação de pensamentos negativos sobre si; momentos de desvalorização de percepções positivas dos outros em relação a si; momentos de ruminação e pensamentos autodestrutivos.</p>
Indicadores de Resultado NOC	Bem-estar
CrITÉrios de exclusão	Utentes com sintomatologia não adequada à atividade ou utentes para a qual a atividade não tenha um fim terapêutico significativo no momento clínico em que se encontra.
Recursos materiais	Sala de atividades, projetor, computador, mesas, cadeiras.
Bibliografia	Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel

Escala de avaliação da autoestima (Rosenberg)

<p>Escolha apenas uma opção para cada questão</p> <p>1.Sinto que sou uma pessoa digna de apreço, pelo menos tanto quanto os outros</p> <p>A. Concordo plenamente B. Concordo C. Discordo D. Discordo totalmente</p> <p>2.Estou convencido de que tenho boas qualidades</p> <p>A. Concordo plenamente B. Concordo C. Discordo D. Discordo totalmente</p> <p>3.Posso fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas</p> <p>A. Concordo plenamente B. Concordo C. Discordo D. Discordo totalmente</p> <p>4.Eu tenho uma atitude positiva comigo mesmo</p> <p>A. Concordo plenamente B. Concordo C. Discordo D. Discordo totalmente</p> <p>5.Em geral, estou satisfeito comigo mesmo</p> <p>A. Concordo plenamente B. Concordo C. Discordo D. Discordo totalmente</p>	<p>6.Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar</p> <p>A. Concordo plenamente B. Concordo C. Discordo D. Discordo totalmente</p> <p>7.Em geral, costumo pensar que sou um fracasso</p> <p>A. Concordo plenamente B. Concordo C. Discordo D. Discordo totalmente</p> <p>8.Eu gostaria de poder sentir mais respeito por mim mesmo</p> <p>A. Concordo plenamente B. Concordo C. Discordo D. Discordo totalmente</p> <p>9.Às vezes sinto-me realmente inútil</p> <p>A. Concordo plenamente B. Concordo C. Discordo D. Discordo totalmente</p> <p>10.Às vezes acho que não sou uma boa pessoa</p> <p>A. Concordo plenamente B. Concordo C. Discordo D. Discordo totalmente</p> <p>Escala de autoestima de Rosenberg (Romano, Negreiros & Martins, 2007)</p>
---	---

Powerpoint:

Programa "EuSOU+"
2ª. Sessão
TEMA: A MINHA PERCEÇÃO SOBRE MIM

Realizado por:
Enfª Vânia Raimundo
(Aluna ESMP)

- Objetivos
- Autoconceito e autoimagem
- Autoestima
- Estratégias para aumentar a autoestima
- ATIVIDADE: Planear um digital storytelling (apenas com voz)

Estratégias para aumentar a autoestima

- Desafiar 'as imagens' negativas sobre si (construir-se, tentar ser melhor)
- Aceitar o elogio e o encorajamento, assim como a crítica construtiva
- Acreditar nas suas capacidades
- Acreditar no seu valor enquanto SER individual e único

Objetivo da sessão

Promover/Aumentar a autoestima

<https://youtu.be/sKYAWbeF400>

Autoconceito e autoimagem

- Perceção de si próprio
- Opinião que tem sobre si incluindo a autoestima e a imagem corporal

Digital Storytelling - A minha história digital

- Apresentação : nome, idade, profissão
- Identificar virtudes
- Identificar sucessos anteriores
- Identificar pensamentos negativos sobre si e como os evito
- Momentos em que desvalorizei elogios

Autoestima

- Opinião que cada um tem de si próprio
- Visão relativa ao seu mérito e capacidades

Referências Bibliográficas

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel

Autoestima

Manifesta-se através:

- Daquilo que dizemos e pensamos sobre nós próprios
- Confiança em nós próprios
- Autoaceitação e autolimitação

Obrigada pela sua atenção!

E não se esqueça do seu valor enquanto SER individual e único :)

Guião Digital Storytelling - A minha história digital

Apresentação (nome, idade, profissão)

Identificar virtudes

Identificar sucessos anteriores

Identificar pensamentos negativos sobre si e como os evito

Momentos em que desvalorizei elogios

Notas:

A história deve ser gravada numa aplicação do telemóvel

Deve ser narrada em forma de história

Se possível deve ter uma música de fundo adequada escolhida por si

Questionário – 2ª. Sessão “A minha perceção sobre mim”

Senti-me bem na realização desta atividade



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Esta atividade deu-me conhecimento útil



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento?

O que entendeu sobre autoconceito?

O que entendeu sobre autoestima?

O que senti durante a atividade

Relatório:

Na 2ª sessão do Programa “EuSOU+” participaram 4 utentes. Nesta sessão observei alguma apatia transversal a quase todos, colaboradores e comunicativos, mas somente quando solicitado. Um dos utentes chegou a meio da sessão e esteve bastante sonolento no decorrer da sessão.

Foi disponibilizado um questionário (neste anexo) no final da sessão para avaliação dos resultados da sessão. Na questão “Senti-me bem na realização desta atividade” 2 utentes responderam “concordo” e 2 utentes responderam “concordo totalmente”. Na questão “esta atividade deu-me conhecimento útil” 3 utentes responderam “concordo” e 1 utente respondeu “concordo totalmente”. Na questão “Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento?” à qual responderam “na minha autoestima”, “no dia a dia a falar com amigos”, “quando não tenho apoio”, “falar com amigos”. Na questão “O que entendeu sobre autoconceito?” responderam “entendi que temos que acreditar em nós próprios”, “não sei”, “saber ver em mim os aspetos positivos e negativos”, “não sei”. Na questão “O que entendeu sobre autoestima?” responderam “entendi que é aquilo que achamos e vemos em nós próprios”, “saber valorizar o que tenho de positivo em mim”, “que a pessoa não pode ser negativa”, “que temos que ter confiança em nós próprios”. Na questão “O que senti durante a atividade” responderam “senti-me bem. Depois de ver o vídeo vou aplicar como o Terapeuta ensinou”, “senti-me bem. Aprendi algumas coisas: uma pessoa tem que tentar pedir ajuda quando se sente mal”, “uma aprendizagem de como nos valorizarmos”, “senti-me bem, achei interessante”.

Além disso foi aplicada a Escala de Autoestima de Rosenberg (em anexo) em que os itens positivos (1, 2, 4, 6 e 7) são pontuados de 1 a 4, enquanto os itens 3, 5, 8, 9 e 10 são avaliados ao reverso. **Uma pontuação abaixo de 15 indica baixa autoestima**, colocando a autoestima normal entre 15 e 25 pontos. 30 é a maior pontuação possível.

Segundo a escala 3 utentes tiveram o seu resultado nos 24 pts e 1 utente nos 23 pts, o que significa que todos eles têm uma autoestima considerada normal.

A atividade final escolhida como intervenção psicoterapêutica foi a realização de uma Digital Storytelling pelos utentes com auxílio de um Guião elaborado anteriormente por mim para facilitar a sua realização. O Digital Storytelling será apenas elaborado com recurso ao áudio e à voz dos utentes, visto ser um mecanismo facilitador na sua realização. Foi sugerido no Guião (em anexo): apresentação (nome, idade, profissão); identificação de virtudes; identificação de sucessos anteriores; identificar pensamentos negativos sobre si e como os evitar e momentos em que desvalorizei elogios. A reação dos utentes a esta atividade foi de alguma apreensão e receio. No entanto foi esclarecido a minha disponibilidade para ajudar na realização do guião e disponibilidade

para esclarecimentos e dificuldades. Foi também enfatizado o efeito terapêutico e benéfico desta atividade psicoterapêutica. A audição dos mesmos será realizada na 4^o sessão do Programa “EuSOU+” – “O melhor eu possível”.

SESSÃO 3- “INTERAÇÃO SOCIAL”	
Tipo de intervenção	Socioterapêutica
Data e local	26 de setembro 2022, Hospital de Dia de Psiquiatria
Duração	2 horas
População alvo	Utentes do Hospital de Dia
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Adaptação ao meio envolvente comprometida
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Incentivar os utentes a aumentar a sua interação social e adaptar-se ao meio envolvente
Fundamentação	<p>A escolha deste tema deve-se ao facto de que “desde que nascemos até morremos, estamos sempre envolvidos em algum tipo de relacionamento social” e por isso é, desta forma, importante desenvolver relacionamentos sociais saudáveis. Na mesma medida é importante perceber as consequências da solidão, visto que “a solidão é uma ameaça terrível e é um agente tóxico para a saúde mental e física. (...) Desta forma é imprescindível desenvolver competências de interação social.</p> <p>“As pessoas felizes têm competências excecionalmente elaboradas para os relacionamentos sociais, não só com a família, mas também com os amigos e relacionamentos íntimos” (Baptista, A.,2013).</p>
Estratégia	<p><u>Introdução:</u> Apresentação</p> <p><u>Desenvolvimento:</u> Abordagem do tema: a importância da interação social.</p> <p><u>Conclusão:</u> Atividade com “horário de atividade social” previamente elaborado por mim. Será entregue a cada um dos utentes para que assinalem os horários de interação social durante as próximas semanas e me devolvam.</p>
Indicadores de Resultado NOC	Envolvimento social
Critérios de exclusão	Utentes com sintomatologia não adequada à atividade ou utentes para a qual a atividade não tenha um fim terapêutico significativo no momento clínico em que se encontra.
Recursos materiais	Sala de atividades, projetor, computador, mesas, cadeiras.
Bibliografia	Baptista, A. (2013). Aprender a ser feliz: Exercícios de [REDACTED] positiva. Editora: Pactor. Lisboa

Powerpoint:

Programa "EuSOU+"

3ª. Sessão

TEMA: INTERAÇÃO SOCIAL

Realizado por: Enfª Vânia Raimundo (Aluna ESMF)

Plano da sessão

- Objetivo
- Relações sociais
- Isolamento social
- Consequências do isolamento social
- Solidão
- Fatores que promovem a felicidade
- Estratégias para aumentar a interação social
- Atividade "Horário de Atividade Social"

Objetivo da sessão

Promover as relações sociais

Relações sociais

Surgem desde que nascemos, com os pais, os avós e alguns familiares mais próximos.

Ao longo do crescimento os círculos vão aumentando e começamos a ter contato com os amigos e os colegas.

Isolamento social

Muitas vezes somos tentados a experimentar viver isolados socialmente

No entanto, em excesso o isolamento social não promove a saúde mental

Consequências do isolamento social

De forma repetida e prolongada geram:

- Emocionais, como a tristeza
- Mais preocupante ➔ Depressão

Solidão

É tóxica para a saúde mental e física

A solidão e o isolamento social em excesso não promovem a saúde mental

Fatores que promovem a felicidade

- Pessoas significativas
- Relações familiares saudáveis
- Relacionamentos sociais duradouros

Originam FELICIDADE e EMOÇÕES POSITIVAS

Estratégias para aumentar a interação social

- Definir tempo e atenção para os relacionamentos sociais;
- Rotinas para manter os relacionamentos já existentes;
- Desenvolver rotinas que deem oportunidade a novos relacionamentos;
- Comunicar de modo honesto e assertivo para criar relações de confiança;
- Partilhar sentimentos e pensamentos que alimentem a proximidade com pessoas significativas;
- Apoiar os outros, ser-lhes leal e celebrar genuinamente as suas realizações e os seus sucessos.

ATIVIDADE

"O MEU HORÁRIO DE ATIVIDADE SOCIAL"

"O MEU HORÁRIO DE ATIVIDADE SOCIAL"

O MEU HORÁRIO DE ATIVIDADE SOCIAL

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo

QUE É MELHOR (SÓCIO)?

A MELHORA PRECISA DE SI?

QUEM NÃO TERIA A OPORTUNIDADE DE PARTICIPAR DE SI (SÓCIO)?

EM QUALQUER CASO, QUALQUER FAMILIA NÃO DEBEMOS?

QUE É MELHOR (SÓCIO)?

Referências Bibliográficas

Báptista, A. (2013). Aprender a ser feliz: Exercícios de Psicoterapia positiva. Editora: Pactor. Lisboa

Obrigada pela sua
atenção! 😊

Questionário – 3ª. Sessão “Interação social”

Senti-me bem na realização desta atividade



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Esta atividade deu-me conhecimento útil



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento?

O que entendeu sobre relações sociais?

O que pensa sobre solidão (isolamento social)?

Na sua opinião quais são os benefícios da interação com os outros?

Relatório:

No decorrer da 3^a. sessão do programa “EuSOU+” estiveram presentes 3 utentes, 1 deles teve de abandonar a sessão no início por não se encontrar bem e ter sido encaminhado ao serviço de urgência. As 2 utentes que participaram mostraram-se colaborante, bastante interativas e comunicativas, respondendo a todas as questões colocadas e expondo as suas dúvidas e preocupações pessoais relacionadas a este tema.

Foi disponibilizado um questionário de avaliação da sessão no final. Nas questões “Senti-me bem na realização desta atividade” e “Esta atividade deu-me conhecimento útil” ambas responderam “concordo totalmente”. Na questão “Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento?”, responderam “no dia-a-dia, nas nossas relações com os outros” e “aplicarei para falar mais com as pessoas”. Na questão “O que entendeu sobre relações sociais?” responderam “em comunicar com os outros” e “darmo-nos bem com as pessoas”. Na questão “O que pensa sobre solidão e isolamento social?” responderam “ficar só e triste” e “penso que é negativo”. Na questão “Na sua opinião quais são os benefícios da interação com os outros?” responderam “é muito bom a companhia dos outros” e “darmo-nos bem com as pessoas, com humildade e sinceridade”.

A utente C apesar de referir “que estar isolada socialmente no seu quarto é aconchegante” reconheceu os benefícios da interação social, ainda que para si seja reconfortante estar só.

A utente M. referiu que neste momento a relação com a sua filha é conflituosa e que gostaria de aumentar a sua interação com a mesma, resolvendo esses conflitos. Foram exploradas estratégias para que consiga resolver os conflitos que tem com a sua filha, nomeadamente estratégias a nível de competências comunicacionais para que a utente consiga abordar a filha com uma comunicação assertiva e calma. Foi também enfatizada a necessidade de inversão da perceção de papéis, visto que a utente tem dificuldade em perceber aquilo que a filha sente resultante dos seus comportamentos.

SESSÃO 4 – “O MELHOR EU POSSÍVEL”	
Tipo de intervenção	Psicoterapêutica/ Cognitivo-comportamental
Data e local	outubro 2022, Hospital de Dia de Psiquiatria
Duração	2 horas
População alvo	Utentes do Hospital de Dia
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Autoestima comprometida Falta de esperança presente
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar os utentes para aumentar a sua autoestima, otimismo, motivação e esperança.
Fundamentação	Nesta sessão vai ser abordada a importância do autoconhecimento e de fatores promotores de bem-estar e saúde mental. Responder à questão “quem sou eu? é conhecer as suas competências nos mais variados domínios: espiritual, social, material, corporal, escolar, etc. Cada pessoa reconhece-se como mais ou menos competente num determinado domínio do desenvolvimento do Eu, julgando-se mais ou menos competente. É este juízo que o indivíduo faz de si, que se liga a determinados sentimentos de vergonha ou de orgulho que poderão ser facilitadores ou inibidores do comportamento e desempenho social” (Fachada, M., 2010).
Estratégia	<u>Introdução:</u> Apresentação com quebra-gelo: “se eu fosse um animal qual gostaria de ser?” (Solicitar que descrevam as características que admiram nesse animal”. Visualização dos Digital Storytelling elaborados na atividade anterior. <u>Desenvolvimento:</u> Abordagem de fatores que promovem o bem-estar e a saúde mental Atividade de desenho: “Como sou agora?” “Como me vejo no futuro?” “O meu eu ideal” (Explicar que é um desenho livre, ou seja, desenhar aquilo que pensam quando são feitas as perguntas. Explicar também que não há certos nem errados e que podem pensar em objetos, lugares, etc. para o seu desenho). <u>Conclusão:</u> Pedir a cada um dos intervenientes que partilhe o seu desenho. Concluir a sessão com uma reflexão sobre a importância da autoestima, do otimismo, da motivação e da esperança na saúde mental, assim como o autoconhecimento.
Indicadores de Resultado NOC	Bem-estar Esperança
Critérios de exclusão	Utentes com sintomatologia não adequada à atividade ou utentes para a qual a atividade não tenha um fim terapêutico significativo no momento clínico em que se encontra.
Recursos materiais	Sala de atividades, mesas, cadeiras, folhas, canetas.
Bibliografia	Baptista, A. (2013). Aprender a ser feliz: Exercícios de [REDACTED] positiva. Editora Pactor. Lisboa Fachada, M. (2010). Psicologia das Relações Interpessoais. Editora Sílabo. Lisboa Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Editora Lidel. Lisboa.

Powerpoint:

Programa "EuSOU+"
4ª. Sessão
TEMA: O MELHOR EU POSSÍVEL

Realizado por:
Enfª Vânia Raimundo
(Aluna ESMP)

Plano da sessão

- Objetivo
- Reflexão sobre quem sou
- Fatores que promovem o bem-estar e a saúde mental
- Atividade: O melhor eu possível

Objetivo da sessão

Promover a autoestima, otimismo, motivação e esperança

Identifica-se com essas características?

Tem ou gostava de ter essas características?

Se fosse um animal qual gostaria de ser?

Descreva as características desse animal

VISUALIZAÇÃO DIGITAL STORYTELLING

FATORES QUE PROMOVEM O BEM-ESTAR E A SAÚDE MENTAL

FATORES QUE PROMOVEM O BEM-ESTAR

AUTOESTIMA
Opinião que cada um tem de si próprio do seu mérito e das suas capacidades

IMPORTÂNCIA DO AUTOCONHECIMENTO E DAS NOSSAS CAPACIDADES

SAÚDE MENTAL

FATORES QUE PROMOVEM O BEM-ESTAR

OTIMISMO
Expectativa positiva a propósito do futuro

Aprender a cultivar o otimismo e aprender a antecipar um futuro melhor

Ter uma perspetiva mais agradável e positiva do futuro

Interpretar as adversidades como temporárias

Pensar que não pode acontecer sempre o pior

SAÚDE MENTAL

FATORES QUE PROMOVEM O BEM-ESTAR

ESPERANÇA
Crença de quem espera que um desejo se torne realidade

Promove a realização dos objetivos pessoais, profissionais, etc.

SAÚDE MENTAL

FATORES QUE PROMOVEM O BEM-ESTAR

MOTIVAÇÃO
Conjunto de processos que dão ao comportamento uma intensidade

Ter esperança dá-nos motivação para realizações

SAÚDE MENTAL

ATIVIDADE

“Como sou agora?” “Como me vejo no futuro?” “O meu eu ideal”

Referências Bibliográficas

Baptista, A. (2013). Aprender a ser feliz: Exercícios de Psicoterapia positiva. Editora: Pactor, Lisboa

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa, Lidel

Obrigada pela sua atenção! 😊

Questionário – 4ª. Sessão “O melhor eu possível”

Senti-me bem na realização desta atividade



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Esta atividade deu-me conhecimento útil



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento?

O que entendeu sobre autoconhecimento? Qual é a sua importância no bem-estar?

O que entendeu sobre otimismo?

O que entendeu sobre esperança?

O que entendeu sobre motivação?

Acha que foi benéfico para si realizar um Digital Storytelling?

Relatório:

No decorrer da 4ª. sessão do programa “EuSOU+” estiveram presentes 3 utentes. A sessão iniciou com a questão em forma de quebra-gelo “se eu fosse um animal qual gostaria de ser?”, solicitei a cada um que descrevesse as características desse animal. A utente C. escolheu um gato por ser um animal “independente e inteligente” (sic), a utente M. uma tartaruga por “ter uma carapaça bonita” (sic), o utente P. escolheu um cão por “ser um animal leal e o melhor amigo do homem” (sic). Foi questionado se pensavam ter também essas características. O utente P. e a utente M. responderam que sim. A utente C. “não acho que sou tão inteligente” (sic).

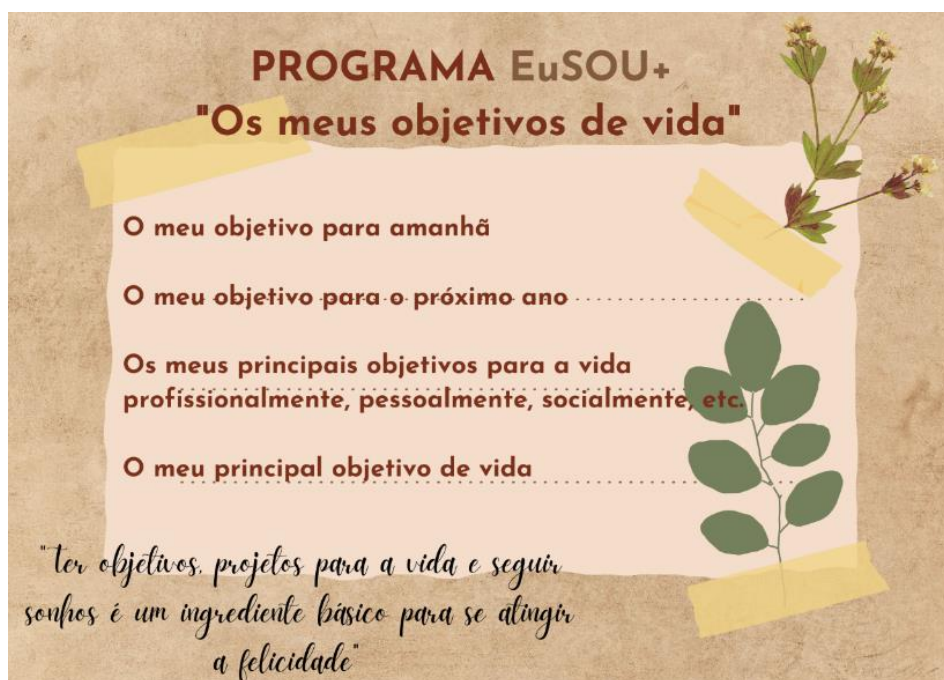
A atividade consistiu em desenhar algo que respondesse às seguintes questões: “Como sou agora?” “Como me vejo no futuro?” “O meu eu ideal”. Os utentes demonstraram alguma dificuldade em expressar as respostas através de desenho, recorrendo a frases para o efeito. A utente M. desenhou-se a si e referiu “vejo-me mais cheinha e com cabelo curto” e “vejo-me no futuro magrinha e com cabelo grande”, “o meu eu ideal seria magrinha e com um vestido bonito, porque agora não gosto de vestidos”. A utente C. também se desenhou a si e referiu “agora vejo-me como uma pessoa sensível, meiga e atenciosa”, “vejo-me no futuro como uma pessoa com cabelo mais comprido e vestido, assim como o meu eu ideal”. O utente P. desenhou uma linha com altos e baixos e afirmou “estou a passar por um mau momento na minha vida, atravesso uma depressão”, “Vejo-me no futuro com outras capacidades para lutar contra a doença”. O utente P. na categoria “o meu eu ideal” escreveu a palavra “vencedor” e afirmou “o meu eu ideal seria vencer de uma vez por todas a doença”.

Foi disponibilizado um questionário com as questões “Senti-me bem na realização da atividade” com as opções “concordo totalmente”, “concordo”, “indeciso”, “discordo” e “discordo totalmente”, ao qual 1 utente respondeu “concordo totalmente” e 2 responderam “concordo”. Na questão “esta atividade deu-me conhecimento útil” 2 utentes responderam “concordo totalmente” e 1 utente “concordo”. Na questão “Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento” os utentes responderam “nas relações interpessoais”, “ter mais calma e ter autoestima em alta” e “no dia-a-dia”. Na questão “O que entendeu sobre autoconhecimento? Qual é a importância do bem-estar?” afirmaram “é conhecermo-nos a nós próprios, é muito importante”, “conhecerno-nos a nós próprios, como ter autoestima em alta”, “devemos conhecer-nos a nos próprios e sentirmo-nos bem connosco mesmos”. Na questão “O que entendeu sobre otimismo?” responderam “devemos acreditar mais em nós”, “acreditar mais em nós próprios”, “é pensar no lado bom da vida, coisas positivas”. Na questão “O que entendeu sobre esperança?” responderam “A espera que corra tudo bem”, “Apesar de termos problemas, haverá sempre esperança em resolvê-los da melhor forma” e “É pensar em ter esperança em nós próprios”. Na questão “O que entendeu sobre motivação?” afirmaram “Fazer coisas que gostamos faz-nos sentir melhores”, “Motivar-me quem eu sou”, “Temos de pensar em motivar-nos mais com as coisas positivas e menos com as negativas”. Na questão “Acha que foi benéfico para si realizar um Digital Storytelling?” mencionaram que “Foi muito benéfico”, “Sim” e “Sim, por vezes é

bom ver como soa a nossa voz”. No término da sessão foi feita a audição do Digital Storytelling da utente C. Esta utente já referiu várias ter baixa autoestima e ser um fator que afeta a sua vida. Na realização da gravação da sua história demonstrou consciência na identificação de pensamentos negativos sobre si “penso que sou feia, gorda e preguiçosa. Penso que posso evitar isso olhando-me ao espelho todos os dias.” Refere também que tem consciência que desvaloriza elogios da mãe “Quando a minha mãe e avó acham que sou bonita não consigo aceitar”. A utente também demonstrou capacidade em identificar virtudes “sou simpática e humilde”.

SESSÃO 5 – “OS MEUS OBJETIVOS DE VIDA”	
Tipo de intervenção	Psicoterapêutica
Data e local	outubro 2022, Hospital de Dia de Psiquiatria
Duração	2 horas
População alvo	Utentes do Hospital de Dia
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Falta de esperança
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar os utentes para uma reflexão sobre os seus objetivos (pessoais, profissionais, sociais, etc.).
Fundamentação	A sessão com o tema “os meus objetivos de vida”, foi integrada no Programa “EuSOU+”. De acordo com Baptista, A. (2013) ter objetivos, projetos para a vida e seguir sonhos é um dos ingredientes mais básicos para se poder atingir a felicidade. Além disso as pessoas felizes estão sempre comprometidas com algo concreto para fazer, têm objetivos que perseguem. Desta forma experimentam diversas emoções positivas, que conseguem sustentar pelo seu comportamento voluntário contínuo e persistente de procura. O mesmo autor refere ainda que sentimos prazer em fazer atividades, independentemente do resultado que se obtém.
Estratégia	<p><u>Introdução:</u> Apresentação com quebra-gelo “se eu fosse outra pessoa escolheria ser” (alguém que admiram).</p> <p><u>Desenvolvimento:</u> Disponibilizar um documento pré-concebido para esta atividade (com uma frase motivacional enquadrada no tema), onde consta os seguintes itens “O meu objetivo para amanhã”; “O meu objetivo para o próximo ano”; “Os meus principais objetivos para a vida profissionalmente, pessoalmente, socialmente”; “O meu principal objetivo de vida”.</p> <p><u>Conclusão:</u> Reflexão sobre a importância dos objetivos na promoção da esperança, motivação e bem-estar.</p>
Indicadores de Resultado NOC	Esperança
Crítérios de exclusão	Utentes com sintomatologia não adequada à atividade ou utentes para a qual a atividade não tenha um fim terapêutico significativo no momento clínico em que se encontra.
Recursos materiais	Sala de atividades, folhas, canetas.
Bibliografia	Baptista, A. (2013). Aprender a ser feliz: Exercícios de [REDACTED] positiva. Editora Pactor. Lisboa

Flyer de apoio:



Relatório:

Participaram na sessão 4 utente, que estiveram atentos e participativos. Foi disponibilizado um questionário com as questões "Senti-me bem na realização da atividade" com as opções "concordo totalmente", "concordo", "indeciso", "discordo" 2 utentes responderam "concordo" e 2 utentes "concordo totalmente". Na questão "esta atividade deu-me conhecimento útil" 2 utentes responderam "concordo" e 2 utentes "concordo totalmente". Na questão "Caso tenha sido útil, que situações aplicará este conhecimento?" mencionaram que "no dia a dia", "no futuro" "ter objetivos de vida". Na questão "o que pensa sobre ter objetivos de vida?" afirmaram que "é muito importante, é o que nos move", "penso que é bom", "ter um sonho realizado", "penso que é importante para o meu bem-estar". Na questão "O que entendeu sobre a importância de ter objetivos de vida?" "sem eles a vida não tinha interesse", "realizar mais objetivos para estar ocupada fisicamente e mentalmente". "ter um sonho realizado" e "entendi que me faz bem para me sentir útil".

