POLITÉCNICO DE LEIRIA | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Relatório de Estágio

Tânia Catarina Costa da Silva

N.º 5210054

Leiria, setembro de 2024

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

"Intervenção do Enfermeiro em Situação de Comportamento Violento no Serviço de Urgência"

Tânia Catarina Costa da Silva
N.º 5210054

Orientador: Professor João Manuel Ferreira Gomes

Leiria, setembro de 2024

"A vida, no que tem de melhor,
é um processo que flui,
que se altera e onde nada esta fixado."
Carl Rogers

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso marcado pelo crescimento pessoal e por momentos de descoberta, tomei consciência da importância de agradecer o apoio, a motivação, a confiança, a dedicação e o esforço a quem, ao meu lado, trilhou este caminho.

A todos os meus Familiares que permaneceram como pilares de sustentação mesmo quando a falta de crenças irrompeu este percurso. Em especial ao Tiago pelo carinho e por toda a paciência.

Ao Professor João Gomes pela orientação académica fundamental e pela partilha de conhecimentos basilar.

Aos meus colegas Enfermeiros que participaram neste projeto e permitiram criar momentos de aprendizagem significativos.

Às Enfermeiras Orientadoras dos Ensinos Clínicos, Enfermeira Cristina, Enfermeira Paula e Enfermeira Sónia pela capacidade de ajuda na integração de novos saberes e novas práticas.

E a Todos aqueles que indiretamente permitiram alcançar o objetivo de me tornar Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A Todos, Muito Obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DASS-21 - *Depression, Anxiety and Stress Scale*

DM – Doença Mental

DMG – Doença Mental Grave

EC – Ensino Clínico

EESMP – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

FRAMES - *Feedback, Responsability, Advice, Menu of Options, Empathy, Self-efficacy*

ICN - *International Council of Nurses*

MMSE - *Mini Mental State Examination*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDCA - *Plan, Do, Check, Act*

PMCQC – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados

QSM+ - Questionário de Saúde Mental Positiva

SM – Saúde Mental

SM+ - Saúde Mental Positiva

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

RESUMO

A natureza da aprendizagem evidenciada neste relatório foi desenvolvida durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e refere-se aos ensinos clínicos realizados no âmbito dos contextos de respostas diferenciadas, respostas comunitárias e de internamento.

O presente relatório inclui o exercício de apreciação crítica e reflexiva sobre o processo de aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Numa abordagem multidimensional foi realizada uma apreciação retrospetiva sobre o percurso pautado pelo desenvolvimento de uma prática clínica baseada em evidência e alicerçada nas etapas do processo de enfermagem.

Inclui-se neste relatório o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, intitulado “Intervenção do Enfermeiro em Situação de Comportamento Violento no Serviço de Urgência”. A vulnerabilidade que caracteriza os cuidados de saúde nos serviços de urgências pode dar origem a comportamentos desajustados, com manifestações de comportamentos violentos dirigidos aos profissionais de saúde.

Este projeto integrou a construção de um protocolo de atuação norteador de intervenções padronizadas e sistematizadas em situações de violência e incluiu a definição de um fluxograma. Pretendeu-se capacitar os enfermeiros do serviço de urgência com métodos de atuação facilitadores da prática clínica incluindo avaliação efetiva do risco de violência, promoção de ambiente seguro, prevenção e gestão de eventos violentos e instruções de notificação de eventos.

Palavras-Chave: Enfermagem; Intervenções Especializadas; Saúde Mental; Comportamentos Violentos; Serviço de Urgência; Protocolo de Atuação.

ABSTRACT

The nature of the learning evidenced in this report was developed during the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria and refers to the clinicals teachings carried out in the contexts of differentiated responses, community responses and hospitalization.

This report includes a critical and reflective analyze of the process of acquiring the Common Competences of the Specialist Nurse and the Specific Competences of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing. In a multidimensional approach, a retrospective assessment was made of the journey guided by the development of evidence-based clinical practice based on the stages of the nursing process.

Included in this report is the Nursing Care Quality Continuous Improvement Project, entitled 'Nurse Intervention in the Face of Violent Behavior in the Emergency Department'. The vulnerability that characterizes healthcare in emergency services can lead to maladaptive behavior, such as violent behavior towards healthcare professionals.

This project included the construction of an action protocol to guide standardized and systematized interventions in situations of violence and the definition of a flowchart. The aim was empowering nurses in the emergency department with methods of action to facilitate clinical practice, including effective assessment of the risk of violence, promotion of a healthy and safe work environment, management of violent events and instructions for reporting events.

Keywords: Nursing; Specialist Interventions; Mental Health; Violent Behavior; Emergency Department; Action Protocol.

INTRODUÇÃO

O presente relatório centra-se no percurso académico decorrido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, decorrido no intervalo temporal entre setembro de 2021 e setembro de 2024. Esta jornada de aprendizagem foi pautada pelos ensinos clínicos (EC) desenvolvidos no contexto das respostas diferenciadas num Hospital de Dia de Oncologia, no contexto das respostas comunitárias numa Unidade de Cuidados na Comunidade e no contexto de internamento num serviço de Internamento de Psiquiatria de Doentes Agudos.

A aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) incluiu um processo formativo extenso que através da prática clínica permitiu consolidar conhecimentos adquiridos e desenvolver competências crítico-reflexivas que fomentaram o meu crescimento pessoal e profissional, com reafirmação de uma postura convicta na aprendizagem contínua como ferramenta para a melhoria dos cuidados prestados.

A estrutura deste trabalho está organizada em três partes distintas. A Parte I, designada Contextos de Aprendizagem, integra a caracterização dos contextos de aprendizagem dos ensinos clínicos realizados, com identificação do modelo organizacional, da população-alvo e das principais áreas de intervenção. Acresce a esta Parte I o exercício de reflexão sobre a seleção das principais problemáticas abordadas durante o processo de ensino-aprendizagem derivado do desenvolvimento dos projetos de estágio. A Parte II, Domínio das Competências em Enfermagem, apresenta uma reflexão crítica sobre o percurso de prática especializada, com análise das competências adquiridas no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto). Para cada área de intervenção foram definidos objetivos, delineados e implementados planos de cuidados e realizada a avaliação dos resultados obtidos. Com análise criteriosa das competências pretendeu-se atingir a consciencialização sobre as aprendizagens realizadas e fomentar a construção de uma identidade profissional mais hábil e idónea. Por fim, a Parte III apresenta o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem subordinado ao tema “Intervenção do Enfermeiro em Situação de Comportamento Violento no Serviço de Urgência”, desenvolvido no contexto laboral onde desempenho funções atualmente. Para a estruturação deste projeto foi usada a metodologia do Ciclo de *Deming*. Após justificação da temática e revisão da literatura foram percorridas as etapas do ciclo *Plan, Do, Check, Act* (PDCA), permitindo organizar o projeto através de uma visão sistémica orientada para os objetivos.

A problemática da violência no setor da saúde tem tido um crescente investimento por parte das organizações com incremento de políticas de saúde de prevenção da violência dirigida aos profissionais. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), o desenvolvimento de ações de prevenção visa salvaguardar a segurança e o bem-estar dos profissionais, evitando o agravamento das consequências relacionadas com atos violentos e aumentando a perceção de segurança e bem-estar nos locais de trabalho (DGS, 2018). A ocorrência de violência no contexto laboral é uma ameaça ao bom funcionamento das instituições tendo consequências associadas à quebra do normal desenvolvimento de atividades e da produtividade, entre elas absentismo por doença física ou mental, insatisfação e desmotivação profissional, diminuição da qualidade dos cuidados e ambientes de trabalho inseguros (DGS, 2024). Tendo em conta esta problemática, a literatura menciona a necessidade de incrementar mudanças organizacionais, ambientais e de gestão com o objetivo de criar contextos laborais seguros e saudáveis, oferecendo aos profissionais programas formativos, instruções sobre estratégias de tomada de decisão, métodos de atuação e sistemas de notificação de eventos (Kalbali, Jouybari, Derakhshanpou, Vakili & Sanagoo, 2018). Posto isto, foi desenvolvido um protocolo de atuação em situação de comportamento violento no serviço de urgência dirigido a todos os enfermeiros que constituem a equipa do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC). Este protocolo incluiu a formulação de um fluxograma orientador da prática clínica e formação em serviço sobre a importância da sua implementação com posterior verificação de resultados.

Ciente da importância deste trabalho no meu percurso de aquisição de novas competências, considero que todo o processo formativo, clínico e reflexivo constituiu um novo ponto de partida para a melhoria da minha prática clínica, fomentado cuidados de qualidade e excelência.

PARTE I

CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

Refletir sobre os contextos de aprendizagem foi o ponto de partida para a consciencialização das competências desenvolvidas ao longo deste percurso e para a compreensão do processo de ensino-aprendizagem. Inúmeras experiências e reflexões permitiram-me a construção de um “Eu” mais forte e capaz, tanto pessoalmente como profissionalmente. Assim, na parte I reflete-se sobre estes momentos, com base na evidente implementação de uma Prática de Enfermagem Especializada.

1. CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

A compreensão da razão pela qual a promoção da saúde mental (SM) e prevenção da doença mental (DM) devem ser prioridades do sistema de saúde impele a necessidade de definir os conceitos de saúde mental e doença mental. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a SM do cidadão converge na realização intelectual e emocional, no bem-estar individual e de grupo, na capacidade de enfrentar obstáculos e adversidades, conseguindo manter-se envolvido na comunidade e contribuir para o seu desenvolvimento. Em oposição, entende-se por perturbações mentais e do comportamento, as alterações significativas do modo de pensar, de sentir e de agir, associadas frequentemente à degradação da funcionalidade do indivíduo numa ou mais esferas da sua vida, nomeadamente na esfera afetiva, familiar, laboral e social (OMS, 2001).

A trajetória histórica da assistência na DM em Portugal iniciou-se no final do século XIX com o surgimento de várias instituições psiquiátricas com o objetivo de segregar as pessoas com algum tipo de transtorno mental. Era comum permanecerem nestas estruturas indivíduos cujo comportamento não se ajustasse à vivência em sociedade e, por vezes, viviam o resto da sua vida isolados (Alves, 2011). A reforma psiquiátrica surge na década de sessenta com um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que procuraram transformar a relação da sociedade com o doente mental, criando setores de serviços psiquiátricos e centros de saúde mental, que integraram os utentes com transtornos na comunidade (Siqueira-Silva, Nunes & Moraes, 2013). Nesta perspetiva assistencial, a responsabilidade do tratamento deixou de ser imputada somente aos hospitais, desenvolvendo-se outras estruturas de apoio que recuperavam e integravam as pessoas nos seus contextos (Filho et al, 2015). Esta reforma foi sustentada com a Lei de Saúde Mental, lei n.º 2118 de 3 de abril de 1963, que enumera princípios gerais das políticas no âmbito da SM com o objetivo de assegurar e restabelecer o equilíbrio psíquico (Sequeira & Sampaio, 2020). Ao longo das três décadas seguintes foram sendo criadas estruturas de apoio diferenciado em SM com a crescente desospitalização dos utentes com perturbações mentais. Em 1998, com a publicação da Lei de Saúde Mental n.º 36/98 de 24 de julho foram reforçadas, numa lógica multidisciplinar, a promoção dos cuidados na comunidade, os internamentos em hospitais gerais, a reabilitação psicossocial e a integração social. Mais recentemente, em agosto de 2023, foi publicada a nova Lei de Saúde Mental com a revisão da integralidade da lei vigente durante aproximadamente vinte anos, alterando essencialmente procedimentos relativos à prorrogação indefinida da medida de segurança de internamento de inimputáveis.

Tendo em conta as várias reformas no processo de assistência à pessoa com DM, incluso no percurso curricular do mestrado em ESMP, foi possível, através dos EC, integrar equipas de saúde em distintos contextos nomeadamente nos cuidados em serviço de internamento de psiquiatria, unidade de cuidados na comunidade e respostas diferenciadas. Estas diferentes

experiências permitiram ao mesmo tempo o enriquecimento curricular e também o desenvolvimento pessoal e profissional.

1.1 CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

A pluralidade dos EC realizados permitiu a escolha de uma unidade de cuidados diferenciados com direcionamento dos cuidados a uma população alvo bastante específica. Neste caso, o EC decorreu num Hospital de Dia de Oncologia de um hospital da região centro do país, entre o dia 5 de Setembro e 21 de Outubro de 2022. A estrutura física desta unidade é composta por três salas de tratamento de patologias de especialidades médicas distintas. O fator temporal limitativo relacionado com a duração do EC permitiu apenas a integração dos cuidados numa das salas, correspondendo ao grupo de doentes do foro hematológico e ginecológico, traduzindo-se maioritariamente numa população do sexo feminino. Dentro desta maioria, o perfil das utentes incluiu várias faixas etárias, em vários estadios de doença e de tratamento. O funcionamento do hospital de dia decorre de segunda a sexta-feira com horário de trabalho desde as 08h00 até à conclusão da administração farmacológica do tratamento, variando diariamente o horário de encerramento.

A equipa de enfermagem deste serviço integra uma enfermeira EESMP, com funções frequentes de coordenação do serviço, o que dificulta a continuidade das intervenções no domínio da SM face às necessidades dos doentes que frequentam os tratamentos de quimioterapia que aqui decorrem.

Em concordância com a orientação clínica e pedagógica, toda a intervenção especializada foi direcionada para utentes a realizar o primeiro, segundo ou terceiro tratamento oncológico, pela necessidade de identificação precoce das dimensões humanas a carecer de intervenção. A transição de saúde-doença vivenciada pelos doentes oncológicos constitui um desafio à prestação de cuidados de Enfermagem, tanto a nível das respostas para a saúde física como a nível da saúde mental dos doentes e seus cuidadores. Neste processo ocorrem reações orgânicas e emocionais provocando desequilíbrios/conflitos internos. Assim constitui-se como necessidade premente o desenvolvimento de medidas integrativas e diferenciadas, visando o seu bem-estar geral. O foco da assistência médica foi durante muitos anos assente no Modelo Biomédico, centrado no tratamento da doença. Contudo, o paradigma mudou e a tomada de decisão clínica passou a integrar objetivos individuais dos doentes, centrando os cuidados no doente ao invés de na doença (Hesbeen, 2000). Barsaglini citado por Paes, Kowalski, Silva, Paes & Nimtz (2021) referem que a fragilidade das pessoas com doenças crónicas em processo de transição saúde-doença é percecionada pelas equipas de profissionais multisdisciplinares envolvidas no acompanhamento e tratamento destes indivíduos. Dentro das doenças crónicas destacam-se as doenças oncológicas, às quais frequentemente se associa o comprometimento das funções orgânicas e concomitantemente alterações

psíquicas e emocionais. A maioria dos doentes vivencia sentimentos de incerteza, de angústia, de preocupação, de medo, de depressão e ansiedade antes, durante e após os tratamentos oncológicos.

A prática clínica de Enfermagem de Saúde Mental integra a excelência relacional, a mobilização do enfermeiro como instrumento terapêutico e o uso das competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Assim é possível estabelecer relação terapêutica com o utente, aumentado o *insight* sobre os problemas e sobre a capacidade para delinear estratégias de resolução. (Regulamento n.º 356/2015).

As expetativas face a este local de estágio foram precocemente colocadas à prova. O início do EC permitiu percecionar que a expetativa do doente oncológico frágil, triste, deprimido e sem crenças no futuro dava lugar a uma realidade um tanto ou quanto diferente. A importância desta perceção logo no começo do EC permitiu repensar toda a intervenção, com objetivos diferentes dos que tinham sido perspetivados. As expetativas foram refutadas pela presença de muitas utentes esperançosas, com facilidade em comunicar e expressar sentimentos e emoções, e em saudável estado de aceitação do estado de saúde atual. Várias foram as oportunidades de contacto com pessoas que evidenciavam níveis de satisfação com a vida adequados, embora fosse percetível também a fragilidade do contexto em que se inseriam e a ambivalência de sentimentos relacionada com a imprevisibilidade da resposta ao tratamento.

Numa perspetiva positivista na doença oncológica, com procura por maior satisfação em circunstâncias negativas, foi elaborado um plano de intervenções baseado no Programa de Saúde Mental Positiva para Adultos, Mentis Plus+ da autoria de Sónia Teixeira, Carlos Sequeira e Teresa Lluch (2020) cujo objetivo é promover a saúde mental em adultos em vários contextos, abordado as áreas da satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e autorrealização, e ainda habilidade de relação interpessoal.

Através da implementação de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença assentes no programa suprarreferido concluiu-se que os diagnósticos mais recorrentes eram a aceitação do estado de saúde comprometida e a autoimagem comprometida. Importa voltar a salientar que todos os utentes alvo de intervenção eram mulheres, com diagnósticos de neoplasia do foro ginecológico, a cumprir ciclo de quimioterapia numa fase inicial do tratamento. No que diz respeito à autoimagem, a sessão de acolhimento realizada pela equipa de enfermagem do hospital de dia no primeiro dia de tratamento procura ser elucidativa de vários acontecimentos que são secundários, podendo ocorrer ou não, face ao decurso habitual do tratamento. Várias informações são prestadas, existindo tempo para reflexão,

questionamento e esclarecimento das inúmeras dúvidas que assombram os utentes nesta fase. Assente na capacitação dos utentes para o melhor estado de saúde, foi possível verificar a existência de mecanismos de encaminhamento multidisciplinar de psicologia e psiquiatria, informações sobre uso de perucas/lenços, cuidados com a fragilidade do cabelo e da pele, nutrição adequada, efeitos secundários do tratamento, entre outros. Neste domínio, existe um espaço crucial para intervenção do enfermeiro EESMP, na identificação de fatores de risco de DM e fatores promotores de SM.

De forma a garantir uma integração estruturada de conhecimentos num plano de intervenção especializada, foi desenvolvido e implementado um projeto denominado "Positiva(mente), Pensar e Agir", que consistiu em três sessões (duas presenciais e um telefónica), sendo a sessão 1 separada da sessão 3 por 21 dias, correspondentes ao ciclo de quimioterapia. O projeto foi apenas aplicado a duas utentes pela limitação cronológica relacionada com a duração do EC. Sabendo da importância da vigilância e avaliação do doente no seu contexto quotidiano, foi executada uma sessão em regime de TeleSaúde (sessão telefónica integrante de um projeto do serviço) cerca de 10 dias após o tratamento para desenvolver estratégias psicoeducacionais e/ou psicoterapêuticas de acordo com os comportamentos não adaptativos identificados através da pontuação do Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) de Teresa Lluch. Foram trabalhados como principais diagnósticos a ansiedade, autoimagem comprometida e aceitação do estado de saúde comprometida. Como resposta a estes diagnósticos, as intervenções com maior enfoque foram intervenções psicoeducativas no domínio do comportamento adaptativo face à doença, intervenções psicoterapêuticas de restruturação cognitiva, entrevista motivacional (escuta reflexiva, reforço positivo, sumário, evocação de discurso de mudança) e estratégias de autoafirmação.

Após a análise da dinâmica da estrutura do serviço foram sentidas dificuldades de individualização dos cuidados pela necessidade de permanecer num ambiente aberto para monitorização dos efeitos do tratamento de quimioterapia. Esta dinâmica dificulta a garantia da privacidade do utente, interferindo algumas vezes na intervenção do enfermeiro EESMP. Dado o caracter individual das intervenções realizadas, procurou-se acomodar as utentes num cadeirão de tratamento sem outros utentes nos cadeirões imediatamente ao lado, privilegiando a escolha do fundo da sala, com menor circulação e menor ruído. Na generalidade, apesar da estrutura não ser a ideal, os objetivos traçados foram atingidos, sendo que se sentiu alguma interferência inicial, especialmente pelo receio de exposição da situação de saúde aos outros utentes. Contudo ressalva-se que a construção da relação terapêutica permitiu que, ao longo das intervenções, fosse manifestada maior à vontade de parte a parte.

Refletindo sobre a dotação de enfermeiros EESMP num contexto onde a intervenção pode englobar todos os doentes no seu processo de transição saúde-doença, considera-se que

apenas um enfermeiro EESMP é notoriamente insuficiente pelos vastos serviços que tem de prestar. Apesar do cumprimento dos rácios definidos pela OE (2019), de um enfermeiro EESMP por turno, neste contexto de EC, a coordenação do turno fica frequentemente ao encargo da enfermeira EESMP, limitando a intervenção especializada.

Ao longo deste EC percecionou-se que dado o contacto curto e cíclico dos utentes a realizar quimioterapia, a tipologia de intervenção que parece mais exequível e adequada ao contexto situacional são programas de intervenção breve. Segundo Amaral citado por Sequeira & Sampaio (2020), o objetivo da técnica de intervenção breve é "ajudar no desenvolvimento de autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade pelas suas escolhas". O programa deve ser constituído por sessões breves e de baixa intensidade com foco na identificação do problema, na motivação do indivíduo para a mudança e na sugestão de estratégias adaptativas.

Neste contexto de aprendizagem foi possível desenvolver um estudo de caso, tendo sido decidido com a enfermeira orientadora selecionar uma das utentes do projeto "Positiva(mente), Pensar e Agir". De acordo com o *Tidal Model* de Phil Barker alicerçado na Teoria do Relacionamento Interpessoal de Hildegard Peplau, foram trabalhadas situações de *stress* como oportunidades de crescimento pessoal (Teixeira et al citados por Lima et al, 2022). Baseada nesta premissa, foi realizada uma avaliação de acordo com os domínios da pessoa: o Self (o que é mais íntimo), o Mundo (o mundo social da pessoa) e o Outro (vida diária com os outros) (Barker & Buchanan-Barker citados por Freitas et al, 2020). Face à entrevista realizada e análise dos dados obtidos, foi realizado um plano de cuidados com os seguintes diagnósticos: aceitação do estado de saúde comprometida, autoimagem negativa e baixa autoestima situacional. Foram realizadas várias intervenções baseadas na Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC): aceitação do estado de saúde, bem-estar, autoimagem melhorada e autoestima melhorada. Importa perceber que o facto da utente ter participado no projeto "Positiva(mente), Pensar e Agir" facilitou a colheita e análise de dados e a consolidação da relação terapêutica, permitindo desta forma prosseguir para a fase de intervenção mais precocemente.

Alocada tanto às Competências Específicas do Enfermeiro EESMP, especificamente competências relacionadas com a organização e prestação de formação em serviço, e às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, concretamente com a facilitação dos processos de aprendizagem, foi realizada uma ação de formação em serviço dirigida aos enfermeiros do hospital de dia de oncologia com o tema "Competência Emocional no Trabalho". A escolha deste tema recaiu sobre a importânica da promoção de ambientes saudáveis através da pertinente implementação de estratégias formativas direcionadas aos diversos elementos envolvidos na prestação de cuidados. A dinâmica de integração de novos conhecimentos permitiu melhorar a adaptação relacionada com as mudanças e fomentar

comportamentos equilibradores. Foi interessante perceber que a partilha de opiniões sobre exemplos concretos e reais do serviço suscitou a participação ativa da maioria dos presentes na sessão, constituído uma mais-valia para a integração de conhecimentos e para a aplicabilidade na prática clínica.

1.2 CONTEXTO DE COMUNIDADE

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, exige-se ao enfermeiro EESMP uma intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da SM, na prevenção da DM, no tratamento e na reabilitação psicossocial, devendo ocorrer no ambiente onde os utentes se inserem (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros).

Este EC decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região de Lisboa e Vale do Tejo, entre o dia 24 de outubro de 2022 e 20 de janeiro de 2023. A área geográfica abrangida por esta UCC corresponde a aproximadamente 33000 utentes inscritos, com uma significativa população rural dispersa pela extensa área geográfica do concelho. A atividade da UCC divide-se em projetos das equipas de intervenção multidisciplinar com grupos (curso de preparação para a parentalidade, curso de recuperação pós-parto, Programa Nacional de Saúde Escolar, sessões em grupo de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica/Asma), projetos de intervenção na comunidade (consulta de enfermagem de saúde mental, promoção da amamentação, núcleo de apoio à criança e jovem em risco, equipa de prevenção de violência no adulto), projetos da equipa de cuidados continuados integrados e projetos em parcerias.

Relativamente ao trabalho desenvolvido no âmbito da SM, nesta UCC são vastas as áreas de intervenção, integrando atividades dirigidas tanto ao público-alvo com patologia mental diagnosticada, como a populações fortemente vulneráveis e ainda populações saudáveis. Este leque alargado e distinto de grupos exige ao enfermeiro um domínio de conhecimentos multidimensionais, que permite planear cuidados especializados conforme os diagnósticos situacionais de cada população-alvo. Esta unidade integra duas enfermeiras EESMP. Diz-nos o Decreto-Lei n.º 28/2008, que as UCC prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário a pessoas, famílias e grupos vulneráveis com critérios de fragilidade, doenças crónicas, doença grave avançada ou terminal, cuidadores informais, bem como a pessoas com necessidade de continuidade de cuidados iniciados nos hospitais ou unidades de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Atuam também no âmbito da educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e implementação de unidades móveis de intervenção. Nesta área dos cuidados de saúde primários são desenvolvidas intervenções de promoção e educação para a saúde em meio escolar através de um processo contínuo com o objetivo de promover o desenvolvimento de

competências nas crianças e jovens, a fim de construírem um projeto de vida e serem capacitados para tomarem decisões individuais, conscientes e responsáveis. Além deste objetivo, a promoção de uma educação para a saúde visa desenvolver ambientes facilitadores, estimulando o pensamento crítico e a cidadania ativa.

Salienta-se que de acordo com a Lei n.º 36/98, Lei da Saúde Mental, a "prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente ao nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social". Na intervenção em SM é primordial garantir a integração e o apoio ao indivíduo e família através de equipas comunitárias, que garantam a satisfação das necessidades, num ambiente que se caracteriza como menos restritivo quando comparado com o internamento. Preconiza-se que estes cuidados sejam assegurados pelas Equipas de Saúde Mental Comunitária que integram as Unidades de Saúde Local Mental, bem como pelas Unidades de Cuidados na Comunidade e Rede de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (OE, 2011).

A definição de objetivos deste EC teve por base intervenções em múltiplas populações, abrangendo indivíduos com patologia psiquiátrica e grupos saudáveis. Assim, importou estabelecer prioridades no início deste percurso por forma a definir e elaborar planos que permitissem desenvolver áreas não abrangidas nos restantes momentos de aprendizagem. Desta forma, em concordância com os objetivos da UCC foi implementado um projeto na área de atuação da Saúde Escolar, designado "Emoções a Brincar", direcionado para a promoção da SM.

De acordo com a DGS (2013), os ganhos em saúde nos grupos etários correspondentes às primeiras duas décadas do ciclo vital têm vindo a ganhar importância ao longo dos anos, norteando intervenções de carater preventivo universal junto desta população. Vários esforços foram reunidos para aproximar a saúde da educação, constituindo-se vários programas e referenciais que permitem estruturar a intervenção de promoção da saúde e prevenção da doença. A parceria de cuidados entre os centros de saúde e as escolas deve ser promovida através de ações em equipa entre a comunidade e as estruturas que dão apoio à criança e adolescente, nomeadamente creches, jardins de infância, escolas, atividades de tempos livres e associações desportivas.

O manual Saúde Mental em Saúde Escolar da DGS (2019) enfatiza a necessidade de elaboração de programas e projetos com intervenção centrada nos fatores protetores da saúde com o intuito de diminuir a probabilidade de desenvolvimento de perturbação mental. Atendendo ao Modelo de Aprendizagem Socioemocional devem ser planeadas intervenções em cinco domínios de promoção de competências cognitivas, emocionais e sociais: autoconhecimento, autorregulação, consciência social, competências relacionais e tomada de decisão responsável (DGS, 2016).

A fim de trabalhar o projeto “Emoções a Brincar” foi essencial compreender a vivência das emoções na infância. As emoções referem-se aos aspetos subjetivos não racionais da existência do Ser Humano com origem nas suas experiências, agradáveis ou desagradáveis. Associando as emoções ao conceito de razão, infere-se o conceito de inteligência emocional manifestando-se no equilíbrio de construção do Eu através da reflexão sobre as experiências vividas (DGS, 2019). As experiências emocionais vividas na infância têm impacto ao longo de todo o ciclo vital pois vão-se constituindo hábitos emocionais que influenciam o comportamento do indivíduo e a atribuição de significados (Goleman, 2012). Assim, justifica-se a importância de desenvolver competências de identificação de emoções e regulação emocional nas crianças e jovens para promover o desenvolvimento de crianças, jovens e adultos mais competentes, mais satisfeitos e com melhores níveis de bem-estar. O enfermeiro EESMP assume um papel fundamental nesta área de intervenção, dando o seu contributo para a promoção de saúde mental e bem-estar do indivíduo, identificando riscos, prevenindo perturbações, diagnosticando problemas e intervindo perante respostas humanas desajustadas (OE, 2017).