SESSÃO 6- “A IMPORTÂNCIA DAS RELAÇÕES FAMILIARES SAUDÁVEIS”

Tipo de intervenção	Psicoeducacional
Data e local	14 outubro 2022, Hospital de Dia de Psiquiatria
Duração	2 horas
População alvo	Utentes do Hospital de Dia e familiares
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Comportamento interativo comprometido Comunicação comprometida
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar os utentes e familiares para interações relacionais saudáveis, salientando fatores importantes nas relações, como a comunicação.
Fundamentação	<p>O conceito de família surge como “conjunto de pessoas que possuem grau de parentesco ou laços afetivos e vivem na mesma casa formando um lar”. A partir deste conceito percebemos a importância dos laços afetivos na construção da estrutura familiar. Desta forma, segundo Figueiredo M. (2012) existem fatores básicos da função da família que devem ser satisfeitos como a Adaptação dos membros (partilha dos recursos e assistência dos membros da família); a Participação (partilha de decisões e comunicação entre os membros); Crescimento (Flexibilidade familiar relativa à mudança de papéis e à concretização do crescimento individual dos membros); Afeto (partilha de experiências emocionais) e Decisão (partilha de tempo, espaço e recursos, em contexto familiar). Existem também condições definidas por Parsons (1951) citado por Figueiredo, M. (2012) para a sobrevivência da família como sistema social. Baseando-se nessas condições Hanson (2005) descreve-as como relevantes na manutenção da integridade da família, como: a adaptação da família ao ambiente (interno e externo), a realização de objetivos como forma de promover o compromisso entre os seus membros; a integração, que se refere aos meios utilizados pela família para manter a coesão, a solidariedade e a identidade; manutenção dos padrões de controlo da tensão como o estado interno do sistema resultante das expectativas dos seus membros sobre os comportamentos a adoptar, no contexto do sistema de valores familiares. A presença destes requisitos permitirá a concretização das suas funções sociais, circunscritas à função económica, de reprodução, socialização dos filhos e estabilização das personalidades adultas através da conjugalidade, tendo como meta manter a identidade e coesão familiar (Gimeno, 2003).</p> <p>Segundo Figueiredo M. (2012) como sistema a família é compreendida como um todo partes indivisíveis, implicando uma visão global da sua estrutura e desenvolvimento. No entanto cada indivíduo é ele próprio um subsistema da família ou um sistema e faz parte de vários sistemas, com funções e papéis dentro e fora do sistema familiar. Ou seja, a família surge como uma estrutura de apoio entre membros com relações afetivas. A família é um sistema bastante complexo. Assim para que este sistema funcione envolve regras, papéis, valores e padrões de comunicação.</p> <p>A estrutura familiar também exige uma organização em que é esperado dos seus membros comportamentos adequados, obrigações e também direitos. Desta forma, a família está permanentemente sujeita a pressões internas e externas que implicam variações e flutuações no seu equilíbrio, coexistindo a mudança e a estabilidade no sistema, implicando a transformação da posição dos membros da família para que o sistema mantenha a sua continuidade (Minuchin & Fishman, 1990 citados por Figueiredo, M., 2012). Caracterizando-se pela mudança constante, a família não se encontra nem em equilíbrio, nem em desequilíbrio, mas sim em organização (Auloos, 2013 citado por Figueiredo, M., 2012), ou seja, em mudança. Além disso, segundo Figueiredo, M. (2012) o comportamento de cada membro da família produz um efeito e é afetado pelo comportamento dos outros membros, determinando que “os comportamentos dos membros da família são mais facilmente compreendidos numa perspetiva de causalidade circular” (Wright & Leahey, 2002). Desta forma é facilmente perceptível a influência de vivências anteriores, muitas vezes negativas, em contexto familiar e a repetição de padrões de comportamento adquiridos ao longo da vida. Da perspetiva dos padrões interacionais da família e dos processos de transição que requerem a reestruturação dos mesmos, emerge a necessidade de compreender os fatores promotores do funcionamento familiar efetivo, como a adaptação e a resiliência familiar. Como membros inseridos neste sistema complexo é necessário ter consciência de que as mudanças e os acontecimentos familiares têm um impacto que muitas vezes é difícil de gerir, sem apoio externo. Por exemplo o impacto da doença mental num dos membros da família. Esse impacto é sentido não só pelo membro afetado, mas também pela família.</p>
Questionário de avaliação	Questionário de avaliação: Comunicação e Coping familiar (adaptado do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo, 2012)

Estratégia	<p><u>Introdução</u> Apresentação dos intervenientes. Questionário de avaliação: Comunicação e Coping familiar.</p> <p><u>Desenvolvimento</u> Abordagem dos temas: - Fatores básicos da função da família; - Importância da família; - Aceitação e tolerância; - Impacto dos comportamentos no contexto familiar. - Processos de Transição; - Tolerância; - Resiliência e estratégias de Coping, assim como a importância do pedido de ajuda externo.</p> <p><u>Conclusão</u> Atividade “carta motivacional, sobre aquilo que poderão alterar na comunicação e comportamentos em contexto familiar”, seguida de partilhas espontâneas (sem obrigatoriedade de partilha). Questionário de avaliação da sessão. Entrega de folheto psicoeducativo sobre o tema.</p>
Indicadores de Resultado NOC	Capacidade de comunicação Interação social
Critérios de exclusão	Utentes com sintomatologia não adequada à atividade ou utentes para a qual a atividade não tenha um fim terapêutico significativo no momento clínico em que se encontra.
Recursos materiais	Sala de atividades, mesas, cadeiras, computador, projetor.
Bibliografia	Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Editora Lusociência. Sintra

Questionário de avaliação da Comunicação e Coping familiar (adaptado do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo, 2012)

Sente-se satisfeito sobre a forma como se comunica na sua família?

Qual pensa ser o impacto na família tendo em conta a forma como cada um se expressa?

Quem na sua família expressa mais aquilo que sente?

Quem tem iniciativa para resolver os problemas?

Existe discussão sobre os problemas na sua família?

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas?

A sua família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas?

Especifique experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas.

Questionário adaptado do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, M., 2012)

Powerpoint:

PROGRAMA "EuSOU+"
6ª. Sessão
TEMA: A importância das relações saudáveis na família
Realizado por: Enfª Vânia Raimundo (Aluna ESMP)

Plano da sessão

- OBJETIVO
- A FAMÍLIA E A SUA ESTRUTURA
- FATORES RELEVANTES NA ESTRUTURA FAMILIAR
- IMPACTO DO COMPORTAMENTO NO OUTRO
- IMPACTO DAS TRANSIÇÕES NA FAMÍLIA
- ATIVIDADE

OBJETIVO DA SESSÃO

Salientar a importância das relações saudáveis na família e os fatores inerentes a essa interação

FAMÍLIA
Conjunto de pessoas que possui um grau de parentesco ou **laços afetivos** e vivem na mesma casa.

REFLEXÃO
Ter laços afetivos é uma base essencial para a construção da estrutura familiar.

FAMÍLIA
Sistema (com partes indivisíveis)
No entanto, cada membro da família é um subsistema da família que faz parte de vários sistemas

FUNÇÕES E PAPEIS
(dentro e fora do sistema familiar)

FAMÍLIA
Estrutura de apoio entre os membros com relações afetivas

A FAMÍLIA É UM SISTEMA COMPLEXO?

A família é um sistema BASTANTE complexo

- Envolve regras
- Papeis** (cada membro tem um papel diferente, com funções diferentes)
- Valores** (os nossos princípios)
- Padrões de comunicação adequados**
- Comportamentos adequados**
- Obrigações
- Direitos

FUNÇÕES BÁSICAS DA FAMÍLIA

- **Adaptação dos membros** (partilha de recursos e assistência da família)
- **Participação** (decisões e comunicação)
- **Crescimento** (mudança de papéis e concretização do crescimento individual dos membros)

FUNÇÕES BÁSICAS DA FAMÍLIA

- **Afeto** (experiências emocionais)
- **Decisão** (partilha de tempo, espaço e recursos em família)

<p>REFLEXÃO</p> <p>A realização destas funções constrói a estrutura da família (ou seja, os seus alicerces).</p>	<p>PROCESSOS DE TRANSIÇÃO</p> <p>Mudanças e acontecimentos ao longo da vida (têm um grande impacto na estrutura familiar)</p> <p>Exemplo: Nascimento de um filho Saída dos filhos da casa dos pais Ida para a Faculdade Menopausa e Andropausa Doenças Morte</p> <p>↓</p> <p>ORIGINAM VULNERABILIDADE (por vezes com necessidade de pedir ajuda)</p>
<p>FATORES IMPORTANTES NO CONTEXTO FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Adaptação da família ao ambiente (interno e externo) ● Realização de objetivos ● Integração (coesão e a solidariedade) ● Controlo da tensão (quando existem expetativas que divergem nos membros da família) <p>→ COESÃO → FAMILIAR</p>	<p>SURGIMENTO DA DOENÇA MENTAL</p> <p>PROCESSO DE TRANSIÇÃO</p> <p>Com grande impacto não só na pessoa com doença mental como na família</p> <p>↓</p> <p>ORIGINAM VULNERABILIDADE</p> <p>Não só na dinâmica familiar, como na sociedade devido ao estigma da doença mental</p>
<p>ACEITAÇÃO DO OUTRO (COM OS SEUS DEFEITOS E VIRTUDES)</p> <p>E</p> <p>TOLERÂNCIA EM CONTEXTO FAMILIAR</p>	<p>TENDO EM CONTA TODOS OS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO AO LONGO DA VIDA</p> <p>É importante desenvolver</p> <p>RESILIÊNCIA (resistência a adversidades)</p> <p>ESTRATÉGIAS DE COPING (ADAPTAÇÃO) (capacidade de adaptação)</p>
<p><u>O IMPACTO DAS NOSSAS ATITUDES NOS OUTROS (E EM NÓS)</u></p>	<p>ATIVIDADE</p> <p>CARTA MOTIVACIONAL</p> <p>(O QUE POSSO ALTERAR NA COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO COM A MINHA FAMÍLIA QUE PROMOVA UMA RELAÇÃO MAIS SAUDÁVEL)</p>
<p>REFLEXÃO</p> <p>Todas as nossas atitudes têm um impacto no outro (e em nós).</p> <p>Um comportamento gera sempre outro comportamento.</p> <p>A comunicação e a tolerância com os outros são elementos chave nas relações saudáveis.</p>	<p>Referências Bibliográficas</p> <p>Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Editora Lusociência. Sintra</p> <p>Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel</p>
<p>?</p> <p>PROCESSOS DE TRANSIÇÃO</p>	<p>Obrigada pela vossa atenção! 😊</p>

Questionário de avaliação 6^a. Sessão – A Importância das relações familiares saudáveis

Senti-me bem na realização desta atividade



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Esta atividade proporcionou-me conhecimento útil



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Sente que esta sessão foi importante para si?

O que entendeu sobre as funções da família?

O que entendeu sobre resiliência

O que entendeu sobre tolerância com os outros?

Em que situações irá aplicar estes conhecimentos?

Relatório:

Foi realizada a última sessão do Programa “EuSOU+” em grupo como planeado (intervenção psicoeducacional e psicoterapêutica), com utentes e as suas famílias, dinamizada com o tema "A importância das relações familiares saudáveis".

A sessão tem como objetivo realização de Psicoeducação sobre Funções da Família, Importância da família, Aceitação do outro e tolerância em contexto familiar, Impacto dos comportamentos nos outros (e em nos próprios), Processos de Transição com impacto nos membros da família e no contexto familiar (foi abordado o tema do surgimento da doença mental) e foi salientada a importância da Resiliência e Estratégias de Coping, assim como o pedido de ajuda externo em caso de necessidade. A sessão foi terminada com a atividade "carta motivacional sobre aquilo que poderão alterar na comunicação e comportamento em contexto familiar". Foi disponibilizado um questionário de avaliação da sessão e no final foi entregue um folheto Psicoeducativo sobre o tema.

O utente P. esteve presente na atividade com a esposa. Ambos participativos, expressaram preocupações sobre o tema, refletiram sobre os temas abordados expressando as suas opiniões e integraram os conteúdos abordados. Ambos expressaram os seus comportamentos impulsivos, a esposa referiu "às vezes digo as coisas sem pensar", ambos conscientes do impacto que esses comportamentos têm na dinâmica familiar. Ainda assim expressaram preocupação um com o outro e compreensão do impacto da doença na dinâmica familiar.

A utente J. participou na sessão com a mãe, ambas colaborantes, mas não comunicaram durante a sessão. Chegaram cerca de 15 minutos depois do início da sessão. A utente demorou mais cerca de 30 minutos do que os outros utentes e familiares no preenchimento do Questionário final da sessão (utente com diagnóstico de perturbação obsessiva compulsiva).

A utente R. esteve presente na atividade com a mãe e o primo. Ambos participativos, expressaram preocupações sobre o tema, refletiram sobre os temas abordados expressando as suas opiniões e integraram os conteúdos abordados. O primo referiu que a sessão foi um reforço na sua consciencialização sobre a importância da aceitação do outro, as expectativas que por vezes tem em relação à utente R., assim como a importância da compreensão e tolerância em família. A mãe da Regina referiu alguns comportamentos da mesma que a deixam preocupada, como por exemplo a falta de vontade na realização de tarefas diárias. Refere que a mesma "compromete-se a realizar tarefas que depois não cumpre", com necessidade de passar muito tempo na cama.

A utente C. (utente do estudo de caso realizado) esteve presente na atividade com a mãe, o pai e o irmão. A mãe e o irmão estiveram muito participativos, expressaram preocupações sobre o tema,

refletiram sobre os temas abordados expressando as suas opiniões e integraram os conteúdos abordados. A utente C. e o pai não verbalizaram opiniões, no entanto estiveram atentos a sessão. A mãe referiu consciencialização sobre as expectativas constantes em relação aos comportamentos da utente C., integrando a aceitação e a tolerância com o outro. O irmão expressou que tem consciência do impacto das atitudes nos outros e mencionou a importância da compreensão da doença mental. O utente CY faltou a sessão, vindo apenas a mãe. A mãe mostrou-se participativa e colaborante. Expressou "existirem momentos de desespero na família quando existe um familiar com doença mental" (sic) e referiu "que tem sido difícil estes anos todos" (sic). Refere por vezes sentir-se exausta.

Folheto:

Todas as nossas atitudes têm um impacto no outro (e em nós). Um comportamento gera sempre outro comportamento.

Programa EuSOU+

Elaborado por:
Enf^a. Vânia Raimundo
(Aluna Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria)

Importância das relações familiares saudáveis



As mudanças e os acontecimentos ao longo da vida têm um grande impacto na família (por vezes com necessidade de intervenção dos profissionais da área de saúde mental).



Desenvolver resiliência (resistência à adversidade) e estratégias de adaptação é essencial para o bem-estar individual e familiar.

Referências Bibliográficas:
Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Edições Lusociência. Sintra




Os laços afetivos são essenciais para a construção da estrutura familiar.

A aceitação do outro e a tolerância alicerçam a base das relações familiares.

A realização de objetivos em família promove o compromisso entre os membros.



APÊNDICE XVII- SOCIODRAMA

SESSÃO SOCIODRAMA - PARTICIPAÇÃO NA ATIVIDADE DE SOCIODRAMA COMO “EGO AUXILIAR”	
Tipo de intervenção	Psicoterapêutica/ Socioterapia
Data e local	13 setembro 2022, Hospital de Dia de Psiquiatria
Duração	2 hora
População alvo	Utentes do Hospital de Dia
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Humor depressivo presente Comportamento interativo comprometido
Dinamizador	Enf ^a . Paula Carvalho e Aluna ESMP Vânia Raimundo como “Ego Auxiliar/Co-terapeuta”
Objetivos	Capacitar os utentes para a expressão de emoções com sociometrias e reflexões que lhe proporcionem um desenvolvimento pessoal.
Fundamentação	O sociodrama é um método que aborda os grupos e as relações intergrupais, os seus conflitos e sofrimentos. (...) tem como objetivo privilegiar a participação dos sujeitos na situação. (...) é um método que busca compreender os processos grupais e intervir nas situações-problema, por meio da ação/ comunicação das pessoas. (...) O terapeuta tem como objetivo fundamental proporcionar bem-estar grupal e intergrupar. A encenação dos conflitos sociais e políticos leva as pessoas a co-riarem e a viverem a catarse de integração, numa perspetiva de entendimento e de desenvolvimento social (Nery, M. et al., 2006). Para Kellerman (1998) citado por Nery, M. et al. (2006) a administração dos conflitos transforma-se numa tarefa tão importante quanto ajudar os sobreviventes a lidar com as suas experiências traumáticas.
Estratégia	Introdução: Exercício de “quebra-gelo” /relaxamento com interação entre utentes: cumprimentos com o olhar, com os cotovelos e com os pés deambulando pela sala. Desenvolvimento: Aplicação de exercícios terapêuticos com surgimento de “emergentes grupais” com sociometrias. Conclusão: Solicitar a cada utente que expresse o que sentiu na atividade. Reflexão/ Psicoeducação do terapeuta sobre as temáticas que surgiram.
Crítérios de exclusão	Utentes com sintomatologia não adequada à atividade ou utentes para a qual a atividade não tenha um fim terapêutico significativo no momento clínico em que se encontra.
Recursos materiais	Sala de atividades
Bibliografia	Nery, M. et al. (2006). O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. Brasília. Universidade de Brasília

Relatório:

As atividades de sociodrama no serviço estão sob responsabilidade da Enf^a. Paula todas as terças, visto que além de EESMP, é também psicoterapêutica, com competência acrescida em Sociodrama. Visto ser uma competência acrescida participo nesta atividade como “ego auxiliar/ coterapeuta”, integrando a dinâmica da atividade. A sessão iniciou com um exercício de “quebra-gelo” / relaxamento com interação entre utentes: cumprimentos com o olhar, com os cotovelos e com os pés deambulando pela sala. Combinei com a Enf^a. Paula participar na sessão. Senti neste exercício empatia, compreensão e adesão no grupo, em que apesar dos “olhares” e “gestos recorrendo ao toque” introvertidos no início, todos se esforçaram para que o exercício “quebrasse realmente o gelo”. Era a minha primeira sessão com cada um dos utentes, no entanto senti que a motivação em

proporcionar um bem-estar grupal era transversal a todos, mesmo com uma “nova desconhecida” (neste caso eu). Nesta sessão o emergente grupal que surgiu foi “sou útil?”. Após o exercício de quebra-gelo foi solicitado a cada um dos intervenientes que se posicionassem como se fossem uma peça de carro (a peça do carro com que mais nos identificamos) e explicar porquê. Escolhi o GPS, expliquei que a escolha surgiu “pelo facto de ser enfermeira, pelo facto de gostar de cuidar do outro, de lhe segurar na mão sempre que necessário e ajudá-lo nas etapas do seu “caminho de vida”, além de gostar de escolher o meu caminho também”. De seguida foi pedido para que escolhêssemos a peça do carro que gostaríamos de ser, pelo que me mantive com a mesma escolha, pelo facto de me sentir realizada. O utente J na 1º questão escolheu a bagageira (explicou que por não ser uma peça muito importante). Na 2º questão escolheu o mesmo objeto, justificando a questão de forma idêntica. A utente J na 1º questão escolheu o radio do carro, visto que a música lhe traz bem-estar, na 2º questão referiu estar confusa e não saber qual escolher, mas refere achar que manteria o mesmo. O utente P na 1º questão escolheu o pneu traseiro, explicando que sem os pneus o carro não circula. Na 2º questão escolheu o motor, visto ser uma peça essencial para o carro circular e muito “potente”. A utente C na 1º questão escolheu o volante por lhe proporcionar liberdade na escolha do seu caminho, na 2º questão escolheu o banco de trás por proporcionar mais conforto. A utente R na 1º questão escolheu o pneu da frente por referir também ser uma peça importante e de seguida a porta por proporcionar conforto aos passageiros. Posteriormente foi realizado um exercício recorrendo à sociometria onde cada um teria de se posicionar numa linha imaginária sendo o 0 (sinto-me completamente inútil) e 10 (sinto-me útil, sou eu quem tomo as decisões mais importantes para a minha vida, sinto que sou aquilo que quero, sinto-me realizada). Eu como elemento do grupo posicionei-me no 10, visto que me sinto útil na sociedade, pessoalmente e profissionalmente, assim como me sinto realizada na vida, escolhendo desde sempre as opções que mais me faziam sentido. O utente J posicionou-se no nº3, referindo que sente que tem alguma utilidade referente aos conselhos que dá ao pai e à irmã; A utente J também mostrou indecisão referindo que não se sente muito útil posicionando-se no nº3, não sabendo explicar a razão; o utente P posicionou-se no nº 5, explicando que não se sente útil devido à sua doença (depressão) há 20 anos; a utente C posicionou-se no nº1 referindo que não se sente útil porque gostava de ajudar mais a sua família; o utente R posicionou-se no espaço 1, referindo que sente ser um peso para a sua mãe já idosa, não se sentindo assim útil. Percecionei neste exercício que a maioria do grupo tem baixa autoestima, não tem perceção do seu valor e possível potencial tendo em conta as suas características específicas, não tem objetivos de vida delineados e não se sentem úteis na sociedade nem no seio familiar devido ao autoestigma. Neste momento e tendo em conta os diagnósticos de enfermagem comecei a delinear o meu Programa “EuSOU+” para aplicação neste grupo. No final foi pedido a cada um que referisse aquilo que sentiu na atividade, pelo que referi que me senti desconfortável quando a maioria do grupo referiu “sentir-se pouco útil”, visto que cada um de nós tem um papel essencial e um valor

insubstituível na sociedade, mesmo que muitas vezes nos incentivem a ter uma perceção oposta, tanto a nível profissional como pessoal, pelo que é essencial consciencializarmo-nos do verdadeiro valor que temos enquanto ser individual e único na sociedade. Após esta atividade, refleti interiormente na dificuldade legítima que o ser humano tem em desenvolver o seu autoconceito de forma construtiva quando integra e se desenvolve em contextos vulneráveis, como os contextos de vivência da maioria deste grupo.

APÊNDICE XVIII- PROGRAMA MENTAL CARE (EM GRUPO)

SESSÃO 1- “A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE MENTAL – PRIMEIRO EU”

Tipo de intervenção	Formativa e Psicoterapêutica
Data e local	Novembro, Hospital de [REDACTED]
Duração	1h30
População alvo	Enfermeiros [REDACTED]
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Autocontrolo da ansiedade comprometido
Fundamentação	<p>A Organização Mundial de Saúde define o conceito de saúde como não apenas a ausência de doença, mas um bem-estar físico, psicológico e social (Loraine, J. et al, 2018).</p> <p>No que diz respeito à saúde mental, a Direção-Geral da Saúde refere que ao falarmos deste conceito, nos referimos à capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e reconhecer a ausência de bem-estar.</p> <p>Diversos estudos referem que os enfermeiros representam um grupo profissional que geralmente enfrenta um vasto conjunto de problemas e limitações associados a elevados níveis de pressão e stress, inserindo-se nas ocupações consideradas de alto risco (Nogueira, 2016) uma vez que o seu trabalho exige não só esforço físico, emocional e psicológico, mas também atenção, realização de atividades com alto grau de responsabilidade e dificuldade, ritmo acelerado, jornadas excessivas e poucas horas de descanso. No âmbito nacional, Carvalho, D. et al. (2019) referem que apesar dos enfermeiros apresentarem níveis satisfatórios de saúde mental, os mesmos se encontram abaixo dos valores da população geral. Constataram ainda que, apesar das diversas características sociodemográficas, a ansiedade foi o foco em que se identificaram valores menos positivos de saúde mental nos profissionais.</p>
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Consciencializar os profissionais de saúde sobre a importância da saúde mental e autocuidado
Estratégia	<p><u>Introdução</u></p> <p>Apresentação do Programa e dos intervenientes</p> <p><u>Desenvolvimento</u></p> <p>-Abordagem dos temas:</p> <p>A importância da saúde mental</p> <p>A saúde mental nos enfermeiros</p> <p>Impacto da doença mental</p> <p>Fatores protetores da saúde mental: a nível profissional e pessoal</p> <p>-Promoção da saúde mental através de estratégias de Autocuidado</p> <p>-Exercício para aumentar a autoestima</p> <p><u>Conclusão</u></p> <p>-Exercícios de respiração diafragmática e os seus benefícios</p> <p>-Tarefa para casa: apontar todos os momentos em que sente que não consegue ter o controle sobre coisas, pessoas, momentos, sobre si.</p> <p>Questionário de avaliação da sessão</p>
Indicadores de Resultado NOC	Controle da ansiedade Bem-estar
Critérios de exclusão	Nenhum
Recursos materiais	Auditório ou sala com projetor
Bibliografia	Carvalho, D., Querido, A., Tomás, C., Gomes, J., & Cordeiro, M. (2019). <i>A saúde mental dos enfermeiros: um estudo preliminar</i> . Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental Nogueira, C. (2016). <i>Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência</i> . Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo

Powerpoint da sessão:

Por escolher uma profissão tão altruísta mas também exaustiva

Por estar aqui e por cuidar de si

Por ser único

Gratidão

Pela sua empatia

Por todas as vezes que o seu sorriso faz a diferença no dia de alguém

Por cuidar dos outros

PROGRAMA MENTAL CARE
1ª Sessão - Primeiro Eu

- Âmbito da Especialidade e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Realizado por: Vânia Raimundo
Enf. Orientadora: Rita Francisco
Prof. Orientador: João Gomes

Mental Care
"A Importância da Saúde Mental"

(4 sessões)

"Primeiro Eu"

"Aceitar e Relaxar"

"Eu Resolvo"

"A Gestão das Minhas Emoções"

Objetivo Programa

- Consciencializar sobre a importância da saúde mental
- Promover a saúde mental nos enfermeiros

Objetivos - SESSÃO 1

- 1 Explorar conceitos de saúde mental
- 2 Consciencializar sobre o contexto dos enfermeiros e o impacto da doença mental
- 3 Promover a saúde mental através de estratégias de Autocuidado
- 4 Técnica de Respiração Diafragmática

A importância da saúde mental

"a saúde mental define-se como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e pode contribuir para a comunidade em que se insere" (OMS, 2014)

"a saúde mental refere-se à capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, à capacidade para estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e reconhecer a ausência de bem-estar" (DGS, 2021)

Porquê um Programa de Saúde Mental para Enfermeiros?

- A enfermagem é uma profissão complexa com um elevado nível de exposição a riscos psicossociais (fatores de risco que desenvolvem doença mental)
- Os enfermeiros exercem a sua profissão em contextos emocionalmente exigentes e nos quais estão sujeitos a elevados níveis de stress.

(Queirós, Bogaça & Abreu, 2019)

A saúde mental dos enfermeiros – Estudos Nacionais

Carvalho, D. et al (2019)

- Os enfermeiros apresentam níveis satisfatórios de saúde mental no entanto **abaixo dos valores da população geral;**
- **A ansiedade é o foco mais predominante**
- **A saúde mental é menor nas enfermeiras** comparativamente aos enfermeiros
- **A saúde mental é menor nas enfermeiras a trabalhar nos serviços não psiquiátricos**, o que pode ser explicado pelo subconhecimento e autoconsciencialização desenvolvidos pelos profissionais da área de saúde mental (fatores protetores e promotores de saúde mental)

Oliveira & Pereira (2012)

- **A ansiedade é superior nos enfermeiros mais jovens devido à menor experiência profissional**

Dejours (2015)

Salienta que os enfermeiros adotam estratégias defensivas como modos de pensar, sentir e agir compensatórios para a saúde mental. No entanto o mesmo autor refere que um trabalho equilibrador se permite a diminuição da carga psíquica, se não diminuir a carga psíquica pode promover a ansiedade e a fadiga.

A Enfermagem é uma profissão caracterizada por uma elevada carga psíquica.

A saúde mental dos enfermeiros – Estudos Nacionais

Queirós et al. (2020)

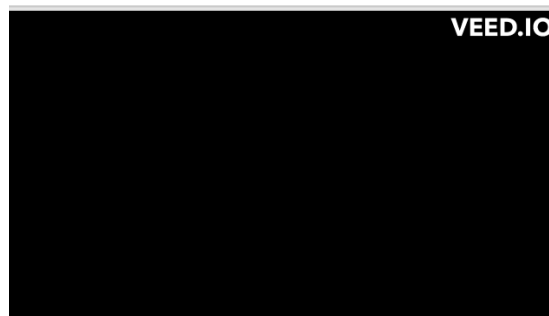
A Ansiedade correlacionada com o Burnout e a **Depressão** são as principais patologias associadas à **diminuição da saúde mental nos enfermeiros**

Os principais sintomas referidos pelos mesmos são:

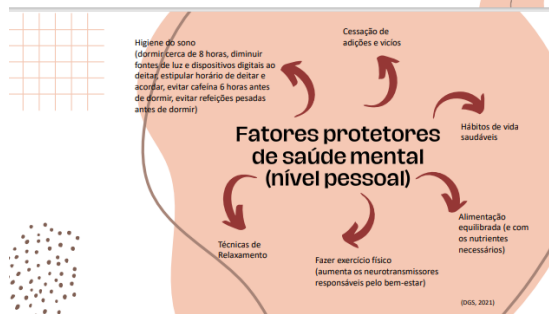
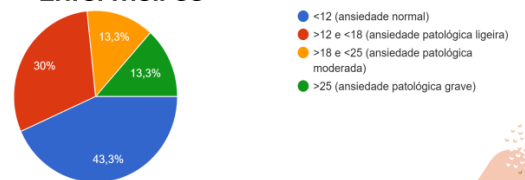
- Preocupação excessiva
- Insegurança
- Medos excessivos e infundados
- Taquicardia
- Sudorese
- Tremores
- Sofrimento psicológico

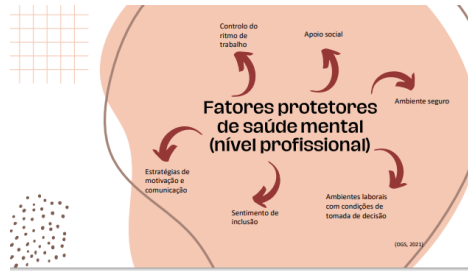
A doença mental tem impacto em quê?

- Tomada de decisão racional
- Diminuição do desempenho psicológico e social
- Diminuição do bem estar físico, psicológico e social
- Aumento dos conflitos nas relações interpessoais etc.



Avaliação da Ansiedade nos Enfermeiros



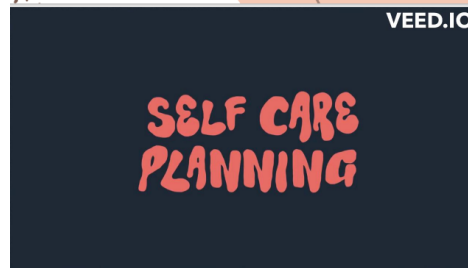


“Quem cuida também precisa de ser cuidado”

Principalmente por si próprio (Autocuidado)

“Primeiro Eu”

Estratégias que promovem o **AUTOUIDADO** e a saúde mental



Terapias (alternativas) que promovem o bem-estar:

- Massagem
- Musicoaterapia
- Acupuntura
- Reiki
- Meditação
- Mindfulness
- ...

(Sequeira, C. & Sampaio, F. 2020)



©Sequeira, C. & Sampaio, F. 2020



©Sequeira, C. & Sampaio, F. 2020

Autocuidado

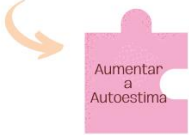


Passado **Presente** **Futuro**



- Foco no presente
- Medita
- Seja grato
- Use palavras construtivas
- Comer saudável
- Cerque-se de pessoas positivas
- Bons ações**
- Descansa
- Faz exercícios
- Ouça músicas que levantem seu ânimo.

Exercício prático



Aumentar a Autoestima

(Teixeira, S., Sequeira, C. & Luch, T., 2020)

Técnica de Respiração Diafragmática



Questões ?

Questionário de avaliação da sessão

Tarefa para casa:

Apontar os momentos em que sente que não consegue ter o controle sobre coisas, pessoas, momentos, sobre si.

Referências Bibliográficas

Carvalho, D., Queiroz, A., Tomás, C., Gomes, J., & Cordero, M. (2019). A saúde mental dos enfermeiros: um estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*

Direção Geral da Saúde (2021). Guia Técnico Nº 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho. Ministério da Saúde. Lisboa.

Oliveira, V. & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7): 43-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.12727/REN.1172>

Organização Mundial de Saúde (2014). *Mental health: A state of well-being*. Genebra: Organização Mundial da Saúde

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo- Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. WHO Graphics.

Queiroz, C., Borges, E., Azeiteiro, M. (2019). *Ansiedade, Engagement e Burnout em enfermeiros*. International Congress of Occupational Health Nursing proceedings. <https://repositorio.uevora.pt/handle/10216/122082?mode=full>

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel.

Talvella, S., Sequeira, C. & Llach, T. (2020). *Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus): manual de apoio*. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Gratidão pela sua presença



"Primeiro Eu"
15/12/2022 15h30
Local: Auditório

"Aceitar e Relaxar"
04/01/2023 15h30
Local: Sala formação A

"Eu Resolvo"
09/01/2023 15h30
Local: Sala formação A

Organização:
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL

"A Gestão das Minhas Emoções"
16/01/2023 15h30
Local: Sala formação A

Dinamizadores:
Enf.ª Especialista Rita Francisco
Aluna Especialidade Vânia Raimundo
Professor Orientador João Gomes

Folheto:

Estratégias que promovem o autocuidado e consequentemente a sua saúde mental:

- Identificar 5 qualidades em si
- Definir objetivos de vida realistas e concretizáveis
- Autoelogiar-se e aceitar elogios
- Promover o seu autoconhecimento ao avaliar o seu comportamento
- Explorar sucessos prévios
- Estratégias de Coping (adaptativas)- não criar expectativas relativamente ao outro; consciencializar sobre pensamentos de autocrítica (criticismo); não reclamar/evitar o negativismo (de forma a evitar sentimentos negativos); ter tempo para o lazer/silêncio/meditação; viver o presente.
- Verbalizar afirmações positivas ao falar consigo próprio no dia-a-dia (Ex: "eu consigo", "eu sou capaz", "não vou desistir")
- Reavaliar as perceções negativas sobre si mesmo
- Integrar-se em contextos e atividades que aumentem a autoestima (ter um hobbie, ler, dançar, ver filmes)
- Aceitar novos desafios
- Técnicas de Relaxamento
- Terapias que promovam o autoconhecimento (como a Psicoterapia)
- Terapias alternativas que promovam o bem-estar (Reiki, Meditação, Massagem, Musicoterapia, Acunpunctura, etc.)

(Sequeira, C. & Sampaio, F. 2020)

Programa "Mental Care"

Promoção da saúde mental nos enfermeiros



Referências Bibliográficas:

Organização Mundial de Saúde (2014). Mental health: A state of well-being. Genebra:

Direção Geral da Saúde (2021). Guia técnico Nº 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho. Ministério da Saúde. Lisboa.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

Elaborado por:

Enf^o. Vânia Raimundo
(Aluna Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria)

A saúde mental define-se como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e pode contribuir para a comunidade em que se insere (OMS)

Ter saúde mental refere-se à capacidade de superação de crises e conflitos emocionais, à capacidade para estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e reconhecer a ausência de bem-estar (DGS)

FATORES PROTETORES DA SAÚDE MENTAL (nível pessoal)

- Hábitos de vida saudáveis
- Alimentação equilibrada (e com os nutrientes necessários)
- Fazer exercício físico (aumenta os neurotransmissores responsáveis pelo bem-estar)
- Técnicas de Relaxamento
- Higiene do sono (dormir cerca de 8 horas, diminuir fontes de luz e dispositivos digitais ao deitar, estipular horário de deitar e acordar, evitar café/ chá 6 horas antes de dormir, evitar refeições pesadas antes de dormir)
- Cessação de adições e vícios

(DGS, 2021)

“Quem cuida também precisa de ser cuidado”

Principalmente por si próprio (Autocuidado)



FATORES PROTETORES DA SAÚDE MENTAL (nível profissional)

- Controlo do ritmo de trabalho
- Apoio social
- Ambiente seguro
- Sentimento de inclusão
- Ambientes laborais com condições de tomada de decisão

(DGS, 2021)

Relatório da sessão:

Na primeira sessão participaram 14 enfermeiros. Durante a sessão observei algumas expressões de apreensão que ao longo da sessão se foram dissipando. Ao longo da sessão foi pedida a participação nas intervenções psicoterapêuticas como uma escolha livre, pelo que penso que essa questão atenuou a ansiedade que alguns enfermeiros poderiam estar a sentir e que o seu fôlego demonstrava. No decorrer da sessão apresentaram-se de uma forma geral atentos. No final da sessão foi disponibilizado um questionário para avaliação da sessão com as questões: Como se sentiu durante a realização desta sessão? (1); Esta sessão deu-lhe conhecimento útil? (2); Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento? (3); Tem sugestões para as próximas sessões? Ou programas/formações em que gostaria de participar no âmbito da saúde mental? (4).

Na questão 1 os enfermeiros responderam “calma e bem disposta”, “senti-me bem”, “senti que realmente é necessário olhar para dentro, mas já tenho sentido essa necessidade e é por isso que estou aqui”, “tranquila”, “interessado e esclarecido”, “sinto-me calmo”, “sinto-me confortável com o que está a ser transmitido, identifico-me com algumas situações enunciadas e com alguns alertas”, “tranquila”, “senti que embora já tivesse conhecimento sobre o assunto é mesmo fundamental aplicá-lo”, “foi importante para lembrar a importância do autocuidado e da autoestima”, “senti-me bem e tranquilo”, “confortável com os conteúdos”, “principalmente pensativa sobre a minha saúde mental”.

Na questão 2 os enfermeiros responderam “sim, principalmente na identificação de sintomas e estratégias para promover a saúde mental”, “sim, para nos focarmos mais no eu”, “sim, deu-me ferramentas para trabalhar a ansiedade”, “sim, deu para lembrar algumas questões que na rotina do dia-a-dia são esquecidas”, “sim, para o meu dia-a-dia”, “sim, consciencializada”, “sim realizar e refletir para reforçar a autoestima e promover o bem-estar físico e emocional/mental”, “fiquei feliz por promover este conhecimento, é importante na felicidade das pessoas”, “sim, sobre o autoconhecimento e autoestima”, “senti-me bem”, “deu-me conhecimento de estratégias possíveis de serem postas em práticas” e outros 2 enfermeiros responderam “sim”.

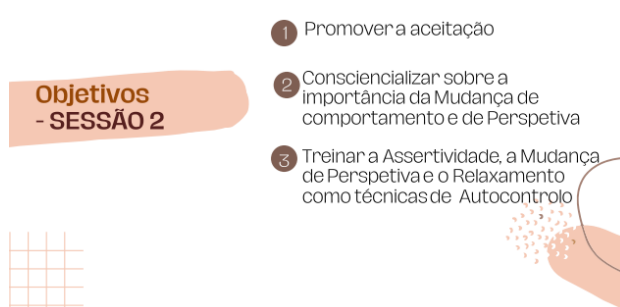
Na questão 3 responderam “na minha vida”, “no trabalho, nas relações interpessoais e individualmente nas várias situações do dia-a-dia”, “aplicar a técnica da autoestima, aplicar a técnica da respiração abdominal”, “identificar em primeiro lugar as minhas qualidades”, “no reforço da autoestima”, “diariamente e em situações de ansiedade”, “nos momentos de maior tensão emocional no trabalho ou em casa”, “aplicar diariamente em momentos de stress e ansiedade, considero que é muito vantajoso”, “no dia-a-dia, quer no exercício da minha profissão, quer para a minha vida pessoal”, “sim na vida pessoal e profissional”, “foi útil, no serviço, em casa, no trânsito, com o outro”, “diariamente”, “quando estiver ansiosa, aplicar as estratégias de promoção da saúde mental”.

Na questão 4 responderam “meditação”, “inteligência emocional”, “gestão de conflitos”, “depressão”, “técnicas para minimizar os problemas”, “estratégias para superar/lidar com momentos de crise e perdas”, “relaxamento muscular”, “mindfulness”, “inteligência emocional”, “sala mais pequena para promover uma maior proximidade entre os participantes e consequentemente melhor aproveitamento das sessões” e “meditação guiada”.

SESSÃO 2- “ACEITAR E RELAXAR”

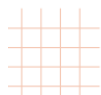
Tipo de intervenção	Formativa e Psicoterapêutica
Data e local	Novembro, Hospital de [REDACTED]
Duração	1h30
População alvo	Enfermeiros [REDACTED]
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Autocontrolo comprometido
Fundamentação	<p>Segundo Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) de acordo com o ICN (2017) autocontrolo corresponde à volição, com as seguintes características específicas: “disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida”. No autocontrolo comprometido inclui-se o controlo de impulsos e autocontrolo da agressividade, na medida em que a agressividade é um impulso e que, na realidade, toda a ação do enfermeiro visa ajudar a pessoa no autocontrolo. (...)</p> <p>O Autocontrolo da ansiedade também é um problema de autocontrolo. (...) A ansiedade é, de acordo com o ICN (2017) uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. Trata-se assim de um sinal de alerta para um perigo iminente que faz com que a pessoa seja capaz de tomar medicação para lidar com a ameaça percebida.</p>
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar para a redução da ansiedade, autocontrolo e assertividade
Estratégia	<p><u>Introdução</u> Apresentação</p> <p><u>Desenvolvimento</u> -Consciencializar sobre autocontrolo, assertividade e Saúde Mental Positiva: - Mudança de comportamento - Mudança de Perspetiva</p> <p><u>Conclusão</u> -Treino da técnica de respiração diafragmática - Relaxamento de Jacobson Questionário de avaliação da sessão</p>
Indicadores de Resultado NOC	<p>Controle da impulsividade</p> <p>Controle da ansiedade</p> <p>Capacidade de comunicação</p> <p>Bem-estar</p>
Crítérios de exclusão	Nenhum
Recursos materiais	Auditório
Bibliografia	Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). <i>Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções</i> . Lisboa. Lidel.

Powerpoint da sessão:



Tarefa para casa (sessão anterior):

Apontar todos os momentos em que sente que não consegue ter o controle sobre coisas, pessoas, momentos, sobre si.



Saúde Mental Positiva

- Não é estar sempre feliz
- É manter a atração por um mundo ideal, mas integrar o significado da realidade da vida: nascemos, vivemos e morremos num ciclo de vida altamente complexo e como seres humanos somos dotados de sentimentos positivos e negativos;
- É ser capaz de estar triste nos momentos tristes mantendo a capacidade de funcionamento social e individual
- Conceito que tem por base a promoção da saúde mental.

(Lluch, T., 2008 citado por Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, M., 2020)

Estratégias para Aceitação

10 Recomendações do Modelo de Saúde Mental Positiva (Lluch, M., 2011)

1. Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida (a nível pessoal e profissional)
2. Colocar "carinho" nas atividades da vida
3. Não ser muito duro consigo mesmo e com os outros (a tolerância, compreensão e flexibilidade são fatores importantes para a saúde mental)
4. Não deixar as emoções negativas bloquearem a vida pessoal
5. Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles acontecem
6. Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e de "sentir")
7. Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente
8. Tentar resolver os problemas quando eles surgem
9. Cuidar das suas relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntima como as de trabalho (colegas)
10. Fazer uso frequente do sentido de humor na vida

Mudança de Perspetiva

É uma técnica que compreende ampliar o foco da situação e/ou colocar-se no lugar do outro.

(Souza, 2015 citado por Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T., 2020)

Estratégia para Aceitação



Exercício Psicoterapêutico

Tema "Todas as vezes que me desvalorizei"



Exercício Psicoterapêutico

Realização de uma carta, onde descreva os seus grandes êxitos/ conquistas ao longo da vida.



Reflexão

Crenças Limitantes \neq Mudança de Perspetiva

Autocontrolo



Contempla a capacidade da pessoa lidar com situações de stress e conflito, equilíbrio emocional e tolerância à frustração, ansiedade e stress.

(Lluch, 1999, 2020; Sequeira & Lluch, 2015; Lluch-Canut, Sequeira & Roldán-Merino, 2017 citados por Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T., 2020)

Autocontrolo- Técnica PROARR

PARAR- Pare e conte regressivamente de 10 até 1, lentamente;
RELAXAR- Concentre-se na respiração/descontraia ombros, cabeça, testa e maxilar;
OBSERVAR- Preste atenção ao seu corpo e observe como está a reagir;
ANALISAR- Analise as causas responsáveis pelos seus sentimentos;
REFLETIR- Veja os caminhos possíveis para alcançar os seus objetivos;
RESPONDER- Atue de forma a desencadear uma atitude positiva.

(Queirós, 2014 citado por Sequeira, C. & Sampaio, F., 2020)



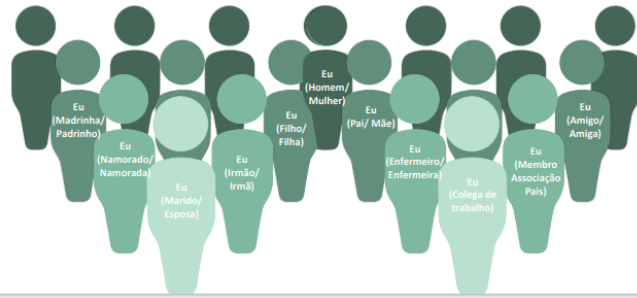
Imagine uma situação emocional extrema em que teve uma reação desajustada. Vamos aplicar cada passo da Técnica PROARR!



Esta é a sua imagem. O que vê?



Gestão de papéis na sociedade



Reflexão

Aceitação - capacidade de querer alterar apenas o que está ao meu alcance

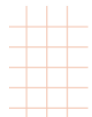


Não ter expectativas sobre o outro
Não querer controlar tudo

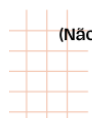


Exercício psicoterapêutico

Tendo em conta a informação do slide anterior "Pegue na sua mochila"



Responsabilidades
Não delegar tarefas em casa
Não ser tolerante consigo e com os outros
Discutir com um colega
Pagar contas
Mudar os outros
Quer ser uma pessoa perfeita



Ter vários papéis exige tolerância consigo próprio
(Não exigir demasiado de si, não querer controlar tudo, é necessário impor limites)



Pela sua saúde mental

Assertividade

Como comunica



ASSERTIVA

PASSIVA

AGRESSIVA

Assertividade

Capacidade em termos de comunicação que possibilita a uma pessoa expressar/defender uma determinada situação sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros, expressando-se de forma calma e sem agressividade para com o outro.

TÉCNICA QUE PROMOVE O AUTOCONTROLO (EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL) E ACEITAÇÃO

BEM-ESTAR = SAÚDE MENTAL

Assertividade

AGRESSIVA

- Diz tudo aquilo que pensa, com agressividade
- Magoa os outros
- Muitas vezes fica com pensamentos ruminativos por ter sido agressivo
- Gera ressentimentos

Assertividade

PASSIVO

- Não diz o que sente para não magoar os outros
- Não sabe dizer que não
- É manipulado constantemente por não se saber impor
- Cria conflitos internos
- Pode tornar-se facilmente agressivo pelos conflitos internos e assim gerar mais tristeza e frustração

Assertividade

ASSERTIVO

- Diz aquilo que pensa e sente, sem magoar os outros, de forma clara
- Esclarece situações
- Faz críticas construtivas
- Não é manipulado, tem as suas opiniões e sabe expressá-las
- Constrói relações saudáveis, baseadas no respeito mútuo

Relaxamento



Respiração
Diafragmática

Relaxamento
Progressivo de
Jacobson

As técnicas de relaxamento permitem em situações emocionais extremas, a não ocorrência de reações desajustadas.

Promovem o bem-estar e ajudam a lidar com sintomas físicos que contribuem para a ansiedade.

(Teixeira, S., Sequeira, C. & Lúcio, T., 2020)



Questões ?



Questionário de avaliação da sessão




Referências Bibliográficas



Moreira, P. (2008). Competências sociais e assertividade. Porto, Porto Editora.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa, Lidel.

Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus): manual de apoio. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.



**Gratidão pela
vossa presença**

Relatório da sessão:

Na segunda sessão participaram 15 enfermeiros. Durante a sessão, tal como na primeira, observei algumas expressões de apreensão que ao longo da sessão se foram dissuadindo, mostrando-se de uma forma geral atentos, calmos e proativos naquilo que era solicitado. No final da sessão foi disponibilizado um questionário para avaliação da sessão com as questões: Como se sentiu durante a realização desta sessão? (1); Esta sessão deu-lhe conhecimento útil? (2); Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento? (3); Tem sugestões para as próximas sessões? Ou programas/formações em que gostaria de participar no âmbito da saúde mental? (4).

Na questão 1 os enfermeiros responderam: “Senti que acabei por fazer alguma introspeção”, “gosto de ouvir falar sobre o tema saúde mental”, “calma, com noção de que tenho que mudar algumas coisas”, “interessada e calma”, “com consciência de que necessito de trabalhar o autocontrolo”, “com atenção, na tentativa de melhorar a minha forma de estar na vida”, “calma e predisposta a ouvir”, “senti leveza, a sensação de que não se consegue mudar o outro, a aceitação deu a sensação de leveza(colocou um emoji de felicidade)”, “senti-me bem e relaxada”, “esta sessão permitiu adquirir mais conhecimentos e aprofundar técnicas e formas de agir em situações mais difíceis permitindo sentir-se mais confortável em situações futuras”, “bem”, “senti alguma consciencialização de dificuldades sentidas para mim”, “é sempre bom falar sobre a nossa saúde mental”, “confortável”, “senti que só eu tenho que mudar e que tenho de agir e comunicar com assertividade”.

Na questão 2 sete enfermeiros responderam “sim”, “sim e relembrar conhecimentos já adquiridos”, “sim, permitiu rever conceitos, consciencializar sobre estes conceitos e refletir sobre a importância da aceitação, da reflexão e da gestão de expectativas”, “sim, fez-me refletir e relembrar conhecimento neste âmbito”, “sim, relembrar a importância do eu e do cuidar do eu, a importância de não criar expectativas e não querer controlar tudo”, “adquiri alguns conteúdos, embora outros já tivesse conhecimento por procura pessoal”, “sim, principalmente sobre a técnica PROARR”, “sim lembrei conceitos que já tinha ouvido”, “sim, elucidar sobre a forma como vemos a nossa própria vida e como a podemos alterar olhando com outra perspetiva”.

Na questão 3 responderam “no dia-a-dia, nas relações e no trabalho”, “na relação com os outros a nível pessoal e profissional”, “em situações como pensamentos negativos, medos irracionais”, “já tenho tentado várias vezes no dia-a-dia, não é fácil, é um processo”, “na vida pessoal e relações interpessoais”, “aplico em situações de stress e com os filhos”, “espero que traga mais valias na forma como me relaciono com os outros, quer a nível pessoal, quer a nível profissional”, “em situações relacionais e de autocontrolo”, “no dia-a-dia, no trabalho, em casa, no supermercado, na escola”, “em todas as situações de vida que seja útil a sua utilização”, “situações familiares e profissionais”, “aplicar em relação ao eu, as expectativas criadas em relação ao outro”, “no dia-a-dia”, “no dia-a-dia, no contato e relações com o outro”, “não vou querer controlar o outro, diminuir as minhas expectativas em relação aos outros. Impôr os meus limites”.

Na questão 4 responderam “PNL”, “sessões práticas de técnicas a aplicar para melhorar a saúde mental, com mais tempo”, “Aprofundamento deste tema”, “Técnicas de relaxamento e formas/métodos de comunicação em situações de agressividade”, “as situações de roleplay que são momentos interessantes de aprendizagem, seria útil fazer mais momentos de roleplay que nos permitissem ver a forma como eu/os outros se comportam em determinadas situações e perante determinadas dificuldades”, “refletir e aprender técnicas de comunicação na relação de equipa”, “mais técnicas de autocontrolo” e “relações interpessoais/conflitos pessoais”.