Durante a implementação deste projeto salientam-se várias reflexões sobre as aprendizagens dinâmicas decorridas. O trabalho dirigido à população-alvo infantil impôs a necessidade de desenvolver estratégias de estabelecimento específico de relação de confiança para atingir os objetivos de cada sessão, abarcando a adequação dos conteúdos aos interesses das crianças, com uso de metodologias simples, linguagem clara e compreensível, e com recurso ao paralelismo entre o tema e atividades lúdicas. A faixa etária que integrou este projeto correspondeu a crianças de 8 e 9 anos, que frequentavam o terceiro ano do ensino básico. As características imprevisíveis do comportamento na infância, a facilidade de distração, a capacidade de concentração e a motivação/disponibilidade para a participação no projeto foram os grandes desafios para a obtenção de ganhos em saúde para o grupo de crianças. Foram várias as situações que necessitaram de modelação da intervenção face à disponibilidade da turma para a aprendizagem. Destaco também o desafio de adequar a comunicação à população do ensino primário, abordando um tema que se tende a complexificar dado o seu caracter maioritarimanente abstrato. Aliando a criatividade à capacidade de usar a arte como forma de expressão e com apoio da professora responsável da turma e da enfermeira orientadora foi possível obter ganhos na promoção da saúde mental das crianças. Modificaram-se comportamentos relacionados com a necessidade de exprimir as emoções, com a aceitação e compreensão das emoções do Outro e com a capacitação para a procura de apoio em situações de dificuldade de gestão das próprias emoções.

Paralelamente a este projeto, ainda no âmbito do trabalho desenvolvido na UCC, foi possível integrar a equipa de Saúde Mental com participação ativa em consultas de Enfermagem de Saúde Mental. A integração como elemento cooperante nestas consultas teve um início

complexo já que todas as consultas, sem exceção, consistirem em atendimentos de continuidade. Ou seja, todos os utentes iniciaram seguimento antes do início deste EC. Foi notoriamente necessário trabalhar a relação terapêutica de ajuda e confiança aliada a uma postura empática que permitisse a aproximação ao ambiente terapêutico pré-existente. Phaneuf (2005) refere que na relação de ajuda, o enfermeiro deve aceitar o outro, respeitá-lo, ter empatia, ser autêntico, congruente, autoconhecer-se e conhecer o Outro e utilizar estratégias de comunicação e relação terapêutica. Apesar dos esforços assentes nestas premissas, foram várias as situações em que o direcionamento da intervenção era maioritariamente realizado pela enfermeira orientadora, dado que os ganhos em SM para o utente eram maiores quando as sessões eram dirigidas pela gestora de caso. Para diminuir o impacto desta situação na aprendizagem, foi dado enfoque à planificação das intervenções, com estabelecimento de um plano de cuidados ajustado aos utentes e discussão conjunta com enfermeira orientadora, tanto antes como após o términus das consultas. Importa também salientar que o acompanhamento através de consultas de saúde mental foi experienciado em diferentes moldes, ou seja, em consultas decorridas no edifício da UCC, mas também durante as visitas domiciliárias realizadas aos utentes abrangidos pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Neste último caso, foi possível compreender e desenvolver um trabalho mais abrangente, incluindo o contexto sociofamiliar, com intervenções especializadas dirigidas a vários elementos cuja identificação de necessidades em SM foi reconhecida na avaliação multidimensional da família, no meio onde esta se insere. Foram trabalhados domínios da Saúde Mental em situações de doença crónica, concretamente situações de doença crónica incapacitante, em situações de pessoa cuidadora informal e situações de pessoa em fim de vida. Neste domínio foram trabalhados principalmente os diagnósticos de aceitação do estado de saúde comprometida, humor depressivo, tristeza presente, *coping* comprometido, papel do cuidador comprometido e interação de papéis comprometida.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015), a avaliação diagnóstica em enfermagem de saúde mental reúne informação colhida através da entrevista clínica, da observação do comportamento e da análise dos dados obtidos, guiada pelo conhecimento do comportamento humano. Assim, é possível analisar a informação, elaborar um plano de cuidados e implementá-lo por forma a assistir a pessoa, família, grupo ou comunidade, na otimização da sua saúde mental, ao longo do ciclo vital. Aplicando esta metodologia foi realizado um estudo de caso sobre uma utente já seguida previamente em consulta de Saúde Mental na UCC. Tratava-se de uma utente referenciada pelo médico de medicina geral e familiar para a consulta de enfermagem de saúde mental por sintomas de perturbação mental relacionados com o papel de prestadora de cuidados. O planeamento dos cuidados exigiu a

validação de alguns dados já fornecidos em consultas anteriores e colheita de novos dados, utilizando o modelo *Tidal* de *Phil Barker*. Foram realizadas intervenções para os seguintes diagnósticos: ansiedade presente, *stress* do prestador de cuidados em grau elevado e *coping* ineficaz. De acordo com a Moorhead, Swanson & Johnson (2020), os resultados esperados NOC com as intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas implementadas foram o autocontrolo da ansiedade, saúde emocional do cuidador e enfrentamento.

Aproveitando o impulso do desenvolvimento do estudo de caso, em concordância com a enfermeira orientadora, foi realizada uma formação em serviço alusiva à metodologia de estudo de caso com o objetivo de reconhecer a importância desta metodologia no método de trabalho Gestor de Caso instituído na UCC. Foram relembradas as etapas de elaboração e instrumentos de avaliação, com posterior análise reflexiva conjunta. Com esta ação de formação contribuiu-se para o processo de melhoria da intervenção da equipa de enfermagem através do incentivo ao uso de metodologia estruturada de intervenção que permite colher e analisar dados, planear e implementar cuidados e avaliar resultados. Desta forma, vinca-se a importância do cuidado holístico.

Observei, como limitação à intervenção especializada na UCC, carências relacionadas com os meios disponíveis, nomeadamente com a conciliação dos meios humanos e meios de deslocação até aos contextos comunitários. A necessidade de partilhar os poucos meios, como carros e carrinhas, por vários elementos da equipa multidisciplinar da UCC limita o agendamento das intervenções em momentos de maior necessidade ou de carecimento de maior duração. Apesar de tudo, foram notórios os esforços e a dedicação com que se estabelecem prioridades a fim de dar resposta aos fatores de risco mais prementes, e assim atenuar as dificuldades face às possibilidades de resposta.

Em suma, a polaridade dos cuidados experienciados neste ambiente de aprendizagem permitiu o alargamento da visão sobre os cuidados em SM, permitindo uma capacitação integrativa de conhecimentos e competências em contextos de maior proximidade ao ambiente dos utentes.

1.3 CONTEXTO DE INTERNAMENTO

De acordo com o Decreto-Lei n.º 8/2010, a perturbação mental grave é uma “doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa”. Pelo carater impactante das necessidades que caracterizam a doença mental grave (DMG) incita-se o rigor da implementação de estratégias interventivas alcançáveis a toda a população. Reconhece-se a importância da prestação de cuidados comunitários possibilitando a manutenção da integração da pessoa no seu contexto. Embora seja esta a preconização, existem situações de DMG cuja intervenção hospitalar é necessária, com implementação de estratégias

multidisciplinares, nomeadamente intervenção dos enfermeiros EESMP, com efetivos ganhos em saúde para as pessoas envolvidas. A Ordem dos Enfermeiros (OE) menciona que a intervenção do enfermeiro EESMP dá enfase à estabilização clínica do utente e à maximização da sua autonomia, capacitando-o para a reintegração social (OE, 2021).

Segundo o regulamento n.º 515/2018 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o enfermeiro assiste a pessoa ao longo do ciclo vital e a sua família/comunidade na otimização da SM, desenvolvendo uma prática especializada e humanizada através da mobilização de conhecimentos científicos e prestação de cuidados adequados às dinâmicas de cada contexto. Sob esta premissa, considera-se que o objetivo geral deste EC foi o desenvolvimento de uma prática de cuidados especializados, contemplando intervenções centradas no utente com DM, através de atitudes terapêuticas dirigidas a problemas reais ou potenciais.

Este EC decorreu num serviço internamento de Psiquiatria de um centro hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, entre o dia 6 de fevereiro e o 28 de abril de 2023. É um serviço misto constituído por 24 camas, dividido por enfermarias com lotação de duas ou quatro camas e enfermarias individuais. O funcionamento rege-se pelo “serviço à porta fechada”, permanecendo apenas os quartos e os espaços de utilização social abertos ao longo do dia.

Os utentes internados no serviço provêm do serviço de urgência ou da consulta externa, sendo sempre alvo de internamento após observação e avaliação pela(o) psiquiatra. De entre as situações de urgência psiquiátrica, destacam-se maioritariamente diagnósticos de síndrome depressivo grave, síndrome esquizomorfo, síndrome paranóide, risco de suicídio, alteração do comportamento grave, mandado de condução para internamento compulsivo e outras situações psicopatológicas graves.

A multiplicidade de diagnósticos exigiu um trabalho de pesquisa, planeamento e integração de novas aprendizagens relativas às intervenções em grupos terapêuticos. O Ser Humano é propenso a grupos, desenvolvendo-se muitas vezes em pares, facilitando as aprendizagens e mudanças, responsabilizando os sujeitos pelo seu percurso de vida. No que diz respeito à SM, o mesmo se verifica. A maioria dos utentes aceita participar em intervenções realizadas em grupo e adaptam a sua postura à dinâmica do grupo. Os espaços terapêuticos trabalham as relações interpessoais dos sujeitos aliadas ao reconhecimento e respeito das diversidades do grupo, promovem a comunicação e a interação (Silva, Melo, Souza & Ferreira, 2021). Neste prisma, ao longo do EC foi desafiante tanto o planeamento das intervenções, como a adaptação das mesmas face ao público-alvo, frequentemente desconhecido dada a rotatividade de doentes no serviço de internamento. Acrescenta-se ainda a este desafio, a necessidade *in loco* de modificação e adaptação das estratégias interventivas a fim de atingir os objetivos definidos, tendo em conta o estado de compensação/descompensação dos utentes integrados na dinâmica. A eficácia deste tipo de intervenção exigiu uma avaliação

posterior movida pelo uso de ferramentas e instrumentos de avaliação formal e informal, tanto junto dos utentes, como através da análise crítico-reflexiva em conjunto com a enfermeira orientadora.

A integração da dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar do serviço de internamento visou a promoção do tratamento de pessoas com doença mental moderada a grave em fase de descompensação aguda. Afasta o indivíduo de fatores desencadeantes de situações propícias à agudização da doença mental e promove a reabilitação e reintegração social do doente mental na comunidade através de técnicas e meios terapêuticos, nomeadamente desenvolvendo estratégias psicoeducativas e psicoterapêuticas que fomentam os comportamentos saudáveis. Dentro destas, destacam-se o treino de competências sociais, estratégias de resolução de problemas, capacidade de gestão de conflitos, desenvolvimento da assertividade e resiliência face às circunstâncias do dia-a-dia. O sucesso terapêutico do doente mental não se restringe apenas à prescrição medicamentosa, por mais eficaz que seja. Nesta área de intervenção, o enfermeiro desempenha um papel fundamental para a adesão eficaz aos regimes terapêuticos (Conselho Internacional de Enfermagem, 2010).

O percurso deste EC foi pautado por experiências de cuidar que reavivaram memórias subjacentes à minha experiência profissional anterior, enquanto enfermeira de cuidados gerais num serviço de internamento de psiquiatria de um hospital distrital do país. Este passado profissional influenciou em parte a busca pelo aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos do papel interventivo do enfermeiro na melhoria da qualidade vida do doente mental, da sua família e da sua comunidade, complementando com o importante desenvolvimento pessoal inerente à prática especializada em ESMP. O desenvolvimento do subdomínio da autoconsciência enquanto pessoa e profissional permite ao enfermeiro especialista compreender os seus limites pessoais e profissionais, identificar fatores que podem interferir crucialmente nos cuidados, promover processos de ajuda mais eficazes e atuar sob pressão utilizando o juízo crítico (OE, 2019). Considero, que neste domínio, a minha experiência profissional num serviço de psiquiatria me possibilitou maior segurança em relação a alguns aspetos específicos de intervenção com indivíduo portador de DMG, nomeadamente maior segurança no processo de comunicação e interação com os utentes, definição de limites e boa capacidade de identificação de fatores de risco/desencadeantes e fatores promotores de saúde. Por outro lado, a necessidade de intervir de acordo com os princípios específicos do enfermeiro EESMP incitou a uma maior incidência na integração de novos conhecimentos e saberes, novas práticas e métodos de trabalho, que transpuseram os conhecimentos pré-existentes. As práticas de enfermagem têm vindo a ser influenciadas pelo conceito de aprendizagem ao longo da vida, traduzindo-se na incorporação de novos conhecimentos que transformam conceitos através de reinterpretações contínuas. As experiências de vida têm um papel fundamental neste percurso dinâmico e definem a direção

para a prestação de cuidados em saúde numa grande diversidade de contextos (Ornellas & Monteiro, 2022). De acordo com Gamhewage, Mylonas, Mahmoud & Stucke (2022), a aprendizagem ao longo da vida é fundamental para alcançar resultados significativos.

A construção de programas de participação ativa dos utentes no seu processo de recuperação foi um impulso para uma dinâmica participativa nas intervenções durante o decorrer do EC. O enfermeiro EESMP desenvolve, coordena e implementa projetos de promoção e proteção da saúde, assistindo a pessoa, família, grupo e comunidade ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 515/2018). A necessidade de recolha de dados, avaliação diagnóstica situacional, individual e grupal traduziu-se na necessidade de avaliar o estado mental dos utentes continuamente, enriquecendo o processo através da utilização de referenciais teóricos adequados à problemática da DM.

Outro aspeto importante neste EC foi a garantia de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual a todos os utentes envolvidos nas intervenções, respeitando todos os seus processos de transição saúde-doença. Importa salientar que os espaços físicos do serviço são comuns a todos os utentes, o que impõe a necessidade de uma boa gestão do ambiente de forma a prevenir e identificar fatores de risco que influenciem o processo de *recovery*.

Nas diferentes tipologias de intervenção especializada, além de todas as atividades planeadas, com sessões psicoeducacionais e psicoterapêuticas na sua maioria, foi possível participar nas atividades dinamizadas no serviço, especialmente nas intervenções psicossociais como as saídas ao exterior (espaços hospitalares comuns) para promoção de competências de socialização/interação social e gestão de dinheiro. Apesar de ser um serviço baseado na contenção terapêutica com controlo da atividade comportamental da pessoa, otimização da segurança e simultaneamente do conforto e dignidade do utente (Parecer n.º 101/2018), possibilita intervenções no exterior das instalações, com o intuito de dar resposta à necessidade de manter, treinar e adequar dinâmicas sociais tão importantes no processo de recuperação e reintegração do doente mental.

Durante este percurso de aprendizagem foi ainda possível desenvolver a metodologia de estudo de caso através da abordagem de investigação de acontecimentos e contextos relativos a uma utente internada no serviço de psiquiatria com o primeiro surto psicótico, com diagnóstico de Psicose Sem Outras Especificações, para estudo e compensação. Foram dirigidas intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas aos principais diagnósticos de enfermagem: ansiedade presente, alucinações auditivas e aceitação do estado de saúde comprometida. Durante o internamento foram desenvolvidas quatro sessões de intervenção, com uso de vários recursos de apoio, dirigidas aos temas: entrevista de enfermagem para colheita de dados, estratégia psicoterapêutica de resolução de problemas, entrevista motivacional baseada nos estágios motivacionais de Prochaska e Diclemente e estratégia psicoeducacional sobre autocompetência e autoeficácia. Durante este percurso de

planeamento foram necessárias algumas reformulações, bem como gestão temporal para a implementação das sessões já que houve momentos de descompensação da utente que não permitiram a sua aplicação. Também esta situação foi uma importante aprendizagem, percebendo-se que a escolha dos *timings* de intervenção são, para enfermeiro EESMP, cruciais para o equilíbrio mental do utente e para o sucesso da intervenção.

Outro importante marco deste EC foi o desenvolvimento de uma formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem sobre Saúde Mental Positiva (SM+) com o intuito de promover a aceitação de momentos de mal-estar como sendo normais na vida de cada pessoa, promovendo a vivência das emoções, quer positivas quer negativas. Lluch (2002) refere que a procura pela satisfação da pessoa é premissa essencial na capacitação do indivíduo para uma melhor adaptação face às circunstâncias negativas, evitando que estas se prolonguem. Através deste domínio de intervenção é possível manter, aumentar e/ou potenciar o bem-estar psicológico do indivíduo e minimizar o seu potencial para adoecer. Foi primeiramente utilizada a metodologia expositiva, seguida de uma dinâmica de grupo com entrega final de um marcador com o decálogo da SM+.

Do ponto de vista global, a análise desta aprendizagem foi muito positiva, contando com um início de integração facilitado pelo conhecimento do tipo de contexto de aprendizagem enquanto profissional, constituindo pilares para o desenvolvimento de um trabalho mais confiante e seguro. O desenvolvimento das Competências Específicas do enfermeiro EESMP foi o foco primordial, que através do planeamento de intervenções estruturadas e dirigidas permitiu alcançar resultados positivos em todas as áreas do desenvolvimento específico, que me enriqueceram enquanto pessoa, mas também como futura enfermeira EESMP. Não esquecendo que toda esta aprendizagem contribui também para uma melhoria dos cuidados no contexto profissional atual, dado que as mudanças enquanto pessoa, inevitavelmente influenciam a atuação enquanto profissional.

PARTE II

DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM

Reconhecer as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e treinar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é o enorme desafio desta parte II. Somos o que construímos, somos aquilo que realizamos.

1. RECONHECER COMPENTÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

À luz de enunciados da OE (2015), a deontologia profissional é um conjunto de normas baseada em princípios morais e do direito que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características da profissão. A formação académica avançada em Enfermagem conta com um importante desafio centrado no desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva dos enfermeiros, indo além dos aspetos tecnicistas, formando profissionais mais habilitados (Esperidião, Munari & Stacciarini, 2002). Durante o crescimento pessoal e profissional importa refletir sobre os percursos traçados, com análises críticas sobre os avanços e retrocessos, atribuindo-lhes significados norteadores de um processo de aprendizagem consistente.

Baseando esta reflexão na estrutura do Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, foram realizadas abordagens direcionadas às competências dos domínios da responsabilidade, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A análise da primeira competência permite reconhecer que durante o processo de aprendizagem foram respeitadas as normas legais, bem como os princípios éticos e deontológicos da profissão e garantidas as tomadas de decisão (A) assentes no respeito pelos direitos humanos. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) definem que a tomada de decisão é um processo sistematizado que evita complicações, detetando potenciais riscos e resolvendo ou minimizando problemas reais. Também a privacidade, intimidade e dignidade da pessoa doente e da sua família foram princípios que estiveram na base do desenvolvimento da minha aprendizagem em todos os EC. Todas as intervenções implementadas respeitaram o dever de sigilo e confidencialidade, respeitando a autodeterminação e a segurança dos utentes. Além desta premissa, foi assegurado o consentimento informado, livre e esclarecido. Foram desenvolvidas intervenções individuais e em grupo, respeitando a autodeterminação dos utentes, a vontade expressa e os ganhos em saúde.

Segundo a OE (2019), o enfermeiro especialista deve deter capacidades de mobilização de conhecimentos e habilidades que garantam a melhoria contínua da qualidade (B). Esta segunda competência incita ao desenvolvimento de uma prática sólida de cuidados de qualidade e exige um planeamento criterioso de intervenções individualizadas e não apenas padronizadas. O contacto com uma multiplicidade de diagnósticos ao longo deste caminho exigiu um trabalho de pesquisa, planeamento e integração de novas aprendizagens relativas às intervenções individuais e em grupos terapêuticos. A preocupação com o delineamento de objetivos gerais e específicos, bem como a integração instrumentos de avaliação foram uma mais-valia para a análise posterior das intervenções. Percebi várias vezes que o planeamento estruturado nem sempre foi suficiente para garantir a sua exequibilidade, dado que desde o

planeamento à implementação, múltiplas variáveis podem interferir na intervenção. Diversas situações obrigaram a modificar os planos, quer no adiamento da intervenção face ao estado mental do(s) utente(s), quer face à participação do utente no momento. Exemplo disso foram estados de descompensação súbitos, horários coincidentes com outras atividades do utente e até diminuída colaboração nas atividades planeadas, sem ganhos significativos. Esta aprendizagem apelou a uma reflexão crítica sobre a capacidade de adaptação do enfermeiro EESMP, que se mobiliza como instrumento terapêutico, que suscita momentos de reflexão sobre o processo de tomada de decisão e que afere resultados.

Saliento a importante experiência de integrar grupos de trabalho multidisciplinares, envolvendo várias instituições, como foi o caso do EC na UCC, que permitiu desenvolver um projeto no âmbito da Saúde Escolar, exigindo a integração de atividades desenvolvidas na UCC e na escola abrangida pelo projeto. Outro aspeto importante nesta competência foi o desenvolvimento do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados (PMCQC) de enfermagem no serviço de urgência onde desempenho funções. Capacitar a equipa para a intervenção face ao comportamento violento no serviço de urgência visa contribuir para uma prática sistematizada ou invés de intuitiva e assim, aumentar a perceção de segurança no ambiente terapêutico. Os contextos de saúde podem gerar ambientes vulneráveis e propensos à violência, com consequências para a saúde física ou mental dos profissionais e para a qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2020). Os processos de saúde-doença com necessidade de assistência hospitalar podem gerar nos utentes e acompanhantes sentimentos negativos como revolta, frustração e insegurança, que podem ser propulsores de tensão e de atitudes violentas (Fernandes & Passos, 2018). De acordo com as autoras Angelim & Rocha (2016), as organizações de saúde devem desenvolver medidas que procurem melhorar as condições de trabalho dos profissionais, visando promover saúde, prevenir doenças e, controlar, reduzir e eliminar riscos/problemas para os enfermeiros. Pela carência de procedimentos estruturados neste âmbito foi desenvolvido um PMCQC, em consonância com as linhas orientadoras do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde integrado no Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (DGS, 2020). Com este trabalho foram mobilizados conhecimentos e práticas que propiciam ambientes mais seguros tanto para os utentes que o frequentam, como para os profissionais que nele desempenham funções. Deste modo, o serviço ficou dotado de um fluxograma orientador da prática e os enfermeiros tiveram oportunidade de frequentar formação em serviço sobre os preceitos deste protocolo, com operacionalização posterior.

No domínio da gestão dos cuidados (C), terceira competência comum do enfermerio especialista, nesta trajetória de aprendizagem foi dado destaque a várias situações fulcrais para um desenvolvimento profissional significativo no processo de cuidados ao nível do apoio à tomada de decisão, da gestão dos planeamentos, da adequação dos recursos às

necessidades, bem como no uso dos processos de mudança com ponto de incentivo à introdução de inovações na prática especializada. O exemplo suprarreferido do PMCQC é também integrado nesta competência através da otimização da resposta da equipa de enfermagem às características do seu contexto de prática clínica. A importância do favorecimento do clima organizacional do serviço, com a adoção de posturas mais seguras e motivadas relacionadas com os novos conhecimentos e saberes permite desempenhar funções mais sustentadas e adequadas aos cuidados que se prestam num serviço de urgência. Enfrentaram-se desafios como a adequação da evidência científicas e das orientações normativas às características do serviço e a implementação do protocolo pela equipa de enfermagem dado que se trata de uma metodologia de trabalho diferente da praticada. Contudo, na avaliação do projeto concluiu-se a viabilidade de aplicação do protocolo de atuação ajustado às necessidades, mas ainda a carecer de intervenções dirigidas à melhoria da capacitação dos enfermerios para a sua utilização.

Outros exemplos concretos do desenvolvimento deste domínio são as intervenções que envolveram outros profissionais, como por exemplo as reuniões clínicas tanto na UCC como no serviço de internamento de psiquiatria e as intervenções no âmbito da Saúde Escolar com necessidade de definição de papéis dos diferentes educadores presentes nas sessões (professores e enfermeiras).

Abordando a praxis clínica especializada em evidência científica (D), quarta competência, reconheço todo o investimento no desenvolvimento de um percurso suportado em investigação e interpretação de fundamentos que favoreceram a aprendizagem para a construção de uma profissional com mais competências e habilidades na prática diária. Nos vários EC foi necessário aprofundar e mobilizar novos conhecimentos, identificação de pontos fortes e pontos fracos, atitude proativa no aperfeiçoamento de lacunas, e ainda uso do juízo crítico e da tomada de decisão, que nenhum instrumento poderia substituir. Situações como a mobilização de técnicas de prática especializada exigiram o estudo dos seus fundamentos. Adequar técnicas aos diferentes públicos-alvo, nomeadamente ao doente oncológio, ao utente com perturbação mental seguido nos cuidados na comunidade, aos doentes mentais internados nos cuidados hospitalares e ainda aos alunos integrados no programa de Saúde Escolar foi uma mais valia para a mobilização de conhecimentos teóricos, desenvolvimento da capacidade de colheita de dados e análise dos mesmos, adaptação das intervenções às características da população e avaliação crítica dos resultados obtidos, dando espaço para o aperfeiçoamento enquanto instrumento terapêutico.

Destaco também as diferentes formações em serviço que visaram a melhoria contínua dos cuidados, particularmente os cuidados prestados pelos enfermeiros das equipas dos três contextos de aprendizagem. Foram trabalhadas áreas da Competência Emocional no Trabalho, Metodologia de Estudo de Caso e Saúde Mental Positiva. Através desta dinâmica

de partilha de conhecimentos reconheço que ao longo da vida profissional é essencial desenvolver momentos de partilha de conhecimentos e de reflexões conjuntas que não só permitam reavivar práticas enraizadas, mas também a apropriação de conhecimentos de vanguarda.

Por outro lado, saliento ainda a importância do desenvolvimento desta competência, em concreto com o PMCQC, que determinou a integração do Grupo Operacional Institucional de Prevenção da Violência contra os Profissionais de Saúde como elemento dinamizador, tendo como objetivos gerais prevenir a violência no setor da saúde, monitorizar as situações de violência contra profissionais e mitigar as consequências da violência no setor da saúde. Neste oportunidade visa-se a integração dos conhecimentos adquiridos no PMCQC na formulação de programas formativos e de investigação que permitam garantir a continuidade do desenvolvimento no projeto a médio e longo prazo na Unidade Local de Saúde onde exerço funções.

2. RECONHECER COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

De acordo com o regulamento n.º 515/2018, o enfermeiro EESMP tem um elevado domínio de autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeiro (F1.1), assiste a pessoa, família, grupo e comunidade otimizando a saúde mental (F1.2), ajuda a pessoa inserida na família, grupo ou comunidade a recuperar a sua mental (F1.3) e presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais com o objetivo de manter, melhorar e recuperar a saúde (F1.4).

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

Considerando o desenvolvimento do conhecimento e consciência enquanto pessoa e enfermeira, envolto nas vivências e no processo de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1.1) foi importante derrubar o “muro” de resistência à análise e introspeção sobre mim própria, movida de algumas dificuldades de autorreflexão. Tanto ao longo do processo de aquisição de competências teóricas como nos distintos EC, vários foram os percursos de construção de um Eu reflexivo com capacidade para compreender as minhas emoções, sentimentos, valores e a interferência dos mesmos na relação terapêutica (F1.1.1). A consciência sobre as minhas potencialidades e dificuldades permitiu construir um percurso com maior segurança por conhecimento das forças e dos potenciais, mas paralelamente experimentar momentos de maiores dificuldades e fraquezas por defrontar situações menos confortáveis enquanto enfermeira.

A construção da relação terapêutica exige um exercício dicotómico entre profissional e utente. Neste sistema de ajuda, importa gerir fenómenos de transferência e contra-transferência (F1.1.2), nomeadamente impasses ou resistências que tem impacto direto nesta relação. Manifestamente considero que a experiência anterior enquanto enfermeira num serviço de internamento de psiquiatria permitiu mitigar algumas dificuldades neste ponto. Lidar com o utente com DMG, no contexto de internamento, aproximou-me de uma realidade que conhecia profissionalmente. E por ser desta forma um contexto que me é familiar, estes fenómenos de interferência na relação terapêutica não foram tão sentidos. Claramente senti em contrapartida, que especialmente no EC de respostas diferenciadas houve um maior desafio nesta área. A proximidade com a doença oncológica, maioritariamente mulheres, com faixas etárias variadas e algumas próximas da minha idade fez com que por vezes viesse à tona uma atitude paternalista, com sentimentos de proteção que rapidamente era destronados pela capacidade reflexiva acerca do seu impacto negativo no processo terapêutico e na relação de ajuda. Nesta linha de pensamento, urge também a necessidade de estabelecer e manter

limites na relação profissional, com a preservação da integridade das pessoas envolvidas no processo terapêutico (F1.1.3).