SESSÃO 3- “EU RESOLVO”

Tipo de intervenção	Formativa e Psicoterapêutica
Data e local	Dezembro, Hospital de [REDACTED]
Duração	1 hora
População alvo	Enfermeiros [REDACTED]
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Autocontrolo da ansiedade comprometido
Fundamentação	Segundo Baptista, A. (2013) viver é resolver problemas continuamente. Primeiro um, depois outro e assim sucessivamente, sem nunca terminar. Contudo, apesar de contínua e rotineira, a resolução de problemas implica dúvidas e incertezas à cerca da melhor solução para os mesmos ou por quais comportamentos optar para tomar decisões. A dúvida pode ser paralisadora, estando frequentemente associada a dificuldades em atuar e a emoções muito negativas e desagradáveis. As dúvidas estão de um modo geral ligadas a lentidão, dificuldade em tomar decisões, pessimismo e, em última instância, à paralisadora depressão. Podem também conduzir a timidez, vergonha ou ansiedade social, principalmente quando as dúvidas recaem sobre as suas próprias capacidades. Desta forma, é de primordial importância o fator individual de resolução de problemas, isto é, o modo típico de pensar ou de reagir perante as dificuldades e os problemas a resolver. Na maior parte das vezes esse comportamento é automático ou inconsciente, mas é particularmente importante e determinante para a qualidade da reação final.”
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Capacitar para a resolução de problemas
Estratégia	<u>Introdução</u> Apresentação <u>Desenvolvimento</u> Técnica de Resolução de problemas <u>Conclusão</u> Treino da técnica de respiração diafragmática Técnica de relaxamento por imaginação guiada Questionário de avaliação da sessão
Indicadores de Resultado NOC	Bem-estar Autocontrolo da ansiedade
Critérios de exclusão	Nenhum
Recursos materiais	Auditório
Bibliografia	Baptista, A. (2013). Aprender a ser feliz: Exercícios de [REDACTED] positiva. Editora: Pactor. Lisboa

Powerpoint da sessão:



Objetivos
- SESSÃO 2

1. Consciencializar sobre Técnica de Resolução de Problemas
2. Sessão de Relaxamento por Imaginação Guiada



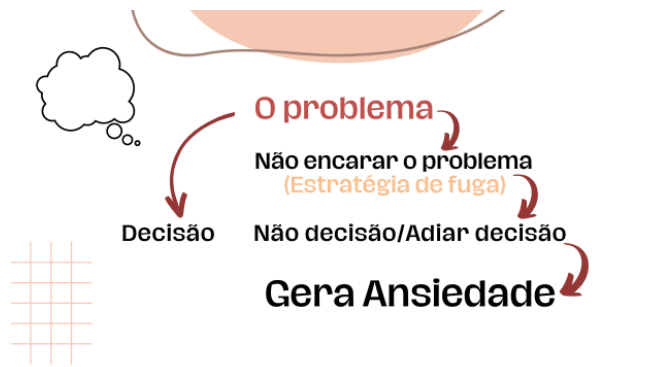
"Viver é resolver problemas continuamente."

Baptista, A. (2013)



"A resolução de problemas implica dúvidas e incertezas sobre a melhor solução para os mesmos ou de quais os melhores cursos de ação e por quais comportamentos optar para tomar decisões."

Baptista, A. (2013)



Exercício Psicoterapêutico

2 grupos
2 fios na sala em lados opostos

Objetivo: unir os fios

Material disponibilizado: cola, cadeira, papel

Fonte: Programa MentisPlus

Técnica de Resolução de Problemas (Passos)

1º passo- Definição do problema
(consciência clara do que é e do realmente envolve)

Questões de suporte:
"O que é que eu quero ou como gostava que as situações fossem?"
"O que é que faz com que os meus objetivos não sejam atingidos ou que as situações não resultem como eu quero?"

1º passo- Definição do problema

2º passo- Análise do problema

(Reflexão sobre o problema para o compreender, assim como todas as suas dimensões)

Questões de suporte:

- “Como é que este problema me está a afetar?”
- “Como é que este problema está a afetar as outras pessoas, ou quem, para além de mim, está a sentir este problema?”
- “Como é que os outros lidam com este problema?”

Após responder a estas questões pode verificar que quer alterar a natureza do problema, devido ao facto de adotar uma perspetiva diferente do mesmo.

2º passo- Análise do problema



Utilizar a Técnica de Mudança De Perspetiva



3º passo- Os meus objetivos

(Após ver o problema de diferentes perspetivas, pode decidir o que consegue atingir e estabelecer objetivos)

Questão de suporte:

- “Qual é o meu objetivo imediato?”

3º passo- Os meus objetivos



Qual é o meu objetivo imediato?

4º passo- Possíveis soluções

(Neste passo deve gerar o maior número de soluções possível, sem eliminar nenhuma. Uma solução que não parece funcionar pode ser desenvolvida e tornar-se numa solução eficaz. Escreva de um modo sistemático todas as possibilidades de resolução.)

Questão de suporte:

- “O que fez no passado quando teve problemas semelhantes?”
- “Como é que os seus conhecidos lidam com estas situações?”

4º passo- Possíveis soluções



Indique 3 formas possíveis de resolver:

- a)
- b)
- c)

5º passo- Análise das soluções

(Escreva as vantagens e as desvantagens de cada uma das soluções)

Questões de suporte:

“Qual é a relevância disto para a minha situação?”

“É realista e exequível efetuar isto?”

“Quais são as consequências, tanto positivas como negativas?”

“Qual é a probabilidade de isso me ajudar a atingir os meus objetivos?”

5º passo- Análise das soluções



Para cada possibilidade escreva uma vantagem e uma desvantagem:

- | Vantagem | Desvantagem |
|----------|-------------|
| a) | a) |
| b) | b) |
| c) | c) |

6º passo- Implementação

(Implica a identificação de tudo aquilo que é necessário para a implementação da solução escolhida, para avaliar a sua eficácia e estar seguro de que é uma verdadeira solução)

Questões de suporte:

“Consegui ou não resolver o problema?”

“Até que ponto a solução foi eficaz?”

“Que consequências teve (boas e más)?”

6º passo- Implementação

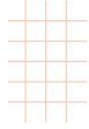


Planeie as ações para a decisão tomada. Reflita sobre:

- Quando?
- Quem vai estar envolvido?
- Que passos cada um terá que dar?
- Qual o tempo necessário?
- Que recursos tem?
- Quais os que precisa?
- Quais os problemas que poderão surgir?
- Como poderão ser ultrapassados?

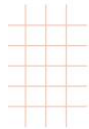


Se o resultado não for o desejado pode modificar a solução e recomeçar o processo

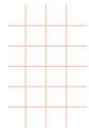


Mas resolva apenas quando conseguir.

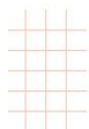
Também é importante saber pedir ajuda.



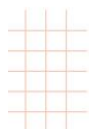
Às vezes na vida aparentemente tudo está bem
Até que o inesperado acontece
o importante é saber como reagir
Transformando o problema em oportunidade




Questões





Relaxamento por Imaginação Guiada





Questionário de avaliação da sessão



Aceda ao
folheto
através do
QR code



Referências Bibliográficas

Baptista, A. (2013). Aprender a ser feliz: Exercícios de Psicoterapia positiva. Editora: Pactor. Lisboa

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluich, T. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus): manual de apoio. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.



Gratidão pela vossa presença



Folheto:

“Viver é resolver problemas continuamente.”
Baptista, A. (2013)



Programa "Mental Care"
Promoção da saúde mental nos enfermeiros

Referências Bibliográficas:
Baptista, A. (2013). Aprender a ser feliz: Exercícios de Psicoterapia positiva. Editora: Pactor. Lisboa
Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

“A resolução de problemas implica dúvidas e incertezas sobre a melhor solução para os mesmos ou de quais os melhores cursos de ação e por quais comportamentos optar para tomar decisões.”
Baptista, A. (2013)

Elaborado por:
Enfª. Vânia Raimundo
(Aluna Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria)



Passos da Técnica de Resolução de Problemas

1º passo- Definição do problema
(consciência clara do que é e do realmente envolve)
Questões de suporte:
“O que é que eu quero ou como gostava que as situações fossem?”
“O que é que faz com que os meus objetivos não sejam atingidos ou que as situações não resultem como eu quero?”

2º passo- Análise do problema (Reflexão sobre o problema para o compreender, assim como todas as suas dimensões)
Questões de suporte:
“Como é que este problema me está a afetar?”
“Como é que este problema está a afetar as outras pessoas, ou quem, para além de mim, está a sentir este problema?”
“Como é que os outros lidam com este problema?”
Após responder a estas questões pode verificar que quer alterar a natureza do problema, devido ao facto de adotar uma perspetiva diferente do mesmo.

3º passo- Os meus objetivos
(Após ver o problema de diferentes perspetivas, pode decidir o que consegue atingir e estabelecer objetivos)
Questão de suporte:
“Qual é o meu objetivo imediato?”

4º passo- Possíveis soluções
(Neste passo deve gerar o maior número de soluções possível, sem eliminar nenhuma. Uma solução que não parece funcionar pode ser desenvolvida e tornar-se numa solução eficaz. Escreva de um modo sistemático todas as possibilidades de resolução.)
Questão de suporte:
“O que fez no passado quando teve problemas semelhantes?”
“Como é que os seus conhecidos lidam com estas situações?”

5º passo- Análise das soluções
(Escreva as vantagens e as desvantagens de cada uma das soluções)
Questões de suporte:
“Qual é a relevância disto para a minha situação?”
“É realista e exequível efetuar isto?”
“Quais são as consequências, tanto positivas como negativas?”
“Qual é a probabilidade de isso me ajudar a atingir os meus objetivos?”

6º passo- Implementação
(Neste passo deve gerar o maior número de soluções possível, sem eliminar nenhuma. Uma solução que não parece funcionar pode ser desenvolvida e tornar-se numa solução eficaz. Escreva de um modo sistemático todas as possibilidades de resolução.)
Questão de suporte:
“O que fez no passado quando teve problemas semelhantes?”
“Como é que os seus conhecidos lidam com estas situações?”
Nota: Se o resultado não foi o desejado pode modificar a solução e recomençar o processo.



Relatório da sessão:

Na terceira sessão participaram 15 enfermeiros. Nesta sessão os enfermeiros apresentaram uma postura descontraída, mostraram um contato fácil, assim como demonstraram proatividade na participação àquilo que era solicitado.

No final da sessão foi disponibilizado um questionário para avaliação da sessão com as questões: Como se sentiu durante a realização desta sessão? (1); Esta sessão deu-lhe conhecimento útil? (2); Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento? (3); Tem sugestões para as próximas sessões? Ou programas/formações em que gostaria de participar no âmbito da saúde mental? (4).

Na questão 1 os enfermeiros responderam “bem”, “que é importante continuar a aprender”, através de novos conhecimentos, novas abordagens e perspectivas”, “senti que todos os problemas são de possível resolução”, “senti-me um pouco ansiosa, relativamente à colocação do problema e sua resolução”, “senti-me interessada e serena”, “bastante relaxada durante a sessão”, “muito bem”, “calma, serena”, “com a constatação de que é difícil resolver problemas”, dois enfermeiros responderam “senti-me bem” e outros dois enfermeiros “tranquila”.

Na questão 2 responderam nove enfermeiros responderam “sim”, “sim, foi útil para a minha vida pessoal e profissional”, “deu, mas é difícil interiorizar”, “sim, com aplicação na vida diária”, “permitiu verificar de forma muito sistematizada”.

Na questão 3 responderam “de forma inconsciente em todas as situações”, “sempre que surge um problema”, “na resolução diária de problemas que surgem”, “principalmente na minha parte afetiva e emocional”, “identificação e resolução de problemas”, “no dia-a-dia”, “na resolução dos meus problemas”, “quando tiver algum problema irei interiorizar a técnica”, “no dia-a-dia, tanto profissional, como pessoal”, “em todas as situações da vida”, “no local de trabalho e vida pessoal”, “no dia-a-dia, na vida pessoal e profissional” e um dos enfermeiros não respondeu.

Na questão 4 responderam “apenas que continuem estas sessões de formação”, “resolução de conflitos”, “continuar com as sessões de relaxamento”, “aplicar aos profissionais, pelo menos 1 vez por mês, incluindo em horário laboral”, “roleplay e práticas simuladas”, “ioga, meditação guiada”, “sessões de relaxamento” e seis enfermeiros não responderam.

SESSÃO 4- “A GESTÃO DAS MINHAS EMOÇÕES”

Tipo de intervenção	Formativa e Psicoterapêutica
Data e local	Dezembro, Hospital de [REDACTED]
Duração	1 hora
População alvo	Enfermeiros [REDACTED]
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Autocontrolo comprometido
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Promover o autocontrolo e bem-estar
Estratégia	<u>Introdução</u> Apresentação <u>Desenvolvimento</u> -Consciencialização sobre conceitos relacionados com as emoções e teorias sobre as emoções -Demonstração de algumas técnicas de gestão de emoções <u>Conclusão</u> Treino da técnica de respiração diafragmática Técnica de relaxamento muscular modificado de Shultz Questionário de avaliação da sessão
Indicadores de Resultado NOC	Bem-estar Autocontrolo
Critérios de exclusão	Nenhum
Recursos materiais	Auditório

Powerpoint da sessão:



PROGRAMA MENTAL CARE
4ª Sessão - A Gestão das Minhas Emoções

- Âmbito da Especialidade e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Realizado por: Vânia Raimundo
Enf. Orientadora: Rita Francisco
Prof. Orientador: João Gomes

Mental Care

"A Importância da Saúde Mental"

(4 sessões)

- "Primeiro Eu"
- "Aceitar e Relaxar"
- "Eu Resolvo"
- "A Gestão das Minhas Emoções"

Objetivos - SESSÃO 4

1. Consciencializar sobre conceitos relacionados com as emoções
2. Conhecer as técnicas de gestão de emoções
3. Sessão de Relaxamento

Emoção

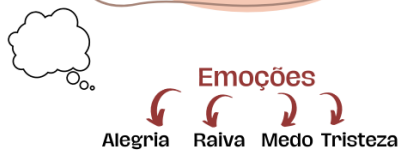
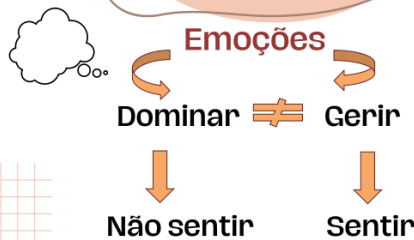
Experiências breves e intensas que surgem em resposta a estímulos específicos

Fatores presentes no surgimento das emoções

- Ativação fisiológica (ex: taquicardia e sudorese)
- Avaliação cognitiva das alterações fisiológicas (ex: estou com medo)
- Emoção (ex: medo)
- Avaliação do estímulo (ex: a cobra é venenosa)

Teorias sobre as Emoções

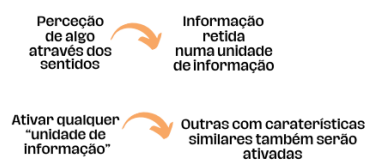
Teoria de James-Lange	Existem padrões fisiológicos mais característicos de cada emoção e que aumentam a probabilidade de sentirmos uma dada emoção.
Teoria de Cannon-Bard	A ativação fisiológica e as emoções não são totalmente dependentes (embora se influenciem).
Teoria de Schachter-Singer	As nossas experiências passadas e o ambiente ao nosso redor têm um papel importante na forma como vamos sentir uma emoção.
Teoria da Avaliação Cognitiva de Lazarus	O significado que damos ao estímulo e os recursos que consideramos ter para lidar com o mesmo, vão influenciar a emoção sentida.



Exercício

Palavra	Palavras de que me recordo automaticamente
Cão	
Enfermeira	
Mãe	
Trabalho	

A memória e as emoções



Exemplo: Quando nos lembramos de uma discussão que tivemos com alguém, sentimos-nos irritados



Exercício Psicoterapêutico

Recordação de evento emocional

- Recordar um episódio feliz. Algo que realmente o fez sentir bem quer a nível pessoal, quer a nível profissional.
Feche os olhos e recorde com o máximo detalhe possível, como se estivesse a vivenciar o mesmo neste momento.



Técnicas para Gestão de Emoções

Técnica das Afirmações Positivas (Souza, 2015)

- O princípio básico é que se mudarmos o pensamento podemos regular as emoções e ações, isto porque a emoção e o pensamento estão intimamente ligados
- As emoções não podem ser modificadas, mas podemos identificar e mudar os pensamentos negativos que estão na base e assim substituí-los por pensamentos mais positivos

Técnica do Ensaio Mental (Souza, 2015)

- Consiste em visualizar a situação e praticar mentalmente, o que levará a um nível de ansiedade mais reduzido, dando mais confiança para superar a situação eficazmente

Técnica de Mudança de Perspetiva (Souza, 2015)

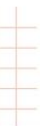
- Consiste em ampliar o foco da situação e/ou colocar-se no lugar do outro

Técnica de Evitação (Kliwer, 1991)

- A evitação e estratégias focalizadas na emoção podem funcionar como adaptativas quando não se pode mudar a situação ou quando a situação invoca muita emoção
- Esta estratégia reflete uma tentativa de manter o controlo sobre a situação

Técnicas de Relaxamento

- ❑ Têm benefícios a nível físico e psicológico, objetivando benefícios terapêuticos
- ❑ Ajudam a desenvolver a capacidade para lidar, com os sintomas físicos, que contribuem para a ansiedade, de uma forma mais eficaz



Exercício Psicoterapêutico

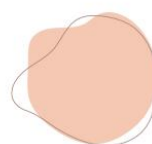
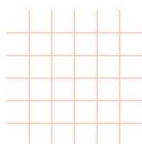
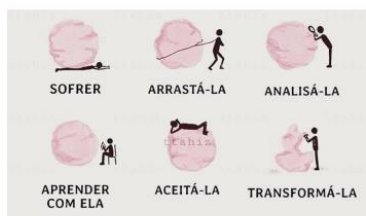
Pensar numa situação que gerou uma emoção forte

Soprar o balão

O que fazer com o balão?



O que fazer com a dor emocional



Questões



Aceda ao folheto
através do
QR code



Questionário de avaliação da sessão

Referências Bibliográficas

Moreira, P. (2022). Gerir Emoções: Um Guia Prático. Editora: Idioteque Communication Group

Teixeira, S., Sequeira, C. & Lúch, T. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mente Plus): manual de apoio. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Sessão de Relaxamento

Treino de Relaxamento Autogénico de (Shultz, 1967)

Consiste na indução da pessoa a uma situação de tranquilidade psíquica por meio da respiração, da redução de estímulos externos e da concentração voluntária e consciente em direção a funções sensoriais

Gratidão pela vossa presença

Folheto:

Emoções são experiências breves e intensas que surgem em resposta a estímulos específicos.

Moreira, P. (2022)



Programa "Mental Care"

A Gestão das Minhas Emoções

Referências Bibliográficas:

Moreira, P. (2022). Gerir Emoções: Um Guia Prático. Editora: Idioteque Communication Group

Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus): manual de apoio. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Elaborado por:

Enf^o. Vânia Raimundo
(Aluna Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria)

Técnicas para Gestão de Emoções

Técnica das Afirmações Positivas (Souza, 2015).
O princípio básico é que se mudarmos o pensamento podemos regular as emoções e ações, isto porque a emoção e o pensamento estão intimamente ligados. As emoções não podem ser modificadas, mas podemos identificar e mudar os pensamentos negativos que estão na base e assim substituí-los por pensamentos mais positivos.

Técnica do Ensaio Mental (Souza, 2015).
Consiste em visualizar a situação e praticar mentalmente, o que levará a um nível de ansiedade mais reduzido, dando mais confiança para superar a situação eficazmente.

Técnica de Mudança de Perspetiva (Souza, 2015).
Consiste em ampliar o foco da situação e/ou colocar-se no lugar do outro.

Técnica de Evitação (Kliewer, 1991).
A evitação e estratégias focalizadas na emoção podem funcionar como adaptativas quando não se pode mudar a situação ou quando a situação invoca muita emoção. Esta estratégia reflete uma tentativa de manter o controlo sobre a situação.

Técnicas de Relaxamento
Têm benefícios a nível físico e psicológico, objetivando benefícios terapêuticos. E ajudam a desenvolver a capacidade para lidar, com os sintomas físicos, que contribuem para a ansiedade, de uma forma mais eficaz.

Cuide de si!



Relatório da sessão:

Na quarta sessão participaram 11 enfermeiros. Durante a sessão apresentaram-se calmos e bastantes interativos entre eles. Alguns enfermeiros também questionaram sobre perspectivas de continuação deste Programa.

No final da sessão foi disponibilizado um questionário para avaliação da sessão com as questões: Como se sentiu durante a realização desta sessão? (1); Esta sessão deu-lhe conhecimento útil? (2); Caso tenha sido útil, em que situações aplicará este conhecimento? (3); Tem sugestões para as próximas sessões? Ou programas/formações em que gostaria de participar no âmbito da saúde mental? (4).

Na questão 1 os enfermeiros responderam “senti-me alegre e tranquila”, “bem, aprendendo de forma fácil, interiorizando o descodificar das emoções”, “muito confortável”, “atento”, “calmo, confortável”, “serena”, “tranquila, atenta/informada”, 3 enfermeiros responderam “bem”.

Na questão 2 dez enfermeiros responderam “sim” e outro “que vale a pena continuar a desenvolver competências individuais, para promover o bem-estar”.

Na questão 3 responderam “todos os dias”, “em situações em que as emoções vão crescendo e fazendo adensar o problema”, “situações emocionais, no trabalho e em casa”, “quando tiver uma emoção negativa, adquirir técnicas para trabalhar essa emoção”, “a gerir melhor as minhas emoções”, “na vida pessoal e profissional”, “no dia-a-dia”, “no dia-a-dia e profissionalmente”, “no dia-a-dia”, “conflitos no local de trabalho e familiares”, “no dia-a-dia para lidar com as emoções”.

Na questão 4 responderam “mindfulness, sessões de relaxamento”, “aprofundamentos dos conteúdos dados ao longo das 4 sessões”, “qualquer formação, é sempre uma mais-valia no processo de aprendizagem/crescimento em saúde mental”, “sessões periódicas de relaxamento”, “técnicas de relaxamento/interação com os outros”, “abordar neurotransmissão, onde atuam os medicamentos da área da saúde mental, combater o estigma da saúde mental” e cinco enfermeiros não responderam.

APÊNDICE XIX- INFORMAÇÃO ENVIADA A TODOS OS ENFERMEIROS QUE PREENCHERAM O QUESTIONÁRIO INICIAL DO PROGRAMA “MENTAL CARE”, COM O RESULTADO DA ESCALA PROQOL-5 (ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL)

Olá C.E,

Espero que estejas bem.

Como prometido envio-te a análise da tua Escala ProQOL- 5:

Na componente **Satisfação por Compaixão** o teu score é 38 (Nível moderado).

O que significa que obténs satisfação nas tarefas que desempenhas como enfermeira.

A satisfação por compaixão diz respeito ao **prazer que se obtém por fazer bem as tarefas no trabalho**. Por exemplo, achar que é um **prazer ajudar outras pessoas através do trabalho, sentir-se bem com as relações interpessoais em contexto de trabalho** ou **sentir que se tem capacidade para contribuir para o ambiente de trabalho** ou mesmo para o bem maior da sociedade.

◇

Na componente **Burnout** o teu score é de 22 (Nível baixo). *Burnout* é um dos elementos da Fadiga por Compaixão.

Está associado a sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho ou em realizar o seu trabalho de forma eficaz.

Esses sentimentos negativos geralmente têm um início gradual e podem refletir a sensação de que o esforço não faz diferença ou podem estar associados a uma carga de trabalho muito alta ou a um ambiente de trabalho sem suporte ou apoio.

Os **sinais suscetíveis da Síndrome de Burnout** caracterizam-se por **sensação de esgotamento ou exaustão física e emocional** na primeira fase; na segunda fase evidencia-se a **despessoalização** (sensação de mudanças significativas na personalidade e postura **indiferente em relação ao trabalho, colegas e outras pessoas**), **assim como insensibilidade afetiva**. A despessoalização é considerada uma estratégia desadaptativa (prejudicial à pessoa e às suas relações interpessoais), adotada para fazer face ao stress crónico.

A terceira fase do Síndrome de Burnout é caracterizada pela **redução da realização pessoal**, traduzindo-se no declínio do sentimento de competência, o que compromete as competências profissionais e se reflete, no caso dos enfermeiros, nos cuidados precários prestados aos doentes.

◇

Na componente **Stress pós-traumático secundário** o teu score é de 29 (Nível moderado).

O *stress pós-traumático secundário* é o segundo elemento da Fadiga por Compaixão.

A componente "Stress pós-traumático secundário" é associada aos cuidados de enfermagem prestados, já que a Enfermagem é das profissões com maior risco de SPTS, pela exposição frequente ao sofrimento dos outros.

Os **sinais/sintomas de SPTS surgem pela exposição direta a acontecimentos traumáticos ou pelo testemunhar de acontecimentos traumáticos "ao outro"** e manifestam-se por **mau estar psicológico intenso ou prolongado** aquando da exposição a estímulos (internos ou externos) que se assemelhem a aspetos dos acontecimentos traumáticos; **reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos** (internos ou externos) que se assemelhem a aspetos dos acontecimentos traumáticos; **evitamento de estímulos externos** (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações), **memórias, pensamentos ou emoções que causem mal-estar acerca dos acontecimentos traumáticos**; **amnésia relacionada com o evento traumático** (a pessoa apenas relembra fragmentos do acontecimento); **humor irritável e negativismo persistente** associado a acontecimentos traumáticos; **medos persistentes**; **perturbações do sono**; **pesadelos** recorrentes com o acontecimento traumático; **hipervigilância**; **dificuldade na concentração e despessoalização**.

◇

Na componente **Fadiga por Compaixão** o teu score é 26 (Nível moderado), o que significa que sentes alguma exaustão associada à profissão/cuidados que prestas.

◇

As estratégias que poderás utilizar na promoção da saúde mental são:

◇ dedicar tempo ao teu autocuidado (autocuidado entenda-se ter tempo apenas para ti e fazer tarefas que resultem num maior bem-estar, como ter um hobby por exemplo);

◇ equilibrar o tempo dedicado ao descanso e ao trabalho;

◇ ter um padrão de sono eficaz (ter insónias não é normal, já que resulta em fadiga, alterações do humor, dificuldade na concentração e stress); É importante, em caso de insónia, realizar a higiene do sono (dormir cerca de 8h/dia, ouvir música relaxante antes de dormir em vez de estimulante; desligar todos os aparelhos eletrónicos e luzes, evitar bebidas com cafeína (chá, café e refrigerantes) 6h antes de dormir, não comer comidas de difícil digestão nas horas antes de dormir, dormir o mais cedo possível).

◇ praticar exercício físico é importante, visto que o exercício físico reduz o stress, já que normaliza os níveis da hormona cortisol, conhecida como "hormona do stress", o que resulta na sensação de bem-estar. Além disso, o exercício físico ativa outros neurotransmissores benéficos ao organismo como a serotonina (conhecida como "hormona da felicidade", que estabiliza o humor e origina sensação de bem-estar), endorfina (sensação de prazer e bem-estar); dopamina (sensação de recompensa e motivação);

◇ manter um padrão de alimentação saudável (cerca de 90% da serotonina é produzida no sistema gastrointestinal e os alimentos consumidos influenciam a produção da mesma). Esta hormona tem por isso influência no bem-estar, na regulação do humor, no sono e no apetite. Para concluir, pelos resultados, não tens critérios para integrar o Programa Mental Care, no entanto alguma questão que tenhas estou ao dispor.

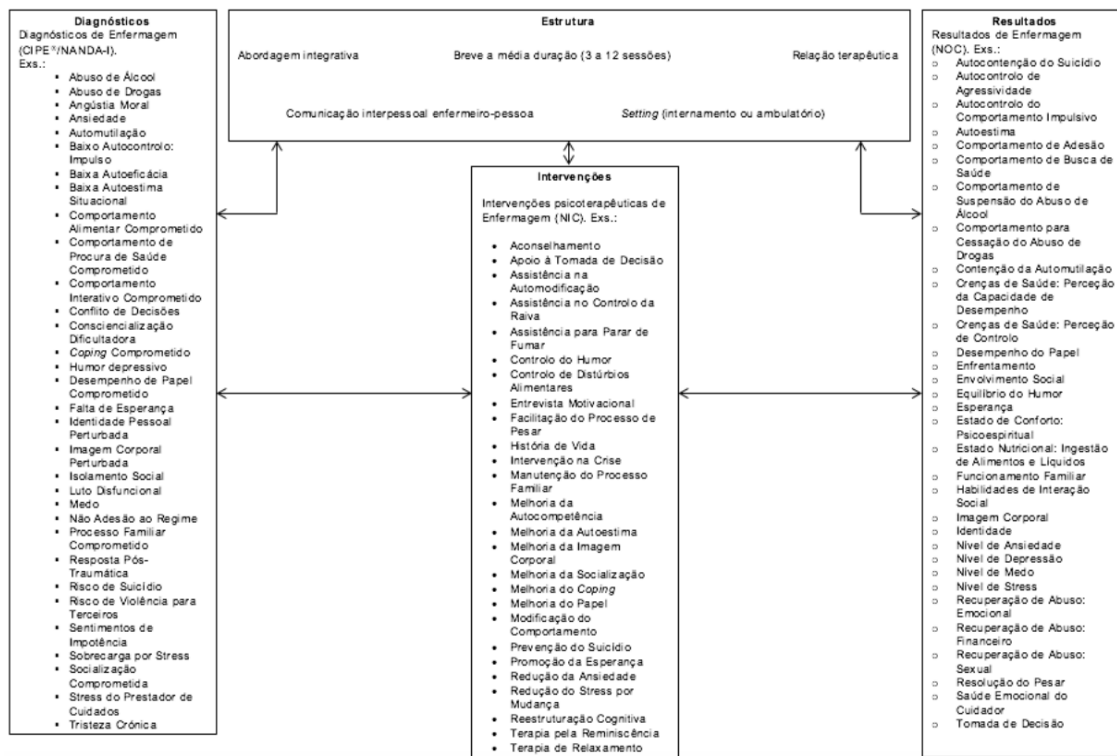
Att,

Vânia Raimundo

APÊNDICE XX- MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM (SAMPAIO, F., SEQUEIRA, C. & CANUT, T., 2018)

Como suporte científico e teórico deste programa foi selecionado o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem. Este modelo consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de [REDACTED] e assenta nos princípios: a) é uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; b) é realizada por um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria ou por um enfermeiro de cuidados gerais com formação específica e competências certificadas pela Ordem dos Enfermeiros; c) é uma intervenção baseada em um ou mais racionais teóricos de [REDACTED]; d) é uma intervenção decorrente da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental; e) é uma intervenção na qual o utente apresenta um papel ativo e tem, necessariamente, alguma consciência de si; f) é uma intervenção com um número de sessões entre três e doze, com duração de 45-60 minutos; g) é uma intervenção que tem, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente; h) é uma intervenção cujo objetivo é a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente (Sampaio, Sequeira, & Lluç Canut, 2014 citados por Sampaio, F., Sequeira, C. & Canut, T., 2018). Desta forma, a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem distingue-se da [REDACTED] “tradicional” pelo facto de ser mais limitada no tempo, ter como ponto de partida um diagnóstico de Enfermagem, poder decorrer noutros settings que não, exclusivamente, o de gabinete / consultório e por se circunscrever à utilização de técnicas de [REDACTED] sob a forma de intervenções integradas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (por exemplo, reestruturação cognitiva ou treino de controlo de impulsos (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2012 citados por (Sampaio, F., Sequeira, C. & Canut, T., 2018).

Figura 1 - Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem.



APÊNDICE XXI- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MENTAL CARE (PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS QUE DESEMPENHAM FUNÇÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA)

Questionário sobre o Programa Mental Care

O Programa Mental Care foi essencial mim

1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Se sim,

especificar _____

O Programa Mental Care proporcionou-me autoconhecimento

1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

O Programa Mental Care deu-me estratégias úteis que poderei utilizar tanto na minha vida pessoal como profissional para promover a minha saúde mental e consequentemente física

1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

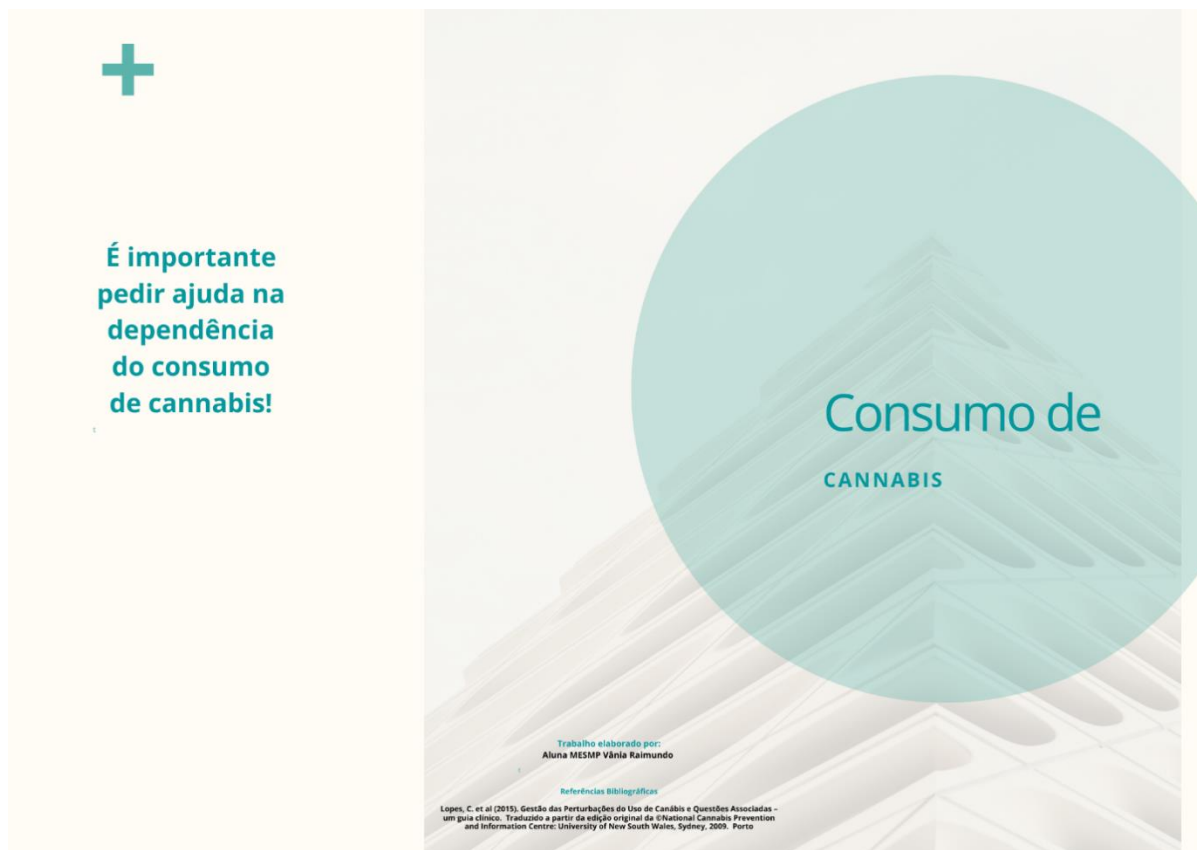
Se sim, especificar

quais _____

Este Programa teve impacto em si? Descreva o que sentiu.

Obrigada pela participação neste projeto 😊

APÊNDICE XXII- FOLHETO “CONSUMO DE CANABINÓIDES” - ESTUDO DE CASO DOENTE T.



Danos associados ao consumo de cannabis

Riscos de intoxicação aguda

- Comprometimento da atenção, memória e desempenho psicomotor
- Psicose induzida pela cannabis
- Aumento do risco de acidentes com veículos motorizados

Efeitos crônicos mais prováveis

- Comprometimento cognitivo subtil ao nível da atenção, da memória, bem como, da organização e integração de informações complexas
- Aumento do risco de desenvolver síndrome de dependência
- Efeitos respiratórios adversos, tais como, bronquite crónica (a qual será maior se a cannabis for utilizada com tabaco)

Possíveis riscos crónicos

- Aumento da exposição a xerostomia (boca seca), podendo originar cáries dentárias e outros problemas de saúde oral
- Alguma evidência de que a cannabis pode afetar a fertilidade feminina em crianças que tenham sido expostas à cannabis durante a gestação
- Aumento das dificuldades com a resolução de problemas e atenção, as quais podem continuar até à idade adulta e reduzir o sucesso na aprendizagem
- Aumento da probabilidade de alterações pré-cancerosas
- Aumento da taxa do cancro do pulmão
- Maior possibilidade de ataque cardíaco em pessoas que apresentem fatores de risco para doenças cardíacas.

O consumo de cannabis na adolescência está associado a:

- Menor rendimento escolar
- Baixa escolaridade e qualificações profissionais para jovens até aos 25 anos
- Níveis de desemprego mais elevados
- Menores níveis de satisfação com a vida
- Abandono da morada de família
- Atividade sexual precoce e gravidez na adolescência
- Uso ilícito de outras substâncias e dependência
- Em mulheres que continuam a fumar cannabis durante a gravidez, aumenta o risco de terem um bebé com baixo peso (o que pode aumentar a mortalidade, morbilidade e deficiência)
- Exacerbação de algumas condições de saúde mental, como depressão, ansiedade e esquizofrenia

Sintomas de abstinência de cannabis:

Raiva

Agressividade

Irritabilidade

Ansiedade/nervosismo

Insónia

Pesadelos

Vontade de consumir

Alteração de peso

Diminuição de apetite

Humor deprimido

Desconforto físico: dores de estômago, calafrios, sudorese, ou tremores



APÊNDICE XXIII- ESTUDO DE CASO DOENTE F.

História Clínica - Doente F.
Identificação
Utente F., 67 anos, reformada, naturalidade portuguesa, casada há 2 anos (mas vive com o companheiro há 9 anos).
História Clínica
Trazida ao serviço de urgência pelo marido por ideação suicida com plano de suicídio estruturado (refere estar muito tempo sozinha em casa e ser fácil atirar-se da janela do 12º andar). “O meu marido dizia que já não era a mesma pessoa e quando eu disse que tinha vontade de me suicidar aí é que ele percebeu que se passava alguma coisa” (sic). Nos últimos tempos referiu sentir-se mais deprimida, sem vontade para se “arranjar” como antes, sem vontade para sair, passa a maior parte do tempo deitada na cama. “Passo vários dias sem me arranjar e sair, mas também isto acontece por causa da síndrome do colon irritável, porque tenho dores e não me sinto bem” (sic). Refere que tinha vários pesadelos: “sonhava com fantasmas e bichos maus a tentarem morder-me e a roubar o meu marido” (sic), “quando me deito sinto vários barulhos na minha cabeça e revivo tudo o que já aconteceu, a minha cabeça não pára” (sic) Refere “só sonhei uma vez com o meu filho, foi um sonho bom, estávamos a viver um dia normal” (sic). Referiu que antes do internamento tinha um plano de suicídio que era atirar-se do 12º andar em que vive. Neste momento refere não pensar mais nesse assunto, “já tirei essas ideias da minha cabeça, o meu filho e o meu marido não merecem isso” (sic). Nega delírios ou alucinações.
Antecedentes Pessoais
Síndrome de colon irritável, Depressão despoletada por eventos de vida, Hipertensão arterial, 2 episódios de AVC, Tireoidectomia por neoplasia da tiroide, Asma, Fibromialgia, Doença vascular cerebral. Refere ter tido um internamento no serviço de Psiquiatria há cerca de 30 anos por uma depressão grave. Alergia à penicilina.
Hábitos Tóxicos
Fumadora
História Pessoal /Social
Refere ser uma pessoa social, frequentar festas com o marido e os amigos e gostar de estar com outras pessoas. Refere sair para passear com o marido e estarem ambos inseridos num grupo de motards.
Situação Familiar
Foi casada durante 14 anos com o ex-marido, com quem teve 2 filhos, um deles suicidou-se há 2 anos por enforcamento (com antecedentes de toxicod dependência). “Acho que agora é que estou a fazer o luto do meu filho, sinto uma saudade inexplicável, só penso nele o tempo todo” (sic). Teve uma relação de 3 anos com o namorado que faleceu há 12 anos por história de neoplasia, no dia do seu aniversário. Refere que desde esse episódio nunca mais comemorou o aniversário. Casou há 2 anos com o atual marido, com quem vive há 9 anos. Tem 2 netos gémeos do filho que está vivo, um menino e uma menina. Refere ter uma boa relação com o filho e com os netos.

A realização deste estudo de caso teve por base o Modelo de Recuperação de Tidal de Phil Barker e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. O Modelo Tidal é usado na recuperação da saúde da saúde mental, assim como na promoção da saúde mental visto que “coloca a pessoa e a experiência que ela tem com a doença mental e suas angústias no centro do processo de cuidar. São as pessoas e as narrativas das histórias de vida delas que são importantes para o cuidado em Saúde Mental” (Freitas, R. et al., 2019). Ou seja, a identificação dos focos de enfermagem para o processo de enfermagem é centrada na pessoa e nas suas necessidades e é a pessoa que lidera o seu processo de recuperação.

Durante a entrevista da utente F. foi dado ênfase às perguntas abertas e à escuta ativa, de modo que a utente redirecionasse o seu discurso para as suas angústias, revelando alguns dos momentos que mais a marcaram na sua vida, como a morte do seu filho, do seu anterior companheiro e das doenças incapacitantes da sua vida (neoplasia da tiroide, em que foi sujeita a uma tireoidectomia e a síndrome do colon irritável que a incapacita para algumas atividades de vida diárias).

O modelo de Tidal parte de uma relação criativa entre o profissional e a pessoa por meio de alianças, sendo o enfermeiro a pessoa que ajuda o sujeito a buscar sentido para a sua doença. É um modelo facilitador, ou seja, dá as condições para que algo aconteça (Freitas, R., 2019).

Segundo Teixeira, L. et al. (2017) este modelo auxilia na “identificação daquilo que precisa ser feito para ajudar a pessoa a resolver, a superar ou a adaptar-se aos problemas da vida associados, ou à sua perturbação mental. Além disso a inclusão do doente no processo de recuperação contribui para a orientação dos objetivos dos enfermeiros e favorece o atendimento das necessidades humanas ao identificá-las, sabendo que são da pessoa, e não do profissional. Durante a entrevista foi dado ênfase às estratégias adaptativas, as quais pode optar para conseguir ter qualidade de vida e que lhe originem bem-estar.

Este estudo de caso também foi baseado na Teoria das Transições de Afaf Meleis visto que a teoria fundamenta a transição de saúde/doença, assim como o processo de recuperação (Meleis & Trangenstein, 1994 citados por Reed, P. & Shearer, N., 2009, pág.420) da utente internada neste serviço. Segundo Afaf Meleis (2010, pág.1) a teoria das transições surge do pressuposto de um problema potencial, ou seja, um problema que poderá vir a causar sofrimento ao indivíduo se ele não estiver preparado para a experiência de transição e descreve o processo de prevenção, assim como as intervenções terapêuticas.

Desta forma, o plano de cuidados de enfermagem da utente F. teve por base o período de transição em que se encontra, o luto do filho (que se suicidou), assim como uma doença mental com necessidade de internamento hospitalar, momento por si só gerador de ansiedade e stresse, com o retorno a casa e a uma sociedade com grande estigma em relação à doença mental. Benner, P. (2010, pág.13) refere que as transições se situam entre aquilo que existiu e a sua evolução, podendo ser potenciadoras e produzir crescimento ou um retrocesso. Desta forma, é considerado fundamental nas transições o acompanhamento e o suporte na evolução e na resiliência. Refere ainda que não existe dificuldade na mudança, mas na transição. Assim como considera que o trabalho dos enfermeiros no suporte e acompanhamento de pessoas nas maiores transições da vida é teoricamente referenciado e que a enfermagem está direcionada para as situações de crescimento e desenvolvimento, promoção da saúde, as estratégias de coping na doença e na recuperação.

Desta forma a teoria de Afaf Meles fundamenta e direciona as intervenções dos enfermeiros no âmbito da promoção da saúde/prevenção da doença como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2015) que definiu seis categorias de enunciados descritivos que compõem os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. No âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica acrescenta as categorias: relação psicoterapêutica, redução do estigma e promoção da inclusão social. Desta forma foram selecionadas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais com base nas

intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos de enfermagem da utente F. Assim como participou em sessões de grupo que lhe proporcionaram bem-estar (como a sessão de Relaxamento).

Genograma e Ecomapa

Mello, D. et al (2005) referem que o genograma é uma técnica de avaliação clínica das famílias. Os meus autores descrevem-no como um processo de interação social, recuperação de memórias e desenvolvimento pessoal que fornece informações demográficas, de posição funcional, recursos e acontecimentos críticos na dinâmica familiar. A sua aplicação permite uma visualização do processo de adoecer, facilitando o plano terapêutico e, à família, uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento de suas doenças. Analisando o genograma, pode-se ter uma visão histórica de como a família enfrenta os acontecimentos críticos e, particularmente, os processos de transição.

Os mesmos autores referem que o genograma é frequentemente associado ao ecomapa, que fornece uma visão ampliada da família, desenha a estrutura de sustentação e retrata a ligação entre a família e o mundo. É um diagrama das relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.

Desta forma foi realizado o Genograma e Ecomapa da Utente F. tendo em conta as informações obtidas durante o processo terapêutico: é divorciada do pai dos seus 2 filhos, com quem tinha uma relação conflituosa. O seu filho mais novo suicidou-se há 5 anos e era consumidor de drogas. A utente F. refere que tinham uma relação muito próxima, harmoniosa e de respeito, “tenho saudades dele todos os dias, ele nunca me desrespeitou apesar de ser toxicodependente, era muito ternurento e carinhoso comigo, tínhamos uma relação muito próxima” (sic). Foi aplicada a escala PGD – Luto prolongado, durante as sessões terapêuticas, pelo que foi diagnosticado Luto Patológico à utente F. e foram realizadas intervenções terapêuticas tendo em conta esse diagnóstico. Tem uma relação harmoniosa com o seu outro, assim como com a sua nora e netos. A sua relação com o seu atual marido é harmoniosa e muito próxima, refere inclusivé “que ele não merece isto, eu dizer que me quero matar, ele é tão bom e compreensivo comigo” (sic). Refere ter algumas pessoas próximas, em quem confia, como o Grupo motard e 2 amigas, assim como a cabeleireira, que refere ser além disso amiga íntima e confiável.

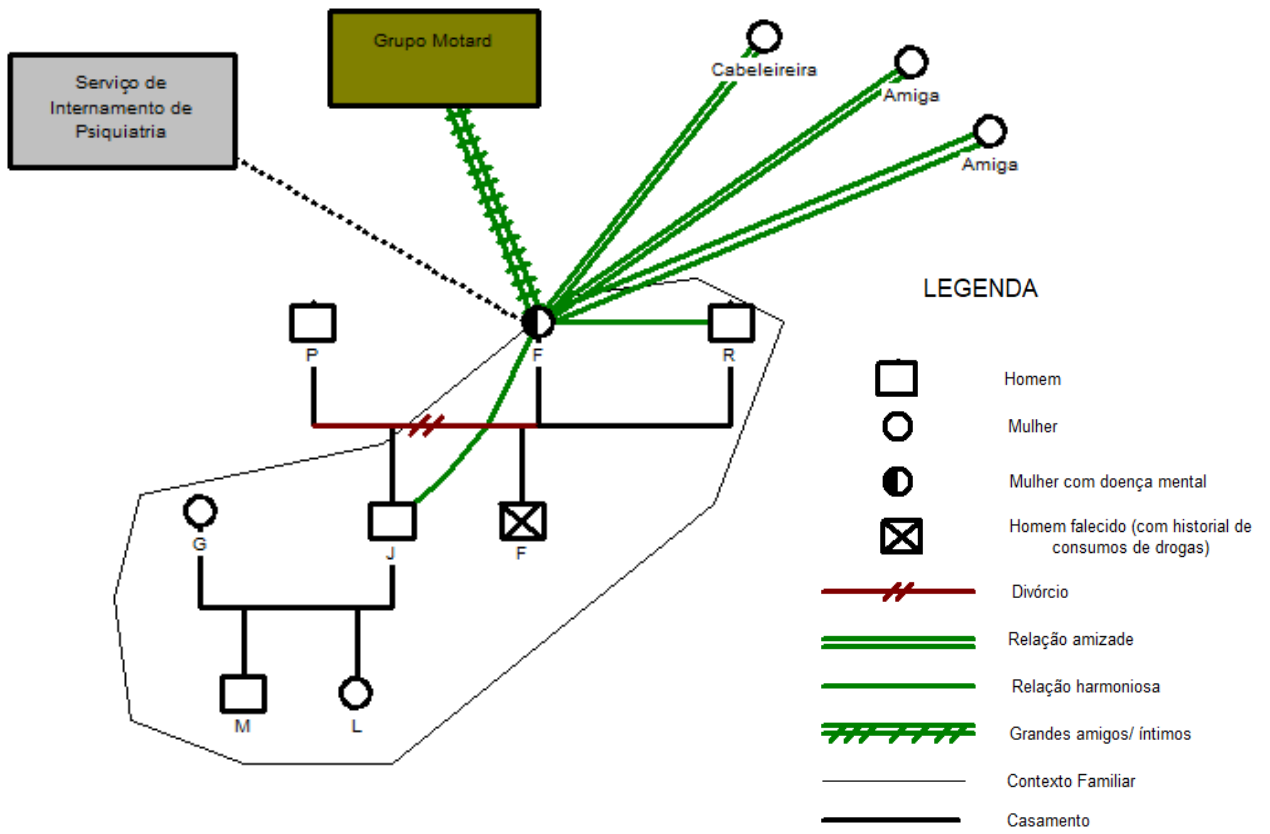


Figura 1. Genograma e Ecomapa da Utente F.

Exame mental e avaliação semiológica

Quadro 8. Exame Mental e Avaliação Semiológica – Doente F.	
Tipo constitucional, aspeto físico, postura geral	Aspeto físico cuidado, postura sem alterações
Consciência	Sem alterações.
Orientação	Orientado auto e alopsiquicamente
Atividade psicomotora e expressão afetiva imediata	Sem alterações
Marcha, modo como se desloca, como se senta, como nos cumprimenta	Sem alterações
Aparência geral	Cuidada
Comportamento	Adequado ao contexto
Apresentação	Vestuário adequado à estação do ano; Arranjo pessoal- de acordo com a condição social; Higiene cuidada; Idade aparente;
Morfologia (biótipo)	Endomorfo
Postura	Expansiva e flácida
Estado psicomotor	Sem alterações.
Expressão facial	Expressiva e alegre
Contacto	Fácil, cooperante
Discurso	Espontâneo, ritmo normal, sem alterações orgânicas ou funcionais
Atenção	Captável e fixa
Concentração no diálogo	Sem alterações
Raciocínio	Ordenado e coerente
Comunicação dos afetos	Reações afetivas adequadas com a família; revela muita facilidade em expressar emoções
Memória	Sem alterações
Percepção	História de alucinações auditivas com o filho, que neste momento nega.
Sono	Insónia inicial
Pensamento	Ideias obsessivas (ideia persistente sentida como penosa, dado o seu carácter repetitivo - ideias de morte) Delírios somáticos- “quando me deito sinto vários barulhos na minha cabeça e revivo tudo o que já aconteceu, a minha cabeça não pára” (sic)
Emoções, Humor e Afetos	Afetos- Sintónicos (ajustado às oscilações da mesma); Humor depressivo; Emoções – Reações emocionais de luto e depressivas
Vontade, impulsividade e comportamentos agressivos	Impulsos autodestrutivos (ideação suicida com plano estruturado)
Alteração da vivência do eu	Sem alterações
Juízo crítico	Crítica para a doença. Neste momento nega ideação suicida. “já tirei essas ideias da minha cabeça, o meu filho e o meu marido não merecem isso” (sic).
Insight	Presente

Planeamento de cuidados com recurso à taxonomia CIPE

Quadro 9. Plano de Cuidados – Doente F.				
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Atividades Terapêuticas	Avaliação/ Resultados
Luto Familiar comprometido	Capacitar a utente para a realização do processo de luto do filho que se suicidou	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer confiança; - Executar relação de ajuda; - Avaliar negação; - Facilitar capacidade para falar sobre o processo de morrer; - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - Incentivar o utente a expressar emoções relacionadas com a perda; - Incentivar a discussão de experiências de perdas anteriores; - Incentivar o utente a verbalizar memórias de perdas passadas e presentes; - Avaliar coping; - Apoiar o utente na identificação de estratégias de coping; - Apoiar o utente na identificação de modificações necessárias ao estilo de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuta ativa; - Aplicação da Escala “Prolonged Grief Disorder”; - Aplicação da Técnica de Resolução de Problemas com identificação de estratégias de coping. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecida uma relação de confiança com a utente; - Utente foi incentivada a expressão emoções e a falar sobre o filho e sobre a morte do mesmo (na qual não demonstrou dificuldade em expressar-se), para assim facilitar o processo de luto; - Utente foi incentivada a verbalizar memórias de perdas passadas e presentes, referiu que são memórias que lhe trazem bem-estar, mas por vezes tornam-se em pensamento ruminantes; - Foi realizado um plano de Resolução de problemas se sintomas de ansiedade relacionados ao luto; - Foram identificadas modificações necessárias ao estilo de vida da utente e foi realizado um “Plano Estratégico” para incentivar à modificação.
Ansiedade presente	Capacitar a utente para o autocontrolo da ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> -Aconselhar sobre esperança; -Avaliar expectativas; -Apoiar processo de luto; -Avaliar medo; -Avaliar coping; -Ensinar sobre estratégias de coping e ansiedade. 	Psicoeducação sobre ansiedade.	Utente aderiu à sessão psicoterapêutica e demonstrou interesse e agrado. No final foi disponibilizada informação produzida na sessão, para que mais tarde possa aceder à mesma.
Autoestima comprometida	Promover a autoestima	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar autoestima; -Promover a autoestima e autocuidado. 	-Técnica de Respiração diafragmática e Técnica de Relaxamento de Jacobson	Utente aderiu à sessão de Relaxamento em grupo, demonstrou interesse, agrado e verbalizou bem-estar no seu questionário escrito Likert.
Comportamento autodestrutivo presente	Consciencializar sobre comportamento autodestrutivo	-Avaliar comportamento autodestrutivo.	<ul style="list-style-type: none"> -Escuta ativa -Incentivada a pedir ajuda se risco de comportamento autodestrutivo. 	Utente refere não ter plano de suicídio neste momento. “já tirei essas ideias da minha cabeça, o meu filho e o meu marido não merecem isso” (sic).
Coping ineficaz	Ensinar sobre Estratégias de coping eficazes	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar coping; -Ensinar sobre estratégias de coping e ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> -Escuta ativa; -Ensino sobre estratégias de Coping; 	Foi realizado o reforço sobre a importância da adoção de estratégias de coping; foram exploradas atividades de que gosta e foi incentivada a realizá-las frequentemente;
Falta de Esperança	Capacitar a utente para estratégias que promovam o bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar expectativas de futuro; -Promover a esperança. 	-Técnica de Promoção da Esperança;	Utente aderiu à sessão psicoterapêutica e demonstrou interesse e agrado. No final foi disponibilizada informação produzida na sessão, para que mais tarde possa aceder à mesma.
Humor Depressivo	Promover o bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar humor depressivo; -Aconselhar sobre esperança; - Promover a Esperança; - Promover a gratidão; Promover o bem-estar; - Reforçar a definição de prioridades. 	- Técnica Psicoterapêutica a “Árvore da Gratidão”	Utente aderiu à sessão de em grupo, demonstrou interesse, agrado e verbalizou bem-estar na realização da atividade no seu questionário escrito Likert.
Risco de ideação suicida	-Prevenir o suicídio.	-Avaliar risco de suicídio.	<ul style="list-style-type: none"> Escuta ativa -Incentivada a pedir ajuda se 	Utente refere não ter plano de suicídio neste momento. “já tirei essas ideias da

			risco de comportament o autodestrutivo.	minha cabeça, o meu filho e o meu marido não merecem isso" (sic).
Delírio somático presente	-Avaliar delírios.	-Escuta ativa.	-Escuta ativa.	Delírios somáticos- "quando me deito sinto vários barulhos na minha cabeça e revivo tudo o que já aconteceu, a minha cabeça não pára" (sic)

Terapêutica Farmacológica

Quadro 10. Terapêutica Farmacológica - Doente F.	
Fármaco	Indicação Terapêutica
Olanzapina 5 mg	É um antipsicótico antagonista dos recetores da dopamina e da serotonina. Indicado para controlo de sintomas psicóticos e alterações do comportamento.
Venlafaxina 75 mg	É um antidepressivo inibidor seletivo da recaptção da serotonina e da noradrenalina. Indicado na depressão e ansiedade generalizada.
Quetiapina 50 mg	É um antipsicótico, utilizado na esquizofrenia e outras psicoses.
Mirtapazina 15 mg	É um antidepressivo tricíclico, indicado na depressão major e perturbação distímica.