Ao longo do decurso dos ensinos clínicos, especialmente na abordagem terapêutica com doentes mentais graves fui revivendo a necessidade de limitar atitudes, posturas e comportamentos para melhorar os resultados das intervenções e apreendendo como estes limites são ainda mais cruciais nas intervenções especializadas em ESMP. Saliento situações como alguns comportamentos manipulativos no EC de internamento, com tentativas de testar as fraquezas e inseguranças dos profissionais ou até nos utentes em fase de não aceitação do estado de saúde, experienciadas em todos os EC. Munida de uma postura segura e assertiva considero que desenvolvi atividades respeitando os limites pessoais e profissionais, e considerando que pessoas diferentes têm limites diferentes, fui ajustando esta postura ao longo das intervenções. Compreendendo o efeito da permissividade, considero que as relações terapêuticas que fui desenvolvendo com os utentes possibilitaram aliar a permissão à definição de limites e contribuir para o processo de manifestação de comportamentos mais ajustados ao padrão de vivência em sociedade, com a perceção de um ambiente terapêutico mais seguro. Recordo-me, com alguma distância, que o início da minha atividade profissional foi numa enfermaria de internamento de psiquiatria na qual me deparei com algumas lacunas no controlo das emoções e reações corporais face aos comportamentos desajustados dos utentes. Questionei-me inúmeras vezes sobre a forma como podia influenciar os utentes com o meu comportamento tendo ele a sua génese no comportamento dos utentes. Gradualmente compreendi que crescer enquanto enfermeira neste serviço, obrigar-me-ia a conhecer as minhas reações corporais, emoções e manifestações comportamentais (F1.1.4). Obrigar-me-ia a dar semelhante importância à comunicação verbal e não-verbal que até à data não tinha compreendido com tamanha necessidade. Este crescimento teve continuidade nesta fase tão importante de especialização em ESMP. Os alicerces trazidos na bagagem da enfermeira que fui, influenciou os processos de adaptação necessários para obter maior segurança, firmeza, capacidade de perseverança e autocontrolo e mobilizar-se como instrumento terapêutico e não apenas como enfermeira generalista. Ao longo dos EC, talvez a maior dificuldade tenha surgido no contexto dos cuidados na comunidade, com o contacto com uma população-alvo do ensino primário, cuja inocência, imaturidade e imprevisibilidade me obrigou a controlar de uma forma menos rígida as emoções e os comportamentos, com o intuito de estabelecer uma relação de confiança que permitisse a eficácia das sessões planeadas. Apesar das características desta população, assente nos descritivos do Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar da Direção Geral da Saúde (2019), foram conseguidos resultados nos domínios do autoconhecimento, autorregulação, consciência social, competências relacionais e tomada de decisão responsável. Foi percetível a melhoria

do comportamento em sala de aula, o aumento da participação ativa dos alunos e a compreensão de temáticas complexas como a regulação emocional e a aceitação do Outro.

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

Transversal a todos os EC, no processo de assistir a pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da SM, foram realizadas avaliações abrangentes das necessidades em SM dos utentes nos seus contextos sociais e territoriais (F2.1) com base no modelo *Tidal*, permitindo a compreensão da pessoa no momento de transição saúde-doença (F2.1.1) e identificando os seus potenciais para a resolução de problemas (F2.1.2), evitando focar apenas os sintomas do presente. Com esta forma de atuação foi possível colher dados através de uma descrição clara da história de saúde (F2.2) e avaliar holisticamente a pessoa, estruturando intervenções integradas em projetos de promoção e proteção da SM e prevenção da DM (F2.3). O *Tidal Model* sustenta o cuidado em SM no cuidado interdisciplinar alicerçado na Teoria do Relacionamento Interpessoal de Hildegard Peplau, que compreende as situações de *stress* como oportunidades de crescimento pessoal (Teixeira et al citados por Lima et al, 2022). Segundo Barker (2001), o enfermeiro assume o papel de auxiliar o utente na promoção de mudanças na sua vida com uma forte aproximação à relação interpessoal. Esta prática afasta-se dos modelos tecnicistas e aproxima-se emocionalmente do utente.

Em relação à avaliação abrangente das necessidades em SM (F2.1) cabe afirmar que em cada contexto de aprendizagem, para o planeamento de intervenções especializadas individuais ou de grupo, foram realizadas avaliações da repercussão para a SM da interface entre o indivíduo/grupo e os diferentes sistemas (F2.1.1). Destaco os três estudos de caso com sistematização clara dos dados obtidos e merecedores de atenção para o planeamento de intervenções dirigidas aos fatores precipitantes de DM. Nesta análise realço a importante dinamização dos cuidados na comunidade, nomeadamente após experienciar a metodologia da visita domiciliária destinada aos cuidados de SM, não só ao utente, mas também ao seu cuidador. Sendo o enfermeiro dos cuidados de saúde primários considerado o enfermeiro de proximidade, compreende-se que um dos recursos a utilizar é a visita domiciliária. Segundo Bertolozzi citado por Egry & Fonseca (2000), a visita domiciliária é uma área de atuação abrangente que permite estender as ações de saúde à população, dentro do seu contexto social. O domicílio é um local privilegiado para a prestação de cuidados aos utentes, familiares e cuidadores, permitindo não só avaliar o utente mas também o agregado familiar e os fatores socioculturais, ambientais e económicos que influenciam o resultado das intervenções de enfermagem. Em contrapartida, este é um dos contextos que coloca o enfermeiro num ambiente de maior complexidade e imprevisibilidade. Durante a permanência na UCC foi possível participar em várias visitas domiciliárias, que constituíram momentos enriquecedores

no que diz respeito à colheita de dados. A facilidade com que se acedem a informações através da observação do contexto é impreterivelmente maior quando comparada com os outros contextos de EC. Avaliar o ambiente onde se insere a pessoa dá-nos uma perspetiva sobre necessidades básicas, condições habitacionais, rede de apoio familiar, disponibilidade e acesso a recursos, que de outra forma apenas se conheceriam por interpelação do utente ou cuidador e sempre numa perspetiva influenciada pela avaliação do próprio utente /cuidador. Também nesta dinâmica de cuidar é decisiva a necessidade de estabelecer limites à colheita de dados, para que esta não impeça um correto desenvolvimento da relação terapêutica. Numa outra perspetiva, no EC de respostas diferenciadas, uma das intervenções foi implementada através de um projeto existente no serviço, designado "TeleSaúde", que consistia em acompanhar utentes a realizar quimioterapia através do contacto telefónico entre ciclos de tratamento. Nesta experiência percecionei diferentes realidades. Por um lado, o facto das utentes estarem no seu contexto sociofamiliar permitia um maior à vontade para expressar sentimentos e emoções, fazerem questões e até manifestarem receios, mas por outro lado, o facto de haver uma barreira associada à distância dificultava a avaliação da compatibilidade entre o que se expressa verbalmente e o que se manifesta pelo comportamento. Este tipo de abordagem estimulou o desenvolvimento da capacidade de comunicar, da sensibilidade linguística, da relação empática, da postura assertiva e das técnicas de entrevista.

Na avaliação abrangente da pessoa ou grupo emerge a identificação de fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental, bem como a identificação dos fatores predisponentes de perturbação mental (F2.1.2). O papel do enfermeiro EESMP na análise das respostas humanas às situações de SM (F2.2.1) representa uma etapa fundamental em todos os planeamentos de intervenção especializada já que perante a ausência de resposta ou resposta desajustada, cabe ao enfermeiro executar uma avaliação das capacidades internas do utente bem como os recursos ao seu alcance (F2.2.2). No decorrer do EC no internamento de psiquiatria, foi elaborado um estudo de caso sobre uma utente com o primeiro surto psicótico cujas capacidades internas foram bastantes elucidativas da repercussão no seu estado de saúde, na qualidade de vida, na funcionalidade e na autonomia (F2.2.3). Características da utente como a baixa autoconfiança, a não aceitação do estado de saúde e a ansiedade presente foram impulsionadoras de um plano de cuidados que integrou estratégias de revalidação de competências que a utente tinha esquecido e que involuntariamente bloqueavam a melhoria do seu estado de saúde. Exemplo prático era a enorme dificuldade na tomada de decisão e definição de objetivos a curto, médio e longo prazo. Neste sentido foi desenvolvido um plano de cuidados integrando intervenções estruturas centradas na utente com vista o seu empoderamento (F2.3.1), incluindo intervenções psicoterapêuticas como a técnica de resolução de problemas e intervenções

psicoeducacionais sobre autocompetência e autoeficácia, a fim de incrementar na utente uma postura interveniente no seu processo de recuperação, com responsabilidade na promoção da participação ativa no seu processo de saúde-doença (F2.3.2).

O desenvolvimento de projetos de cuidados em todas as fases do ciclo vital da pessoa e também aos seus cuidadores (F2.3.3) deve ter particular atenção dos enfermeiros EESMP. Com o Projeto de Intervenção para a Recuperação do Doente Mental desenvolvido no contexto de internamento foi usada a estrutura do Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave da Ordem dos Enfermeiros (2021), que enfatiza a importância de prestar cuidados de *empowerment* e *recovery* com vista a reintegração dos utentes nos seus contextos. Foram incluídas intervenções em várias áreas: aceitação do estado de saúde, promoção do conhecimento relativo à doença, promoção da adesão e gestão do regime terapêutico, promoção do autocuidado e comportamentos de promoção da SM, prevenção de recaídas, promoção do potencial máximo e promoção da literacia em SM com ênfase na redução do estigma na DM. Ao longo das sessões foram trabalhados temas alusivos a fases passadas, presentes e futuras que transversalmente fizeram, fazem ou farão diferença no ciclo de vida de cada utente. Destaco que no tema alusivo à promoção do potencial máximo foi realizada uma intervenção com um familiar de um utente internado, promovendo o envolvimento no processo de *recovery* do utente. Nesta intervenção foi promovida a aquisição de conhecimentos sobre SM e DM, clarificados processos de recuperação e reintegração social e estabelecidas parcerias promotoras de saúde entre o utente e cuidadora. Foi interessante perceber que este envolvimento familiar trouxe maior segurança ao utente, bem como crenças positivas sobre futuro. Outro exemplo desta importante relação entre o enfermeiro EESMP e os cuidadores foi no âmbito dos cuidados na comunidade, em que uma das utentes da consulta de enfermagem de SM era cuidadora do marido, totalmente dependente de si nas atividades de vida diária. Com esta utente foi desenvolvido um conjunto de intervenções focadas no diagnóstico da sobrecarga do prestador de cuidados, que apesar de não ter sido alterado o *status* do diagnóstico, houve uma perceção de melhoria na capacidade da utente lidar com a sua situação de vida, incluindo mecanismos de autocuidado e valorização pessoal.

Ainda no EC na UCC tive a oportunidade de desenvolver o projeto “Emoções a Brincar”, no âmbito da implementação de programas de promoção da saúde em escolas (F2.3.4) destinado a um grupo de crianças a frequentar o ensino primário.

2.3 AJUDA A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, INTEGRADA NA FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE A RECUPERAR A SAÚDE MENTAL, MOBILIZANDO AS DINÂMICAS PRÓPRIAS DE CADA CONTEXTO (F3)

A inquestionável valorização do uso do processo de enfermagem como abordagem sistemática e intencional de organização dos cuidados permite o exercício profissional do enfermeiro assente numa metodologia científica com o intuído de dar resposta às necessidades da pessoa ou grupo (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018). O processo de enfermagem engloba cinco etapas distintas, mas interligadas, que permitem a realização de cuidados personalizados, integrando as seguintes fases: apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação (Potter & Perry, 2006). A proficiência do enfermeiro no uso deste método de trabalho evidencia a identificação de problemas e necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da SM (F3.1.1), avalia o impacto multifatorial no contexto familiar (F3.1.2), identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais (F3.1.3), diferenciando as manifestações da DM de estados fisiológicos ou perturbações orgânicas (F3.1.4) que podem interferir no claro diagnóstico e consequente tratamento da sintomatologia apresentada. De acordo com Parecer n.º 01/2017 da Ordem dos Enfermeiros, a Avaliação do Estado Mental é um instrumento que apenas o enfermeiro EESMP pode utilizar como forma de avaliação diagnóstica compreensiva, com o intuito de detetar alterações da normalidade no funcionamento mental do indivíduo (OE, 2017). Para realizar uma avaliação do estado mental, o enfermeiro deve concentrar a sua atuação em três eixos distintos: a comunicação/relação interpessoal que permite uma relação terapêutica; observação, nomeadamente aparência, postura, comportamento, interação, higiene e vestuário; e por fim exame das funções (Sequeira & Sampaio, 2020). Desta forma é possível diferenciar a exacerbação de uma perturbação psiquiátrica de sintomas de um novo problema de saúde (F3.1.5), é possível identificar complicações que decorrem de problemas de SM, incluindo problemas físicos (F3.1.6), detetar situações de emergência psiquiátrica (F.3.1.7) e é também possível avaliar o risco para o utente e para os outros de forma a garantir um ambiente menos restritivo, mas seguro para todos (F3.1.8). No decorrer da prática clínica nos diferentes contextos de aprendizagem foram desenvolvidas intervenções baseadas no processo de enfermagem. O modelo de intervenção nos diferentes EC modelou a minha intervenção, tendo sido experienciados métodos de trabalho individual (enfermeiro responsável) e o modelo de gestor de caso. Através do primeiro método suprarreferido, instituído nos cuidados nos EC em contexto de internamento e cuidados diferenciados, desenvolve-se uma relação terapêutica com foco no desenvolvimento de planos de cuidados individualizados com perceção da satisfação por parte do utente e com responsabilização do enfermeiro pelas suas intervenções (Parreira et al, 2021). Noutra perspetiva, o modelo de gestor de caso assenta na existência

da figura do gestor de caso como elemento moderador das dinâmicas, estabelecendo prioridades com implementação de cuidados de forma objetiva e sistematizada, desenvolvendo-se um trabalho transdisciplinar à luz da singularidade do indivíduo (Fink-Samnick, 2019). É vincada a premissa de necessidade de cooperação multidisciplinar evitando a fragmentação dos cuidados e responsabilizando o gestor de caso pela vigilância do utente durante todo o processo clínico. Considerando os dois métodos, influenciada pelo método de trabalho instituído no meu local de trabalho (enfermeiro responsável), compreensivelmente senti maior facilidade na adequação das intervenções através deste método. Contudo, considero que a aproximação ao contexto do utente ou grupo, através da gestão de caso, pode ser mais eficaz na potenciação da funcionalidade e autonomia do(s) utente(s), com papel ativo no processo de transição saúde-doença integrando momentos de avaliação, negociação, coordenação e integração de outros grupos multidisciplinares que visam a obtenção dos maiores benefícios para o(s) utente(s). Com este método de implementação de cuidados especializados dá-se enfoque a uma abordagem colaborativa interdisciplinar e transdisciplinar com vista à prestação de cuidados seguros e de qualidade, promotores de saúde, bem-estar e conforto (Marques, Sequeira & Néné, 2024).

Potenciado a eficácia do processo de enfermagem, o uso de linguagem padronizada consolida a comunicação entre enfermeiros, havendo a representação da prática nos sistemas de informação em saúde. O uso de uma taxonomia (F3.1.9) visa garantir a continuidade e otimização dos cuidados prestados, dar visibilidade às suas funções, possibilitar a investigação dos cuidados ao longo do ciclo vital e permitir a avaliação das intervenções implementadas. A utilização de linguagem classificada permite ainda que vários contextos de prestação de cuidados utilizem as mesmas ferramentas, uniformizando a compreensão da linguagem utilizada. Com a introdução da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) foi possível deixar de ter registos exclusivos de intervenções executadas e incluiu-se a reflexão crítica dos resultados obtidos (Sá et al, 2020). Por outro lado, uso dos indicadores NOC possibilita a avaliação e mensuração dos resultados através de medidas e definições padrão, que posteriormente determinam se existe necessidade de mudança no cuidado. Em todos os contextos de aprendizagem foi consolidado o uso das taxonomias anteriores, permitindo a aplicação consistente do processo de enfermagem.

A identificação de resultados esperados com a implementação de projetos de intervenção em saúde e concomitante mobilização de indicadores sensíveis (F3.2.) foi tida em conta neste percurso de formação. Para cada intervenção planeada defini (F3.2.1) e monitorizei os resultados com vista a obtenção de ganhos em SM (F3.2.2). Transversalmente a esta definição, foi possível traçar um papel crítico e interventivo na avaliação posterior dos resultados, tanto num primeiro momento informal com a orientação clínica das enfermeiras orientadoras, como nos documentos formais elaborados ao longo dos EC.

Os diferentes níveis de intervenção em SM permitem desenvolver planos de cuidados dirigidos a grupos ou comunidade (F3.3.), que validam positivamente o envolvimento de equipa multidisciplinares através de parceiras nos diferentes contextos de prática respeitando áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem (F3.3.1), podendo desenvolver programas de cuidados comunitários para pessoas com DMG (F3.3.2), incrementar projetos de desenvolvimento comunitário participativo em ambientes promotores de SM (F3.3.3), implementar projetos de promoção da SM de crianças e jovens (F3.3.4) e programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socioemocional que evitem a exposição e/ou exclusão social (F3.3.5). A vastidão de intervenções elencadas a esta competência permitiu enriquecer o meu processo de construção enquanto enfermeira EESMP. A passagem pelos cuidados de saúde primários foi fundamental para a compreensão do impacto da multidisciplinariedade na melhoria global do estado de saúde dos utentes. A oportunidade de experienciar a visita domiciliária com profissionais de áreas distintas permitiu compreender a visão holística dos cuidados na comunidade e fazer a ponte entre construtos teóricos e prática clínica. Pude, por exemplo, observar o desenvolvimento e implementação de planos de cuidados que integraram cuidados de enfermagem geral, enfermagem de SM, de fisioterapia e de serviço social, visando a complementaridade de intervenções focadas em transições saúde-doença mais eficazes. Neste método de trabalho, foi fácil percecionar o respeito por cada área de intervenção, considerando cada uma delas indispensável no processo de recuperação de pessoas com DM (F3.3.1). Ainda neste ensino clínico, a integração como elemento cooperativo nas consultas de enfermagem de SM no contexto comunitário dos utentes com DM permitiu uma abrangente atuação na identificação das suas necessidades e no planeamento de intervenções vinculadas a cada diagnóstico identificado, contribuindo para a melhoria da SM (F3.3.2).

O desenvolvimento de programas de SM assentes na identificação de fatores protetores e fatores de risco de DM motivou a elaboração do projeto “Emoções a Brincar”, que teve sustentação no Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013), no Referencial de Educação para a Saúde (Direção-Geral da Educação, 2017) e no Manual de Saúde Mental em Saúde Escolar (Direção-Geral da Saúde, 2019). De acordo com a DGS (2013), os ganhos em saúde nos grupos etários correspondentes às primeiras duas décadas do ciclo vital têm vindo a ganhar importância ao longo dos anos, norteando intervenções de carater preventivo universal junto desta população. Vários esforços foram reunidos para aproximar a saúde da educação, constituindo-se vários programas e referenciais que permitem estruturar a intervenção de promoção da saúde e prevenção da doença (F3.3.3). Neste projeto foi dada relevância às necessidades que careciam de intervenção especializada abrangendo de forma equitativa todas as crianças e jovens, independentemente das condições socioeconómicas da família e comunidade (F3.3.4). Promoveram-se atividades de

avaliação das competências emocionais das crianças e capacitação com estratégias de *coping* norteadoras de uma aprendizagem assente em comportamentos promotores de saúde, evitando a exposição a fatores de risco de DM e exclusão social (F3.3.5).

Na unidade de competência F3.4 – realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em SM com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados – foram, em todos os ensinos clínicos, elaborados estudos de caso que permitiram planear e implementar planos de cuidados individualizados em SM, definindo diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. A estruturação de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas direcionadas para o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para identificar fatores de risco e potenciar fatores protetores (F3.4.1) foi a chave de todos os estudos de caso. Durante ensino clínico no contexto de internamento foi importante reavivar memórias de experiências e saberes anteriores que permitissem atuar numa dinâmica segura de avaliação contínua e deteção precoce de mudanças no estado de saúde dos utentes (F3.4.2).

A realidade da emergência psiquiátrica (F3.4.3) foi pouco vivida neste percurso, mas não menos importante para o desenvolvimento de competências nesta área de intervenção. Ainda assim, tive a oportunidade de prestar cuidados em situação de risco de heteroagressividade e não colaboração nos cuidados, com necessidade de contenção química e mecânica para controlo de impulsos e diminuição de potenciais riscos. De acordo com as competências específicas do enfermeiro EESMP é importante desenvolver capacidades de avaliação e deteção de emergências psiquiátricas, bem como o nível de risco, com vista a intervenção em emergência. Esta ideia é reforçada pelo Parecer n.º 101/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que afirma que é preocupação fundamental dos enfermeiros garantir a segurança nos contextos de prática clínica, tanto para os profissionais como para os utentes, decidindo de acordo com os conhecimentos técnico-científicos.

Com distanciamento reflito sobre situações vividas no contexto profissional, com identificação de emergências psiquiátricas, com notório risco para o utente e/ou para terceiros. Faço agora jus aos conhecimentos dos enfermeiros EESMP com quem tive a oportunidade de partilhar a jornada de trabalho, com quem tanto aprendi e que determinou a procura pela prática especializada. Foi também nestes momentos de reflexão, que aliados ao decurso dos EC, foram relembradas questões relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso (F3.4.4). O abandono terapêutico, por desconhecimento, desacreditação ou descompensação, expõem os indivíduos a fatores de risco de exacerbação de sintomas da DM. Movida por estes pressupostos, no estágio decorrido no internamento foram desenvolvidas várias intervenções psicoeducativas sobre a adesão ao regime terapêutico, com clarificação das consequências graves da não adesão.

Refletindo sobre a importância de integrar o contexto sociofamiliar na dinâmica de vida dos utentes com DM, percebe-se o contributo da família para o evitamento do isolamento e da

exclusão social (F3.4.5). Neste domínio várias foram as intervenções desenvolvidas, desde o envolvimento da família no capacitação para o potencial máximo de um utente internado no serviço de psiquiatria, com recurso a sessão psicoeducativa; intervenções dirigidas a uma cuidadora informal nos cuidados na comunidade; a sensibilização da comunidade escolar para a perturbação mental e para a aceitação da integração de pessoas com perturbações mentais.

O recurso à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica da ESMP (F3.5) foi sendo aprimorada sobretudo com a elaboração dos estudos de caso e francamente desenvolvida no EC nos cuidados na comunidade, por ser o método de trabalho instituído. Casarin et al *(*2001) referem que o modelo de gestão de caso integra cuidados de qualidade no plano científico, organizacional e humano, emergindo a necessidade de elaborar planos de cuidados multidisciplinares, sendo que o enfermeiro através do processo de enfermagem recolhe dados, planifica, aplica, coordena, supervisiona e avalia os recursos que vão ao encontro das necessidades do utente e da sua família. É desta forma que se torna possível, quando necessário, redirecionar caminhos de intervenção e estabelecer prioridades de ação. Assente nestas premissas, fui traçando o desenvolvimento de uma metodologia de gestão de caso, com operacionalização de planos de cuidados e agindo com foco na integração do utente no contexto sociofamiliar, promovendo o suporte e apoio, e valorizando a importância da continuidade dos cuidados nas unidades comunitárias. Saliento neste domínio que, com vista à continuidade dos cuidados na comunidade compreendi a importância da existência de uma equipa comunitária de saúde mental e psiquiátrica, que avalia e monitoriza o estado de saúde dos utentes e complementa a assessoria dos cuidados comunitários. A atividade desta equipa é dirigida aos utentes com alta recente dos cuidados hospitalares ou a utentes referenciados pela equipa dos cuidados de saúde primários.

No que concerne à quarta competência especializada - prestação de 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 com o intuito de manter, melhorar e recuperar a saúde - pode afirmar-se que reflete a implementação e operacionalização sistemática dos cuidados planeados referidos na terceira competência.

A reflexão construtiva sobre esta competência converge em duas importantes premissas. A primeira reflete o enorme investimento na construção de planos de cuidados ricos em intervenções centradas no apoio prestado ao utente, a fim de alcançar um estado de SM próximo do que deseja e atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório que permita contribuir para a sociedade. A segunda retrata a importância de enfatizar a aprendizagem pela observação e cooperação com enfermeiros EESMP, experienciada em

todos os contextos de EC, que permitiu criar momentos de reflexão conjunta, facilitadora da apropriação de metodologias enquanto profissional especializada.

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

Ao longo de todo o percurso de prática clínica foram desenvolvidos vários programas que integraram intervenções psicoeducativas e treino em SM (F4.1.). Começando pela primeira experiência de ensino clínico num hospital de dia de oncologia, através do projeto "Positiva(mente), Pensar e Agir", foi possível o uso de metodologia psicoeducativa com enfoque nas dimensões da Saúde Mental Positiva baseado no Programa de Saúde Mental Positiva para Adultos – Manual Mentis Plus+ (Teixeira, Sequeira e Lluch, 2020). Foram neste contexto, com recurso a estratégias individuais, aprofundadas competências no domínio da promoção de SM e prevenção de risco de perturbações mentais (F4.1.1), do conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas de saúde/doença mental (F4.1.3), ensinando os utentes sobre as várias opções terapêuticas implicadas no estado de SM (F4.1.4) e acerca do impacto do autocuidado e comportamentos de saúde (F4.1.10) motivadores de um estado de aceitação da doença física, e ao mesmo tempo da perturbação mental. No segundo contexto de prática clínica foi desenvolvido o projeto "Emoções a Brincar" dirigido a uma população saudável do ensino primário de uma escola abrangida pelos cuidados de saúde escolar ao abrigo de projetos da UCC. Neste projeto interventivo, o trabalho desenvolvido com um grupo-alvo sem perturbação mental identificada permitiu o aperfeiçoamento de técnicas psicoeducativas impactantes na identificação das diferentes emoções promovendo a sua aceitação, a tolerância e a empatia com as emoções dos outros. Atribuo relevância a este projeto na aprendizagem de estratégias interventivas em grupo, cuja heterogeneidade exige uma maior preparação e segurança na implementação das mesmas. Fundamentos como o fornecimento de orientação para promover a SM (F4.1.1), intervenções psicoeducativas para promoção do conhecimento, compreensão e gestão de problemas (F4.1.3) e sensibilidade na abordagem de assuntos relacionados com comportamento de risco (F4.1.8) caracterizaram este projeto. No terceiro campo de estágio, decorrido num internamento de psiquiatria, foi estruturado e operacionalizado um "Projeto de Intervenção na Recuperação do Doente Mental Grave". Com este trabalho procurou enfatizar-se a importância de prestar cuidados de *empowerment* e *recovery* visando a reintegração dos utentes na sociedade, desenvolvendo estratégias individuais e em grupo. Importa destacar a importância deste projeto na capacitação dos utentes com DMG que participaram no compêndio das sete sessões que permitiu capacitar indivíduos com DMG para a compreensão e aceitação do seu estado de

saúde (F4.1.3), diminuir ideias preconcebidas e erróneas sobre doença mental, promover a adesão ao regime terapêutico e prevenir consequências da não adesão (F4.1.4), intervir através da educação para o uso de alternativas terapêuticas que consolidem a procura por comportamentos adaptativos face a doença (F4.1.5) nomeadamente dirigidos a focos do autoconceito, ansiedade, autoeficácia e autocompetência, e fomentar o envolvimento familiar no processo de recuperação e reinserção social do utente (F4.1.7). Transversalmente a todas estas intervenções foram cautelosamente avaliados sinais e sintomas psiquiátricos que pudessem influenciar positivamente ou negativamente os ganhos em saúde individuais ou do grupo (F4.1.9), sendo várias vezes modificadas intervenções, alterados tempos de ação, e até reestruturados grupos de utentes. Correlacionando a avaliação do estado mental dos utentes com os objetivos das sessões foram fomentados ambientes de adesão ao tratamento de pessoas com patologia psiquiátrica grave e de evolução prolongada (F4.1.2), que notoriamente nos cuidados no internamento foi possível constatar pela existência de vários utentes com internamentos recorrentes.

Nesta unidade de competência destaca-se a ausência de atividades dirigidas exclusivamente ao apoio sistematizado à famílias de pessoas com DMG através de grupos psicoeducacionais (F4.1.6) embora considere importante a partilha de conhecimentos, expetativas e perspetivas de vida com diferentes grupos familiares que prestam apoio a doentes mentais, por forma a contribuir para o aumento e melhoria da perceção sobre o impacto na qualidade de vida dos utentes com relações familiares de proximidade, potenciadoras de equilíbrio saúde-doença.

Abordado o desenvolvimento de processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos (F4.2), reconhece-se a importância deste tipo de intervenções centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às respetivas transições (F4.2.1). Nos vários momentos de aprendizagem, foram observados e avaliados comportamentos desajustados relativos às mudanças inerentes às transições de saúde-doença. A fim de minimizar o impacto destas reações de desajustamento foi dado enfoque à avaliação das respostas humanas e assistiu-se a pessoa no redireccionamento das suas próprias respostas aos problemas identificados. Exemplos concretos desta intervenção específica foram os estudos de casos, cuja procura pela melhoria do estado de saúde dos utentes passou pela identificação das suas respostas humanas face a um ou mais problemas e posterior desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas que fomentassem respostas adaptativas recuperadoras da sua SM (F4.2.3). Durante este processo de mudança de comportamento, com procura de estilos de vida que integrem respostas adaptativas não pode ser omissa a importância do *insight* do utente relativamente ao problema (F4.2.2). Pode afirmar-se que o *insight* é indissociável da DM pelo que a sua promoção é crucial no processo de recuperação e reintegração da pessoa com doença mental na sociedade. Segundo Mintz, Dobson e Romney (2003), o *insight* é definido com base em vários componentes: a consciência da DM, a

consciência dos sintomas da DM, a consciência das consequências sociais da DM e a consciência da necessidade de tratamento. Nesta linha de pensamento, Ramachandran et al (2016) referem que o grau de compreensão psicodinâmica e multidimensional do utente face ao comportamento desadaptativo é fundamental no processo de mudança e de procura de transições saudáveis. Na perspetiva reflexiva sobre a promoção do *insight* durante o processo de aprendizagem, saliento o trabalho realizado com a utente do estudo de caso elaborado no decurso do EC no serviço de internamento de psiquiatria. O facto de ser uma utente com o primeiro surto psicótico traduziu-se num desafio aos níveis da compreensão e da aceitação do estado de saúde. Comportamentos desadaptativos relacionados com a negação da sintomatologia psicótica, com tensão latente e ansiedade constantes ou com a manipulação do discurso durante as intervenções retrataram o início do processo de recuperação da utente. Gradualmente, através de estratégias psicoterapêuticas de reflexão guiada, de resolução de problemas e de modificação do comportamento, foram obtidos resultados positivos relativos ao *insight* da utente com franca melhoria na aceitação do estado de saúde e colaboração no processo de tratamento, promovendo mudanças positivas no seu estilo de vida (F4.2.4). No percurso trilhado com esta utente foi ainda possível compreender que o contínuo processo de aceitação da doença permitiu, numa fase de maior compensação, incluir momentos de permanência em espaços sociais, participação em intervenções de grupo e até momentos de socialização caracterizando alturas de libertação de tensões emocionais e vivência de experiências gratificantes (F4.2.5).