SESSÃO 1 – RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	
Tipo de intervenção	Psicoeducativa
Data e local	junho de 2022, serviço de internamento de Psiquiatria do [REDACTED]
Duração	45 minutos
População alvo	Doente F.
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Aplicada a Escala de Ansiedade de Hamilton, pelo que consegui identificar Ansiedade patológica moderada na utente F. Diagnóstico de enfermagem CIPE- Ansiedade presente
Dinamizador	Enf ^ª . Vânia Raimundo (Estudante da Especialidade ESMP do IPL)
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar para a redução ansiedade; - Capacitar para a identificação de sintomas de ansiedade e identificação de estratégias para reduzir os mesmos. - Capacitar para a resolução de problemas.
Fundamentação	Segundo Baptista, A. (2013) viver é resolver problemas continuamente. Primeiro um, depois outro e assim sucessivamente, sem nunca terminar. Contudo, apesar de contínua e rotineira, a resolução de problemas implica dúvidas e incertezas à cerca da melhor solução para os mesmos ou por quais comportamentos optar para tomar decisões. A dúvida pode ser paralisadora, estando frequentemente associada a dificuldades em atuar e a emoções muito negativas e desagradáveis. As dúvidas estão de um modo geral ligadas a lentidão, dificuldade em tomar decisões, pessimismo e, em última instância, à paralisadora depressão. Podem também conduzir a timidez, vergonha ou ansiedade social, principalmente quando as dúvidas recaem sobre as suas próprias capacidades. Desta forma, é de primordial importância o fator individual de resolução de problemas, isto é, o modo típico de pensar ou de reagir perante as dificuldades e os problemas a resolver. Na maior parte das vezes esse comportamento é automático ou inconsciente, mas é particularmente importante e determinante para a qualidade da reação final.”
Estratégia	<p>Introdução: Aplicada a Escala de Ansiedade de Hamilton</p> <p>Desenvolvimento: Ensinar sobre sinais de ansiedade; Apresentação de plano individual (técnica de resolução de problemas) para lidar com a ansiedade: <ul style="list-style-type: none"> - “Situações geradoras de ansiedade às quais devo estar atento”; - “Sinais de que estou sobre tensão/stress/ansiedade”; - “As minhas estratégias para prevenir a ansiedade”; - “As minhas estratégias para lidar com a ansiedade”. </p> <p>Conclusão: <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilização do “Plano estratégico para controlo de ansiedade”, efetuado em conjunto com a utente, à mesma. Questionário likert (feedback dos resultados).</p>
Indicadores de Resultado NOC	Bem-estar
Crítérios de exclusão	Utentes com sintomatologia psicótica ou que não estejam clinicamente estáveis

Avaliação dos Resultados/ Relatório	<p>A utente mostrou-se interessada na técnica de Resolução de Problemas e na realização de um “Plano estratégico para controlo de ansiedade”, deu diversas sugestões para a realização do plano e demonstrou motivação e vontade de alterar situações na sua vida com o objetivo de lhe trazerem bem-estar.</p> <p>Foi disponibilizado um Questionário Likert após a sessão psicoterapêutica com os itens “discordo totalmente”, “discordo”, “indeciso”, “concordo” e “concordo totalmente” e com as questões:</p> <ul style="list-style-type: none">- “Sinto que esta atividade será útil futuramente”, à qual respondeu “concordo totalmente”.- “Senti bem-estar na realização desta atividade”, à qual respondeu “concordo totalmente”. <p>Nas sugestões escreveu: “Foi maravilhoso, gostei muito, obrigada” (sic)</p>
Bibliografia	Baptista, A. (2013). Aprender a ser feliz: Exercícios de XXXXXXXXXX positiva. Editora: Pactor. Lisboa

Estratégias para autocontrolo de ansiedade – Doente F.

Situações geradoras de ansiedade às quais devo estar atento

- Choro fácil com gritos relacionado com a morte do filho;
- Tensão muscular;
- Pensamentos por vezes ruminantes constantes relacionados com a morte do filho.

Sinais de que estou sobre tensão/stress/ansiedade

Não identifica

As minhas estratégias para prevenir a ansiedade

Estratégia para choro fácil com gritos – chorar e expressar aquilo que sente calmamente de forma a não magoar ninguém (nem a si própria);

Estratégia para alívio de tensão muscular: sessões de relaxamento; ioga; caminhada; dança.

Estratégia para alívio de pensamentos ruminantes com o filho:

- Ao adormecer ouvir áudios de relaxamento com voz (mais eficaz com voz para a mente não dispersar com outros pensamentos);
- Durante o dia: passeios com a cadela que era do filho.

As minhas estratégias para lidar com a ansiedade

Todas as estratégias referidas anteriormente.

Questionário

Sinto que esta atividade será útil futuramente



1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3.Indeciso	4.Concordo	5.Concordo Totalmente
-----------------------	------------	------------	------------	-----------------------

Senti bem-estar na realização desta atividade



1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3.Indeciso	4.Concordo	5.Concordo Totalmente
-----------------------	------------	------------	------------	-----------------------

Sugestões

SESSÃO 2 – TÉCNICA PROMOÇÃO DA ESPERANÇA	
Tipo de intervenção	Psicoterapêutica
Data e local	julho de 2022, serviço de internamento de Psiquiatria do [REDACTED]
Duração	45 minutos
População alvo	Utente F.
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Aplicação da Escala PGD (Prolonged Grief Disorder – Escala Perturbação de Luto Prolongado) e Termómetro da Esperança Diagnóstico de enfermagem CIPE: - Luto Familiar presente - Esperança comprometida - Humor depressivo presente
Dinamizador	Enf ^a . Vânia Raimundo (Estudante da Especialidade ESMP do IPL)
Objetivos	Capacitar para a realização do Luto Promover a Esperança Promover o Bem-estar
Fundamentação	Segundo Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) a esperança realista e relevante pode constituir um potente agente terapêutico em tempo de dificuldades para as pessoas que enfrentam uma situação de crise ou doença mental e para as suas famílias (...) Assim, em saúde mental, trabalhar a esperança significa colocar o enfoque nas possibilidades dos utentes, trabalhando o presente e preparando o futuro, assente na confiança e na capacidade de acreditar na mudança e atingir objetivos realistas, reforçando as estratégias de coping efetivas, permitindo-lhes sustentar a saúde física e mental. A promoção da esperança está diretamente associada à esperança enquanto foco de atenção em Enfermagem (...).
Estratégia	Introdução: Aplicação da Escala PGD (Prolonged Grief Disorder – Escala Perturbação de Luto Prolongado) e Termómetro da Esperança, que inclui uma escala numérica que objetiva a esperança de 0-10, à semelhança das escalas numéricas para avaliação da dor. (Sequeira, C. & Sampaio, F. 2020). Desenvolvimento: Ensinar sobre a importância da esperança e a sua relevância para o bem-estar. Aplicação da Técnica “Brasão da Esperança”. (Imagem em anexo) Conclusão: Questionário likert (feedback dos resultados).
Indicadores de Resultado NOC	Equilíbrio do humor Esperança Bem-estar Comunicação: capacidade de expressão
Critérios de exclusão	Utente com sintomatologia psicótica ou que não esteja clinicamente estável
Recursos materiais	Gabinete
Avaliação dos Resultados/ Relatório	Foi feita a aplicação da Escala PGD (Prolonged Grief Disorder – Escala Perturbação de Luto Prolongado), na qual foi avaliado a perceção da doente sobre o Luto do filho nos últimos 3 meses e no momento do internamento (1 dia antes da alta) com os seguintes itens: “Quase nunca” (1), “pelo menos uma vez” (2), “pelo menos uma vez por semana”(3), “pelo menos uma vez por dia”(4) e “várias vezes por dias”(5). Na questão “quantas vezes sentiu a ausência da pessoa que perdeu?” a doente respondeu com item 5 para ambos os momentos temporais (meses antes e agora); na questão “no ultimo mês, quantas vezes sentiu dor emocional e tristeza?”, a doente respondeu com o item 5 (antes) e com o item 4 (agora); na

	<p>questão “no último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe recorda a pessoa que faleceu? respondeu com o item 5 (antes) e item 4 (agora); na questão “no último mês quantas vezes se sentiu atordoado, chocado e emocionalmente confundido com a sua perda?” respondeu item 5 (antes) e item 4 (agora).</p> <p>Na 2 parte do questionário os itens correspondiam a: “Não, de todo” (1), “Ligeiramente” (2), Razoavelmente” (3), “Bastante” (4), “Extremamente” (5).</p> <p>Na questão “sente-se confuso quanto ao seu papel na vida ou sente que uma parte de si morre?” a doente respondeu com o item 4 (antes) e 2 (agora); na questão “Tem tido dificuldade em aceitar a perda?” a doente respondeu com o item 5 (antes) e agora (2); na questão “tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a perda?” respondeu com o item 5 para ambos (antes e agora); na questão “sente amargura pela sua perda?” respondeu com o item 5 para ambos (antes e agora); na questão “sente dificuldade em continuar com a sua vida?” respondeu com o item 4 (antes) e 2 (agora); na questão “sente-se emocionalmente entorpecido desde a sua perda?” respondeu com o item 5 (antes) e agora (2); na questão “sente que a sua vida é insatisfatória?” respondeu 5 (antes) e agora (2).</p> <p>Na parte 3 do questionário os itens correspondiam a “sim” e “não”. Na questão “sentiu redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes?” respondeu “sim” (antes) e “não” (agora).</p> <p>Pelo que foi considerado uma melhoria no âmbito do luto e humor deprimido durante o seu internamento.</p> <p>Foi também aplicado o Termómetro da Esperança (com os itens de 1- 10, sendo 1 “nunca sente esperança” e 10 “sente esperança muito frequentemente”, pelo que a doente selecionou o item 10, visto que no momento presente e após as sessões psicoterapêuticas “sente esperança muito frequentemente”.</p> <p>Desta forma, foi aplicada a Técnica do “Brasão da Esperança” (em anexo os resultados) e foi explicada a importância da aplicação da Esperança no dia-a-dia e a sua importância na promoção do bem-estar.</p> <p>Foi disponibilizado um Questionário Likert após a sessão psicoterapêutica com os itens “discordo totalmente”, “discordo”, “indeciso”, “concordo” e “concordo totalmente” e com as questões:</p> <ul style="list-style-type: none">- “Sinto que esta atividade foi útil”, à qual respondeu “concordo totalmente”.- “Senti bem-estar na realização desta atividade”, à qual respondeu “concordo totalmente”.
Bibliografia	<p>Delalibera, M. (2010). Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – Prolonged Grief Disorder (PG-13). Universidade de Lisboa.</p> <p>Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.</p>

Escala PGD (Prolonged Grief Disorder)

INSTRUÇÕES DA PARTE I: Assinale a sua resposta em relação a cada item:

6. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

7. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

8. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

- Não
- Sim

9. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe recorda que a pessoa faleceu?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

10. No último mês, quantas vezes se sentiu atordoado/a, chocado/a ou emocionalmente confundido/a pela sua perda?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Em relação a cada item, indique como se sente habitualmente. Envolve com um círculo, o número adequado à sua situação.

	Não, de todo	Ligeiramente	Razoavelmente	Bastante	Extremamente
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é (i.e., sente que uma parte de si morreu)?	1	2	3	4	5
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4	5
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	1	2	3	4	5
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4	5
10. Sente agora dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente entorpecido desde a sua perda?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES DA PARTE III: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

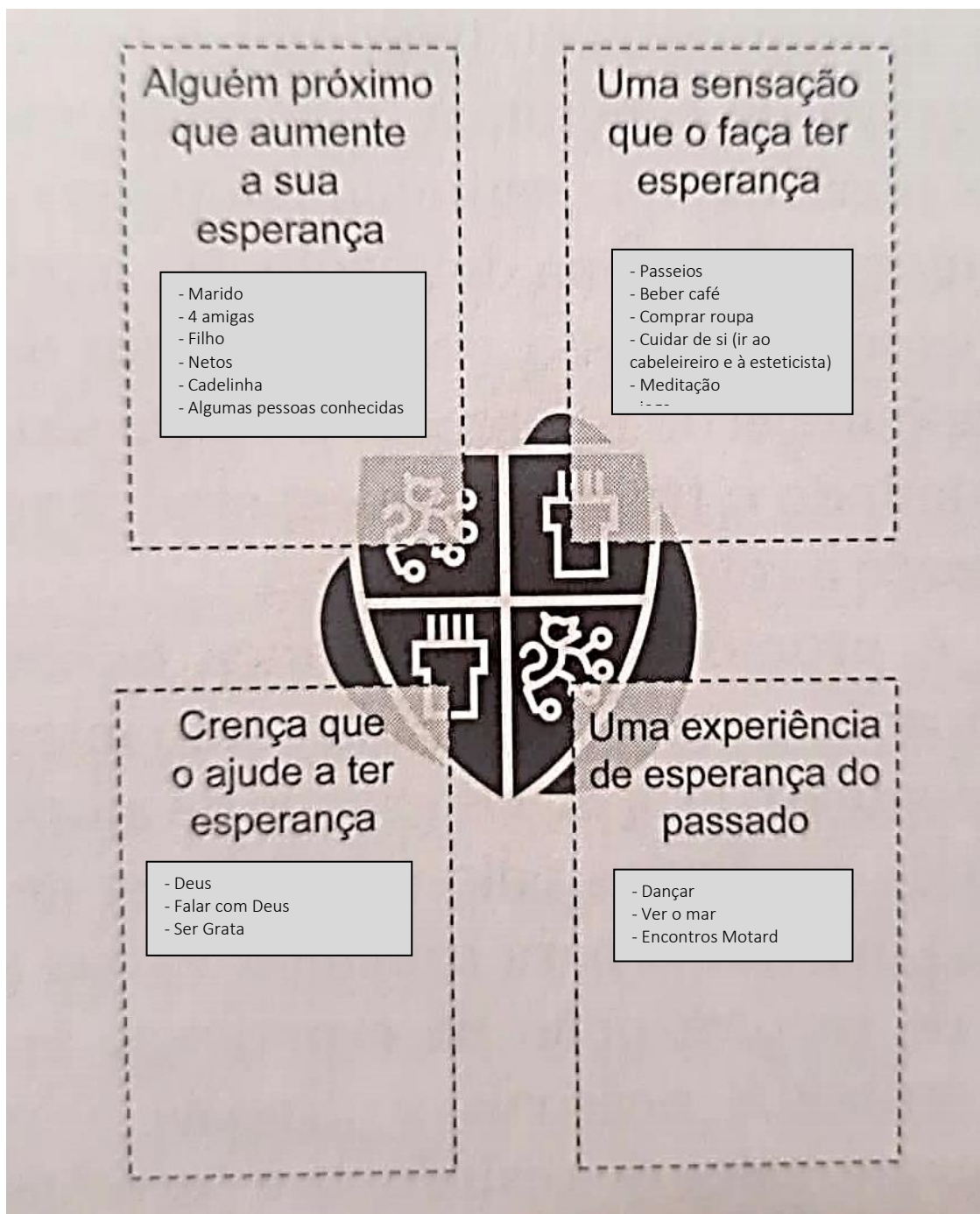
_____ Não

_____ Sim

Termómetro da Esperança



Brasão da Esperança



Fonte: Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

APÊNDICE XXIV- ESTUDO DE CASO DOENTE V.

SESSÃO 1 – PSICOEDUCACIONAL	
Tipo de intervenção	Psicoeducacional
Data e local	julho de 2022, serviço de internamento de Psiquiatria do [REDACTED]
Duração	1º parte - 45 minutos (manhã) / 2º parte – 45 minutos (tarde)
População alvo	Utente V.
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Diagnóstico de enfermagem CIPE: <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade presente - Coping ineficaz - Humor depressivo - Esperança comprometida - Humor depressivo presente - Delírio persecutório presente - Insónia presente
Dinamizador	Enfª. Vânia Raimundo (Estudante da Especialidade ESMP do IPL)
Objetivos	Capacitar o utente para a adoção de Estratégias de Coping Promover o Bem-estar
Fundamentação	Segundo Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) reforçar as estratégias de coping efetivas, permite sustentar a saúde física e mental.
Estratégia	1º parte Sessão Psicoterapêutica: <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducação sobre ansiedade: identificação dos sintomas e estratégias para colmatar os sintomas. - Psicoeducação sobre delírios e ideias ruminantes; - Técnica de Respiração diafragmática. 2º parte Sessão Psicoterapêutica: <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducação sobre estratégias de Coping que proporcionem bem-estar; - Técnica Psicoterapêutica sobre “Gratidão” adaptada da Técnica “Árvore da Gratidão”; - Insónia: Ensinar sobre técnicas de Relaxamento, Higiene do sono, gestão do ambiente para sono eficaz. Aplicação de questionário Likert.
Indicadores de Resultado NOC	Equilíbrio do humor Esperança Bem-estar Coping eficaz Controle da ansiedade Sono adequado
Critérios de exclusão	Utente com sintomatologia psicótica ou que não esteja clinicamente estável
Recursos materiais	Gabinete
Avaliação dos Resultados/ Relatório	O utente V. aderiu à sessão psicoterapêutica, no entanto apresentou-se pouco comunicativo, pouco participativo nas atividades propostas, ausência de contato fácil e pouca adesão às estratégias apresentadas. No termino da sessão sugeri que ficasse com o material informativo produzido na sessão, pelo que referiu não ser necessário. Foi disponibilizado um Questionário Likert após a sessão com os itens “discordo totalmente”, “discordo”, “indeciso”, “concordo” e “concordo totalmente” e com as

	questões: “Sinto que esta atividade foi útil”, à qual respondeu “concordo” e “Senti bem-estar na realização desta atividade”, à qual respondeu “concordo”.
Bibliografia	Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

Sessão Psicoeducativa/ Psicoterapêutica – 1ª parte

1. Ansiedade (Explicados sintomas ao doente)

Sintomas: Sentimentos excessivos de preocupação

Insegurança ou medo excessivos e por vezes infundados

Taquicardia (aumento dos batimentos cardíacos)

Sudorese

Tremores

Sufrimento psicológico.

Estratégias: (desenvolvidas em conjunto com o doente)

-Caminhada

-Jardinagem

-Ida ao Santuário de Fátima

2. Delírios: ideia errada mantida com convicção (alteração do pensamento)

Ideia ruminante: pensamentos indesejáveis, repetitivos e insistentes. São reconhecidas pela pessoa como incómodas e absurdas.

Com que frequência tem estes pensamentos? Quais são?

Referiu que os pensamentos ruminantes seriam todos à cerca do trabalho e dos seus clientes (a sua profissão [REDACTED])

3. Estratégia para Ansiedade

- Respiração Diafragmática

Sessão Psicoeducativa/ Psicoterapêutica – 2ºparte

5.Estratégias de Adaptação (que proporcionem bem-estar)

(Utente não conseguiu sugerir estratégias que lhe proporcionem bem-estar, pelo que foram sugeridas por mim algumas)

- Estar rodeado da família (suporte de apoio que lhe proporcion

6.Sinto-me Grato por:

7.Insónia:

Higiene do sono:

- Horário certo para deitar e acordar
- Ambiente confortável
- Ausência de luzes: telemóvel, televisão
- Evitar bebidas estimulantes: álcool e café
- Técnicas de Relaxamento

APÊNDICE XXV- SESSÃO PSICOTERAPÊUTICA “CONTRATO DE VIDA” - DOENTE J.

Contrato de VIDA

Eu, _____
assino este contrato em como me
comprometo a motivar-me sempre que
possível, assim como a pedir ajuda sempre
que ache que seja necessário.
Comprometo-me também a encontrar
opções que promovam a minha saúde
mental e conseqüentemente a minha
vontade de viver, encontrando assim
motivos que me façam ter a perceção do
quanto eu sou importante na sociedade e
a perceção do verdadeiro valor da minha
vida.

Está tudo bem em
pedir ajuda

A sua vida vale muito!

Em caso de perigo recorrer ao serviço de
urgência ou Ligar 112

APÊNDICE XXVI- ESTUDO DE CASO DOENTE C.

SESSÃO 1 – PSICOEDUCAÇÃO SOBRE PERTURBAÇÃO ESQUIZOFRENIFORME	
Tipo de intervenção	Psicoeducacional
Data e local	14 outubro 2022, Hospital de Dia de Psiquiatria
Duração	1 hora
População alvo	Utente C.
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Conhecimento sobre a doença comprometido
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Disponibilizar à utente C. conhecimento sobre a sua doença mental
Fundamentação	<p>A psicoeducação é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento. Assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de consciencialização em saúde. (Lemes, C. & Neves, J., 2015).</p> <p>O conhecimento sobre a doença mental é importante na medida em que o utente reconhece mais facilmente os sintomas, ou seja, tem crítica para a doença. A psicoeducação na doença mental é relevante na consciencialização do impacto que a doença mental tem no bem-estar físico e mental. Desta forma os doentes têm uma maior consciência da importância em solicitar ajuda dos profissionais de saúde e/ou da família.</p>
Estratégia	Psicoeducação sobre Perturbação esquizofreniforme, com recurso a Folheto sobre o tema (em anexo)
Indicadores de Resultado NOC	Conhecimento
Crítérios de exclusão	Utente com sintomatologia não adequada à intervenção ou para a qual a mesma não tenha um fim terapêutico significativo no momento clínico em que se encontra.
Recursos materiais	Gabinete
Bibliografia	American Psychiatric Association (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais-DSM-5. Editora: Climepsi. Lisboa Lemes, C. & Neves, J. (2015) Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. Brasil

Folheto

Psicoeducativo sobre Perturbação Esquizofreniforme:

+

É importante pedir ajuda, sempre que necessário!

Perturbação
ESQUIZOFRENIFORME

Trabalho elaborado por:
En^o. Vânia Raimundo
(Aluna Mestrado e Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria)

Referências Bibliográficas:
American Psychiatric Association (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - 5ª Edição. Climep, Lisboa

Perturbação Esquizofreniforme

É uma doença mental, que como o nome indica, é "perturbadora", não só para o doente como para o seu contexto familiar e social envolvente.

Sintomas

Delírios (alterações no pensamento)

Alucinações (alterações visuais, auditivas, etc)

Discurso desorganizado

Comportamento desorganizado ou menos reativo

Sintomas negativos (diminuição da expressão de emoções)

Avolição (diminuição da energia para realização de tarefas ou atividades diárias)

Como superar

Adesão ao tratamento

Integrar grupos de apoio

Autocuidado (cuidar de si)

Fazer exercício físico e adotar uma alimentação saudável e equilibrada

Fazer atividades e tarefas que gosta (que lhe proporcionem bem-estar físico e mental)

Aceitar a doença, mas ter consciência de que você não é a doença

Cuide de si.

Você é importante.

Goste de si.

Você é um ser único e especial.

A sua família preocupa-se consigo.

Desenvolva atividades que lhe proporcionem bem estar e nas quais se sinta realizada.

+

A ajuda dos profissionais de saúde na doença mental é um fator relevante, visto que promove o bem-estar mental e físico

Conte connosco sempre

SESSÃO 2 – AUTOESTIMA E GRATIDÃO	
Tipo de intervenção	Psicoterapêutica
Data e local	11 outubro 2022, Hospital de Dia de Psiquiatria
Duração	2 horas
População alvo	Utente C.
Diagnóstico de enfermagem CIPE	Baixa autoestima Esperança comprometida
Dinamizador	Aluna ESMP Vânia Raimundo
Objetivos	Promover a autoestima através do autoconhecimento, gratidão e esperança
Fundamentação	<p>A autoestima é a opinião que cada um tem de si próprio e a visão relativa ao seu mérito e capacidades. Visto que foi identificada baixa autoestima nesta utente torna-se essencial realizar intervenções que promovam a autoestima. Assim será utilizada a técnica psicoterapêutica do espelho (Jacques Lacan), que é uma intervenção realizada com o objetivo de aumentar a autoestima e fomentar o autoconhecimento. A técnica consiste em colocar-se em frente “ao espelho” e direcionar a si próprio frases de autoafirmação, desenvolvendo ao mesmo tempo o autoconhecimento.</p> <p>Além disso, foi identificada a desesperança na utente, consequentemente associada à baixa autoestima. Segundo Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) a esperança realista e relevante pode constituir um potente agente terapêutico em tempo de dificuldades para as pessoas que enfrentam uma situação de crise ou doença mental e para as suas famílias.</p>
Estratégia	<p><u>Técnica do Espelho (Jacques Lacan):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Frases de autoafirmação (elaborar com o meu auxílio um documento posteriormente ficar com a doente- sugerir que leia quando necessário) -Características que pensa serem positivas sobre si -Características físicas que mais gosta -Enumerar virtudes -Aquilo que mais admira na sua personalidade -Principais habilidades <p>Concluir com uma reflexão sobre aquilo que a utente acha que está menos bem Explorar possíveis mudanças</p> <p><u>Técnica de Promoção da Gratidão (Sequeira, C. & Sampaio, F.):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Enumerar tudo aquilo pelo sente gratidão (sobre si, sobre os outros, sobre o mundo, sobre a sua vida) <p><u>Conclusão:</u></p> <p>Solicitar que mencione a sua cor preferida para sublinhar as frases de autoafirmação e sobre autoestima (escolheu o azul) Foi também solicitado que mencionasse a cor que lhe transmite esperança para sublinhar “tudo aquilo pelo que sente gratidão” (escolheu cor-de-rosa)</p>
Indicadores de Resultado NOC	Autoestima Esperança
Critérios de exclusão	Utente com sintomatologia não adequada à intervenção ou para a qual a mesma não tenha um fim terapêutico significativo no momento clínico em que se encontra.
Recursos materiais	Gabinete e Espelho
Bibliografia	Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. Lisboa. Lidel.

Questionário –Sessão Individual - Utente C

Senti-me bem na realização desta atividade



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Esta atividade proporcionou-me autoconhecimento



1. Concordo Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Esta sessão teve algum impacto em si? Descreva o que sente.

Relatório:

A utente referiu ser um tema que tem consciência que precisa de ser trabalhado, referiu também que sentia que estas sessões eram muito benéficas para si (sobre este tem particular). Foi inserido na atividade um espelho como forma de dinamizar a sessão, no entanto quando a utente estava a olhar ao espelho e a enumerar as suas características, senti que ficou bastante desconfortável, pelo que foi suspensa a utilização do espelho, enumerou as características apenas por escrito e verbalizadas. A utente refere que se acha “gorda e feia” (sic). Foi explorada esta questão até ao momento da sua vida em que sofreu de bullying e em que referiu que estas palavras eram usadas frequentemente pelos agressores. No questionário de avaliação da sessão na questão “Senti-me bem na realização da atividade” afirmou que “concordo totalmente”, tendo em conta as opções “concordo totalmente”, “concordo”, “indeciso”, “discordo” e “discordo totalmente”.

Na questão “Esta atividade proporcionou-me autoconhecimento” afirmou “concordo totalmente”. Na questão “Esta sessão teve algum impacto em si? Descreva o que sente.” afirmou que “Sinto que tenho que ter mais autoestima e autoconfiança em mim mesma”.

APÊNDICE XXVII- FEEDBACK DEVOLVIDO AOS ENFERMEIROS

Olá C.E,

Espero que estejas bem.

Como prometido envio-te a análise da tua Escala ProQOL- 5:

Na componente **Satisfação por Compaixão** o teu score é 38 (Nível moderado).

O que significa que obténs satisfação nas tarefas que desempenhas como enfermeira.

A satisfação por compaixão diz respeito ao **prazer que se obtém por fazer bem as tarefas no trabalho**. Por exemplo, achar que é um **prazer ajudar outras pessoas através do trabalho, sentir-se bem com as relações interpessoais em contexto de trabalho** ou **sentir que se tem capacidade para contribuir para o ambiente de trabalho** ou mesmo para o bem maior da sociedade.

◇

Na componente **Burnout** o teu score é de 22 (Nível baixo)

O *burnout* é um dos elementos da Fadiga por Compaixão.

Está associado a sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho ou em realizar o seu trabalho de forma eficaz.

Esses sentimentos negativos geralmente têm um início gradual e podem refletir a sensação de que o esforço não faz diferença ou podem estar associados a uma carga de trabalho muito alta ou a um ambiente de trabalho sem suporte ou apoio.

Os **sinais suscetíveis da Síndrome de Burnout** caracterizam-se por **sensação de esgotamento ou exaustão física e emocional na primeira fase**; na segunda fase evidencia-se a **despessoalização (sensação de mudanças significativas na personalidade e postura indiferente em relação ao trabalho, colegas e outras pessoas), assim como insensibilidade afetiva**. A despessoalização é considerada uma estratégia desadaptativa (prejudicial à pessoa e às suas relações interpessoais), adotada para fazer face ao stress crónico.

A terceira fase do Síndrome de Burnout é caracterizada pela **redução da realização pessoal**, traduzindo-se no declínio do sentimento de competência, o que compromete as competências profissionais e se reflete, no caso dos enfermeiros, nos cuidados precários prestados aos doentes.

◇

Na componente **Stress pós-traumático secundário** o teu score é de 29 (Nível moderado).

O *stress pós-traumático secundário* é o outro elemento da Fadiga por Compaixão.

A componente "Stress pós-traumático secundário" é associada aos cuidados de enfermagem prestados, já que a Enfermagem é das profissões com maior risco de SPTS, pela exposição frequente ao sofrimento dos outros.

Os **sinais/sintomas de SPTS surgem pela exposição direta a acontecimentos traumáticos ou pelo testemunhar de acontecimentos traumáticos "ao outro"** e manifestam-se por **mau estar psicológico intenso ou prolongado** aquando da exposição a estímulos (internos ou externos) que se assemelhem a aspetos dos acontecimentos traumáticos; **reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos (internos ou externos) que se assemelhem a aspetos dos acontecimentos traumáticos**; **evitamento de estímulos externos (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações)**, **memórias, pensamentos ou emoções que causem mal-estar acerca dos acontecimentos traumáticos**; **amnésia relacionada com o evento traumático (a pessoa apenas relembra fragmentos do acontecimento)**; **humor irritável e negativismo persistente associado a acontecimentos traumáticos**; **medos persistentes**; **perturbações do sono**; **pesadelos** recorrentes com o acontecimento traumático; **hipervigilância**; **dificuldade na concentração e despessoalização**.

◇

Na componente **Fadiga por Compaixão** o teu score é 26 (Nível moderado), o que significa que sentes alguma exaustão associada à profissão/cuidados que prestas.

As estratégias que poderás utilizar na promoção da saúde mental são:

◇ dedicar tempo ao teu autocuidado (autocuidado entenda-se ter tempo apenas para ti e fazer tarefas que resultem num maior bem-estar, como ter um hobby por exemplo);

◇ equilibrar o tempo dedicado ao descanso e ao trabalho;

◇ ter um padrão de sono eficaz (ter insónias não é normal, já que resulta em fadiga, alterações do humor, dificuldade na concentração e stress);

- é importante, em caso de insónia, realizar a higiene do sono (dormir cerca de 8h/dia, ouvir música relaxante antes de dormir em vez de estimulante; desligar todos os aparelhos eletrónicos e luzes, evitar bebidas com cafeína (chá, café e refrigerantes) 6h antes de dormir, não comer comidas de difícil digestão nas horas antes de dormir, dormir o mais cedo possível).

◇ praticar exercício físico é importante, visto que o exercício físico reduz o stress, já que normaliza os níveis da hormona cortisol, conhecida como "hormona do stress", o que resulta na sensação de bem-estar. Além disso, o exercício físico ativa outros neurotransmissores benéficos ao organismo como a serotonina (conhecida como "hormona da felicidade", que estabiliza o humor e origina sensação de bem-estar), endorfina (sensação de prazer e bem-estar); dopamina (sensação de recompensa e motivação);

◊ manter um padrão de alimentação saudável (cerca de 90% da serotonina é produzida no sistema gastrointestinal e os alimentos consumidos influenciam a produção da mesma). Esta hormona tem por isso influência no bem-estar, na regulação do humor, no sono e no apetite.

Para concluir, pelos resultados, não tens critérios para integrar o Programa Mental Care, no entanto alguma questão que tenhas estou ao dispor.

Beijinho,
Vânia Raimundo

APÊNDICE XXVIII- QUESTIONÁRIOS DE SATISFAÇÃO DO PROGRAMA MENTAL CARE

Questionário sobre o Programa Mental Care

O Programa Mental Care foi essencial mim

1.Concordo. Totalmente. X	2.Concordo	3.Indeciso	4.Discordo	5.Discordo Totalmente
----------------------------------	------------	------------	------------	-----------------------

Se sim, especificar___ inicialmente estava bastante reticente quando ao programa por ser algo novo e fora da minha área de conforto, no entanto, logo na primeira sessão mudei a minha opinião pois este tipo de programas é necessário e fundamental para o nosso dia a dia, uma vez que estamos constantemente expostos/sujeitos a fatores de stress e com este programa inicialmente percebi qual o meu nível de stress(algo que não tinha consciência que estivesse tão mau, para mim era tolerável e baixo nível de stress, o que não se comprovou) e ao longos das sessões fui arrançando formas de os ultrapassar.

O Programa Mental Care proporcionou-me autoconhecimento

1.Concordo Totalmente x	2.Concordo	3.Indeciso	4.Discordo	5.Discordo Totalmente
--------------------------------	------------	------------	------------	-----------------------

O Programa Mental Care deu-me estratégias úteis que poderei utilizar tanto na minha vida pessoal como profissional para promover a minha saúde mental e consequentemente física

1.Concordo Totalmente x	2.Concordo	3.Indeciso	4.Discordo	5.Discordo Totalmente
--------------------------------	------------	------------	------------	-----------------------

Se sim, especificar quais

Reforçou a importância do sono de qualidade, uma boa alimentação e exercício físico. Que necessitar de medicação nomeadamente para dormir não é o fim do mundo e por vezes é um bem necessário. Técnicas de gestão de emoções, técnicas de relaxamento, de mudança de perspetiva e de afirmações positivas.

Este Programa teve impacto em si? Descreva o que sentiu.

___ como supracitado este programa foi fundamental para ultrapassar o stress e ansiedade por um lado, fez me ver que afinal não estava tão bem como esperava e por outro ajudou me a ultrapassar estes problemas. Fez me sentir inicialmente “choque “porque não esperava estar tão mal mas ao longo das sessões sentia me melhor dado que coloquei as prática algumas das estratégias ensinadas.

Obrigada pela participação neste projeto 😊

Questionário sobre o Programa Mental Care

O Programa Mental Care foi essencial mim

1. Concordo Totalmente X	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
--------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Se sim, especificar__num processo de autoconhecimento, autoaceitação e desenvolvimento de estratégias de coping para determinadas situações na minha vida

O Programa Mental Care proporcionou-me autoconhecimento

1. Concordo X Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
--------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

O Programa Mental Care deu-me estratégias úteis que poderei utilizar tanto na minha vida pessoal como profissional para promover a minha saúde mental e consequentemente física

1. Concordo X Totalmente	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
--------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Se sim, especificar quais_____técnicas de relaxamento, técnicas que me permitem autoregular-me e acalmar em situações de stress, ansiedade e pânico

Este Programa teve impacto em si? Descreva o que sentiu.

Senti-me sobretudo acolhida, senti-me em paz comigo, senti-me mais leve e com maior capacidade de lidar com as situações causadoras de stress no meu dia a dia. As sessões foram extremamente importantes para mim

Obrigada pela participação neste projeto 😊

Questionário sobre o Programa Mental Care

O Programa Mental Care foi essencial para mim

1. Concordo Totalmente | 2. Concordo | 3. Indeciso | 4. Discordo | 5. Discordo Totalmente

Se sim, especificar

.....
.....
.....

O Programa Mental Care proporcionou-me autoconhecimento

1. Concordo Totalmente | 2. Concordo | 3. Indeciso | 4. Discordo | 5. Discordo Totalmente

O Programa Mental Care deu-me estratégias úteis que poderei utilizar tanto na minha vida pessoal como profissional para promover a minha saúde mental e consequentemente física

1. Concordo Totalmente | 2. Concordo | 3. Indeciso | 4. Discordo | 5. Discordo Totalmente

Se sim, especificar quais

Estratégias Técnicas de controlo da ansiedade

.....
.....

Este Programa teve impacto em si? Descreva o que sentiu.

Teve impacto pelas estratégias adaptativas que foram ensinadas.

Senti empatia e terminei com a percepção que há trabalho ~~que~~ e estratégias que podem e devem ser aplicadas pelos profissionais de saúde. Além disso, é importante perceber que há profissionais capacitados para ajudar.

Obrigada pela participação neste projeto



Questionário sobre o Programa Mental Care

O Programa Mental Care foi essencial mim

1. Concordo Totalmente	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Se

sim,

especificar Foi essencial na medida em que é
uma área ainda muito pouco abordada na
área da saúde!

O Programa Mental Care proporcionou-me autoconhecimento

1. Concordo Totalmente	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

O Programa Mental Care deu-me estratégias úteis que poderei utilizar tanto na minha vida pessoal como profissional para promover a minha saúde mental e consequentemente física

1. Concordo Totalmente	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Concordo	3. Indeciso	4. Discordo	5. Discordo Totalmente
------------------------	-------------------------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------

Se

sim, especificar

quais Aprendi mais sobre a minha mente e a gestão
de stress e como os controlar. A nível profissional
aprendi-me que por vezes adoptamos estratégias adaptativas
na saúde física. A saúde mental beneficia com este
conhecimento e por isso me vai beneficiar a saúde física.

Este Programa teve impacto em si? Descreva o que sentiu.

Tive impacto na medida em que me
senti muito mais expressa e por isso
nao o aumento, mas melhor e por isso
melhor fazer da minha vida pessoal e
profissional que se vai tornar mais
essenciais.

Obrigada pela participação neste projeto 😊

ANEXOS

ANEXO I- ESCALA PROQOL-5 – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (ProQOL)

Satisfação e Fadiga de Compaixão (ProQOL) Versão 5 (2009)

Ao prestar auxílio está a contactar diretamente com as vidas das pessoas. Como já deve ter percebido a compaixão que tem por quem ajuda pode afetá-lo(a). Abaixo pode encontrar algumas perguntas acerca das experiências, tanto positivas como negativas, que teve enquanto cuidador. Analise e responda às perguntas acerca da sua vida e da sua atual situação profissional. Escolha o número que melhor reflete a frequência com que foi confrontado, nos últimos 30 dias, com as seguintes situações ou sentimentos.

1=Nunca 2=Raramente 3=Por vezes 4=Freqüentemente 5=Muito Freqüentemente

- ___ 1. Eu sou feliz.
- ___ 2. Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo.
- ___ 3. Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros
- ___ 4. Eu sinto-me ligado(a) aos outros.
- ___ 5. Eu salto ou assusto-me com sons inesperados.
- ___ 6. Eu sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que ajudo.
- ___ 7. Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador.
- ___ 8. Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu ajudo.
- ___ 9. Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo.
- ___ 10. Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a).
- ___ 11. Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido “nervoso(a)” por variadas coisas.
- ___ 12. Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a).
- ___ 13. Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que eu auxilio.
- ___ 14. Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei.
- ___ 15. Eu tenho crenças que me sustentam.
- ___ 16. Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros.
- ___ 17. Eu sou a pessoa que sempre quis ser.
- ___ 18. O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).
- ___ 19. Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).
- ___ 20. Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los.
- ___ 21. Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador.
- ___ 22. Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.
- ___ 23. Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei.
- ___ 24. Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar.
- ___ 25. Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores.
- ___ 26. Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema.
- ___ 27. Eu penso que sou um “sucesso” como cuidador.
- ___ 28. Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas traumatizadas.
- ___ 29. Eu sou uma pessoa muito carinhosa
- ___ 30. Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho.

PONTUAÇÃO DA ESCALA PROQOL-5 – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL

Satisfação por Compaixão

A satisfação por compaixão diz respeito ao prazer que obtém por fazer bem o seu trabalho. Por exemplo, pode achar que é um prazer ajudar outras pessoas através do seu trabalho, sente-se bem com as suas relações interpessoais em contexto de trabalho ou sente que tem capacidade para contribuir para o ambiente de trabalho ou mesmo para o bem maior da sociedade. As pontuações mais altas nesta escala representam uma maior satisfação relacionada com a sua capacidade de ser um cuidador eficaz no seu trabalho.

A pontuação média é 50 (DP 10; confiabilidade na escala- alfa de *Cronbach* 0,88). Cerca de 25% das pessoas pontuam acima de 57 e cerca de 25% das pessoas pontuam abaixo de 43. Se está no escalão mais alto, provavelmente obtém uma grande satisfação profissional do seu cargo. Se sua pontuação for inferior a 40, poderá ter problemas no seu trabalho ou pode haver algum outro motivo - por exemplo, poderá obter satisfação em atividades que não sejam o seu trabalho.

Exaustão (*Burnout*)

A maioria das pessoas tem uma ideia intuitiva do que é o *burnout*. Do ponto de vista da investigação, o *burnout* é um dos elementos da Fadiga por Compaixão (FC). Está associado a sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho ou em realizar o seu trabalho de forma eficaz. Esses sentimentos negativos geralmente têm um início gradual e podem refletir a sensação de que o seu esforço não faz diferença ou podem estar associados a uma carga de trabalho muito alta ou a um ambiente de trabalho sem suporte ou apoio. Pontuações mais altas nesta escala significam que corre um risco maior de *burnout*.

A pontuação média na escala de *burnout* é de 50 (DP 10; confiabilidade da escala alfa de *Cronbach* 0,75). Aproximadamente 25% das pessoas pontuam acima de 57 e cerca de 25% das pessoas pontuam abaixo de 43. Se sua pontuação for inferior a 18, isso provavelmente reflete sentimentos positivos sobre a sua capacidade de ser eficaz no seu trabalho. Se a sua pontuação for acima de 57, poderá refletir sobre aquilo que o (a) faz sentir que não é eficaz no seu cargo. A sua pontuação pode refletir o seu humor momentâneo ou um "dia menos bom" ou até a necessidade de tempo para descansar. Se a pontuação mais alta persistir ou refletir outras preocupações, pode ser motivo de preocupação.

Stresse Traumático Secundário

O segundo componente da fadiga por compaixão é o stresse traumático secundário (Stress pós-traumático). Está relacionado com a exposição secundária, no seu trabalho, a eventos extremamente stressantes ou traumáticos. O desenvolvimento de problemas devido à exposição a traumas de outras pessoas é raro, mas acontece com muitas pessoas que cuidam daqueles que sofreram eventos extremamente stressantes ou traumáticos. Se o seu trabalho o (a) coloca diretamente em perigo, por exemplo, trabalho de campo numa guerra ou área de violência civil, isso não é exposição secundária; a sua exposição é primária. No entanto, se é exposto a eventos traumáticos de outras pessoas como resultado do seu trabalho, por exemplo, como terapeuta ou profissional de saúde, essa é uma exposição secundária. Os sintomas do SPT são geralmente rápidos no início e associados a um evento específico. Eles podem incluir medo, dificuldade em dormir, imagens do evento perturbador na sua mente ou evitar coisas que o lembrem do evento.

A pontuação média nesta escala é de 50 (DP 10; confiabilidade da escala alfa de *Cronbach* 0,81). Cerca de 25% das pessoas pontuam abaixo de 43 e cerca de 25% das pessoas pontuam acima de 57. Se sua pontuação estiver acima de 57, pode significar que o seu trabalho tem impacto em si de forma traumática. Embora pontuações mais altas não signifiquem que tenha um problema, elas são uma indicação de como se sente em relação ao seu trabalho e ao seu ambiente de trabalho. Deve fazer uma reflexão sobre o assunto e discuti-lo com superiores e/ou um profissional de saúde da área da saúde mental.

O que a pontuação significa?

Para encontrar a pontuação em cada seção, some as perguntas listadas à esquerda em cada seção e encontre a sua pontuação na tabela à direita.

Escala de Satisfação por Compaixão

Coloque a pontuação que obteve em cada uma das questões na coluna e some.

Analise os seus resultados no quadro da direita.

- 3. _____
- 6. _____
- 12. _____
- 16. _____
- 18. _____
- 20. _____
- 22. _____
- 24. _____
- 27. _____
- 30. _____

A soma dos resultados da minha Satisfação por Compaixão é	O meu nível de Satisfação por Compaixão é
22 ou menos	Baixo
Entre 23 e 41	Moderado
42 ou mais	Alto

Total _____

Resultado:

A satisfação por compaixão diz respeito ao prazer que obtém por fazer bem o seu trabalho. Por exemplo, pode achar que é um prazer ajudar outras pessoas através do seu trabalho, sente-se bem com as suas relações interpessoais em contexto de trabalho ou sente que tem capacidade para contribuir para o ambiente de trabalho ou mesmo para o bem maior da sociedade. As pontuações mais altas nesta escala representam uma maior satisfação relacionada com a sua capacidade de ser um cuidador eficaz no seu trabalho. Se sua pontuação for inferior a 40, poderá ter problemas no seu trabalho ou pode haver algum outro motivo - por exemplo, poderá obter satisfação em atividades que não sejam o seu trabalho.

Escala de Burnout

Na escala de Burnout precisa de fazer um passo extra para obter as pontuações. Os itens com asterisco* são cotados de forma inversa. Nestes itens, se pontuou 1, assinale 5 na coluna à direita.

O motivo para inverter a pontuação é porque, cientificamente, o instrumento mede melhor quando se utilizam questões negativas e positivas.

O que escreveu	Modifique para
----------------	----------------

- *1. _____ = _____
- *4. _____ = _____
- 8. _____
- 10. _____
- *15. _____ = _____
- *17. _____ = _____
- 19. _____
- 21. _____
- 26. _____

A soma dos resultados do meu Burnout é	O meu nível de Burnout é
22 ou menos	Baixo
Entre 23 e 41	Moderado
42 ou mais	Alto

Resultado:

1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

*29. _____ = _____

Total

Analise os seus resultados no quadro da direita.

O burnout é um dos elementos da Fadiga por Compaixão (FC). Está associado a sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho ou em realizar o seu trabalho de forma eficaz. Esses sentimentos negativos geralmente têm um início gradual e podem refletir a sensação de que o seu esforço não faz diferença ou podem estar associados a uma carga de trabalho muito alta ou a um ambiente de trabalho sem suporte ou apoio. Pontuações mais altas nesta escala significam que corre um risco maior de burnout. Se a sua pontuação for acima de 57, poderá refletir sobre aquilo que o (a) faz sentir que não é eficaz no seu cargo. A sua pontuação pode refletir o seu humor momentâneo ou um "dia menos bom" ou até a necessidade de tempo para descansar. Se a pontuação mais alta persistir ou refletir outras preocupações, pode ser motivo de preocupação.

Escala do Stress Traumático Secundário

Coloque a pontuação que obteve em cada uma das questões na coluna e some.

Analise os seus resultados no quadro da direita.

2. _____

5. _____

7. _____

9. _____

11. _____

13. _____

14. _____

23. _____

25. _____

28. _____

Total

A soma dos resultados do meu é	O meu nível de Stress Traumático Secundário é
22 ou menos	Baixo
Entre 23 e 41	Moderado
42 ou mais	Alto

Resultado:

Stresse Pós-Traumático

O segundo componente da fadiga por compaixão é o stresse traumático secundário (Stress pós-traumático). Está relacionado com a exposição secundária, no seu trabalho, a eventos extremamente stressantes ou traumáticos. O desenvolvimento de problemas devido à exposição a traumas de outras pessoas é raro, mas acontece com muitas pessoas que cuidam daqueles que sofreram eventos extremamente stressantes ou traumáticos. Se o seu trabalho o (a) coloca diretamente em perigo, por exemplo, trabalho de campo numa guerra ou área de violência civil, isso não é exposição secundária; a sua exposição é primária. No entanto, se é exposto a eventos traumáticos de outras pessoas como resultado do seu trabalho, por exemplo, como terapeuta ou profissional de saúde, essa é uma exposição secundária. Os sintomas do SPT são geralmente rápidos no início e associados a um evento específico. Eles podem incluir medo, dificuldade em dormir, imagens do evento perturbador na sua mente ou evitar coisas que o lembrem do evento.

Se sua pontuação estiver acima de 57, pode significar que o seu trabalho tem impacto em si de forma traumática. Embora pontuações mais altas não signifiquem que tenha um problema, elas são uma indicação de como se sente em relação ao seu trabalho e ao seu ambiente de trabalho. Deve fazer uma reflexão sobre o assunto e discuti-lo com superiores e/ou um profissional de saúde da área da saúde mental.

Escala da Fadiga por Compaixão

Coloque a pontuação que obteve em cada uma das escalas na coluna e some.

Divida o resultado por 2.

Analise os seus resultados no quadro da direita.

Escala de Burnout.

Escala de Stress

Pós Traumático.