A promoção da reabilitação psicossocial de pessoas com DM, com o objetivo de atingir a máxima autonomia e funcionalidade (F4.3) é uma importante fase constituinte da recuperação e reintegração social. O desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial (F4.3.1), em especial nos utentes com DM prolongada, contribui para a aquisição ou reaprendizagem de competências que lhes permitam integrar-se na sociedade e serem autoeficazes na resposta às suas necessidades básicas diárias. É também neste sentido que o desenvolvimento de intervenções psicossociais estruturadas, tanto no âmbito individual como de grupo, com integração familiar, social e profissional (F.4.3.2) se torna uma mais-valia na capacitação do utente para o enfrentamento dos ambientes de onde provêm, com regressos efetivos aos locais de trabalho (F4.3.3), melhorando os indicadores de morbilidade e mortalidade (F4.3.4). O reconhecimento da importância destas intervenções foi substancialmente significativo durante a passagem pelo internamento de psiquiatria. As características físicas e ambientais do serviço, com funcionamento à “porta fechada” para contenção ambiental de estímulos incita o desenvolvimento de intervenções psicossociais que motivem os utentes a desenvolver ou manter atividades de vida diária que promovam a autoeficácia no regresso aos seus contextos. Apesar de ser um serviço baseado na contenção terapêutica desenvolvem-se intervenções especializadas no exterior do serviço,

com o intuito de dar resposta à necessidade de manter, treinar e adequar dinâmicas sociais. É notória a expetativa dos utentes face ao momento e o agrado na participação, criando ambientes favorecedores da melhoria do estado de saúde. Atividades de socialização, de utilização de espaços sociais comuns a outras pessoas, doentes e/ou profissionais, atividades de gestão de dinheiro e organização de tempo são algumas das intervenções onde pude colaborar com profissionais do serviço. Manifestamente tornaram-se momentos de aprendizagem para os utentes, mas também de reflexão pessoal para mim reconhecendo que não podemos descartar o treino de competências que vulgarmente assumimos como inatas, mas que em doentes com perturbação mental podem estar francamente comprometidas.

3. TREINAR COMPETÊNCIAS

3.1 PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2022), os enfermeiros são profissionais cujas práticas são baseadas em evidência científica. Os desafios atuais e as crescentes exigências de saúde da população requerem que os enfermeiros exerçam com bases sólidas de formação e diferenciação, com o incremento de um desenvolvimento profissional contínuo. O investimento na educação e formação dos enfermeiros procura melhorar os conhecimentos e as competências, aumentar a confiança nas decisões clínicas e tomadas de decisão, na liderança e no pensamento crítico, e concomitantemente aumentar a satisfação no trabalho.

A prática de enfermagem baseada em evidência é uma necessidade transversal a todas as áreas da enfermagem, devendo ser rigorosa, metódica e estruturada, promovendo práticas profissionais adequadas e seguras, otimizando os recursos disponíveis, com o envolvimento e participação de todos os intervenientes nos complexos processos terapêuticos (Pereira et al, 2012). Os profissionais de saúde, em particular, os enfermeiros são responsáveis pela promoção e prevenção, tratamento e reabilitação das condições de SM da população. Os enfermeiros EESMP centram a sua atenção nos cuidados às pessoas com a visão na melhoria do bem-estar psicológico, saúde emocional e bem-estar físico (OMS, 2021). Assente nestes pressupostos ao longo do processo de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foram pensados, planeados e implementados projetos com planos de cuidados com visão na eficácia, eficiência e efetividade da sua aplicação prática. O percurso de formação e aprendizagem para a obtenção do grau de mestre e especialista em Enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica teve por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho). O apoio nas teorias de enfermagem aliado à abordagem holística suportada na relação de ajuda, ditou a procura pelos cuidados de excelência, com o desenvolvimento de comportamentos adaptativos eficazes que promovam a qualidade de vida da pessoa ou grupo-alvo de intervenção.

Realça-se que todos os planos de cuidados tiveram o mesmo fio condutor com o uso sustentado do Modelo *Tidal* de Phil Barker. Complementarmente foram usados modelos e teorias de enfermagem adequados a cada contexto de aprendizagem, podendo ser constatados em cada trabalho apresentado nos próximos subcapítulos.

3.1.1 Intervenção Psicoeducativa

A psicoeducação é uma forma específica de educação destinada a pessoas com DM ou pessoas com interesse na DM, com o intuito de melhorar a compreensão sobre factos relacionados com a patologia mental, apreender estratégias para lidar com a doença e

possibilitar a gestão da mesma, nomeadamente através da prevenção de recaídas. Não é considerada uma forma exclusiva de tratamento, mas é parte integrante de um plano global de tratamento (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho).

De acordo com Lemes & Neto (2017), a psicoeducação permite desenvolver um plano de cuidados integrando mudanças comportamentais, sociais e emocionais. O(s) indivíduo(s) devem ser ensinados sobre conhecimentos baseados na procura de saúde, autoconsciencializando-se do seu estado de saúde, e deve ser incutida a importância de atingir e manter o máximo da sua autonomia.

Para facilitar a compreensão das intervenções especializadas implementadas, considera-se o ensino clínico de respostas diferenciadas, o EC I; o ensino clínico de respostas comunitárias, o EC II; e o ensino clínico de respostas em contexto de internamento, o EC III.

Com o projeto desenvolvido no EC I, intitulado "Positiva(mente), Pensar e Agir", foram desenvolvidas várias intervenções psicoeducativas dirigidas a duas utentes a realizar sessões de quimioterapia numa fase precoce do tratamento oncológico num hospital de dia de oncologia. Este projeto baseou-se no Programa de Promoção de Saúde Mental para Adultos – Manual Mentis *Plus*+ de Teresa Lluch. Apesar de ter sido delineado um conjunto de sessões idênticas para as duas utentes baseado neste programa, a necessidade de adequar as intervenções aos diagnósticos de enfermagem culminou em intervenções diferentes para as utentes. Na intervenção n.º1 (apêndice I) do projeto foi utilizada a metodologia psicoeducativa para dinamização dos conhecimentos sobre o conceito de SM+, dimensões da SM+ e da sua importância para uma transição saúde-doença eficaz. Para ambas as utentes foi usado o folheto informativo (apêndice II) elaborado sobre a temática da SM+, a fim de manter acessível a informação trabalhada durante a intervenção. Tendo em conta os diferentes diagnósticos de enfermagem formulados, foi equacionada e implementada uma segunda intervenção (apêndice III) sobre sintomatologia da ansiedade e sobre estratégias de adaptação em situações de ansiedade dirigida apenas a uma das utentes. Segundo a literatura, a população doente manifesta elevados sintomas de ansiedade comumente relacionados com o desconhecimento sobre a doença e a sua evolução. Importa assim, distinguir as situações normais das patológicas e instituir um tratamento composto não só por terapêutica medicamentosa, mas também por terapêutica não medicamentosa, como é o exemplo da psicoeducação e das técnicas comportamentais (Figueira et al*,* 2014). Na avaliação destas intervenções percebeu-se que a utente melhorou os conhecimentos sobre a ansiedade e permitiu a compreensão do fundamento das estratégicas psicoterapêuticas desenvolvidas posteriormente. Ainda neste EC I foram desenvolvidas intervenções psicoeducativas no decorrer da elaboração do estudo de caso (apêndice IV), subordinadas aos focos da autoimagem, autoestima e aceitação do estado de saúde. Segundo Babor & Higgins Biddle citados por Sequeira & Sampaio (2020), intervenções breves de natureza educativa podem

contribuir para a melhoria da compreensão da existência de um problema e motivar o comportamento de mudança. Os utentes com cancro atravessam várias alterações no decurso da aceitação do diagnóstico até à adesão ao tratamento, influenciando muito frequentemente a sua autoestima, autoimagem e bem-estar (Rohde et al citados por Oliveira et al, 2018). Destaco intervenções psicoeducativas com ensinar sobre autoimagem e autoestima, desenvolver o autoconceito, promover a satisfação pessoal, identificar redes de suporte familiar, incentivar a partilha de cuidados, promover a esperança, entre outras, como importantes marcos no desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz, com capacitação da utente para a aceitação do estado de saúde e para a adoção de comportamentos de procura de saúde.

Através do projeto "Emoções a Brincar" desenvolvido no EC II foi elaborado um compêndio de intervenções especializadas em ESMP com contributo para o desenvolvimento das competências emocionais e para a capacitação de indivíduos para a adequada gestão de comportamentos. Assente nos fundamentos do manual de Saúde Mental em Saúde Escolar (DGS, 2019) foi desenvolvido o projeto com uma turma do terceiro ano do ensino primário. As crianças devem ser agentes ativos no desenvolvimento do seu comportamento em saúde. Durante a infância, as mudanças, as crises e os comportamentos de adaptação são uma constante no dia-a-dia destes indivíduos. A esta realidade, nas últimas décadas, tem acrescido o desafio dos meios tecnológicos e da sua influência no desenvolvimento das competências emocionais, com interferência nas relações entre pares, nos valores, nas atitudes e nos comportamentos (DGS, 2019). Considerando que projetos no âmbito da SM na escola permitem identificar manifestações de mal-estar transitórias e ultrapassáveis, potenciando o espaço Escola como contexto privilegiado de educação e aprendizagem dá-se enfase à implementação do projeto "Emoções a Brincar". Das sete sessões que integraram o projeto, destaco as sessões n.º 2, 3, 4, 5 e 6 (apêndice V). A sessão n.º 2 tratou-se de uma sessão psicoeducativa sobre as emoções primárias e secundárias e sobre a importância da expressão de emoções. Para facilitar a compreensão da informação foi elaborado um material de suporte lúdico e interativo alusivo às emoções sob a forma de *quizz* (apêndice VI). A sessão n.º 3 correspondeu a uma técnica de reflexão guiada sobre a expressão de emoções após visualização de um vídeo de apoio intitulado "Todos nós já nascemos com emoções". A intervenção foi precedida por uma fase de *role-play* para relembrar conhecimentos abordados na sessão anterior e criar elos de ligação com a temática da identificação das manifestações corporais das emoções e das diferentes formas de expressar a mesma emoção. A sessão n.º 4 integrou uma etapa de psicoeducação alusiva à aceitação das emoções dos Outros, à compreensão da forma assertiva de expressar emoções e à promoção da tolerância e empatia pelas emoções dos Outros. Goleman (2006) afirma que é necessário tomar consciência das próprias emoções para depois desenvolver a capacidade de compreender as emoções dos

outros. Desta forma, a gestão equilibrada dos relacionamentos acontece por meio do equilíbrio em boa relação entre as emoções intrapessoais e interpessoais. A este tema acresce a importante temática desenvolvida na sessão n.º 5 sobre a regulação emocional e a identificação de comportamentos funcionais e disfuncionais de expressão de emoções. Para facilitar a compreensão desta temática, na sessão de psicoeducação foi utilizado o recurso didático apresentado no apêndice VII. Ensinar sobre regulação emocional é considerada uma estratégia formativa de crianças e jovens com vista a adoção de comportamentos adaptativos e de desenvolvimento socioemocional de crianças e jovens (Shipman et al*,* 2007). Ainda durante este projeto foi levada a cabo a sessão n.º 6 que incluiu a metodologia psicoeducativa sobre a distinção de tipos de comunicação, tanto verbal como não verbal, e tipos de comunicação assertiva, passiva, passiva-agressiva e agressiva. Nesta intervenção recorreu-se ao uso de uma apresentação *Powerpoint* para facilitar a aprendizagem (apêndice VIII). Ao longo do projeto foram realizadas reflexões sobre todas as sessões implementadas, sendo facilmente destacável que a participação nas atividades foi bastante significativa, sendo que o comportamento adequado da turma influenciou positivamente a aprendizagem sobre as temáticas abordadas. Tanto a linguagem como a interpretação simplificada dos assuntos abordados foram um importante marco neste desenvolvimento pessoal de competências. Foram frequentes as vezes que foi necessário repensar a terminologia utilizada e a metodologia selecionada para atingir os objetivos definidos. Satisfatoriamente compreendi que a relação de confiança criada com a turma permitiu uma aprendizagem segura sobre as emoções. Obviamente foram sendo trilhados momentos de maior instabilidade e maior insegurança aquando das manifestações de comportamentos menos motivados ou menos ajustados aos momentos de aprendizagem. Contudo, gradualmente foi sendo percecionado que o uso de estratégias de *brainstorming* e *role-play* no início de cada sessão permitia redirecionar para momentos de aprendizagem significativos com mudança de comportamento e postura dos intervenientes. Além disto, as manifestações de aceitação das emoções dos outros, tanto pelos comportamentos das crianças como pelos relatos da professora responsável pela turma, foram uma mais-valia para a consistência dos resultados do projeto.
A integração da equipa multidisciplinar do serviço de internamento de psiquiatria no EC III veio complementar as distintas aprendizagens dos anteriores ensinos clínicos. Neste contexto de prática clínica foi desenvolvido um projeto de Intervenção na Recuperação do Doente Mental Grave com base nos fundamentos apresentados no Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021). Neste projeto destaca-se a importante ressalva de que o conjunto de oito intervenções breves foi dirigido a um grupo-alvo em constante rotatividade, característico de um serviço de internamento de agudos. Acrescenta-se também a esta mudança de doentes, os diferentes diagnósticos e as distintas fases de evolução do estado de saúde. Por todas

estas características foi exigida, em todos os momentos de intervenção em grupo, uma análise e seleção dos utentes com ganhos em saúde com a participação na intervenção, reafirmando o importante acompanhamento e apoio realizado pela enfermeira orientadora. Através deste projeto foi enfatizada a importância de prestar cuidados de *empowerment* e *recovery*, com vista a reintegração dos utentes na sociedade. No âmbito da psicoeducação foram realizadas várias intervenções. Após a apresentação do grupo e definição de objetivos do projeto na primeira sessão, na sessão seguinte sobre o tema – Aceitação do Estado de Saúde (apêndice IX) – foi utilizada a estratégia formativa a fim de capacitar o grupo para a compreensão do estado de saúde individual através de momentos de autorreflexão, expressão de crenças, sentimentos e emoções, ensino sobre estratégias de *coping* eficazes, identificação de fatores facilitadores ou inibidores da aceitação do estado de saúde e na promoção da relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz. De acordo com Petronilho (2009), a aceitação do estado de saúde dependente de vários fatores, sendo o primeiro a disponibilidade mental para a reformulação e reconciliação com a nova condição de saúde. Também os fatores facilitadores ou inibidores, bem como os recursos externos da pessoa, são apontados como cruciais na adaptabilidade face ao estado de saúde. Aliada a estratégia psicoeducativa foi utilizada uma "corda de nós" que permitiu representar visualmente o objetivo da sessão. Os utentes à medida que foram compreendendo os assuntos que potenciam ou impedem a aceitação do estado de saúde foram removendo os "nós" até obterem uma "corda lisa". Interpretações como "a corda representa a vida"*sic*, "os nós são as dificuldades"*sic*, "desapertar os nós significa resolver problemas"*sic*, "alguns nós são mais difíceis tal com algumas situações da nossa vida"*sic* foram alguns dos relatos dos utentes que participaram na sessão e que manifestamente permitiram reflexões positivas sobre a atribuição de novos significados ao seu estado de saúde, contribuindo para a sua aceitação. A sessão n.º 3 (apêndice X) alusiva ao conhecimento relativo à doença foi estruturada através de uma metodologia assente em psicoeducação de capacitação dos utentes para a compreensão da DM, para a diminuição de preconceitos e ideias erróneas sobre a DM, para melhorar a capacidade de adaptação face à doença. Segundo Garcia et al (2017) baixos níveis de conhecimento associados a ideias estereotipadas estão frequentemente correlacionados com baixas taxas de procura de ajuda, baixa adesão ao regime terapêutico e exclusão social. Lemos e Neto (2017), referem que os utentes devem ser instruídos sobre conhecimentos assentes na procura de saúde, autoconsciencializando-se do seu estado de saúde e procurando atingir o máximo da sua autonomia.

Alicerçado no suprarreferido, o desenvolvimento desta intervenção reflete a importância da compreensão da doença para a obtenção de maiores ganhos em saúde através da promoção da consciente e refletida aceitação do estado de saúde. Dando continuidade à postura de procura do melhor estado de saúde, emerge a importância da adesão e gestão do regime

terapêutico do doente mental grave, abordada na sessão n.º 4 (apêndice XI). Depois da utilização da escala de *Morisky* – Adesão à terapêutica (anexo I) foi realizado um diagnóstico situacional e implementadas estratégicas psicoeducacionais com o propósito de capacitar os utentes para hábitos de vida saudáveis, promover a adesão ao regime terapêutico através de informação sobre os benefícios do cumprimento e malefícios da evicção, promover a responsabilidade e autonomia na gestão do regime terapêutico e consequentemente diminuir o risco de complicações devido ao abandono terapêutico. Oliveira (2015) afirma que a educação para a gestão do regime terapêutico é a base do cuidar da pessoa com doença crónica. Refere também que ensinar sobre regime terapêutico proporciona conhecimento e competências para uma transição saudável e impulsionadora de uma gestão eficaz. Por estarmos diante de uma das principais causas de descompensação do doente mental grave, é uma necessidade básica fomentar comportamentos de adesão. Notoriamente, é um tema que reflete muitas inseguranças e desconhecimentos dos utentes. Alguns porque estão a iniciar o tratamento para uma doença que desconheciam até agora e tem muitos receios em relação à mesma, e outros porque conhecem os caminhos trilhados em períodos de descompensação anteriores e necessitam de atribuir novos sentidos para os comportamentos de adesão. Realça-se que com esta intervenção foi não só possível integrar conhecimentos sobre o que é o regime terapêutico, como também fomentar a ideia de que a recuperação do doente mental vai além do tratamento medicamentoso, temido muito frequentemente pelos utentes. Para melhorar a acessibilidade à informação sobre esta temática foi elaborado um *flyer* informativo (apêndice XII) que foi distribuído aos utentes participantes na sessão e também aos outros utentes internados no serviço cujos diagnósticos de enfermagem se correlacionam com o abandono terapêutico.

Seguindo as recomendações do Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021), foi estruturada a 5.ª sessão (apêndice XIII) sobre a promoção do autocuidado e comportamentos de promoção de SM. A descrença no autocuidado é muito comum nos doentes do foro mental tendo fortes implicações na perceção da satisfação pessoal. Jardim & Pereira (2006) referem que trabalhar áreas como a mudança em relação a si próprio e desenvolver o autoconhecimento conhecendo limites, capacidades e necessidades permite desenvolver competências direcionadas para a procura do autocuidado. Neste prisma interventivo, o papel do enfermeiro EESMP pode orientar-se para múltiplos focos de atenção, nomeadamente a autoestima, o autoconceito, a autoconfiança e o autocuidado. Pelas características heterogéneas do grupo e pela constante mudança dos utentes participantes, a temática da intervenção foi direcionada para a problemática do autocuidado relacionado com a autoestima, facilitando assim a integração de novos elementos no grupo. Uma vez que foi constatado o desconhecimento dos diferentes conceitos, a sessão foi iniciada com a

introdução de noções de autoconceito, autoestima, imagem corporal, confiança, beleza, estereótipos, crenças e pressão social. A maioria dos utentes conseguiu expressar reflexões sobre a temática, como por exemplo "eu gosto de mim como sou"*sic*, "sempre tive problemas com a confiança em mim, sempre fui muito insegura"*sic* e "às vezes fazemos o que a sociedade nos pede"*sic*. Face às diferentes expressões, foram mobilizados conhecimentos sobre a necessidade de alcançar e/ou manter estratégias de enfrentamento de baixa autoestima e baixa autoconfiança e de incentivo à responsabilização sobre si mesmo e à confiança na tomada de decisão. A SM e o autocuidado estabelecem uma relação indissociável, sendo que a forma como o indivíduo cuida de si determina a qualidade em SM e consequentemente na sua qualidade de vida (Ferreira et al*,* 2022). Foi interessante percecionar a capacidade dos utentes verbalizarem sentimentos sobre um tema que frequentemente se restringe à esfera pessoal. Considero que as características do grupo, composto por utentes em semelhantes estados de aceitação da doença e com semelhantes necessidades de intervenção, tenham permitido enriquecer a expressão de sentimentos em grupo e consequentemente melhorar a perceção de cada utente sobre a generalização dos problemas, abalando a ideia de que o problema "é só meu" ou "só me afeta a mim".

De acordo com a OE (2021), a prevenção de recaídas no doente mental grave deve ter um lugar importante na prática clínica do enfermeiro EESMP. Por si só, as recaídas relacionam-se com causas multifatoriais, que incluem frequentemente dificuldades de acessibilidade aos cuidados, falta de redes de apoio desejáveis, abandono terapêutico e falta de conhecimento. A experiência de estados de ansiedade insidiosos em doentes mentais sem comportamentos de enfrentamento e autocontrolo é frequente em episódios de recaída. Assim, no decorrer do projeto de Intervenção na Recuperação do Doente Mental Grave, com a implementação da 6.ª intervenção (apêndice XIV) foi concretizada uma sessão de psicoeducação breve que pretendeu abordar a identificação de fatores desencadeantes de ansiedade, formas de prevenir a ansiedade e métodos de enfrentamento face a um comportamento ansioso instalado. Após esta ação formativa foi levada a cabo uma sessão de relaxamento que será abordada mais à frente neste trabalho como estratégia de enfrentamento. Tal com expectável, todos os utentes conseguiram identificar situações em que sentiram ansiedade e ao mesmo tempo dificuldade em lidar com a situação. Foi importante explicar-lhes que a ansiedade é uma emoção experienciada por todos as pessoas nas mais distintas situações e frequentemente conotada negativamente. Contudo, a ansiedade pode assumir várias formas, sendo a ansiedade não patológica um sinal de alarme protetor com resposta automática e imediata para a defesa do indivíduo (Rebelo e Carvalho, 2014). Já a ansiedade patológica traduz-se numa preocupação/apreensão exagerada que pode incluir manifestações de inquietação, fadiga, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (*American Psychiatric Association*, 2011). A maioria dos utentes

desconhecia a noção de ansiedade situacional pelo que atribuíam sempre um significativo negativo aos sintomas.

Os processos de *recovery* do doente mental exigem a fomentação de redes de suporte institucionais e sociofamiliares, distanciando-se da ideia obsoleta de que a responsabilidade da reintegração do utente na sociedade é exclusiva dos cuidados multidisciplinares prestados no contexto hospitalar (Ornelas et al*,* 2005). A necessidade premente de dar ênfase ao envolvimento familiar com o aumento da literacia em SM e a responsabilização para a participação ativa no processo de transição saúde-doença do doente mental motivou a preparação de uma intervenção psicoeducativa sobre a promoção do potencial máximo do utente (apêndice XV) dirigida a um familiar de um utente internado durante o horário da visita, como forma de preparar a alta e a reintegração do contexto sociofamiliar. Os principais objetivos foram a promoção da aquisição de conhecimento de doença mental e saúde mental, clarificar conceitos e métodos de trabalho relacionados com a recuperação e reintegração do utente na sociedade, promover o envolvimento familiar e assim estabelecer parcerias promotoras de saúde. Com a necessidade de preservar o acesso à informação e disponibilizar recursos resumidos e simplificados foi produzido um folheto informativo sobre a importância da família na recuperação do doente mental (apêndice XVI), que foi entregue ao familiar do utente. Ao longo deste percurso de aprendizagem, foi percecionada alguma descrença por parte dos familiares na colaboração ativa na recuperação e reinserção dos seus familiares nos contextos comunitários. Refletindo conjuntamente com a enfermeira orientadora sobre esta problemática, chegou-se a várias ilações face aos doentes internados no serviço. A evidência dos sucessivos internamentos de doentes com agudização da doença crónica condiciona o apoio dos familiares no processo de recuperação, manifestando-se frequentemente sob a forma de: desconfiança e incerteza em relação ao futuro; fadiga e cansaço em relação ao acompanhamento do processo terapêutico; receios em relação aos comportamentos na comunidade; e apreensões sobre o grau de dependência face a degradação do estado cognitivo e comportamental. Neste sentido, é perentório reconhecer o valor da capacitação dos familiares, particularmente aqueles que são os familiares de referência, para que desta forma seja possível aumentar os conhecimentos sobre o apoio psicossocial e familiar que os utentes necessitam para reintegrarem rotinas anteriores ao internamento e para obterem mutuamente maior perceção de satisfação com o estado de saúde e atingirem um maior bem-estar físico, mental e social.

Este projeto não findou sem abordar um dos pilares da psicoeducação que é a Literacia em SM, em que o tema dinamizado abordou a capacitação dos utentes sobre o estigma em relação à doença mental (apêndice XVII). O estigma relacionado com as perturbações mentais é um fenómeno complexo que afeta a própria pessoa, mas também a sua família e pode constituir uma barreira significativa na procura de serviços de saúde mental (Sickel et al*,*

2014). Os profissionais de saúde ainda direcionam a sua atenção maioritariamente para a recuperação da sintomatologia psiquiátrica do utente, em detrimento da capacitação da pessoa para a esperança no futuro (Bentall, 2016). Sabendo que o estigma social alimenta crenças discriminatórias e cria barreiras relacionais com as pessoas com DMG é crucial desenvolver uma abordagem educacional sobre a influência do estigma no processo de recuperação dos utentes, norteando para uma procura de estratégias de enfrentamento do estigma pessoal, familiar e social. Durante esta intervenção foi utilizada uma música de um artista português, com perturbação mental, que manifestamente reporta a sua condição psíquica nos trechos da música, refletindo sobre a importante capacidade de reconhecer e aceitar a doença e de desenvolver comportamentos adaptativos eficazes face à mesma. Durante a sessão, foi sentido o agrado dos utentes e foram obtidas reflexões interessantes sobre condições semelhantes à situação do artista como por exemplo "também sinto o que ele diz, mas ainda não fui capaz de virar a página"*sic*, "sinto que desiludo e envergonho os meus familiares sempre que estou internado"*sic*, "a sociedade acha que temos máscaras como ele diz e não consegue compreender o nosso sofrimento, por isso é que há estigma em relação a nós"*sic*. Pegando nestes relatos foi dada continuidade à intervenção com o desenvolvimento de uma metodologia psicoterapêutica referenciada no ponto 3.1.3.

3.1.2 Intervenção Psicossocial

Os profissionais da área da SM têm a responsabilidade de orientar a sua prática através de pressupostos assentes na melhoria da competência social e criação de sistemas de apoio social que perdurem no tempo. Desta forma, o uso de intervenções baseadas na promoção do potencial de funcionamento independente na comunidade capacita os utentes para a reintegração nos seus contextos comunitários.

De acordo com a OMS (2002), a reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos com perturbação mental a oportunidade de atingir o seu potencial de funcionamento autónomo na comunidade onde se insere. Para isso, é necessário incrementar competências individuais e mudanças ambientais através da emancipação do utente, diminuição do estigma, melhoria das competências sociais e otimização dos sistemas de apoio social disponíveis.

Segundo Lucas & Madeira (2012), as intervenções psicossociais podem dividir-se em programas de atividades de vida diária, programas residenciais na comunidade, programas dirigidos ao lazer e tempo livre e programas orientados para o emprego. Intervir no funcionamento psicossocial do doente mental facilita mudanças de estilos de vida inerentes ao desenvolvimento de comportamentos desejáveis para a convivência num ambiente comunitário saudável (Michie et al, 2013). Neste tipo de intervenção são determinantes essenciais a pessoa, o contexto e o enfermeiro.