Total _____ ÷ 2 = _____

A soma dos resultados da minha Fadiga por Compaixão é	O meu nível de Fadiga por Compaixão é
22 ou menos	Baixo
Entre 23 e 41	Moderado
42 ou mais	Alto

Resultado:

O MEU GRÁFICO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Desenhe uma coluna na tabela abaixo usando os resultados das escalas correspondentes:

	Satisfação por Compaixão	Fadiga por Compaixão
50		
49		
48		
47		
46		
45		
44		
43		
42		
41		
40		
39		
38		
37		
36		
35		
34		
33		
32		
31		
30		
29		
28		
27		
26		
25		
24		
23		

22		
21		
20		
19		
18		
17		
16		
15		
14		
13		
12		
11		
10		

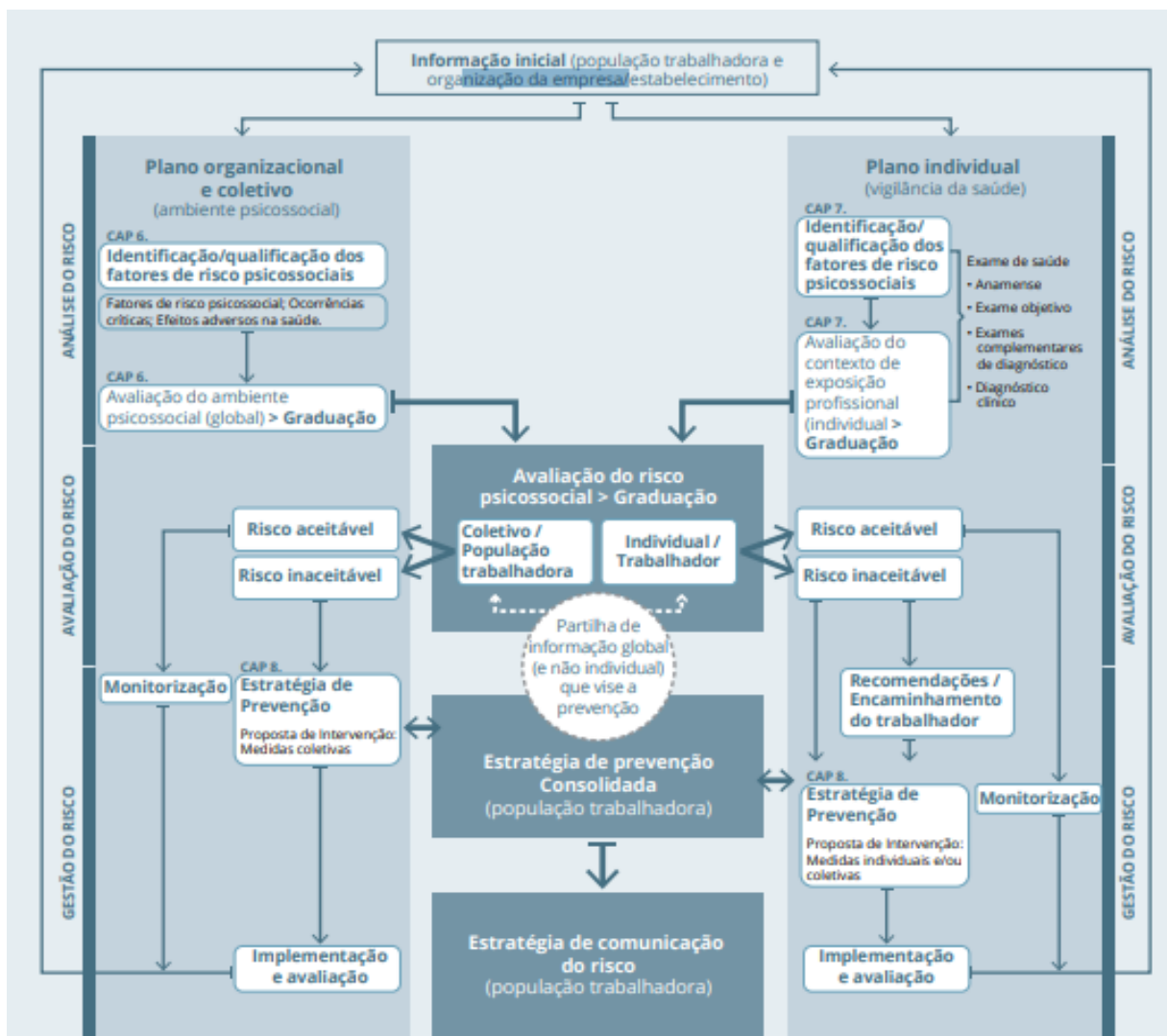
ANEXO II- Entrevista FIFE (QUERIDO ET AL., 2019)

Segundo os autores Querido, A. et al (2019) a Entrevista FIFE é um instrumento que permite aceder à experiência de doença da pessoa, tendo em vista a identificação das áreas de intervenção psicossocial. As dimensões a incluir são F (Feelings – Sentimentos), I (Ideas – Ideias), F (Functioning – Funcionamento) e E (Expectations – Expetativas).

Entrevista FIFE	
Dimensões de Intervenção	Questões

<p>F - Feelings (Sentimentos)- Relacionados com a doença, incluindo medos ou receios da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O que é que o preocupa mais? • Sente, neste momento, algum medo ou alguma preocupação em concreto? • Imagino que tenha tido muitos sentimentos diferentes, com os quais teve de lidar ao longo da doença. Quer falar sobre isso? • Por vezes as pessoas têm receios que guardam para si próprios, e sobre os quais habitualmente não falam com os profissionais de saúde. Já lhe aconteceu?
<p>I - Ideas (Ideias)- Explicações sobre as causas dos sintomas ou da doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O que é que acha que se está a passar? • O que é que acha que as suas dores significam? • Tem ideia do que possa ter causado esta doença?
<p>F- Functioning (Funcionamento) – Impacto da doença na vida do dia-a-dia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como é que a sua doença o tem afetado no dia-a-dia? • De que é que teve de prescindir por causa da sua doença? • Quais são atualmente os seus objetivos de vida? • Como é que a sua doença alterou os seus objetivos? • Como é que esta doença afeta as pessoas que são importantes na sua vida?
<p>E (Expectations – Expetativas) – sobre o profissional de saúde e sobre a doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Em que é que acha, ou espera, que eu (profissional de saúde) o posso ajudar hoje? • Tem expetativas acerca de como os profissionais de saúde o poderão ajudar? • O que é que espera deste tratamento? • Quais são as suas expetativas acerca do que irá acontecer com esta doença?

ANEXO III – MODELO CONCEPTUAL DA ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SST/SO NO ÂMBITO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS (DGS, 2021)



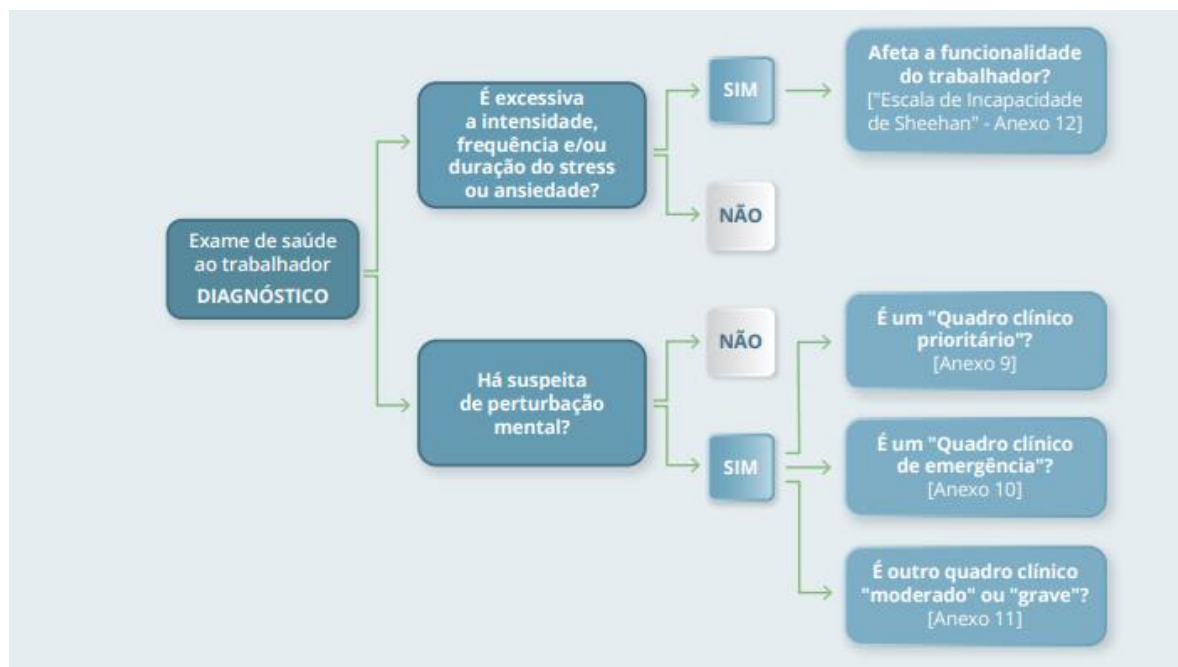
Fonte: Guia Técnico N°3- Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de trabalho (DGS, 2021)

ANEXO IV – INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM FUNÇÃO DO NÍVEL DE RISCO (DGS, 2021)

NÍVEL RISCO (POPULAÇÃO TRABALHADORA)	ACEITABILIDADE DO RISCO	AÇÃO
Baixo	Risco aceitável	Não requer ação específica.
Médio		É necessário recorrer a avaliações periódicas de modo a assegurar que se mantém a eficácia das medidas de prevenção/controlo. Poderá exigir a melhoria da ação preventiva existente.
Alto	Risco não aceitável	Deve ser estabelecido um plano com medidas para reduzir o risco, o qual deverá determinar as alterações necessárias e o período de tempo para estas medidas serem implementadas.
Muito Alto		O trabalho não deve ser iniciado nem continuado até que o risco profissional seja reduzido. Pode ser necessário recursos consideráveis para o controlo do risco. Se não for possível reduzir o risco profissional, deve-se impedir a realização desse trabalho.

Fonte: Guia Técnico N°3- Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de trabalho (DGS, 2021)

ANEXO V – QUESTÕES DE PARTIDA DO DIAGNÓSTICO (DGS, 2021)



Fonte: Guia Técnico N°3- Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de trabalho (DGS, 2021)

ANEXO VI- ESCALA DE INCAPACIDADE DE SHEEHAN

Escala de incapacidade de Sheehan (*Sheehan Disability Scale*)

Uma breve, classificação do paciente, medida de incapacidade e deficiência.
Por favor, assinale com um círculo em cada escala.

Trabalho*

Os sintomas têm perturbado o seu trabalho:



Não trabalhei durante a última semana por motivos não relacionados aos sintomas.

* Trabalho inclui trabalho remunerado, trabalho voluntário não remunerado ou formação.

Vida social

Os sintomas têm perturbado a sua vida social/atividades de lazer:



Vida familiar/responsabilidades domésticas

Os sintomas têm perturbado a sua vida familiar/responsabilidades domésticas:



Dias perdidos

Quantos dias na última semana os seus sintomas fizeram com que você faltasse ao trabalho ou o deixasse incapaz de desempenhar as suas responsabilidades diárias normais? ____

Dias improdutivos

Quantos dias na última passada se sentiu tão prejudicado pelos sintomas que, mesmo trabalhando, a sua produtividade foi reduzida? ____

Fonte: Guia técnico N° 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho da DGS, 2021

ANEXO VII- QUESTIONÁRIO DE STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (GOMES, 2014; GOMES & TEIXEIRA, 2016)

Este instrumento foi desenvolvido por Gomes (2014) a partir dos trabalhos originais de Gomes (1998) e Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) realizados com profissionais de diferentes domínios (e.g., psicólogos, médicos, enfermeiros). Segundo os autores não é necessário obter a autorização do grupo de investigação para usar os instrumentos, no entanto foi solicitada a autorização para implementação neste Projeto de Melhoria (que se encontra em anexo). Tendo por base as indicações obtidas no estudo realizado por Gomes (2014), esta última versão é constituída por 25 itens que avaliam as potenciais fontes de stress no exercício da atividade profissional dos profissionais da saúde (independentemente do contexto, área e/ou domínio de atividade).

O questionário compreende duas partes distintas. Numa fase inicial é proposto aos profissionais a avaliação do nível global de stress que experienciam na sua atividade, através de um único item (0 = Nenhum stress; 2 = Moderado stress; 4 = Elevado stress). Na segunda secção, são indicados 25 itens relativos às potenciais fontes de stress associados à atividade profissional. Os itens distribuem-se por seis subescalas, sendo respondidos numa escala tipo Likert de cinco pontos (0 = Nenhum stress; 2 = Moderado stress; 4 = Elevado stress).

A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, dividindo-se depois os valores encontrados pelo total de itens da subescala respetiva. Assim sendo, valores mais elevados significam maior perceção de stress em cada um dos domínios avaliados. Embora sem critérios clínicos de diagnóstico de perturbações mentais, é possível discriminar três níveis de stress, seguindo os valores da escala "Likert":

- 0 a 1 pontos – baixos níveis de stress
- Mais de 1 até 3 pontos – níveis moderados de stress
- Mais de 3 até 4 pontos – níveis elevados de stress.

| QSPS (1ª Parte) |

1. Na escala que se segue, assinale com um círculo o número que melhor indicar o **nível de "stress"** que sente **geralmente** no exercício da sua atividade profissional.

Em **termos gerais**, a minha atividade profissional provoca-me...

Nenhum stress	Pouco stress	Moderado stress	Bastante stress	Elevado stress
0	1	2	3	4

=====

| QSPS (2ª Parte) |

2. Apresentam-se seguidamente várias **fontes** potencialmente geradoras de **stress na sua atividade profissional**. Por favor, assinale com um círculo o número que melhor indicar o **nível de stress/pressão** gerado por cada potencial fonte ou fator no exercício da sua atividade profissional (0 = Nenhum stress; 2 = Moderado stress; 4 = Elevado stress).

Se alguma das situações referidas não se aplicar ao seu caso particular, por favor não responda a essa questão deixando-a "em branco". Tenha igualmente em consideração o facto de neste questionário o termo "**clientes**" ser utilizado para identificar as pessoas a quem presta os seus serviços, cuidados, tratamentos ou instrução. Nas suas respostas pense nessas pessoas como "**clientes**" do serviço que presta, mesmo que possa usar outro termo no seu trabalho.

Para cada uma das situações apresentadas a seguir, indique, por favor, o nível de stress que sente.	Nenhum stress	Pouco stress	Moderado stress	Bastante Stress	Elevado stress
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes	0	1	2	3	4
2. O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira	0	1	2	3	4
4. Trabalhar muitas horas seguidas	0	1	2	3	4
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às minhas responsabilidades profissionais	0	1	2	3	4
6. Falar ou fazer apresentações em público	0	1	2	3	4
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	0	1	2	3	4
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	0	1	2	3	4
9. O ambiente e "clima" existentes no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
10. Falta de possibilidades de progressão na carreira	0	1	2	3	4
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal devido às minhas responsabilidades profissionais	0	1	2	3	4

Fonte: Gomes & Teixeira (2016). Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS). Universidade do Minho

| QSPS (2ª Parte) (cont.) |

	Nenhum stress	Pouco stress	Moderado stress	Bastante Stress	Elevado stress
Para cada uma das situações apresentadas a seguir, indique, por favor, o nível de stress que sente.					
12. O excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático	0	1	2	3	4
13. Receber um salário baixo	0	1	2	3	4
14. Gerir problemas graves dos meus clientes	0	1	2	3	4
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	0	1	2	3	4
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	0	1	2	3	4
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	0	1	2	3	4
18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	0	1	2	3	4
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	0	1	2	3	4
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	0	1	2	3	4
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho	0	1	2	3	4
23. Salário inadequado/insuficiente	0	1	2	3	4
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	0	1	2	3	4
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	0	1	2	3	4

Fonte: Gomes & Teixeira (2016). Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS). Universidade do Minho

Dimensões avaliativas

1. Lidar com clientes: stress dos profissionais relacionado com a responsabilidade de fornecer os seus serviços aos seus clientes/utentes (ex: possibilidade de cometer erros que prejudiquem os clientes, ter de gerir problemas graves dos clientes, etc.).
2. Excesso de trabalho: stress dos profissionais relacionado com a carga de trabalho e o número de horas de serviço a realizar (ex. trabalhar muitas horas seguidas, falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas, etc.).
3. Carreira e remuneração: stress dos profissionais relacionado com as perspetivas de desenvolvimento da carreira profissional e com o salário recebido (ex: impossibilidade de progressão na carreira, baixa remuneração, etc.).
4. Relações profissionais: stress dos profissionais relacionado com o ambiente de trabalho bem como com a relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (ex: conflitos com colegas, falta de apoio dos superiores, etc.).

5. Ações de formação: stress dos profissionais relacionado com as situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas. 6. Problemas familiares: stress dos profissionais relacionado com o relacionamento familiar e com o apoio por parte de pessoas significativas (ex: instabilidade das relações familiares e/ou conjugais, conflitos com pessoas significativas, etc.).

| Cotação |

Subescalas	Itens
1. Lidar com clientes (4 itens)	
Dealing with clients	1, 8, 14, 20
Nota: a formulação destes itens pode ser alterada se no contexto em causa se utilizar outra designação distinta de "clientes" para descrever as pessoas a quem os profissionais prestam os seus serviços. Caso ocorra esta alteração, é necessário fazer a mudança deste termo nas instruções dadas ao preenchimento do instrumento.	Total = 0 – 4
2. Excesso de trabalho (4 itens)	
Work overload	4, 12, 16, 22
	Total = 0 – 4
3. Carreira e remuneração (5 itens)	
Career progression and salary	3, 10, 13, 17, 23
	Total = 0 – 4
4. Relações profissionais (5 itens)	
Relationships at work	2, 7, 9, 15, 21
	Total = 0 – 4
5. Ações de formação (3 itens)	
Leading training activities	6, 18, 24
	Total = 0 – 4
6. Problemas familiares (4 itens)	
Home-work interface	5, 11, 19, 25
	Total = 0 – 4
	Total = 25 itens

ANEXO VIII- ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON (SANTOS, E. & SAMPAIO, F, 2021)

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

A Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton é composta por 14 itens. Para cada um dos itens, assinale a opção que considera mais adequada para descrever a forma como a/o utente se apresenta ao longo da entrevista.

	0	1	2	3	4
	Ausente	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave
1. Humor ansioso: Preocupação, apreensão, antecipação do pior, irritabilidade.					
2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, incapacidade para relaxar, reação de sobressalto, choro fácil, tremores e sensação de inquietação.					
3. Medos: Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não reparador associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual/cognitivo: dificuldade de concentração, défice de memória.					
6. Humor depressivo: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, sinais de depressão, insónia terminal, alterações do humor.					
7. Nível Somático muscular: Dores musculares e dores de cabeça, espasmos musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz trémula.					
8. Nível Somático sensorial: ruídos auditivos, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueiro.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dispepsia: dor abdominal antes ou depois das refeições, azia, sensação de enfartamento,					

refluxo, náuseas, vômitos, ruídos intestinais, diarreia, perda de peso, obstipação.

12. Sintomas

Geniturinários: Poliaquiúria, urgência urinária, amenorreia, menorragia, anafrodisia (falta de desejo sexual), ejaculação precoce, disfunção erétil, impotência.

--	--	--	--	--	--

13. Sintomas

Autonómicos: Xerostomia, corar, palidez, hipersudorese, vertigens, cefaleias de tensão, arrepios.

14. Comportamento na

Entrevista: Tenso (não relaxado), tiques nervosos (apertar os dedos ou mãos), inquietação ou agitação, mãos trémulas, testa franzida, expressão facial tensa, aumento da tensão muscular, suspiros, palidez facial, engolir repetidamente, etc.

--	--	--	--	--	--

Resultados:

<12 ansiedade normal

>12 e <18 reação patológica ligeira

>18 e <25 ansiedade patológica moderada

>25 ansiedade patológica grave

ANEXO IX- QUESTIONÁRIO DE COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY (FONTE, C., 2011)

Segundo Fonte, C. (2011) a escala validada mostra boas características psicométricas possibilitando a sua aplicação na detecção de burnout nos enfermeiros e também na investigação. A validação do CBI nesta população aumentou a fidelidade desta escala e contribuiu para uma melhor compreensão da síndrome de burnout nos enfermeiros, que não sendo generalizáveis constituem um suporte importante para a sua utilização em futuras investigações. O burnout, área ainda em estudo necessita ser avaliada com a máxima atenção por todos os enfermeiros e outros profissionais de saúde, para que se possa antecipar a prevenção e o tratamento das suas complicações, implementando intervenções que visem melhorar as relações de trabalho quer ao nível pessoal e profissional, quer ao nível organizacional. Serve igualmente para ajudar a identificar os níveis de burnout dos enfermeiros, motivo pelo qual deve ser proposto como um instrumento de medição do burnout nos profissionais de enfermagem, contribuindo para uma melhor compreensão desta síndrome, bem como na criação de estratégias para a sua prevenção. A validação e implementação em Portugal do questionário sobre o burnout - Copenhagen Burnout Inventory (Borritz e Kristensen, 2004), poderá constituir uma ferramenta essencial para a mensuração dos níveis de burnout, sendo assim possível uma abordagem planificada na sua intervenção ao nível dos órgãos de gestão.

O CBI é um questionário constituído por dezanove (19) questões que avaliam o burnout, segundo três escalas:

- O burnout pessoal: avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa. Refere-se aos sintomas gerais de exaustão física ou mental, que nem sempre estão relacionados com uma determinada situação em particular no ambiente de trabalho e aplica-se a todos os trabalhadores. Esta dimensão é constituída por seis (6) questões;
- O burnout relacionado com o trabalho: analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho. Diz respeito aos sintomas de exaustão que estão relacionados com o trabalho da pessoa e aplica-se a todos os trabalhadores. Esta dimensão é constituída por sete (7) questões;
- O burnout relacionado com o utente: avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes. Refere-se aos sintomas de exaustão relacionada com o trabalho com os utentes e aplica-se aos trabalhadores dos serviços humanos, como enfermeiros e professores. Esta dimensão é constituída por seis (6) questões. A frequência com que cada sentimento ocorre no burnout pessoal é avaliada numa escala com cinco (5) opções que varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “Sempre”.

A frequência com que cada sentimento ocorre no burnout relacionado com o trabalho é avaliada numa escala com cinco (5) opções: nas três primeiras questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito” e nas últimas quatro questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”, sendo que na última esta pontuação é invertida cem (100) “nunca/quase nunca” e zero (0) “sempre”. A frequência com que cada sentimento ocorre no burnout relacionado com o utente é avaliada numa escala com cinco (5) opções: nas primeiras três questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito”; nas últimas duas questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “Sempre”. No estudo PUMA considerou-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos (Borritz e Kristensen, 2004). Numa terceira parte é aplicada a escala MBI (Maslach, Jackson e Leiter, 1986), já traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa por Melo, Gomes e Cruz (1999) e citada por Ribeiro (2007) para se realizar uma análise comparativa

entre estas duas escalas de mensuração do burnout. O MBI é um instrumento de auto-registo constituído por vinte e dois (22) itens que avaliam sentimentos relacionados com o trabalho e que são distribuídos por três escalas:

- **Exaustão Emocional:** pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho. É constituída por nove (9) itens;

A **Despersonalização:** pretende medir “respostas frias”, impessoais ou mesmo negativas; dirigidas para aqueles a quem prestam serviços. É constituída por cinco (5) itens;

- **Realização Pessoal:** usada para avaliar sentimentos de incompetência e falta de realização. É constituída por oito (8) itens. A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala tipo Likert de sete (7) pontos, variando entre o mínimo de zero (0) “nunca” e o máximo de seis (6) “todos os dias”. Um nível baixo de burnout reproduz-se em pontuações baixas nas escalas de exaustão emocional e despersonalização e pontuações elevadas na realização pessoal. Um nível médio de burnout é representado por valores médios das pontuações das três escalas.

Para a exaustão emocional considera-se um nível de burnout elevado quando são encontrados valores ≥ 27 pontos, valores entre 19 e 26 pontos indicam níveis médios de burnout e valores ≤ 18 pontos correspondem a níveis de burnout baixos. Quanto à despersonalização pontuações ≥ 10 pontos indicam níveis altos de burnout, valores entre 6 e 9 pontos apontam para níveis médios de burnout e valores ≤ 5 pontos indicam níveis baixos de burnout. Por último, em relação à realização pessoal, a sua leitura é oposta às anteriores, isto é, valores ≥ 40 pontos indicam níveis baixos de burnout, valores entre 34 e 39 pontos revelam níveis médios de burnout e ≤ 33 pontos indicam níveis altos de burnout (Sá, 2002; Tavares, 2008; Rodrigues, 2008; Santos, 2009).

Questionário de Copenhagen Burnout Inventory – PT (CBI - PT)

As perguntas do questionário de Copenhagen Burnout Inventory - PT (CBI - PT) não devem ser impressas no questionário pela mesma ordem como a apresentada neste documento. As questões podem ser misturadas com os restantes temas, para evitar padrões de respostas estereotipadas.

Burnout pessoal

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

Burnout pessoal	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca/quase nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nas primeiras três questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas quatro questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

Na última questão os scores são invertidos.

Pontuação: Nunca/quase nunca – 100; Raramente – 75; Às vezes – 50; Frequentemente – 25; Sempre – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com os clientes	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nas primeiras quatro questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas duas questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Nota: o termo cliente pode ser adaptado ao contexto do estudo. Por exemplo, num questionário destinado a enfermeiros o termo “cliente” o termo mais apropriado será utente ou doente; num questionário destinado a professores o termo a empregar será alunos ou estudantes.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

ANEXO X- ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS (DASS-21) - APÓSTOLO, J., MENDES, A. & AZEREDO, Z. (2006)

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS (DASS-21)

1. Leia cuidadosamente cada afirmação e **responda a cada uma delas assinalando com uma cruz (X)** no quadrado, que considere que é a que está mais próxima da verdade do que se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta a cada afirmação.
2. A classificação é a seguinte:
 - 0 – Não se aplicou nada a mim
 - 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
 - 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
 - 3 – Aplicou-se a mim a maioria das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

A Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21- versão portuguesa de Apóstolo, et al., 2006) é um conjunto de três sub-escalas, do tipo likert, de 4 pontos. Cada subescala é composta por 7 itens, destinados a avaliar sintomas de depressão, ansiedade e de stresse. A pontuação total da subescala de depressão foi dividida em depressão normal (0-9), leve (10-12), moderada (13-20), grave (21-27) e extremamente grave (28-42). A pontuação total da subescala de ansiedade foi dividida em cinco categorias: normal (0-6), leve (7-9), moderado (10-14), grave (15-19) e ansiedade extremamente grave. (20-42). O score total da subescala de stresse foi dividido em normal (0-10), leve (11-18), moderado (19-26), severo (27-34) e stresse extremamente severo (35-42). A subescala de depressão avalia sintomas, como inércia; anedonia; disforia; falta de interesse/envolvimento; autodepreciação; desvalorização da vida e desânimo. A de ansiedade excitação do sistema nervoso autónomo; efeitos músculo-esqueléticos; ansiedade situacional; experiências subjectivas de ansiedade. A subescala de stresse avalia a dificuldade em relaxar; excitação nervosa; fácil perturbação/ agitação; irritabilidade/reacção exagerada e impaciência.

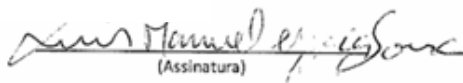
ANEXO XIV- DECLARAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO PROGRAMA MENTAL CARE: PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS QUE DESEMPENHAM FUNÇÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO

Vimos desta forma confirmar a presença da enfermeira Vânia Isabel Lopes Raimundo nos dias 24 e 25 de agosto e nos 1 / 8 / 15 / 26 /29 de Setembro na unidade de _____, no serviço de Consulta Externa onde foram realizadas consultas de intervenção no âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Leiria no âmbito do *Programa Mental Care: promoção da saúde mental dos enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.

11 de Setembro de 2013


(Assinatura)


Saúde Ocupacional

1/1

ANEXO XV- DECLARAÇÃO FORMAÇÃO PROGRAMA MENTAL CARE (EM GRUPO)

GEFOP

Gabinete de Educação e Formação Permanente

Unidade Formativa Acreditada por Decisão n.º 150, de 4 de fevereiro de 1999 da Sra. Ministra da Saúde, nos termos do Despacho Normativo n.º 13019 (2.ª Série) de 29/07

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que **Vania Isabel Lopes Raimundo** apresentou as seguintes ações de formação realizada neste hospital, nas seguintes datas:

Formação	Data	Duração
Programa Mental Care a Profissionais de Saúde	07-10-2022	2 horas
Programa Mental Care a Profissionais de Saúde	04-01-2023	2 horas
Programa Mental Care a Profissionais de Saúde	09-01-2023	2 horas
Programa Mental Care a Profissionais de Saúde	16-01-2023	2 horas

Leiria, 08 de fevereiro de 2023
Pelo GEFOP