No âmbito do EC III, durante o processo de desenvolvimento de competências específicas foi possível integrar e participar em atividades dinamizadas no serviço de internamento, nomeadamente nas intervenções psicossociais como as saídas ao exterior ou integração dos utentes internados em atividades desenvolvidas no hospital de dia. A necessidade de manter a funcionalidade dos utentes, embora em ambiente controlado, permite através destas atividades promover competências de socialização e interação social, bem como gestão de tempo e dinheiro e aproximação à realidade da integração nos seus contextos. Importa relembrar que o serviço de internamento onde se decorreu o EC desenvolve todas as intervenções na base da contenção ambiental, onde o controlo dos estímulos externos e internos norteia a estabilização dos doentes internados. Este modelo de atuação assenta na Orientação n.º 021/2011 da Direção Geral da Saúde (2011) – Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança e da sua envolvente. Contudo, a relevância da liberdade, da autodeterminação e da dignidade dos utentes relacionada com a necessidade de manter a funcionalidade, o autocontrolo e independência justifica a importância da realização de atividades fora deste ambiente cuidadosamente restrito. Exemplo disso foram as "idas ao bar", num ambiente semicontrolado com interação com outras pessoas, completamente isentas de ligação ao serviço, com quem os utentes têm de interagir e adequar a comunicação e o comportamento para obtenção das suas intenções, quer fosse apenas uma conversa ou a compra de bens. A gestão do dinheiro é também um importante marco nesta intervenção, sendo frequentemente percebida a tentativa da manipulação por parte dos utentes para os gastos descontrolados em bens não essenciais. O papel interventivo do enfermeiro EESMP é notório neste âmbito, constituindo um elemento fulcral na mudança e ajustamento do comportamento, com intervenções dirigidas individualmente para obtenção de maiores ganhos em saúde, através da promoção do *insight* sobre a necessidade de adequar os comportamentos para uma melhor gestão financeira fora do contexto do internamento. Foi evidente que muitos utentes apresentam dificuldades nesta gestão, particularmente doentes com DMG, cuja cronicidade está interligada com algum grau de decadência cognitiva. Nestas situações verificou-se falta de treino de competências, ausência ou desconhecimento de controlo financeiro por não ser uma tarefa habitual, impulsividade relacionada com gastos desmesurados e até incapacidade total para o controlo. Numa perspetiva reflexiva sobre esta intervenção psicossocial perceciona-se o franco agrado e boa adesão às atividades possibilitando-se ambientes favorecedores da melhoria do estado de saúde.

Ainda referente a intervenções psicossociais, foi possível observar e refletir sobre a participação de alguns utentes com internamentos de longa duração em atividades desenvolvidas pela equipa multidisciplinar do Hospital de Dia de Psiquiatria. De acordo com os autores Trovão et al (2020), a intervenção em Hospital de Dia tem um impacto significativo

na resposta à patologia aguda com resultados eficazes na compensação sintomática. O efeito terapêutico das intervenções em Hospital de Dia reflete-se na otimização da relação interpessoal dos utentes, com melhoria da sua funcionalidade e com impacto no seu bem-estar. A perceção dos utentes internados que integram as atividades desenvolvidas no Hospital de Dia refletem um forte ensinamento sobre a importância de se relacionar com outras pessoas com doença mental estabilizada, que inseridos numa rede de apoio firme permanecem pelo maior período temporal possível inseridos na sociedade. São estimuladas as projeções no futuro com ideias sobre a possibilidade de integrarem os cuidados em ambulatório, contribuindo para uma atitude motivada e empenhada no usufruto destas oportunidades pelos utentes em causa.

3.1.3 Intervenção Psicoterapêutica e Socioterapêutica

A intervenção psicoterapêutica em Enfermagem é um conceito abrangente que se define através dos seus intervenientes e do seu objetivo. Sampaio et al (2016) definem intervenção psicoterapêutica por

> "*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".*

A aplicação intencional e informada de técnicas psicoterapêuticas deve fundamentar-se em princípios específicos, nomeadamente ser uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; realizada por um enfermeiro EESMP; baseada em fundamentos científicos; resultar da formulação de um diagnóstico de enfermagem no âmbito da SM; o utente deve ter um papel ativo, com consciência de si; deve ter por base a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente; e o objetivo deve ser a mudança ou a redução do estado percecionado como negativo pelo utente definindo-se metas mútuas entre o enfermeiro e o utente (Sampaio et al, 2014).

No processo psicoterapêutico, a relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente é fundamental para a eficácia das intervenções. Também a empatia é essencial, sendo imprescindível que o enfermeiro não passe necessariamente por vivenciar a experiência do utente, mas antes por compreendê-la e fazer o uso construtivo dessa compreensão. Devem ser tidas em consideração as resistências à intervenção, nomeadamente as transferências e contratransferências (OE, 2023).

As intervenções psicoterapêuticas podem ser desenvolvidas individualmente ou em grupo, sendo que a primeira é uma dinâmica de "um para um" e a segunda é uma "aprendizagem social" (OE, 2023). Em complementaridade, importa perceber também a definição de intervenções socioterapêuticas. De acordo com o Regulamento n.º 356/2015, a socioterapia corresponde "à melhor compreensão dos problemas de interação vivida pelo grupo, possibilita

a cada elemento desenvolver novas respostas para problemas de vida identificados, ou novos problemas que possam emergir". Deste modo, entende-se que a relação interpessoal deve ser desenvolvida entre o enfermeiro e o grupo, sendo o foco da intervenção a interação entre os elementos que compõem o grupo.

Ao longo da prática clínica foram experienciadas formas distintas de intervenção psicoterapêutica e socioterapêutica, que permitiu não só compreender a estruturação sistemática das intervenções como perceber os ganhos em saúde com as intervenções com a construção de programas de participação ativa.

Para manter a facilidade de compreensão das intervenções especializadas realizadas, recorre-se à mesma nomenclatura dos EC utilizada anteriormente, considerando-se o ensino clínico de respostas diferenciadas, o EC I; o ensino clínico de respostas comunitários, o EC II; e o ensino clínico de respostas em contexto de internamento, o EC III.

Resgatando reflexões sobre o EC I, com a implementação do projeto "Positiva(mente), Pensar e Agir" foram planeadas e implementadas intervenções psicoterapêuticas exclusivamente individuais dadas as características da população-alvo e o *setting* de intervenção. Na aplicação do projeto de intervenção à utente M.G. (apêndice III) foi realizada uma intervenção psicoterapêutica de restruturação cognitiva face ao diagnóstico de aceitação do estado de saúde comprometido. Segundo Sequeira & Sampaio (2020), o uso da técnica de restruturação cognitiva permite alterar comportamentos disfuncionais através da modificação dos pensamentos que precedem a ação. São frequentemente utilizados esquemas cognitivos que permitem operacionalizar ideias. Butcher et al (2018) referem que o desafio da restruturação cognitiva é alterar padrões de pensamento distorcidos e encarar o *self* e o ambiente de uma forma mais realista. Assim, na segunda sessão do projeto (apêndice I), assente no domínio da Satisfação Emocional do Programa de SM+ para Adultos da autoria de Sónia Teixeira, Carlos Sequeira & Teresa Lluch (2020), recorrendo à técnica supracitada, a utente foi incentivada a elaborar um "Bloco de Reflexões" (apêndice XVIII) que consistia em escrever palavras ou frases que considerasse serem geradoras de preocupação ou desconforto emocional e simultaneamente atribuísse uma ou mais soluções para os problemas identificados. Através deste registo de pensamentos houve uma consciencialização da utente para o seu estado de saúde, com melhoria no estado de aceitação do mesmo. Com esta intervenção considerou-se importante preparar a utente para a imprevisibilidade do futuro e para a possibilidade de experienciar situações geradoras de *stress,* tristeza e angústia relacionadas com o tratamento de quimioterapia, mas ao mesmo tempo promover o uso de ferramentas pessoais para enfrentar essas mesmas dificuldades. Assim, foi possível também diminuir a irracionalidade de algumas crenças da utente e realizar a afirmação de formas alternativas de encarar situações negativas.

Também no mesmo projeto foi usada a metodologia da entrevista motivacional com a utente C.F. (apêndice III). O uso desta metodologia interventiva assume um importante papel no processo de mudança de comportamento mobilizando conceitos de escuta ativa, empatia, habilidade comunicativa e motivação intrínseca para a mudança. Nesta dinâmica cabe ao enfermeiro criar contextos que permitam ao utente entender a importância da adoção de comportamentos saudáveis, bem como benefícios que possam advir desse processo de mudança (Sequeira, 2016). De acordo com o modelo de abordagem motivacional de Prochaska, DiClemente & Norcross citado por Sequeira & Sampaio (2020), os estadios de mudança podem ocorrem nas seguintes fases: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída. No que concerne à aprendizagem decorrida com esta intervenção, compreendeu-se que a identificação da fase de mudança é essencial para a continuidade da intervenção. Neste caso específico, a utente apesar de estar numa fase muito precoce do tratamento, com muitas inseguranças e incertezas em relação ao tratamento e consequentemente com impacto na satisfação pessoal fortemente relacionada com a autoimagem, fez notar a intenção de mudança (fase de ação) face à clara identificação autónoma de fatores disfuncionais, necessitando de apoio na análise das situações de risco. Afirmações como "os meus filhos perceberam a minha doença (...) consigo continuar a cuidar deles e agora também de mim" *sic* permitiram redirecionar o comportamento da utente em relação a si mesma, nomeadamente no que diz respeito ao autocuidado. A sessão foi terminada com um *brainstorming* (apêndice XIX) através do qual se compreende o esforço na mudança de pensamento em relação à doença, que consequentemente se manifestou através de uma atitude mais positiva e de uma postura mais serena constatada nos dias de tratamento.

É interessante salientar que este mesmo projeto foi aplicado a uma segunda utente a frequentar o hospital de dia M.G. (apêndice III), em idêntico estadio de tratamento, com diagnósticos de enfermagem diferentes. Atendendo ao diagnóstico de ansiedade, após a aplicação da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (anexo II) durante a sessão n.º 2 foi obtido um *score* compatível com reação patológica ligeira, que motivou o planeamento da sessão n.º 3 com a inclusão da técnica psicoterapêutica de relaxamento muscular através da respiração abdominal. Foram trabalhadas áreas como a identificação de sintomas de ansiedade, promoção da autonomia na identificação de situações de risco, treino do relaxamento muscular e incentivo à prática periódica da técnica. Por se tratar de uma utente com algumas dificuldades na compreensão, concentração e memória foram elaborados alguns materiais de apoio, nomeadamente o cartão de identificação de sintomas de ansiedade (apêndice XX) e o guião da técnica de relaxamento muscular (apêndice XXI).

Numa perspetiva reflexiva sobre as intervenções psicoterapêuticas treinadas no EC I considero que, por se tratar da primeira abordagem especializada na prática clínica, o

direcionamento para a obtenção de resultados dada a curta duração do ensino clínico constituiu algumas dificuldades, que com o planeamento, a operacionalização e a discussão conjunta permitiu desenvolver uma postura tranquila e mais capaz no que diz respeito à mobilização enquanto instrumento terapêutico, com consciência de mim e do outro. O facto de ambas as utentes que integraram o projeto terem manifestado agrado na participação e reconhecimento da sua importância no processo de transição saúde-doença permitiu fortalecer o espírito de aprofundamento de conhecimentos e práticas sempre direcionadas às necessidades dos utentes.

Relativamente ao EC II, com a implementação do projeto "Emoções a Brincar" foram delineadas várias sessões cujas intervenções psicoterapêuticas e socio terapêuticas que permitiram complementar as estratégias psicoeducativas já descritas anteriormente. Durante o projeto, todas as intervenções se caracterizaram por intervenções em grupo, usando as características dos elementos como catalisadores para o desenvolvimento de habilidades. Por ter sido um projeto desenvolvido numa turma do ensino primário, todos os alunos foram incluídos nas sessões (24 alunos). Caracterizou-se por um grupo de intervenção fechado e numeroso. Por ter uma composição extensa, houve especial cuidado na garantia da confidencialidade, do respeito pela intimidade e individualidade de cada interveniente. Por outro lado, foram sentidas algumas dificuldades na garantia da oportunidade de participação ativa de cada elemento do grupo, contudo naturalmente foram criadas relações terapêuticas com impacto na interação social entre alunos e terapeuta possibilitando a aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com a promoção da saúde mental e prevenção da doença. Destaca-se ainda a importante definição de limites na intervenção, a responsabilização de cada elemento pelo comportamento e comunicação e a natureza das relações estabelecidas com incremento de coesão no grupo.

A maioria das intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas no projeto "Emoções a Brincar" é intrínseca à técnica psicoterapêutica de mediação artístico-expressiva. Segundo a OE (2023), esta técnica implica o uso intencional de mediadores artístico-expressivos com finalidade terapêutica, sendo exemplo disso a expressão escrita, a expressão plástica, a expressão corporal, a expressão vocal ou musical e a expressão dramática. Através desta forma de intervenção perceciona-se a facilitação da comunicação, a expressão do *self*, das emoções, dos comportamentos e relações interpessoais. Criam-se espaços integrativos do mundo interno e externo, fomentando o pensamento crítico e o autoconhecimento.

Exemplos da técnica de mediação artístico-expressiva podem ser analisados com a consulta do apêndice V. Aproveitada a criatividade da população alvo foram utilizadas várias formas de expressão pela arte, que sumariamente se distinguem nas seguintes atividades:

- "Roleta das Emoções", com o treino de competências de simbolização e compreensão de experiências emocionais através da expressão mímica;

- “Mapa das Emoções”, com promoção da autoeficácia na identificação de emoções agradáveis e desagradáveis;
- “Porta-chaves das Emoções” com melhoria da autoeficácia na mobilização de conhecimentos para a identificação de características da personalidade de pessoas significativas;
- “Espelho das Emoções” com representação corporal de emoções com o intuito de treinar diferentes formas de expressão da mesma emoção.

Com a aprendizagem decorrida pela arte, foi manifestamente percecionado o interesse da globalidade dos alunos pelas atividades desenvolvidas com um padrão contínuo de participação ativa nas sessões, motivação para a aquisição de novos conhecimentos/competências e forte interação social entre os participantes que culminou na promoção de fatores protetores da SM.

Ainda neste projeto, foi possível intervir através da metodologia de imaginação guiada com a operacionalização da técnica de relaxamento com recurso ao áudio “Corpo a dormir”. Foi fomentado o uso intencional de imagens mentais em consonância com estímulos sensoriais, aliados à capacidade imaginativa para alcançar o efeito terapêutico do relaxamento (Coelho & Sousa, 2020).

No que concerne às habilidades sociais, evidencia-se a importância de integrar no *setting* terapêutico várias formas de comunicação e interação social, estimulado a comunicação assertiva como fator protetor do desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais. O ajustamento do comportamento dos participantes foi notório ao longo do projeto com melhoria significativa da postura e atitude face à tolerância em relação ao Outro.

Referenciado o EC III, com o projeto de “Intervenção na Recuperação do Doente Mental Grave” foram desenvolvidas várias intervenções psicoterapêuticas e socio terapêuticas. O facto da maior parte das intervenções ser realizada em grupos semiabertos leva à incumbência de iniciar as sessões com a promoção da interação social transmitindo confiança e empatia ao grupo. Aspetos relacionados com o desenvolvimento de relações interpessoais e competências socioemocionais devem ter sidos em conta pelo enfermeiro EESMP a fim de promover relações satisfatórias, com perceção de maior bem-estar (Loureiro, 2011).

De entre as técnicas implementadas neste contexto de prática clínica realçam-se as intervenções baseadas na metodologia de reestruturação cognitiva através do incitamento à mudança dos esquemas cognitivos altamente potenciadores de desequilíbrio mental, através da exploração dos pensamentos e das crenças mal adaptativas. Esta técnica procede uma fase inicial de suporte psicoeducacional para a obtenção de maiores ganhos em saúde. Como primeiro exemplo, destaca-se a sessão 2 (apêndice IX) com a “corda de nós”, através da qual se assistiu os utentes na aquisição de estratégias de *coping* eficaz face à sua própria doença. O segundo exemplo foi a sessão 3 (apêndice X), com as “Caixas de Mitos e Verdades” através

das quais foi realizada reflexão guiada com tomada de consciência sobre o impacto do desconhecimento sobre a DM como fator propulsor de estigmatização dos indivíduos com patologia mental. Através desta intervenção psicoterapêutica de restruturação cognitiva foi possível identificar interpretações erróneas, substituindo-as por interpretações concretas da realidade e evitando que o grupo atue com base em distorções cognitivas com a generalização, a personalização, a catastrofização, a predição do futuro, a rotulagem, entre outros (OE, 2023). Ainda na esfera da reestruturação cognitiva pode destacar-se a sessão 7 (apêndice XVII) com uma abordagem de modificação do comportamento face ao estigma centrada no reconhecimento da transversalidade da DM na sociedade. Nesta intervenção os utentes foram auxiliados na compreensão da medida em que o seu pensamento afeta o seu comportamento. A diminuição do auto-estigma, concretamente crenças negativas relativas à própria condição de saúde, foi um dos principais objetivos do processo de mudança de comportamento expectável para o grupo. Assim, através de uma estratégia de reflexão guiada, os utentes foram incentivados/capacitados para a adoção de comportamentos favorecedores da SM individual e de grupo. Também neste contexto de EC, tendo em conta a clara identificação de sintomatologia ansiosa no grupo terapêutico, foi desenvolvida uma intervenção psicoterapêutica de enfrentamento da ansiedade através do treino da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson (apêndice XIV). Rebelo & Carvalho (2014) consideram o uso de técnicas de relaxamento como formas simples e eficazes no tratamento de perturbações mentais exigindo mútua disponibilidade pessoal do(s) utente(s) e do terapeuta. No que diz respeito ao relaxamento progressivo de Jacobson, Rispail (2003) reconhece que a técnica de contração e descontração de vários músculos permite ao indivíduo reconhecer as suas próprias tensões, conseguindo reduzi-las e consequentemente potenciar o controlo das suas próprias emoções. Sendo uma técnica dinâmica e causadora de bem-estar, comparando a avaliação inicial da perceção individual dos níveis de ansiedade com a avaliação final foi referido por todos os utentes o impacto imediato no bem-estar com expetativa na melhoria do sono, dado que a sessão foi realizada antes do momento de deitar. Em suma, tendo em conta a pluralidade das intervenções psicoterapêuticas e socio terapêuticas implementadas ao longo dos três contextos de prática clínica cabe afirmar que o foco na resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados individualmente ou em grupo permitiu desenvolver técnicas estruturadas e fundamentadas em literatura científica tão importantes para o enriquecimento profissional e pessoal.

3.2 ESTUDOS DE CASO

O enfermeiro EESMP desenvolve, coordena e implementa projetos de promoção e proteção da saúde, assistindo a pessoa, família, grupo e comunidade ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 515/2018).

No percurso consistente de aprendizagem recorre-se com muita frequência ao uso da metodologia de estudo de caso como auxiliador da investigação pormenorizada de uma situação, desencadeando mecanismos de compreensão profunda e multifacetada de uma questão complexa inserida no seu contexto real (Stake citado por Ribeiro, Souza & Costa, 2016). De acordo com a mesma referência, o estudo de caso permite olhar com detalhe para a interação com os contextos e assim explicar relações causais.

A metodologia de estudo de caso enquadra-se na abordagem holística que procura humanizar e conhecer vivências dos que necessitam de cuidados e concomitantemente de quem presta cuidados de saúde. Ribeiro, Souza & Costa (2016), referem-se a este método afirmando que

> *"conhecer as significações dos fenómenos do processo saúde-doença pode contribuir de sobremaneira para melhorar a qualidade da relação entre consumidores e fornecedores de serviços de saúde; fomentar maior adesão em ações de saúde implementadas individual e coletivamente; e, entender mais profundamente emoções e comportamentos dos doentes, famílias e profissionais de saúde. Indubitavelmente, a saúde é das pessoas, para as pessoas e pelas pessoas, pelo que, uma auscultação profunda da "subjetividade" permite um maior conhecimento e, consequentemente, respostas ajustadas às pessoas, usuários e profissionais de saúde" (p. 2324).*

De acordo com a complexidade dos desafios com que se debatem os profissionais de saúde, pela necessidade de adequação constante dos cuidados às novas realidades, esta estratégia metodológica possibilita o desenvolvimento de intervenções, procedimentos e políticas de saúde mais adequadas aos contextos de vida real.

A necessidade de recolha de dados, avaliação diagnóstica situacional, individual ou grupal, exprime a importância de avaliar o estado mental dos utentes continuamente, que aliado à utilização de referenciais teóricos adequados à problemática da DM enriquece o processo terapêutico.

No decorrer deste percurso de aprendizagem foram realizados três estudos de caso, correspondendo cada um deles a um EC. Transversalmente, para um aprofundamento sólido dos conhecimentos, foram planeados e implementados cuidados com base no referencial teórico de Phil Barker, o *Tidal Model*. Este modelo foi desenvolvido primordialmente para o cuidado em SM, podendo ser aplicado como modelo interdisciplinar do cuidado, abrangendo outras áreas do cuidar (Teixeira et al citados por Lima et al, 2022). O *Tidal Model* sugere que o enfermeiro assuma o papel de auxiliar o utente, permitindo que a pessoa consiga promover mudanças na sua própria vida. Utilizando a metáfora da "maré", a vida é composta por processos contínuos de mudança, com períodos de tranquilidade, calma e estabilidade e por períodos de "tempestade", turbulência" e instabilidade, possíveis de ver representados no mar. Acrescenta-se que o enfoque dos cuidados está centrado na compreensão da pessoa no momento de crise, evitando focar-se apenas nos sintomas. São reconhecidos os recursos e as capacidades da pessoa para a resolução de problemas, sendo neste pressuposto que se deve basear a intervenção do enfermeiro (Barker, 2001).

Apesar da complexa pluralidade de realidades dos diferentes contextos de ensino clínico, a elaboração dos três estudos de caso foi conduzida pelos fundamentos anteriormente descritos permitindo, através de uma avaliação integrada do utente, planear cuidados de acordo com as etapas do processo e enfermagem.

3.2.1 Estudo de Caso no contexto de Respostas Diferenciadas

Durante o EC I, decorrido no Hospital de Dia de Oncologia foi realizado um estudo de caso (apêndice XXII) abrangido pelo projeto "Positiva(mente), Pensar e Agir" com integração de uma metodologia pré-existente no serviço com programa de TeleSaúde. Para tal foi selecionada uma utente numa fase inicial do tratamento de quimioterapia por neoplasia da mama, que de forma livre, voluntária e esclarecida (apêndice XXIII), com garantia da confidencialidade dos dados, aceitou colaborar neste trabalho. Partindo de uma entrevista semiestruturada com base no *Tidal Model (*apêndice XXIV) foi desenvolvido um trabalho de recolha e tratamento de dados que sustentaram todo um planeamento sistematizado de cuidados especializados em enfermagem de SM.

Ao encontro dos diagnósticos de aceitação do estado de saúde comprometida, autoimagem negativa e baixa autoestima situacional foi esboçado um plano de cuidados assente na CIPE, utilizando uma linguagem padronizada que consolida a comunicação entre os enfermeiros e pode ser representada nos sistemas de informação em saúde. Sá, Dias & Norelho (2020) referem que a documentação e o registo dos cuidados têm sido uma preocupação dos enfermeiros visando garantir a continuidade e otimização dos cuidados prestados, dar visibilidade às suas funções, possibilitar a investigação dos cuidados ao longo do ciclo vital e permitir a avaliação das intervenções implementadas. A utilização de linguagem classificada permite ainda que vários contextos de prestação de cuidados utilizem as mesmas ferramentas, uniformizando a compreensão da linguagem utilizada. Os planos de cuidados baseiam-se na definição dos sete eixos: foco, juízo, cliente, ação, meios, localização e tempo. A elaboração de diagnósticos contempla o eixo do foco e do juízo e os enunciados das intervenções devem ser compostos pela ação, podendo acrescer todos os outros eixos à exceção do juízo. Nesta taxonomia são ainda previstos os resultados. No caso específico deste plano de cuidados foi utilizada em parte a NOC.

Salientando as intervenções especializadas, sem detrimento de todas as intervenções generalistas realizadas, foi possível através da metodologia de intervenção breve realizar sessões curtas e de baixa intensidade como forma de promoção da perceção da pessoa para a existência de um problema e motivar para a mudança de comportamento com recurso a sugestões e análises de estratégias. A maioria das intervenções breves tem uma base educativa e motivacional (Babor & Higgins-Biddle citados por Sequeira & Sampaio, 2020). A seleção da metodologia interventiva *FRAMES* (*Feedback, Responsability, Advice, Menu of*

Options, Empathy, Sel-efficacy) possibilitou incentivar a utente a realizar o autoexame do comportamento, realçando a necessidade de resiliência para a alteração do mesmo quando identifica uma atitude dificultadora da aceitação do estado de saúde. Tendo em conta a dificuldade na aceitação do estado de saúde, que se relacionada especificamente com o receio de perder capacidade de cuidar dos filhos deficientes (dependentes de si), foi incentivada a partilhar tarefas e rotinas, permitindo o envolvimento de fontes e redes de suporte familiar, que se sabe serem bastante coesas. Com a análise dos resultados percebeu-se que a utente melhorou o *insight* sobre a necessidade alterar rotinas, procurando comportamentos de procura de saúde, demonstrando preocupações consigo própria, nomeadamente face aos possíveis efeitos secundários do tratamento na autoimagem e na autoestima, divergindo do foco exclusivo dos cuidados a prestar aos filhos.

Sabe-se que os utentes com cancro atravessam várias alterações quanto à autoestima, vivenciando alterações significativas na autoimagem e no bem-estar (Rohde et al citados por Oliveira et al*,* 2018). De acordo com os focos da autoestima e da autoimagem, recorrendo-se à estratégia psicoeducativa sobre conceitos fulcrais como autoimagem, a autoestima e autoconceito, procurou-se desmistificar-se o ideal de "pessoa perfeita" refutando algumas ideias preconcebidas da utente e contribuir consequentemente para uma melhoria no seu bem-estar e na satisfação pessoal.

O uso de instrumentos de avaliação relacionados com estes focos de enfermagem foi tido em conta no plano de cuidados dado que, várias vezes, foram verbalizados constrangimentos relacionados com a queda de cabelo e com as mudanças corporais cujo impacto é significativo para a utente. Precedendo a intervenção psicoterapêutica no domínio da restruturação cognitiva, foram aplicados os instrumentos de avaliação Escala de Avaliação da Autoestima de Rosenberg (anexo III) e Escala de Avaliação da Imagem Corporal (Anexo IV), confirmando a existência de Baixa autoestima e Imagem Corporal comprometida, com consequente interferência na Autoimagem comprometida. Como resposta às necessidades identificadas nesta avaliação, foi implementada uma dinâmica de intervenção de autoafirmação, em que a utente tinha de descrever quatro aspetos positivos e fortalecedores relacionados com a autoestima e a autoimagem, sendo que a mesma demonstrou dificuldades na iniciação da descrição de aspetos positivos porque se centrava apenas nos aspetos relacionados com a beleza física. Houve necessidade de exemplificar situações positivas "não físicas" que a utente compreendeu e replicou.

No fim deste trabalho, foi possível refletir e compreender a importância da integração de enfermeiros EESMP em serviços da área da oncologia, com intervenções específicas no domínio da SM, a fim de detetarem precocemente necessidades que frequentemente são menosprezadas em prol de diagnósticos relativos à condição orgânica dos utentes a realizarem tratamentos do foro oncológico.

Não poderia deixar de refletir sobre a aprendizagem pessoal neste contexto, com reconhecimento da existência de ideias preconcebidas sobre a pessoa com cancro. Contrariando a ideia de que os doentes oncológicos são indivíduos sem esperança, angustiados, indisponíveis para intervenções paralelas ao tratamento químico foi possível percecionar o oposto, enriquecendo a construção de um Eu Pessoal e Eu Profissional mais ciente da abrangência e do impacto da intervenção do enfermeiro EESMP nos diferentes contextos.

3.2.2 Estudo de Caso no contexto de Respostas Comunitárias

No contexto comunitário experienciado no EC II, integrado nas competências a desenvolver durante a prática clínica especializada, foi elaborado um estudo de caso (apêndice XXV), cuja seleção da utente recaiu sobre uma pessoa em situação de prestadora de cuidados de familiar totalmente dependente (marido), encaminhada para a consulta de Saúde Mental por incapacidade de gestão do papel de prestadora de cuidados. Por ser uma utente com seguimento prévio na UCC, foi necessário dinamizar intervenções de recolha de dados já fornecidos em consultas anteriores sem perturbar a relação terapêutica estabelecida com a enfermeira orientadora, prevenindo impasses terapêuticos ou retrocessos nos resultados já obtidos. Aplicando os fundamentos do modelo de Phil Barker, foram colhidos e analisados todos dados recaindo a atuação especializada em SM nos seguintes diagnósticos de enfermagem: ansiedade presente, *stress* do prestador de cuidados em grau elevado e *coping* ineficaz.

Palmilhando o processo de desenvolvimento deste estudo de caso, todos os diagnósticos foram trabalhados ao longo das quatro consultas realizadas. Numa perspetiva temporal, relativamente ao foco da ansiedade, foi aplicado o instrumento de avaliação Escala de Hamilton (anexo II), com a obtenção de um *score* compatível com ansiedade moderada (21 pontos). Foram usadas intervenções como a escuta ativa, o assistir a utente a identificar fatores desencadeadores de ansiedade, assistir na análise dos recursos para alcançar objetivos e encorajamento do autocontrolo da ansiedade. Ao longo do processo terapêutico foi notória a melhoria na definição de limites relativos aos fatores que frequentemente influenciavam os seus níveis de ansiedade, nomeadamente os conflitos com o filho e outros familiares que por não compreenderem as limitações do marido da utente, o expunham algumas vezes a situações constrangedoras e de risco, que posteriormente tinham de ser contornadas pela utente, provocando desgaste e fadiga. A expressão de sentimentos e emoções aliada ao treino da expressão de opiniões juntos de pessoas significativas foi um dos focos de atenção para dar resposta às situações descritas anteriormente. Apesar do percurso positivo, não foi possível no espaço temporal alterar o *status* do diagnóstico.

No que concerne ao foco da sobrecarga do cuidador, após a aplicação da Escala de Zarit (anexo V), obteve-se um *score* de 58 pontos correspondente a elevada sobrecarga do cuidador. Pela anterior vivência negativa relacionada com o internamento do marido na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para Descanso do Cuidador, esta estratégia de alívio da sobrecarga não foi um caminho a tomar. Com recurso à psicoeducação sobre o papel do prestador de cuidados através do incentivo à construção de relações dinâmicas de suporte que permitam tempo para o autocuidado, foi desenvolvido um trabalho de pesquisa e divulgação de associações de cuidadores, que permitisse facilitar o acesso a informações relacionadas com outros cuidadores, interesse esse que foi várias vezes verbalizado pela utente, "gostava de falar com outros cuidadores (...) perceber como lidam com a situação de cuidar de alguém que nos é querido (...) saber como enfrentam as dificuldades e até as críticas (...) perceber como poderia mudar alguma coisa com o exemplo de outras pessoas que conhecem esta realidade" *sic*. Para dar resposta a esta necessidade, foi criando um bloco informativo de associações (apêndice XXVI) e um folheto informativo "Cuidar de Quem Cuida – o Papel do Cuidador" (apêndice XXVII). Neste último material constam sinais e sintomas de exaustão do cuidador, benefícios de ser cuidador, estratégias adaptativas e de regulação emocional, bem como referência a associações de cuidadores. Procurando respostas adequadas à diminuição do *stress* do cuidador foi planeada uma intervenção psicoterapêutica de Reminiscência, que apesar de ter vindo ao encontro de uma vontade expressa pela utente, acabou por não se concretizar dado não estarem reunidas as condições mentais na utente, após a avaliação do estado mental. Apreensão, angústia e labilidade emocional foram sinais de incapacidade para participar neste tipo de intervenção. Após reflexão sobre este acontecimento e sabendo que a terapia de Reminiscência recorre à recordação de eventos passados, sentimentos e pensamentos para uma melhoria da qualidade de vida ou adaptação a circunstâncias atuais, requerendo a disponibilidade do terapeuta e do utente (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2018), chegou-se à conclusão que a utente não estava preparada para recordar momentos positivos da sua vida, em concreto situações vividas com o seu marido antes do acidente vascular cerebral que o deixou totalmente dependente. Nestes momentos de incerteza enquanto profissional, sentir que não atingi o objetivo delineado e com o pensamento paralelo de receio de quebra da relação terapêutica, obrigou-me a refletir criticamente sobre a necessidade de adaptação constante dos cuidados face ao estado mental dos utentes. Considerei um momento de aprendizagem significativa com o reconhecimento da necessidade de alterar o percurso dos cuidados, definindo novos objetivos para o processo terapêutico. Não obstante, no decurso da consulta, a utente foi demonstrando abertura para falar sobre algumas memórias antigas apropriando-se de alguns fundamentos da técnica planeada tornando-se um momento importante de recordação de momentos felizes associados a bem-estar.

No que concerne ao diagnóstico de *coping* ineficaz, o plano de intervenção focou-se em objetivos do domínio psicoeducacional, com avaliação prévia da Escala de Satisfação com a Vida (anexo VI) obtendo-se 12 pontos correspondente à interpretação de um *score* de insatisfação com a vida. Partido da avaliação de crenças e expetativas da utente, enquanto pessoa e enquanto cuidadora, foi encorajada à expressão de emoções e sentimentos, apoiada na tomada de decisão e no processo de mudança, transmitindo confiança nas suas capacidades para lidar com a situação e fazendo o reforço positivo relativo às muitas atitudes positivas relacionadas com o processo de cuidar do marido. Usando a metodologia de reflexão guiada procurou-se instituir comportamentos promotores de equilíbrio familiar, evitando comportamentos infantilizantes do marido por parte de outros familiares e que diretamente perturbam a utente.

Por fim, concluo que o uso desta metodologia no contexto comunitário foi uma mais-valia para a consolidação da aprendizagem no que reporta à sistematização da informação, com definição de diagnósticos e direcionamento das intervenções para um plano de cuidados centrado em problemas de SM. Compreendi, através deste trabalho, que os prestadores de cuidados estão facilmente expostos a fatores predisponentes para o desenvolvimento de DM, não só pelo desconhecimento efetivo de redes de suporte como frequentemente pela necessidade de assumirem um papel integral no cuidado a alguém que lhe é significativo, apresentado dificuldades em delegação e partilha de tarefas.

3.2.3 Estudo de Caso no contexto de Internamento

A pluralidade de diagnósticos de doença mental no EC III, decorrido no contexto de internamento possibilitou a seleção ponderada de uma utente com patologia psicótica (primeiro surto) para a elaboração do estudo de caso (apêndice XXVIII), dado que no decorrer dos outros contextos de prática clínica ainda não havia tido oportunidade de experienciar cuidados especializados direcionados a diagnósticos específicos relacionados com a sintomatologia psicótica, nomeadamente com perturbação do pensamento e da perceção. Sem antecedentes pessoais conhecidos, mas com história familiar de DM significativa (pai com diagnóstico de esquizofrenia), a utente foi internada no serviço com diagnóstico clínico de Psicose sem Outras Especificações, caracterizando-se pelo primeiro surto psicótico. Com recurso ao *Tidal Model*, foi possível identificar necessidades em SM e aflorar soluções, desenvolvendo paralelamente uma relação interpessoal de ajuda eficaz, com ganhos em saúde para a utente.

O planeamento dos cuidados em ESMP tem como objetivo formular diagnóstico e implementar intervenções dirigidas a respostas humanas desajustadas ao processo de transição (OE, 2011). Assim, neste exercício destacaram-se os diagnósticos de aceitação do estado de saúde comprometida, alucinações auditivas e ansiedade presente. A fragilidade mental da

utente aliada à insegurança demonstrada pela desconfiança contínua impulsionou o importante desenvolvimento de uma relação terapêutica, com base na confiança e na relação de ajuda. Partindo deste ponto foram desenvolvidas ações psicoeducativas e psicoterapêuticas respondendo aos diagnósticos formulados após a análise crítica dos dados recolhidos na entrevista, nomeadamente baseado no *Tidal Model*, no Modelo das Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson, no *Mini Mental State Examination* (anexo VII) e na escala de avaliação *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (anexo VIII).

Ao longo do acompanhamento da utente no serviço de internamento foram realizadas várias intervenções breves. Atendendo aos relatos da utente sobre a incapacidade de tomar decisões seguras e sustentadas optou-se por integrar a Técnica de Resolução de Problemas no plano de cuidados. Segundo a Ordem do Enfermeiros (2023), esta técnica integra o desenvolvimento de mecanismos de defesa e de adaptação face a situações adversas diminuindo as dificuldades nos processos cognitivos. Pela necessidade de sustentar o conhecimento sobre a técnica psicoterapêutica, foi primeiramente desenvolvida uma intervenção psicoeducativa sobre as etapas que constituem a técnica, promovendo a aquisição de conhecimento e a posterior validação através de simulação de situações. Dado que no *Mini Mental State Examination* não se obteve alterações da cognição, precocemente a utente demonstrou conhecimento adquirido sobre as etapas da Técnica de Resolução de Problemas. Para facilitar o uso da técnica na etapa seguinte do plano de cuidados, foi fornecido à utente um bloco com as fases (apêndice XXIX) como material de auxílio de memória para o treino de competências. Progredindo no processo de *recovery* da utente foi implementada a estratégia psicoterapêutica enunciada anteriormente através do treino das diferentes etapas. A utente foi incentivada a enunciar um problema fortemente perturbador e proceder à sua análise através das seguintes etapas: definir o problema; analisar o problema; definir os objetivos; definir possíveis soluções (*brainstorming*); analisar cada uma das soluções (vantagens e desvantagens); implementar a solução; avaliar resultados. Após algumas tentativas, atinge-se o objetivo da intervenção com a utente a usar a técnica como resposta a situações de ansiedade vivenciadas e a projetar-se no futuro. Como complemento da intervenção anterior, no plano de cuidados da utente, assente na metodologia cognitivo-comportamental foi delineada a estratégia psicoterapêutica de Modificação do Comportamento. De acordo com a OE (2013), esta abordagem centra-se a compreensão de três sistemas que se interligam entre si e entre o meio envolvente, isto é, o sistema comportamental, cognitivo/afetivo e fisiológico. A temática selecionada para abordar nesta intervenção foi a definição de objetivos pessoais e sociais de curto, médio e longo prazo, como forma de preparar a alta e a reintegração social da utente no seu contexto. À data da implementação da intervenção estruturada, a utente tinha tido alta pelo que a dinamização da

intervenção foi dirigida a outra utente, com idêntico estado mental e em semelhante fase de recuperação. Saliento a relevância desta intervenção na utente alvo de intervenção como forma de preparar para uma dinâmica sociofamiliar distinta à data do internamento, com exposição a novas realidades relacionadas com a institucionalização de um elemento familiar de referência e com a criação de novas rotinas, como viver sozinha e dar respostas às necessidades básicas do quotidiano. Através desta intervenção percecionou-se motivação para a mudança de comportamento, modificando processos de pensamento automático refletidos nos comportamentos desadaptativos que motivaram o internamento da utente. Ciente da experiência de estímulos novos com impacto no seu dia a dia, a utente reflete uma postura mais confiante, embora ambivalente em relação ao futuro carecendo de momentos de reforço positivo e promoção de esperança relacionada com as suas capacidades de autoeficácia.

3.3 FORMAÇÃO EM SERVIÇO

No percurso formativo traçado foram desenvolvidas três sessões de formação em serviço, correspondendo cada uma delas a cada contexto de ensino clínico.

Compreendendo a importância da promoção de ambientes seguros e saudáveis é importante realçar a pertinência da implementação de estratégias formativas direcionadas aos diversos elementos envolvidos na prestação de cuidados. A dinâmica de integração de novos conhecimentos permite melhorar a adaptação às mudanças e fomenta comportamentos equilibradores nas equipas de profissionais que diariamente prestam cuidados.

Considerando o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio das aprendizagens profissionais, o enfermeiro é responsável por suportar a práxis em evidência científica, constituindo um elemento facilitador de aprendizagens através da atuação como formador no contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas e gerindo programas de formação (Regulamento n.º 140/ 2019 de 6 de fevereiro).

Considerando o EC I foi desenvolvida uma sessão de formação em serviço subordinada ao tema “Competência Emocional no Trabalho”. A seleção deste tema teve por base um diagnóstico situacional realizado em cooperação com a enfermeira orientadora e em parceria com a colega de curso a realizar também ensino clínico no mesmo serviço tratando-se, portanto, de uma formação em coautoria. A seleção do tema foi fundamental para o sucesso da formação passando por uma fase de discussão e planeamento que obrigou ao pedido de autorização formal (anexo IX) à autora da Escala Veiga de Competência Emocional (anexo X) da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, a fim da sua divulgação durante a sessão de formação. Após a aprovação, foi delineado um plano de sessão (apêndice XXX) e divulgado um *Save the Date* (apêndice XXXI) para facilitar a difusão da informação pela equipa do hospital de dia.

A estrutura da formação integrou duas partes essenciais com uma exposição teórica de conceitos essenciais com recurso a uma apresentação *Powerpoint* (apêndice XXXII) e outra com análise/reflexão sobre situações ocorridas no serviço que necessitam de uma intervenção baseada na competência emocional, melhorando o bem-estar dos profissionais e dos utentes. Participaram 14 enfermeiros do hospital de dia, sendo possível participar através da modalidade presencial e também online, via plataforma *Zoom*. Durante a sessão foi possível desenvolver uma dinâmica de partilha de experiências/opiniões e integrar novos conhecimentos, com franca aplicabilidade no contexto de prática clínica. Obtiveram-se afirmações como "estávamos mesmo a precisar desta sessão" *sic*, "a competência emocional é mesmo necessária para o nosso dia-a-dia…tanto no trabalho como na vida pessoal" *sic*, "antes sentíamos esta necessidade pontualmente, mas neste momento é uma necessidade diária devido aos desafios da profissão"*sic.*

Trabalhar a competência emocional interligada com a regulação emocional nos profissionais que diariamente lidam com sentimentos negativos, angústias, medos e tristezas dos utentes com cancro foi revelador de uma postura de partilha de conhecimentos com duas direções. Por um lado, a importância de clarificar conceitos diminuiu a exposição ao erro através da capacitação teórico-científica. Por outro lado, a aprendizagem com profissionais experientes, com metodologias de trabalho firmes permitiu uma discussão rica em reflexões decorridas da interligação do conhecimento com a prática. Além disso, permitiu à equipa de enfermeiros exprimir as suas dificuldades e as suas dúvidas e de uma forma dinâmica, com metodologia de discussão guiada, atingir os objetivos da sessão particularmente com promoção de melhores resultados em saúde. No fim da sessão, respondendo à unidade de competência D – Desenvolvimento de aprendizagens profissionais - do Regulamento n.º 140/2019 foi avaliado o impacto da formação através do uso de um formulário de avaliação possível de consultar no apêndice XXXIII.

Cruzando a aprendizagem com o contexto de ensino clínico nos cuidados comunitários (EC II), incentivada pela enfermeira orientadora foi usado o exercício de desenvolvimento do Estudo de Caso para uma sessão de formação em serviço (apêndice XXXIV), integrando uma apresentação dinâmica de conhecimentos (apêndice XXXV) e uma discussão dos conteúdos apresentados. Esta sessão decorreu durante uma reunião da equipa de enfermagem, com participação de 7 enfermeiros com diferentes áreas de atuação: Saúde Comunitária, Saúde Infantil, Saúde Mental, Saúde Materna e Reabilitação.

Reforçando o modelo de Gestor de Caso utilizado na organização dos cuidados prestados na UCC, esta formação em serviço permitiu trabalhar áreas transversais a todos os profissionais de enfermagem e contribuir para atualização dos conhecimentos no âmbito da metodologia Estudo de Caso. Importa salientar que o contributo desta formação permitiu não só discutir novos conhecimentos, mas também criar momentos de aprendizagem com melhorias ao

próprio estudo de caso integrado na análise crítica do ensino clínico realizado, com as perspetivas dos diferentes profissionais.

No último ensino clínico, EC III, relativamente à partilha de conhecimentos entre profissionais, em parceria com a enfermeira orientadora, foi realizado um levantamento de diagnósticos situacionais relacionados com áreas de interesse a desenvolver e foi alcançada a conclusão de que desenvolver a temática da Saúde Mental Positiva dirigida aos profissionais constituía uma mais-valia com objetivos concretizáveis a curto prazo.

Dinamizar formação na área do bem-estar e da satisfação profissional, nomeadamente na área da SM+, exigiu integrar conceitos e técnicas interventivas que promovessem a consciência para a importância de experienciar sentimentos e emoções positivas e negativas, como forma de otimização da vivência relacional, quer na esfera pessoal quer na esfera profissional. Resgatando fundamentos utilizados em parte no projeto de estágio desenvolvido no EC I, através dos construtos do grupo de trabalho Teixeira, Sequeira e Lluch (2020), foi realizada uma formação em serviço, cujo planeamento, materiais utilizados e avaliação estão disponíveis nos apêndices XXXVI, XXXVII, XXXVIII e XXXIX, respetivamente plano de sessão de formação, apresentação multimédia com recurso ao *Powerpoint*, decálogo de SM+ e formulário de avaliação de avaliação da formação.

Segundo Lluch (2002), a SM+ valida a importância da aceitação dos momentos de mal-estar como sendo normais na vida de cada pessoa. Capacitar para uma melhor adaptação às circunstâncias da vida permite incentivar comportamentos de procura de saúde, evitando o prolongamento das situações negativas. Através do desenvolvimento da temática da SM+ promovem-se comportamentos de autocontrolo, satisfação pessoal, autonomia, autorrealização e habilidades relacionais (Teixeira, Sequeira & Lluch, 2020).

Neste momento formativo estiveram presentes 11 enfermeiros, com postura de participação ativa e interesse demonstrado. Foi sugerido “criar mais momentos para experienciar o conceito” *sic*. Embora temporalmente não pudesse ser exequível, devido ao términus do EC, ficou o desafio lançado à equipa para dar continuidade ao tema, com implementação prática dos conhecimentos adquiridos durante a formação.

Em suma, considera-se que a criação de momentos formais de aprendizagem ao longo da construção de uma identidade profissional diferenciada contribui para a adoção de uma postura de interesse e motivação para o uso de evidência científica atualizada e adequada a cada contexto. Ficou patente a pluralidade dos temas trabalhados, que acima de tudo visaram dar resposta a necessidades identificadas nas equipas de profissionais integradas. Realça-se que apesar da disponibilidade dos profissionais ser frequentemente abalada pela carga horária, pelo excesso de horas de cuidados, pela estrutura organizacional e até pela disponibilização de tempo de serviço para formação, todos estes fatores não tiveram um impacto significativo na adesão às sessões de formação planeadas Reconhece-se com

gratidão toda a colaboração neste processo de aprendizagem, que de outra forma dificilmente se garantia a aquisição de competências referentes ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais integradas nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Através da mobilização de conhecimentos foram produzidas interessantes dinâmicas de trabalho que contribuíram direta ou indiretamente para a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

4. TORNAR-SE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Refletir sobre o percurso de aquisição de novos saberes e novas práticas foi uma exigência para a compreensão do longo caminho traçado até à finalização deste curso de especialização e mestrado. As fases da vida bem como os acontecimentos que marcaram este percurso nem sempre o tornaram linear, nem sempre perfeito, mas no fim de contas o que importa é quem fui e quem hoje sou.

Para justificar esta escolha, precisamos de recuar uns anos. Conhecer-me enquanto enfermeira que exerceu num serviço de internamento de psiquiatria foi o primeiro ponto reflexivo para enveredar por esta escolha. O meu percurso enquanto enfermeira no contexto hospitalar começou por aqui. Inesperadamente, a integração de uma equipa de profissionais que se dedica à doença mental foi um dos momentos mais marcantes da minha profissão. Recordo-me de todas as dúvidas e de todos os receios sentidos. Recordo-me também de todos os sábios ensinamentos que uma equipa experiente me deu, que me permitiram crescer. A postura serena, as habilidades comunicacionais, o comportamento assertivo e as dinâmicas interrelacionais foram pontos de partida para uma construção pessoal e profissional que ganharia “asas” para procurar novos conhecimentos e novas competências. Saí deste serviço mais fortalecida em muitas dimensões. Trouxe bagagem para enfrentar novos desafios profissionais em que o foco primordial é a doença física num contexto urgente. Alguns anos volvidos, a vontade aliada à oportunidade contribuiu para o surgimento do desafio da especialização em ESMP.

Ajudar o Outro em dimensões humanas que se distanciam das preocupações exclusivamente orgânicas foi o grande marco para manter o foco neste contínuo de formação. Sempre soube que a par da capacidade de tratar “problemas do corpo” na situação profissional atual, não contribuiria para o distanciamento da necessidade de, paralelamente, prestar cuidados focados na mente.

A construção enquanto enfermeira EESMP, numa perspetiva académica de aquisição de conhecimentos, ficou marcada pela necessidade de desenvolver o conhecimento e consciência de mim, enquanto pessoa e enfermeira, influenciada pelas vivências e pelos processos de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto). Talvez considere a mais árdua passagem nesta construção, justificada pela renitência conhecida de refletir e falar sobre acontecimentos pessoais. A importante necessidade de me conhecer para me usar como instrumento terapêutico exigiu esforço e juízo crítico-reflexivo para compreender forças e fraquezas, emoções e sentimentos, reações emocionais e corporais, bem como limites para o desenvolvimento de processos terapêuticos mais eficazes e com melhor gestão de fenómenos de transferência/contratransferência, impasses terapêuticos e resistências durante uma relação

terapêutica. Neste exercício de autoconhecimento decidi definir momentos de reflexão individual e conjunta para fomentar o enraizamento desta postura crítica e melhorar os cuidados prestados, afastando-me de uma postura sética em relação à autorreflexão. Numa primeira fase, trilhei um caminho de reflexão individual para compreender as diferenças entre a atuação enquanto enfermeira generalista, com poucas noções do impacto do autoconhecimento na relação terapêutica, e entre a atuação enquanto enfermeira EESMP com evidentes ganhos bidirecionais em saúde. Facilmente percebi que neste domínio do desenvolvimento pessoal, a importante etapa de conhecimento intrínseco e extrínseco fazem toda a diferença nos resultados das intervenções implementadas. Complementarmente, durante todos os EC, foram decorrendo momentos de reflexão tanto com os professores supervisores como com as enfermeiras orientadoras, que contribuíram fortemente para o desenvolvimento de uma profissional mais capaz e com uma *praxis* mais consolidada.

Não podia deixar de referir que a experiência profissional anterior influenciou fortemente a integração nos diferentes locais de ensino clínico, especialmente no contexto de internamento. Revivi momentos que fortaleceram a certeza da escolha académica e finquei objetivos futuros relacionados com o regresso a esta área de intervenção que me diz tanto.

A distância atual face ao início do curso de especialização exigiu um esforço acrescido com importantes processos de leitura e análise dos projetos desenvolvidos. Processos de retrospeção foram essenciais para resgatar reflexões sobre as atividades desenvolvidas. Destaco a estruturação dos ensinos clínicos através da elaboração dos projetos de estágio, cuja definição de objetivos assente no desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto) permitiu usar metodologias de intervenção específicas com respeito pelos construtos do Código Deontológico de Enfermagem (OE, 2015).

A descrição deste percurso pauta-se pela importante integração em serviços caracterizados pelo rigor e pela perícia no desenvolvimento de intervenções no âmbito da SM. A facilidade de integração nas equipas de prestação de cuidados foi um bom ponto de partida para o desenvolvimento de práticas especializadas com consciência de que o apoio “lado a lado” permitiria um progresso mais sustentado, com espaço para dúvidas, críticas e reflexões. Aliada à motivação intrínseca, vivi em cada local de ensino clínico ambientes facilitadores de aprendizagem, com distintas formas de atuação cujo foco na individualização dos cuidados e na responsabilização do utente pelo seu processo de *recovery* foi transversal.

Durante os EC foram experienciadas dinâmicas de trabalho distintas bem como *setting*s de atuação diferentes. Foram usados referenciais teóricos adequados a cada um deles, mas realça-se o importante fio condutor baseado no Modelo Teórico de Phil Barker, o *Tidal Model*.

Em todos eles compreendeu-se o significado de colocar a pessoa e a sua experiência com a DM no centro dos cuidados, reconhecendo-lhe a liderança no processo de *recovery*. Posto isto, foram desenvolvidas habilidades práticas para a adequação deste modelo às atividades planeadas. Após definição de objetivos, com a visão nas Competências Específicas foram sendo alcançados resultados, aos quais se atribuíram significados. Muitas vezes foram vividos momentos cujo planeamento das intervenções teve de ser modificado e foram nestes momentos que compreendi o que realmente significa ter o utente como líder do seu processo de recuperação. Adequar a intervenção às necessidades do utente ao invés de seguir com um plano de cuidados despersonalizado para atingir apenas objetivos académicos ficou fora destes ensinos clínicos.

Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da SM permitiu intervir em diferentes contextos e enriquecer a prática clínica especializada. Tive a oportunidade de desenvolver três projetos correspondendo cada um dos a um local de estágio: EC I – Positiva(mente), Pensar e Agir; EC II – Emoções a Brincar; e EC III – Recuperação do Doente Mental Grave. Na globalidade, foram desenvolvidos projetos individuais e de grupo, com populações doentes e populações saudáveis. Esta dicotomia possibilitou descobrir áreas diferentes de atuação e afastar o meu interesse inicial exclusivo na pessoa com diagnóstico de DM. Através dos desafios vivenciados com populações saudáveis, nomeadamente com o projeto no âmbito da saúde escolar, desenvolvi competências no âmbito da promoção da SM com foco em fatores de risco, potencialmente desencadeadores de perturbações do foro mental. Nesta população infantil, em fase de aprendizagem constante, verificaram-se mudanças de comportamento que contribuíram para uma avaliação muito enriquecedora. Aprendi com estas crianças a descomplicar a SM, a simplificar a linguagem e gerir comportamentos imprevisíveis.

Intervir nos contextos da pessoa foi também um desafio na minha construção enquanto enfermeira EESMP. Entrar no ambiente de cada pessoa cuidada exige uma forte relação de confiança e uma gestão de estímulos constante. Por vezes os ambientes são mais exigentes que a própria pessoa doente. Tive a oportunidade de conviver com famílias e cuidadores, cuja intervenção em SM extrapolou a simples consulta de avaliação/intervenção com a pessoa diagnosticada com perturbação mental. Nestes casos cuidei com foco em várias direções, foram os doentes, os maridos/esposas, os filhos, os cuidadores formais/informais e todos aqueles de integravam diariamente as redes de apoio e suporte nos contextos comunitários. Este tipo de *setting* de intervenção fortaleceu a consideração da relação terapêutica como a essência do trabalho em SM, não esquecendo que é um ambiente que exige um maior controlo dos limites do Eu e do Outro. Baseada nos construtos do Modelo Psicodinâmico de Peplau (1997), senti a crucialidade do papel do enfermeiro no processo de recuperação dos

utentes, que através da empatia, do respeito e da aceitação fomenta uma relação terapêutica promotora de crescimento pessoal conjunto.

A par do desenvolvimento da competência relacionada com a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida houve empenho na estruturação e implementação de múltiplas metodologias de intervenção, a fim de melhorar a prática e enriquecê-la com novos conhecimentos e aprendizagens. Não obstante, todas estas intervenções foram ao encontro das necessidades avaliadas nos utentes, respondendo aos diagnósticos de enfermagem formulados respeitando as etapas do processo de enfermagem. Durante o desenvolvimento de todas as intervenções realço o importante acompanhamento das enfermeiras orientadoras, que com os seus conhecimentos e perícia colaboraram numa aprendizagem fundamentada em conhecimento científico, afastando-nos do conhecimento meramente empírico. Numa prática pautada pelo desenvolvimento de uma postura reflexiva, após cada intervenção foram desenvolvidos momentos de análise crítica que permitiram corroborar a importante consciência de mim na melhoria das relações de ajuda estabelecidas e nos ganhos em saúde, compreendendo o meu papel e o papel do Outro nas dinâmicas das intervenções em SM.

O Saber relacionado com o “Olhar Clínico” foi frequentemente referido nos contextos de aprendizagem. Saber identificar e interpretar pormenores que escapam a uma grande maioria dos profissionais transforma o enfermeiro EESMP decisivo nos processos de recuperação dos utentes, transpondo os cuidados exclusivos de SM. Mais uma vez revivi conhecimentos sobre cuidado holístico à pessoa, conseguindo trazer para o meu contexto clínico saberes que contribuem para melhoria na satisfação profissional e ao mesmo tempo contribuem para uma melhoria dos cuidados prestados.

Tive a oportunidade de viver sentimentos e emoções que anteriormente camuflava devido ao desconhecimento sobre a imperante consciencialização sobre a sua importância para a vivência dos processos terapêuticos eficazes. Ambientes seguros com espaço para receios e inseguranças são fomentadores de crescimento pessoal e profissional, e neste ponto de vista considero que tive a oportunidade de os experienciar saudavelmente, trazendo ensinamentos para o meu ambiente de prática clínica.

No fim deste percurso reflito sobre o que cada contexto me recordou do passado, o que me trouxe de novo e o que deles levarei para o futuro. Ciente de que o caminho traçado foi fortalecido pelas oportunidades e pelas experiências, reconheço com gratidão que as características de cada contexto me preparam e me enriqueceram para cuidar do Outro de uma forma diferenciada e diferenciadora.

PARTE III

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

"Intervenção do Enfermeiro em Situação de Comportamento Violento no Serviço de Urgência"

1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

De acordo com *International Council of Nurses* (ICN) *(2009)*, a violência no setor da Saúde são todas as situações em que um profissional a desempenhar funções numa instituição de cuidados de saúde é submetido a qualquer tipo de violência em condições relacionadas com a sua atividade profissional, incluindo deslocações para e do trabalho, havendo risco direto ou indireto para a sua segurança, bem-estar ou saúde. Os atos de violência no local de trabalho são um problema generalizado nos ambientes de prestação de cuidados e têm causas multifatoriais relacionadas com fatores situacionais, organizacionais, internacionais, estruturais e sociais que podem desencadear ou agravar os atos de violência. Os fatores de risco específicos para a ocorrência de eventos de violência podem decorrer de problemas de saúde como alterações do estado de consciência, dor, angústia, desordens psiquiátricas, uso e abuso de substâncias como álcool e drogas. Estes podem alterar o comportamento das pessoas e contribuir para agressões violentas, verbais e/ou físicas. Os profissionais de saúde, em específico os enfermeiros, estão mais sujeitos a estes eventos por serem considerados os profissionais que mais tempo de contacto estabelecem com os doentes (Bordignon & Monteiro, 2016). Outros fatores apontados para o risco de exposição à violência são a falta de segurança nos ambientes de cuidados, o trabalho por turnos, a pesada carga horária laboral, a natureza dos cuidados, padrões pessoais e as relações laborais conflituosas (ICN, 2009).

Também Donabedian (1988) citado por Barroso, Sales & Ramos (2021) refere que os cuidados de saúde pela complexidade e imprevisibilidade podem conduzir a situações de risco, que por sua vez podem resultar em dano para os profissionais e para os utentes. Salienta-se assim a importância da segurança como dimensão integrante da qualidade em saúde e da maximização dos ganhos.

Nos cuidados hospitalares, o risco de exposição a comportamentos violentos é maior para os profissionais de enfermagem que desempenham funções nos Serviços de Urgência (SU) visto que integram equipas que prestam cuidados de primeira linha, onde frequentemente existe maior instabilidade no ambiente global. Estes eventos violentos têm implicações negativas para a segurança e saúde dos profissionais apontando-se como principais consequências lesões físicas traumáticas, ansiedade, distúrbios do sono, depressão, *burnout*, medo, transtornos psíquicos menores, diminuição da satisfação no trabalho e diminuição da qualidade da assistência ao doente (Scaramal Haddad, Garanhani, Galdino & Pissinat, 2017). De acordo com um estudo realizado no Reino Unido, a maioria dos casos de violência nos serviços de urgência são dirigidos a enfermeiros e médicos, sendo 54,5% violência do tipo verbal (Alshahrani et al, 2021). Outro estudo, desta vez na Austrália, refere que a maioria dos enfermeiros (87%) sofreu algum tipo de violência nos últimos seis meses (Jaqueline *cited as* Alshahrani et al, 2021).

Em Portugal, a notificação de eventos de violência contra profissionais é determinada pelas unidades hospitalares, sendo conhecidas plataformas como o NOTIFICA e o HER+ para a devida notificação. Segundo dados divulgados no Seminário "Violência no Setor da Saúde – Da prevenção à Ação" decorrido em Novembro de 2022, em 2019 foram registadas 825 situações de violência contra profissionais, em 2020 registados 961 episódios de violência e em 2022 apurado o maior registo de notificações de episódios de violência contra profissionais com 1632 casos (Direção Geral de Saúde, 2023). Já no ano de 2023, de acordo com Manual de Segurança do Serviço Nacional de Saúde (2024) foram registados 1036 casos.

A subnotificação dos episódios de violência no local de trabalho tem dificultado o desenvolvimento e operacionalização de estratégias eficazes na prevenção e gestão destes acontecimentos. Apontam-se como causas da notificação deficitária a ausência de lesões visíveis nos profissionais agredidos, os sistemas de notificação complexos, a falta de apoio da gestão e dos líderes de saúde, bem como o sentimento de culpa ou medo de represálias (ICN, 2009).

A experiência clínica no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) permitiu a construção de várias questões relacionadas com os comportamentos violentos dos utentes, bem como sobre as respostas e intervenções implementadas pelos profissionais do serviço. O quadro de instabilidade e pressão inerente à prestação de cuidados no SUMC implica frequentemente o confronto com situações potencialmente geradoras de conflito e violência, destacando-se a insatisfação com a triagem de prioridades de Manchester, com o tempo de atendimento, com o tipo de cuidados prestados e com a vontade de obterem informações sobre o estado de saúde de familiares. Desta forma, torna-se pertinente compreender esta problemática integrada nos processos de transição saúde-doença, que quando influenciados por fatores predisponentes ou desencadeadores podem gerar atos de violência dirigidos aos profissionais de saúde no seu local de trabalho.

Na Unidade Local de Saúde onde foi desenvolvido o projeto, a satisfação dos utentes, a eficácia e eficiência organizacional, a *performance* assistencial e a gestão de risco hospitalar é garantida por um grupo de trabalho que compõem o serviço de Gestão da Qualidade. No que concerne à notificação de eventos relacionados com violência contra profissionais, está em vigor a utilização da plataforma HER+ sustentada na instrução de trabalho – Tipologia e Classificação de Eventos. Apesar de existirem meios de registo de situações violentas, reconhece-se a inexistência de procedimentos padronizados para a intervenção do enfermeiro em situações de risco de violência ou de atos violentos no SUMC. Este facto aliado à escassez de oportunidades de formação em serviço na área da prevenção dos comportamentos violentos determinou a criação e implementação de métodos de melhoria da assistência em enfermagem através da operacionalização de um protocolo de atuação norteador da intervenção do enfermeiro, que comporta identificação de situações de violência, intervenções

de enfermagem específicas, fluxograma de atuação e informação sobre procedimento de notificação de eventos e registo nos sistemas de informação.

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

Para compreender o problema identificado para o projeto de investigação foi realizada uma revisão integrativa da literatura que permitiu a síntese de conhecimentos e de resultados de estudos significativos. Foram reunidos os conceitos gerais que direcionam para uma prática baseada em evidência científica. Nesta revisão foram incluídos artigos científicos disponíveis nas bases de dados CINAHL Complete e Medline Complete através de uma pesquisa booleana. Os termos DeCS/MeSH utilizados foram: enfermagem, emergência, violência e local de trabalho. Incluíram-se artigos com data compreendida entre 2016 até ao presente, com texto completo publicados em revistas académicas.

Segundo a OMS (2014), violência é "o uso intencional de força física ou poder, real ou mediante ameaça, contra um indivíduo, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte danos psicológicos, prejuízo ao desenvolvimento ou privação". Tendo em conta a natureza da violência no trabalho, pode classificar-se como violência física, traduzida em danos físicos, e como violência psicológica, que pode tomar proporções perturbadoras a nível mental, moral, espiritual e social. Admite-se que os dois tipos de violência se interligam, havendo também frequentemente manifestações a nível físico quando a violência é psicológica, bem como manifestações psicológicas quando a violência perpetrada é física.

A violência no local de trabalho é reconhecida como um risco ocupacional para os profissionais de saúde. Os processos de saúde-doença com necessidade de assistência hospitalar podem gerar nos utentes e acompanhantes sentimentos negativos como medo, revolta, frustração e insegurança, que podem ser propulsores de tensão e contribuir para atitudes violentas (Fernandes & Passos, 2018).

De acordo com Bordignon & Monteiro (2021), a violência no local de trabalho varia de acordo com a categoria profissional e o serviço hospitalar. Referem que enfermeiros e médicos são as vítimas mais frequentes de atos violentos, especificando os serviços de psiquiatria e os serviços de urgência como os setores onde mais se verificam estes eventos.

Pagali, Noguez, Amestoy & Porto (2015) corroboram a ideia anterior afirmando que, nos cuidados de saúde, a categoria de enfermagem é a mais atingida pela violência ocupacional. Os enfermeiros cuidam com essência e especificidade, de um modo integral e holístico, desenvolvendo intervenções autónomas e interdependentes que visam a promoção e proteção da saúde e a prevenção e recuperação de doenças. Este princípio de cuidar exige ao enfermeiro uma interação mais prolongada com o utente e acompanhante,

comparativamente a outras categorias profissionais, tornando-o mais exposto ao risco de violência no desenvolvimento das suas atividades.

Num estudo descritivo e transversal realizado por Bordignon & Monteiro (2021), 61,7% dos enfermeiros incluídos no estudo relataram ter sido vítimas de um episódio de violência verbal no seu local de trabalho, nos últimos doze meses. No mesmo período, 40,8% referiram ter sido alvo de atos violentos verbais quatro ou mais vezes, sendo identificado o utente como o principal agressor. Relativamente à violência física, 15,8% dos profissionais relataram ter sido vítimas de um episódio e 56,4% sofreram pelo menos dois episódios, sendo também o utente o principal agressor. Em ambos os tipos de violência, a maioria das vítimas não necessitou de assistência e também não notificou a situação.

Outro estudo, realizado por Harthi, Olayan, Abugad & Wahab (2020), revela que numa amostra de 155 profissionais de saúde, 47,8% experienciou pelo menos um tipo de violência nos últimos doze meses, sendo que dos incidentes de violência, 52% foram violência verbal, 19% violência física, 16% *bullying*, 10% assédio racial e 3% assédio sexual. É relatada a falta de incentivo para notificar os eventos, revelando-se uma limitação para o trabalho.

Aludindo ao panorama nacional, de acordo com dados divulgados pela Direção Geral da Saúde (2023), conjugando as notificações de situações de violência de 2022 e do primeiro trimestre de 2023, deste total 864 profissionais necessitaram de apoio psicológico, 121 de apoio clínico e 245 de apoio jurídico. Somaram-se 4040 dias de ausência do local de trabalho, por incapacidade temporária para o trabalho. Para dar resposta a este cenário, estruturado através do Plano de Ação para a Prevenção de Violência no Setor da Saúde (2020) têm vindo a ser divulgadas várias campanhas de sensibilização e prevenção, bem como ações de formação no âmbito da prevenção, tendo sido planeadas e implementadas 753 ações deste tipo. Também as instituições de saúde têm vindo a criar sistemas e grupos de apoio para os profissionais, sendo que 83% das instituições de saúde nacionais criaram circuitos de apoio psicológico e 65% constituíram circuitos de apoio jurídico. Desta forma procura-se salvaguardar a segurança e o bem-estar dos profissionais, prevenindo o agravamento das consequências relacionadas com atos violentos e promovendo maior perceção de segurança e bem-estar.

No estudo realizado por Fernandes & Passos (2018), foram identificados dois tipos de fatores que estão na génese dos episódios de violência, os fatores humanos e os fatores organizacionais. De acordo com os autores, os fatores humanos dizem respeito aos fatores individuais do profissional e do utente. A forma como o enfermeiro reage pode repercutir-se de forma positiva ou negativa no comportamento do utente ou acompanhante, podendo minimizar ou agravar a situação de violência. Compreende-se que uma resposta inadequada através de palavras rudes, em tom de voz elevado, com ironia ou cuidados sob ameaças podem ser percebidas pelos utentes como desprezíveis e gerar frustração e revolta. Também

a resposta agressiva com irritabilidade contribui para aumentar o risco de situações de violência. Assim, quanto maior é o estímulo por meio de comportamentos agressivos por parte do enfermeiro, maior é o risco de violência ou agressão. Pelo contrário, um profissional com respostas seguras e empáticas, com atitude cooperativa e de confiança constitui formas atenuantes do risco de atos violentos.

Do ponto de vista psicodinâmico, a agressividade é uma reação primária. Para uma melhor compreensão dos fatores de risco e de proteção que determinam os níveis de violência, a OMS formulou o Modelo Ecológico que aponta para um modelo multicausal assente em quatro níveis: individual, relacional, comunitário e social. Relativamente ao nível individual, consideram-se fatores da história pessoal que possam influenciar a probabilidade do indivíduo se tornar vítima ou agressor, por exemplo o nível educacional, desordens de personalidade, abuso de substâncias, história de comportamentos agressivos anteriores e história de doença atual. O nível relacional refere-se às relações íntimas ou próximas estabelecidas pela potencial vítima e o agressor. O nível comunitário traduz as relações sociais tais como os locais de trabalhos e os contextos recreativos e de saúde, cujas características podem aumentar o risco de violência. O nível social integra fatores mais globais que podem criar um ambiente propício à violência, por exemplo normas culturais, políticas económicas e sociais. Este modelo explicativo permite integrar pressupostos que podem influenciar a conduta da vítima ou do agressor e permite concomitantemente compreender, investigar e prevenir atos violentos, intervindo especificamente nos níveis afetados (OMS, 2006). Interpreta-se ainda que no desencadear de um comportamento agressivo podem estar implícitos mais do que um nível do modelo referido. Assim, podem ser desenvolvidos planos de cuidados dinâmicos e integrativos com vários focos de atenção.

Harthi et al (2020) apontam como principais fatores associados a episódios de violência no local de trabalho a falta de segurança, os rácios inadequados, o período prolongado de espera pelos cuidados, o tipo de personalidade, as crenças culturais e a falta de privacidade do utente. Pagali et al (2015) referem que os SU têm uma elevada afluência, normalmente com períodos de sobrelotação que causam longas esperas e crescente tensão tanto nos doentes como nos acompanhantes. Acrescentam que a organização dos cuidados de saúde é afetada pela falta de recurso humanos e materiais, alterando os comportamentos dos profissionais, dos utentes e dos acompanhantes. Os mesmos autores assinalam que o SU deve ser um local transitório, destinado à estabilização dos utentes para encaminhamento para os serviços de internamento. Contudo, frequentemente, o tempo de permanência de utentes no SU potencia a existência de conflitos e violência, dada a escassez de resposta para questões não urgentes mas consideradas essenciais para o equilíbrio e harmonia do estado de saúde do utente.

Os enfermeiros que vivenciam situações de agressão no local de trabalho são amplamente afetados na sua qualidade de vida, com comprometimento da saúde física e mental. Este comprometimento pode verificar-se através de dificuldades em desenvolver atividades laborais diárias, interferência nas habilidades e responsabilidades, interferência na interação com os outros, na perceção da própria segurança e manifestações orgânicas decorrentes dos atos violentos. Além dos problemas associados ao profissional, também de forma indireta são afetadas as instituições empregadoras e consequentemente os utentes, com diminuição da qualidade dos cuidados e desumanização dos cuidados. O *stress* ocupacional é muitas vezes apontado como sinal de esgotamento físico e sofrimento mental (Santos et al, 2020).

Segundo Scaramal et al (2017), os eventos violentos no local de trabalho geram sentimentos de angústia, medo e apreensão relativos a novas situações de violência, repercutindo-se de forma negativa em aspetos pessoais, familiares e sociais. Os mesmos autores acrescentam ainda que existe um aumento de eventos adversos nos cuidados gerais, desumanização dos cuidados, eficiência reduzida e insatisfação laboral.

Outros autores, afirmam que os comportamentos violentos dos utentes ou acompanhantes no SU originam nos enfermeiros reações desfavoráveis aos cuidados, colocando em risco a relação terapêutica, a segurança e o conforto dos profissionais, dos utentes envolvidos no conflito e dos restantes utentes do serviço. O controlo da violência exige o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais dos serviços hospitalares (Kalbali et al, 2018). Frequentemente a primeira tentativa de minimização de situações de risco passa pela utilização da comunicação por forma a alterar significados interpretados pelo possível agressor. Assim considera-se essencial a valorização do desenvolvimento de ações de formação sobre técnicas comunicacionais e de gestão de conflitos (Scaramal et al, 2017).

Para diminuir os atos violentos perpetrados contra profissionais de saúde urge a necessidade de criar ambientes que encorajem os profissionais a realizar a notificação dos eventos de violência, bem como criar e/ou divulgar sistemas de registo. Contudo, a atuação deve prevalecer a jusante com a prevenção dos eventos de violência. Primordialmente deve ser programada formação para os profissionais de saúde nos locais de trabalho, promovendo o desenvolvimento de atitudes de gestão de conflitos e controlo de incidentes (Harthi et al, 2020).

O estudo realizado por Kalbali et al (2018) evidenciou nos seus resultados que mudanças organizacionais, ambientais e de gestão podem estar na base da mudança para criação de um contexto laboral mais equilibrado e saudável, oferecendo aos seus colaboradores programas formativos não só com carater preventivo, mas também com instrução sobre estratégias de tomada de decisão e atuação em caso de evento violento no local de trabalho. O potencial de mudança é também reconhecido através da utilização de técnicas de partilha de eventos vivenciados na equipa de enfermagem fomentado o carácter crítico-reflexivo. Para

uniformizar os cuidados com uma resposta coesa é necessário desenvolver políticas, diretrizes e padrões com o objetivo de implementar boas práticas. Desta forma, em situações de maior pressão, os profissionais podem recorrer aos protocolos elaborados para definirem a conduta de atuação de acordo com a evidência científica.

A perceção dos enfermeiros sobre a violência no SU foi o foco de um estudo realizado por Spelten et al (2020), que através de grupos focais chegaram à conclusão que os enfermeiros se sentem vulneráveis e reconhecem que necessitam de ferramentas para enfrentar episódios de violência no seu contexto laboral através de formação e treino de competências, a fim de reduzir o risco e os eventos de violência. Esta visão também é sustentada por Wirth, Peters, Nienhaus & Schablon (2021), afirmando que existe um impacto positivo com o desenvolvimento de intervenções multidimensionais e comportamentais através da formação da equipa de enfermagem, contribuindo para uma redução dos incidentes violentos com aumento da eficácia de intervenções estruturadas.

1.2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros emerge dos cuidados assentes num enquadramento conceptual com evidências científicas válidas e atuais, que auxiliem o enfermeiro a integrar conhecimentos na sua prática clínica, respeitando valores, crenças e princípios. Desta forma, permite-se uma abordagem sistémica e sistemática, com intervenções ajustadas às necessidades identificadas.

A definição do enquadramento conceptual pode seguir a visão do documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, abrangendo a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem (OE, 2015).

O documento mencionado refere que saúde é uma representação mental subjetiva da condição individual, variável no tempo, que integra o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. É considerado um processo dinâmico e contínuo em que todo o indivíduo deseja o estado de equilíbrio (OE, 2015). No problema identificado no SU, os potenciais episódios de violência são perpetrados maioritariamente por indivíduos alvo dos cuidados e envolvem todos os profissionais da equipa multidisciplinar, sendo mais notório observar-se este evento durante a prestação direta de cuidados de enfermagem.

A pessoa é um ser social e agente intencional que desenvolve comportamentos ajustados aos seus valores, crenças e desejos individuais, tornando-o único, digno e autodeterminado. Toda a pessoa interage com o ambiente, sofrendo influência dele na procura constante pelo equilíbrio e harmonia. Sabe-se também que a pessoa integra processos intencionais e processos não intencionais (OE, 2015). Durante a hospitalização a pessoa experiencia sentimentos negativos relativos ao seu processo de transição saúde-doença. Por vezes, a incompreensão e/ou insatisfação relacionadas com os cuidados prestados e a desinibição de

instintos agressivos desencadeiam atitudes violentas (Fernandes & Passos, 2018). Neste ponto de vista, tanto o profissional com o utente necessitam de estratégias de ajustamento, sendo que o enfermeiro precisa de formação e treino de competências, e os utentes conhecimentos sobre autocontrolo e assertividade.

Ainda de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o ambiente é constituído por elementos de várias ordens, sendo eles humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais. Repercutem-se no estado de saúde da pessoa, condicionando e influenciando os estilos de vida. Neste campo, o enfermeiro deve focar a sua atenção na dependência entre a pessoa e o ambiente (OE, 2015). Nos serviços de urgências observam-se ambientes instáveis, por vezes hostis pelo caráter de urgência de priorização de intervenções para solucionar problemas de saúde potencialmente causadores de lesões graves ou morte. Assim, é responsabilidade do enfermeiro desenvolver uma conduta de atuação sustentada em práticas científicas e em valores humanistas e altruístas visando um ambiente o mais equilibrado possível. Segundo Fernandes & Passos (2018), ambientes com excessiva estimulação sensorial como ruídos, iluminação excessiva, deficiente ou permanente, falta de espaço, variações de temperatura podem aumentar a irritabilidade e os níveis tensionais, que podem potenciar comportamentos agressivos. São também apontados como fatores ambientais a falta de recursos humanos e materiais e a sobrelotação, que podem ser geradores de risco de violência. Estes fatores afetam tanto os profissionais como os utentes, nomeadamente a nível da qualidade dos cuidados prestados.

Os cuidados de enfermagem focam-se na relação interpessoal entre enfermeiro e a pessoa/grupo/comunidade. O exercício da profissão de enfermagem distingue os enfermeiros pela formação e experiência que lhes confere a capacidade de compreender e respeitar, abstendo-se de juízos de valor. Para a prestação de cuidados, o enfermeiro promove uma relação terapêutica pautada pela parceria com o utente, tornando o processo de cuidar num processo dinâmico que auxilia o utente a manter-se envolvido no seu projeto de saúde. Os projetos de saúde dos utentes são o foco do enfermeiro, sendo este responsável por prevenir doença, promover processos de adaptação ou readaptação funcional, satisfação das necessidades humanas básicas e a máxima independência na realização das atividades de vida diárias (OE, 2015). No contexto prático da problemática no SU, os enfermeiros assumem um papel fundamental nos cuidados com priorização de intervenções para a minimização de risco e de complicações.

Atendendo aos quatro conceitos descritos, pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem, pode inferir-se que todos eles estão implicados no problema identificado, carecendo cada um deles de medidas interventivas, diretas ou indiretas.

1.3 ENUNCIADOS DESCRITIVOS

Os enunciados descritivos são instrumentos que visam orientar o exercício profissional dos enfermeiros. O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2015) definiu seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

A satisfação do cliente relaciona-se indissociavelmente com a prestação de cuidados, nos quais o enfermeiro respeita crenças, valores e desejos individuais do cliente, estabelece parcerias de cuidados envolvendo conviventes significativos e procura minimizar o impacto negativo das mudanças de ambiente inerentes à atividade assistencial (OE, 2015). O SU trata-se de um serviço caracterizado por pressões constantes, necessitando de profissionais capacitados, com pensamento crítico que favoreça a aplicabilidade de referenciais teóricos que melhorem as condições de saúde do utente, privilegiando a agilidade, efetividade e cuidado holístico que contribua para uma maior satisfação do cliente (Angelim & Rocha, 2016). Afirma-se que profissionais mais capacitados, prestam melhores cuidados e proporcionam maior satisfação ao utente.

A procura constante de estratégias de alcance do máximo potencial de saúde é designada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem como promoção da saúde. Neste âmbito, o enfermeiro identifica a situação de saúde do utente, promove estilos de vida saudáveis, otimiza o trabalho adaptativo à condição de saúde e capacita o utente através de informação geradora de aprendizagem cognitiva. As atitudes promotoras de saúde são melhor implementadas em ambientes de trabalho harmoniosos, com baixa exposição a riscos e com profissionais qualificados e motivados para a prestação de cuidados (Angelim & Rocha, 2016). De acordo com a caracterização do SU, entende-se que o desgaste físico e psicológico da equipa de enfermagem, a sobrelotação frequente e a escassez de recurso humanos diminui a disponibilidade e a motivação necessárias para os cuidados, refletindo-se nos resultados em saúde dos próprios enfermeiros e pessoas cuidadas, com aumento da exposição a riscos de atos violentos.

A prevenção de complicações e a maximização do bem-estar e autocuidado são enunciados descritivos de enfermagem que se caracterizam pela célere identificação de potenciais problemas que necessitem de planificação e implementação de cuidados, evitando problemas ou minimizando efeitos indesejáveis. Incitam também ao rigor técnico e científico na planificação dos cuidados e à referenciação para outros profissionais das equipas multidisciplinares (OE, 2015). Os setores hospitalares com maior exposição ao risco de ocorrência de eventos violentos são setores de emergência e urgência dada a necessidade de priorização do atendimento por níveis de complexidade das situações de doença aguda, nem sempre compreendida por todas as pessoas (Fernandes & Passos, 2018). Neste sentido,

em situações de maior inconstância no SU, doentes menos urgentes podem percecionar erradamente o fluxo e organização dos cuidados, construindo ideias de fraco suporte ou abandono. Esta errónea perceção origina insatisfação, tensão e frustração no utente podendo constituir um fator desencadeador de comportamentos agressivos.

Os processos eficazes de readaptação funcional aos problemas de saúde são caracterizados pela prestação de cuidados numa visão contínua, com planeamento precoce da alta do utente, mobilizando recursos familiares e da comunidade para o ajuste à nova condição de saúde (OE, 2015). Segundo Angelim & Rocha (2016), quando o paciente é visto como "a doença" podem gerar-se situações de falta de humanização dos cuidados, cujo planeamento se reflete na resposta imediata à situação de doença, sem mobilização dos restantes recursos disponíveis com por exemplo o suporte familiar e social do utente. Nestas situações, o cuidado não humanizado pode contribuir para sentimentos de medo, angústia, ansiedade e/ou revolta tanto no utente como na rede de suporte, face às expetativas dos cuidados prestados. Observa-se com alguma frequência que os utentes têm alta do SUMC numa condição de saúde diferente da condição prévia, sem que exista preparação do momento da alta por vários fatores comuns neste tipo de serviço, como por exemplo a sobrelotação e a escassez de recursos humanos. Algumas situações de violência, particularmente com familiares e acompanhantes, surgem pelo facto de não se programarem os cuidados de saúde a pensar na readaptação funcional e na adequação do suporte familiar e social.

A organização dos cuidados de saúde determina a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem, com sistemas de registos e sistemas de melhoria contínua da qualidade. Neste enunciado descritivo de enfermagem elucida-se sobre a importância das dotações seguras e políticas de formação contínua dos enfermeiros para a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional (OE, 2015). O problema identificado reside fundamentalmente neste enunciado, uma vez que se identificou a ausência de um protocolo de atuação em caso de violência no SU. Foi também percecionado junto da equipa que existe uma notificação deficitária dos eventos de violência, relacionado com o desconhecimento do procedimento de registo. A criação de metodologias de atuação através de protocolos permite sistematizar a intervenção do profissional. Destaca-se a necessidade de garantir um ambiente seguro e de facultar formação aos profissionais, capacitando-os com estratégias preventivas e protetoras (Bordignon & Monteiro, 2021).

Apesar de terem sido identificados aspetos relevantes relacionados com todos os enunciados descritos foi necessário estreitar a atuação, restringindo o direcionamento do projeto de melhoria contínua para atuação nos domínios da organização dos cuidados de saúde e da prevenção de complicações. As atitudes estratégicas terão como foco a prestação de cuidados de enfermagem, determinando-se ganhos em saúde para os utentes e para os profissionais.

1.4 MODELO TEÓRICO DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

Para compreender o processo de transição saúde-doença que frequentemente despoleta comportamentos desajustados à realidade dos cuidados, por exemplo atos violentos, foi realizada uma exploração da teoria de Afaf Meleis, designada Teoria das Transições.

De acordo com Meleis citada por Nogueira (2017), a pessoa é um sistema aberto em constante relação de interdependência com o seu contexto/ambiente, sendo alvo de mudanças contextuais e situacionais ao longo da linha temporal. Meleis (2010) refere que a existência de um potencial problema poderá causar sofrimento ao indivíduo se este não estiver preparado para vivenciar experiências de transição. Para dar resposta este potencial problema, a autora fundamenta a atuação do enfermeiro através da necessidade de planificação de cuidados atendendo às condições específicas do utente e do contexto, desenvolvendo intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença, bem como processos de transição positivos, atendendo aos domínios: pessoa, doença, família, comunidade e ambiente (Meleis, 2010).

Nogueira (2017) refere que a Teoria das Transições permite compreender as mudanças na vida das pessoas, tanto a nível pessoal como comunitário. Da análise do referencial infere-se que as transições podem ser potenciadoras de crescimento ou retrocesso dependendo do processo evolutivo de acompanhamento e suporte. Esta teoria vigora numa perspetiva humanista, enfatizando a interdependência do binómio pessoa-contexto. As transições dependem de quatro dimensões: natureza das transições, condições de trabalho (fatores facilitadores e inibidores), padrões de resposta e terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010).

Numa perspetiva de correlação do referencial teórico com o problema identificado neste trabalho, é claro e compreensível que existe uma relação direta entre o desencadeamento de atos de violência com o ambiente onde estes acontecem. Frequentemente identificam-se fatores ambientais e organizacionais dos serviços de saúde que predispõem para o desenvolvimento de comportamentos agressivos e hostis, e que muitas vezes reforçam as características pessoais do agressor. Ambientes instáveis, inseguros, dotados de cuidados de saúde sob pressão, com baixos recursos humanos e materiais tornam-se ambientes propícios aos eventos de violência (Angelim & Rocha, 2016).

Todas as experiências de contacto com os cuidados de saúde implicam processos de transição com interpretação de significados inerentes à mudança na condição de saúde. Por vezes decorrem processos mal adaptativos que deliberam comportamentos agressivos dirigidos à equipa que presta cuidados de saúde. De acordo com a Teoria das Transições, os enfermeiros devem compreender a complexidade das transições, identificando a vulnerabilidade do processo e as possíveis respostas para a transição. Devem paralelamente desenvolver uma prática clínica centrada na pessoa e nas suas necessidades, bem como no ambiente que a rodeia. Desta forma, promove-se uma transição positiva (Meleis, 2010).

2. METODOLOGIA - CICLO DE DEMING

A excelência dos cuidados de saúde é indissociável da avaliação do desempenho das organizações. A qualidade das unidades de saúde faz referência frequentemente à satisfação das necessidades dos clientes e dos profissionais e à rentabilização de recursos. Uma ferramenta de gestão utilizada em vários contextos com foco na melhoria contínua da qualidade é o Ciclo de *Deming*, também designado por Ciclo PDCA. Trata-se de um método dinâmico influenciado pelos colaboradores, pelos gestores, pelo ambiente e pelos parceiros envolvidos. Inclui as necessidades e a expetativas dos clientes através da identificação de problemas e implementação de um plano estratégico, exigindo profissionais capacitados com visão sistémica direcionada para os objetivos. A primeira fase corresponde ao *Plan* com identificação do problema e definição de metas, objetivos, métodos, procedimentos e padrões. A segunda etapa corresponde ao *Do*, com a implementação das intervenções delineadas. Seguidamente realiza-se o *Check* através da verificação de resultados e avaliação das tarefas executadas. Por fim, na fase *Act* é realizada a comparação das ações desenvolvidas com as planeadas visando a implementação de medidas corretivas e preventivas, bem como a padronização de informação (Mirshawka, 1990). Através desta ferramenta foi delineado o projeto de melhoria contínua com resposta a todas as fases descritas anteriormente.

2.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

No contexto de prática clínica no SUMC prestam-se cuidados de saúde no segundo nível de acolhimento das situações de urgência, com apoio primordial e diferenciado aos Serviços de Urgência Básica e com referenciação para Serviços de Urgência Polivalente de situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou especialidades inexistentes no SUMC (Despacho n.º 10319/2014).

Aludindo à primeira etapa do Ciclo de *Deming* é crucial identificar o problema no qual se pretende intervir. Desta forma, no contexto de prática clínica no SUMC constata-se a inexistência de um protocolo de atuação em caso de episódio de violência no SU. O carácter instável da prática de cuidados em urgência e emergência alude a questões relacionadas com a segurança dos profissionais e dos utentes, agravando a instabilidade da segurança sempre que existe um episódio de violência.

A identificação do problema surgiu por observação prática de vários eventos de violência, física e não física, cuja atuação dos elementos da equipa de enfermagem deriva frequentemente dos conhecimentos pessoais e experiência profissional, refletindo-se por um lado na resolução positiva da situação de comportamento agressivo, e por outro observa-se comumente a existência de uma conduta interventiva de caracter intuitivo, marcada por situações de contenção ambiental, física e mecânica que podem suscitar questões ético-deontológicas.

A carência de formação interna respeitante ao tema da violência foi também identificada, priorizando-se formação em temáticas do domínio médico-cirúrgico. Na procura pela clarificação do impacto da violência no SU constatou-se que não existem indicadores de qualidade relativos a esta problemática, constituindo uma limitação à comparação futura de resultados.

2.2 ANÁLISE DO PROBLEMA

A violência perpetrada contra os profissionais de saúde no seu local de trabalho foi desde há muito apontada como um problema crescente a nível global. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2004), a abordagem do fenómeno de violência deve compreender vários fatores de risco e de proteção, bem como estratégias de intervenção a nível individual, relacional, comunitário e social.

De acordo com a literatura, a assistência de enfermagem sem suporte teórico padronizado pode contribuir para uma prática assistencial de maior exposição a riscos, com insegurança para o profissional e para o doente. Apontam-se como vantagens da existência de protocolos, a redução da variabilidade das ações nos cuidados, melhoria na capacitação dos profissionais para a tomada de decisão, facilidade na integração de novas técnicas e procedimentos, uso racional dos recursos, promoção do desenvolvimento de indicadores de processo e resultado, comunicação profissional e coordenação dos cuidados (Parvan, Silva, Júnior, Elisa & Felli, 2017).

A elaboração e implementação de protocolos de atuação não anulam a autonomia do enfermeiro, uma vez que se trata de um protocolo que o profissional se pode responsabilizar por utilizar ou não utilizar. Contudo a sua não utilização deve ser fundamentada com evidências éticas e científicas válidas que dão suporte à decisão. Também o seguimento do protocolo não desresponsabiliza o profissional (Parvan et al, 2017).

A identificação de inexistência de intervenções padronizadas para a atuação em situações de comportamento agressivo despoletou a necessidade de mobilizar e operacionalizar conhecimentos científicos e normativos para garantir uma correta resolução das situações. Os ganhos em saúde obtidos com a constituição de um protocolo de intervenção poderão ser evidentes tanto para a equipa de enfermagem como para os doentes/ famílias/ acompanhantes. Assim, a implementação do projeto de melhoria contínua centra-se na equipa de enfermagem.

2.3 PROPOSTA DE MELHORIA

Através da elaboração deste PMCQC propõem-se a construção de um protocolo de intervenção em situações de comportamento violento no serviço de urgência, dando resposta à inexistência de princípios orientadores da prática de enfermagem no SUMC. Com a

elaboração deste trabalho pretende-se uniformizar intervenções de enfermagem facilitando a identificação precoce de situações de risco de comportamentos violentos, capacitando os enfermeiros para uma intervenção estruturada com base em princípios científicos e auxiliando no processo de registo e notificação de situações de violência ocorridas.

2.4 OBJETIVOS

Após a identificação do problema no contexto de prática clínica foi definido o objetivo geral para a continuidade do desenvolvimento do projeto.

Objetivo geral: Implementar um protocolo de atuação em situação de violência no serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de uma Unidade de Saúde Local (ULS) da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Para o desenvolvimento estrutural do protocolo foi utilizado o documento das "Orientações para a Prevenção e Gestão da Violência em Contexto de Prestação de Cuidados de Saúde" de 2018 elaborado pela Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A estrutura do protocolo atenderá a áreas como a avaliação efetiva do risco de violências, promoção de ambiente seguro, prevenção e gestão de eventos violentos, intervenções específicas, registo/notificação e formação interna.
Segundo a Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022 de 5 de janeiro, reconhece-se a importância do investimento numa política de recursos humanos que reflita a atenção em organizações saudáveis e seguras como forma de combate a todas as formas de violência. Clarifica-se também que situações de violência interferem na qualidade dos serviços através de repercussões na organização, nas relações laborais e no desempenho dos profissionais.
Para fazer o paralelismo com a ESMP recorreu-se às competências específicas do enfermeiro EESMP para promover conhecimento em gestão de conflitos, técnicas de autocontrolo e de assertividade, bem como de regulação emocional. Este trabalho foi realizado com a equipa de enfermagem do SUMC, dotando-a de competências para melhorar a intervenção em situações vulneráveis e potencialmente geradoras de violência.

Objetivos específicos:

- compreender a perceção da equipa de enfermagem sobre a atuação em situações de violência no serviço de urgência;
- realizar formação interna aos enfermeiros sobre medidas preventivas de violência e estratégias de gestão de conflito;
- divulgar o protocolo de atuação em situação de violência no serviço de urgência;
- divulgar o sistema de registo de eventos HER+ e NOTIFICA;
- incentivar os enfermeiros a notificar os eventos de violência no serviço de urgência;

- diminuir o risco de eventos de violência no serviço de urgência;
- aumentar a segurança dos profissionais no serviço de urgência;
- aumentar a segurança dos utentes e acompanhantes no serviço de urgência;
- definir indicadores de qualidade.

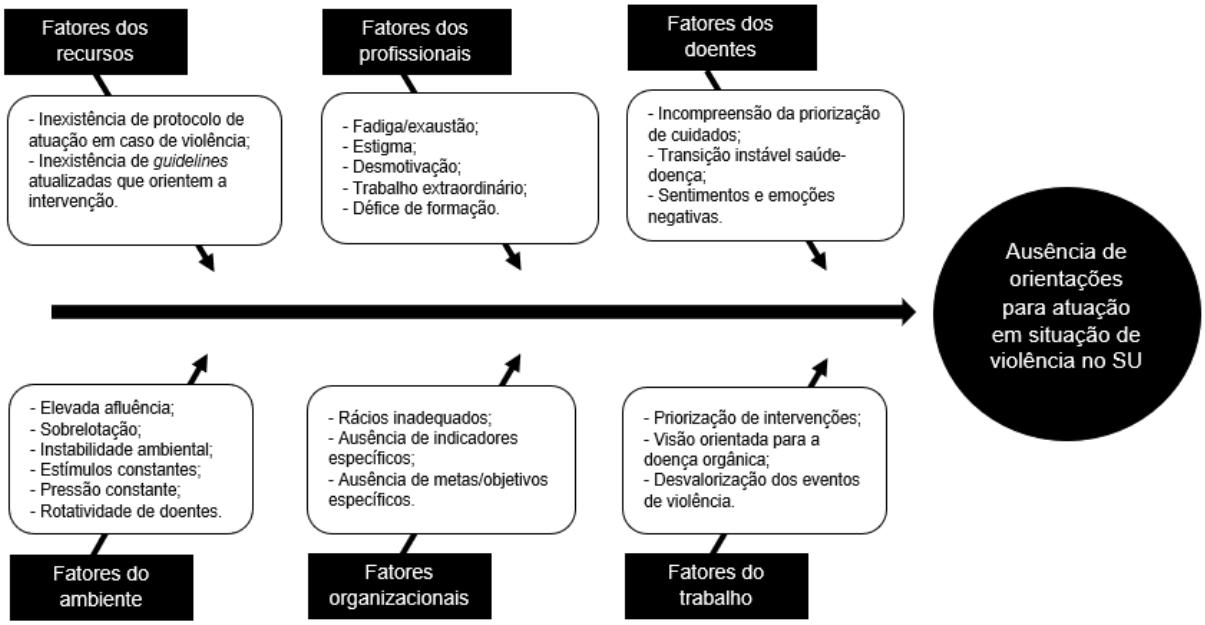
2.5 PERCEBER AS CAUSAS

Para compreender as verdadeiras causas do problema, para além da realização de uma revisão bibliográfica deve ser elaborada uma colheita de informação junto dos elementos que têm maior proximidade com os contextos. Por serem os enfermeiros os principais intervenientes nos cuidados, os quais estão sujeitos a riscos superiores de violência pela prolongada exposição durante os cuidados, foi junto da equipa de enfermagem do SUMC que se procurou perceber as perceções individuais e de grupo sobre a problemática.

2.5.1 Diagrama Causa-Efeito

Através de reuniões informais entre pares foram recolhidas informações sobre a pertinência da abordagem da temática e sobre as principais ideias de causalidade para a existência de risco de violência e para a consumação de atos violentos. Obteve-se com unanimidade noção sobre a pertinência de desenvolver o tema no contexto do SU. Foram também percecionados, junto da equipa e da chefia, os ganhos possíveis com a criação de medidas orientadoras para a intervenção na prevenção da violência e na atuação em caso de ato violento. A fim de esquematizar as ideias e melhor compreender as causas do problema foi utilizado o diagrama de causa-efeito, também conhecido por diagrama de Ishikawa.

Figura 1 - Diagrama causa-efeito



Fonte: elaboração própria

2.5.2 Check List de Heather Palmer

De acordo com o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2013), para melhorar a compreensão das causas do problema identificado pode utilizar-se a *check list* de Heather Palmer que permite a avaliação da qualidade do projeto. Neste sentido, para a progressão da elaboração do projeto foram respeitadas as etapas da lista de verificação.

Quadro 1 - Análise do projeto de acordo com a *Check List* de Palmer

a) Identificação da(s) dimensões do estudo	
Eficiência	**Descrição:** Procura pelo aumento do conhecimento sobre violência na equipa de enfermagem, com ganhos a curto, médio e longo prazo pela aplicação prática de medidas nos cuidados prestados.
Efetividade	**Descrição:** Desenvolvimento de competências de gestão de situações de violência na equipa de enfermagem, contribuindo para minorar os efeitos negativos de um episódio de violência, maximizando o ambiente de trabalho seguro, tanto para os profissionais como para os utentes e prevenindo os atos violentos.
Adequação técnico-científica	**Descrição:** Abordagem de conhecimentos científicos sobre violência no SUMC, com mobilização conteúdos teóricos que sustentem uma atuação fundamentada em evidência científica rigorosa e atual. Otimização das intervenções de enfermagem com criação de normas orientadoras de atuação baseadas em saberes técnico-científicos.
Satisfação/aceitabilidade	**Descrição:** Prevalece a relevância da identificação de satisfação da equipa de enfermagem e dos utentes alvo de cuidados no SUMC. A divulgação primária do projeto junto dos pares e chefia foi recebida com agrado, entendendo-se a real e adequada importância do estudo na prevenção e atuação em situações de violência. Relativamente aos utentes, o desenvolvimento do projeto constituirá ganhos em saúde dado que serão prestados cuidados por uma equipa mais capacitada a resolver situações potencialmente nefastas através da promoção de um ambiente seguro.
Acessibilidade	**Descrição:** A finalidade do planeamento e implementação do projeto traduz-se na sua execução no SUMC, com os enfermeiros. Serão desenvolvidas intervenções específicas de capacitação dos enfermeiros que voluntariamente aceitaram participar. Haverá necessidade de mediar com a gestão do serviço os momentos de partilha de conhecimentos, operacionalizando-os em momentos formais de aprendizagem.
b) Unidades de estudo	
Utilizadores incluídos	**Descrição:** Profissionais da equipa de enfermagem do SUMC de uma Unidade de Saúde Local da região de Lisboa e Vale do Tejo
Profissionais	**Descrição:** Equipa de enfermagem do SUMC
Período de tempo que se avalia	**Descrição:** Implementação nos anos civis de 2022, 2023 e 2024.
c) Tipos de dados (*Avedis Donabedian*)	
Descrição: Uma vez que não existem dados internos do serviço, com a implementação do projeto serão recolhidos dados para produção de indicadores de epidemiológicos, de resultado e estrutura.	
d) Fonte dos dados	
Entrevistas	**Descrição:** Realização de entrevistas informais para colheita de dados sobre perceções dos enfermeiros sobre os comportamentos violentos no SU e sobre

(continua)

(continuação)

	casos concretos de violência com proteção da identificação de dados pessoais do utente.
Questionários	**Descrição:** Obtenção de dados confidenciais sobre conhecimentos e perceções dos enfermeiros sobre violência no setor da saúde.
Observação direta	**Descrição:** Observação direta da prestação de cuidados pelos elementos da equipa de enfermagem para monitorização da adoção de lógicas de atuação assentes em evidência técnico-científica.
e) Tipo de avaliação	
Interna	**Descrição:** Interpares/autoavaliação. Poderá haver necessidade de definição futura de um ou mais elemento(s) da equipa de enfermagem para cooperar na avaliação dos resultados.
f) Critérios de avaliação	

Critério	Exceção	Esclarecimentos
Critério implícito – Projeto aplicável a todos os enfermeiros do SUMC	Enfermeiros que recusem participar no projeto.	X
Critério explícito 1 - Deve obter-se a perceção sobre violência de todos os enfermeiros que participam no projeto**.**	X	Através de entrevistas informais e questionários.
Critério explícito 2 – Elaborar protocolo de atuação em situação de violência.	X	Protoloco assente em evidência científica e ajustado aos cuidados prestados no SU disponível e divulgado no serviço.
Critério explícito 3 – Implementar o protocolo de atuação nos cuidados.	Situações que careçam de atuação distinta do protocolo de acordo com a avaliação do enfermeiro.	A implementação do protocolo determina que se realize uma avaliação prévia da situação para adequação dos cuidados. Assim, o protocolo não estabelece um padrão para todas as situações.

g) Colheita de dados	
Enfermeiro	**Descrição:** Enfermeiro responsável pelo projeto de melhoria contínua e um ou mais elemento(s) da equipa de enfermagem selecionado(s) para a avaliação interna.
h) Relação temporal	
Avaliação prospetiva	**Descrição:** Implementação do projeto para obtenção de ganhos em saúde tanto para a equipa de enfermeiros do SUMC, como para os utentes alvo de cuidados nesta unidade.
i) Definição da população e seleção da amostra	
Institucional	**Descrição:** Amostra constituída por elementos da equipa de enfermagem do SUMC que aceitem voluntariamente participar no estudo.
j) Medidas corretivas passíveis de ser usadas	
Medidas educacionais	**Descrição:** **-** elaboração de protocolo de atuação em situação de violência; **-** realização de formação interna sobre violência nos cuidados de saúde; - ação de treino de competências de gestão de conflitos, técnica de assertividade, autocontrolo e gestão de emoções;

(continua)

(continuação)

	- capacitação dos enfermeiros para a identificação de situações de risco de violência; - capacitação dos enfermeiros para a intervenção em situações de violência; - divulgação dos sistemas de notificação de eventos de violência; - elaboração de indicadores de qualidade.

2.6 PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS

Na primeira fase do ciclo de *Deming*, após a identificação do problema e definição de objetivos, é necessário planear procedimentos e padrões (Mirshawka, 1990). Para a planificação de atividades de desenvolvimento, implementação e avaliação do projeto foi elaborado um cronograma por forma a orientar as etapas definidas do ponto de vista temporal e organizacional. A linha temporal do cronograma está definida mensalmente e permite, pela observação e análise do instrumento de representação gráfica, observar que foram estabelecidas tarefas e atividades decorridas nos anos 2022, 2023 e 2024.

Quadro 2- Cronograma de atividades do projeto

Tarefas	**Prazos**											
	Ano de 2022											
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
1- Avaliação da viabilidade do projeto e recolha de dados junto da chefia do SUMC	X											
2 – Entrevistas informais com equipa de enfermagem	X											
3 – Definição concreta do problema		X										
Tarefas	**Prazos**											
	Ano de 2023											
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
4 – Contacto com equipa de gestão de risco clínico – Serviço de Gestão da Qualidade									X			
5 – Elaboração do protocolo de atuação									X	X	X	X
6 – Pedido de autorização à Comissão de Ética da ULS											X	
Tarefas	**Prazos**											
	Ano de 2024											
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
7 – Aprovação do pedido de autorização à Comissão de ética e Conselho de Administração			X									

(continua)

(continuação)

8 – Aplicação de questionário à equipa					X	X						
9 – Planificação de formação interna							X	X				
10 – Ação de formação interna								X				
11 – Divulgação do protocolo e fluxograma de atuação								X				
12 - Implementação piloto do protocolo de atuação								X	X	X	X	X
13 – Avaliação da implementação do protocolo												X
14 – Implementação de medidas corretivas												X
15 – Elaboração de indicadores de qualidade												X

Fonte: elaboração própria

Fase 1 – Avaliação da viabilidade do projeto e recolha de dados junto da chefia

A definição do problema para o projeto de melhoria contínua iniciou-se com a averiguação da aceitação e concordância da implementação prática do projeto no serviço de origem. Desta forma, foi realizada uma reunião informal com o enfermeiro gestor do serviço na qual foram discutidas a pertinência e a aplicabilidade do projeto no âmbito da segurança no SU com o desenvolvimento de um protocolo de atuação para situações de violência. Foi obtida uma resposta satisfatória, com aprovação do tema e atitude motivadora para o desenvolvimento do trabalho. Esta reunião decorreu no mês de janeiro de 2022. Face ao prolongamento do tempo de desenvolvimento do projeto e à necessidade de reunir documentação formal sobre a aceitação do trabalho no serviço para a Comissão de Ética, em dezembro de 2023 foi revalidado o interesse por parte do serviço na colaboração neste trabalho, sendo possível verificar a aprovação no anexo XI.

Fase 2 – Entrevistas informais com a equipa de enfermagem

Após aprovação do tema do projeto no contexto prático foram realizadas indagações informais sobre a perceção dos enfermeiros do SUMC relativamente às possíveis causas do fenómeno de violência no local de trabalho. Esta tarefa permitiu desenhar um diagrama de causa-efeito exposto na figura I. As perceções dos enfermeiros permitiram agrupar causas relativas aos enfermeiros, ao meio ambiente, ao método, aos materiais e às medidas.

Fase 3 – Definição concreta do problema

A confidencialidade dos dados de registo/notificação de eventos violentos do hospital não permitiu a análise dos dados numa fase precoce da elaboração deste projeto, exigindo consequentemente a análise de estudos de investigação recentes sobre a problemática da violência nos serviços de urgência. Considerou-se que a concordância dos resultados dos estudos analisados com as perceções dos órgãos gestores do serviço e da equipa de enfermagem permitiram definir a questão problema para o projeto. Importa realçar que após o Parecer da Comissão de Ética foi realizado um pedido ao Gabinete Jurídico para obtenção de dados anonimizados junto do serviço de Gestão da Qualidade da instituição. Posto isto, o problema identificado é a ausência de um protocolo de atuação em situação de violência no serviço de urgência.

Fase 4 – Contacto com Equipa de Gestão de Risco Clínico

O centro hospitalar possui um serviço de Gestão da Qualidade desde 2003, cuja finalidade é promover o desenvolvimento de métodos, ferramentas e programas que assegurem a melhoria do desempenho da *performance* assistencial, eficácia e eficiência organizacional, satisfação dos utentes e gestão do risco hospitalar. O serviço desenvolve atividades paralelas de Gestão de Risco/Segurança do Doente e Cultura de Segurança. Relativamente à Gestão de Risco/Segurança do Doente, a atividade desenvolve-se no controlo de infeção, procedimentos cirúrgicos, gestão de eventos com medicação, quedas e úlceras por pressão. No âmbito da Cultura de Segurança dedicam atividades aos vetores de segurança relacionados com a redução do erro associado à medicação, promoção da cirurgia Salva-Vidas, redução do erro associado à transfusão e redução da infeção associada aos cuidados de saúde.

Uma vez que a segurança é um conceito indissociável da prevenção de eventos de violência traçou-se uma tarefa de contacto com a Equipa de Gestão de Risco Clínico a fim de perceber se o projeto em desenvolvimento pode estar de acordo com alguma das áreas de intervenção, a gestão de risco e cultura de segurança. Ao dirigir-me a esta entidade, solicitei a consulta de dados de registo de eventos de violência no centro hospitalar, tendo sido divulgados. De acordo com os registos obtidos, entre 2003 e 2023 foram realizadas 89 notificações de situações de violência, sendo que os serviços com maior expressão foram o SUMC com 25 casos, a serviço de Psiquiatria com 20 casos e um dos serviços de urgência básica com 7 casos.

Foi realizado contacto telefónico com a coordenadora deste grupo de trabalho que permitiu compreender a plataforma utlizada para a notificação dos eventos de violência, remetendo também para a instrução de trabalho interna – Tipologia e Classificação de Eventos, disponível para todos os profissionais da instituição e que permite esclarecer a correta formulação da notificação. Mais recentemente, após ação de formação nacional para

elementos integrados em grupos de trabalho dirigidos à Prevenção da Violência no Setor da Saúde, foram conhecidos dados provisórios do Relatório de Segurança de 2023, elaborado por todos os hospitais públicos do país. Neste documento constam 13 notificações de violência dirigida a profissionais no ano de 2023 na ULS em questão, com um rácio de 4,8 situações por cada 1000 profissionais, não sendo identificado(s) o(s) serviço(s) de origem das notificações (DGS, 2024).

Fase 5 – Elaboração do protocolo de atuação

A padronização da intervenção dos enfermeiros numa situação de violência é objetivo específico do projeto, objetivando-se a elaboração de um protocolo de atuação do enfermeiro fundamentado com evidência científica e baseado nas Orientações para a Prevenção e Gestão da Violência em Contexto de Prestação de Cuidados de Saúde elaborado Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em 2018. Neste documento foram definidas áreas concretas de intervenção que foram utilizadas como fator delineador do protocolo desenvolvido para o serviço de urgência. O desenho da intervenção no documento suprarreferido não traduz a objetividade da sua aplicação no serviço de urgência dado o seu âmbito geral, pelo que será enriquecido com construtos científicos que derivam dos estudos de investigação utilizados como referência para este trabalho. Na construção do documento orientador das Orientações para a Prevenção e Gestão da Violência em Contexto de Prestação de Cuidados de Saúde destacam-se as áreas de prevenção, atuação, suporte e orientação.

Na elaboração do protocolo serão definidas intervenções para:

- avaliação e monitorização do risco de violência durante a prestação de cuidados;
- promoção de um ambiente seguro;
- acolhimento e atendimento;
- circuitos de prevenção e gestão de violência;
- intervenções perante uma situação de violência;
- registo, notificação, referenciação e análise de situações de violência;
- envolvimento dos utentes;
- formação interna sobre violência.

Para facilitar a integração do protocolo na prestação de cuidados no SU foi organizado um *dossier* com toda a documentação, disponibilizado a todos os enfermeiros do SU para consulta e sugestões de modificação face às alterações físicas e estruturais que o serviço atravessa devida a obras de requalificação. O protocolo pode ser consultado no apêndice XL.

Fase 6 e 7 – Pedido de autorização à Comissão de Ética da ULS e respetiva aprovação

Por forma a garantir os padrões de atuação que expressem os valores e cultura organizacionais da ULS, a estruturação e implementação do presente projeto procura refletir a responsabilidade e o empenho em manter boas práticas e comportamentos que espelhem

os valores de excelência, integridade, excelência, rigor e a confiança. Desta forma, foi submetido um pedido de Parecer (anexo XIV) ao grupo de trabalho que integra a Comissão de Ética do da ULS, o Conselho Jurídico e o Conselho de Administração, para garantir o cumprimento das normas ético-deontológicas e ao Código de Conduta Ética em vigor na instituição. O pedido foi realizado no mês de novembro de 2023 e teve aprovação em março de 2024 (anexo XV).

Fase 8 – Aplicação de questionário à equipa

A perceção da equipa de enfermagem sobre o problema identificado no serviço de urgência é um contributo significativo para a definição das etapas seguintes do projeto. A fim de reunir o maior número de dados para a caracterização do problema foi realizado um questionário no aplicativo *Google Forms*, disponibilizado a todos os enfermeiros para resposta sigilosa sobre questões relacionadas com aspetos pessoais e organizacionais que possam influenciar comportamentos de violência no serviço de urgência. A estrutura do questionário pode ser consultada no apêndice XLI.

Fase 9 e 10 – Planificação de formação interna e ação de formação

A atividade de planificação de ação de formação interna foi desenvolvida após aprovação da equipa gestora do serviço, sendo para isso apresentado um plano de formação com os objetivos, conteúdos, intervenção, recursos humanos, recursos materiais e metodologia de avaliação.

Nesta fase atendeu às necessidades formativas identificadas através dos questionários aplicados para colheita de dados bem como possíveis sugestões do grupo responsável pela formação interna do serviço. Foi dada primazia à divulgação dados estatísticos sobre comportamentos violentos no setor da saúde, bem como foi explanado o protocolo de atuação em situações de violência no SU, com recurso à mobilização de competências relacionadas com a gestão de conflitos, as técnicas comunicacionais, a técnica de resolução de problemas e a gestão de emoções.

A extensa composição da equipa de enfermagem aliada às constantes licitações para colmatar turnos em falta face à afluência elevada de doentes ao SUMC constituiu um forte obstáculo à disponibilidade e consequente motivação para a participação em ações de formação facultativas. Desta forma foram pensadas várias formas para aumentar a adesão através de métodos inovadores que permitam participar em diferido. Neste sentido, com recurso à gravação de conteúdo digital, respeitando ética e deontologiamente todos os preceitos e regras das ações de formação, foi gravada uma sessão de formação disponibilizada nos canais de comunicação interna dos elementos da equipa de enfermagem a fim de que, assim que possível, pudessem assistir à formação. Importa salientar que o risco de não adesão ao método era elevado, contudo face à recente utilização do mesmo método no serviço com bons resultados, mais uma vez obteve-se um *feedback* positivo, com várias

manifestações sobre a pertinência desta utilização face às características do serviço. A planificação da ação de formação e a apresentação *PowerPoint* utilizadas estão disponíveis no apêndice XLII e XLIII, respetivamente.

Fase 11 – Divulgação do protocolo de atuação, fluxograma e cartaz de sensibilização

Pode perceber-se pelo cronograma que a fase 10 e 11 estão planeadas temporalmente na mesma altura. Este facto justifica-se pela pertinência da divulgação do resultado da elaboração de protocolo no fim da ação de formação, explicando-se as diferentes fases do protocolo. Neste ponto foi também divulgado o sistema HER+, plataforma utilizada na ULS para notificação de eventos, bem como o sistema NOTIFICA. O documento correspondente ao protocolo de atuação pode ser consultado no apêndice XL, o fluxograma no apêndice XLIV e o cartaz de sensibilização no apêndice XLV.

Fase 12 – Implementação do protocolo de atuação

Após a ação de formação interna de setembro de 2024, de forma gradual foram realizadas abordagens junto dos profissionais para operacionalizar as intervenções orientadoras para a atuação em situação de risco de violência ou ato violento no serviço de urgência. Importa referir, que o serviço onde foi desenvolvido o projeto está atualmente em fase de remodelação e restruturação dos espaços físicos de atendimento aos utentes. Desta forma, futuramente será realizada uma adenda ao protocolo elaborado com adequação das intervenções aos espaços físicos, nomeadamente a redefinição do gabinete seguro e localização do(s) botão(ões) de pânico integrados nas novas instalações.

Fase 13 – Avaliação da implementação do protocolo de atuação

A avaliação da aplicabilidade do protocolo será realizada no final do ano civil de 2024 através de métodos de observação direta dos cuidados prestados e de avaliação dos registos de notificação de situações de violência. Caso necessário será integrado um elemento cooperativo para a recolha de dados a fim de aumentar o número de observações, bem como o rigor das mesmas. A data da entrega deste relatório foi realizado um questionário que pretendeu avaliar a implementação do protocolo (apêndice XLVI).

Fase 14 – Elaboração de indicadores de qualidade

Na etapa de construção de indicadores foram definidos os indicadores de relevância para a contribuição para a melhoria dos cuidados de saúde à população e para a planificação, atuação e avaliação dos enfermeiros. No fim do ano de 2024, posteriormente à recolha e tratamento de dados pretende-se a obtenção dos seguintes indicadores de qualidade:

- epidemiológico: taxa de incidência de eventos de violência no SUMC;
- de resultado: efetividade na prevenção de eventos de violência no SUMC;
- de estrutura: número de horas de formação dos enfermeiros sobre atuação em situação de comportamento violento.

Fase 15 – Implementação de medidas corretivas

A par das duas fases anteriores, depois de avaliada a operacionalização do protocolo foi realizada uma avaliação crítico-reflexiva sobre os resultados, com definição ou redefinição de objetivos para dar resposta às necessidades identificadas nos profissionais do SUMC. No fim do ano civil serão avaliados os indicadores de qualidade suprarreferidos. Serão posteriormente delineadas medidas corretivas decorrentes das possíveis lacunas ou erros identificados durante a aplicação na dinâmica de prática clínica. Por estarmos perante um espaço temporal alargado, todos os meses serão consultados os impressos de notificação interna de risco e/ou eventos violentos com o intuito de perceber se há necessidade de encurtar a redefinição de objetivos, nomeadamente com o aumento das atividades de sensibilização dos utilizadores do serviço de urgência e ações de formação dirigidas aos profissionais.

2.7 VERIFICAR RESULTADOS

A amostra do estudo caracteriza-se por ser intencional e seletiva. A sua composição integra 92 enfermeiros a desempenhar funções no SUMC, dos quais 61 (n) responderam ao questionário e participaram nas atividades planeadas.

O projeto “Intervenção do Enfermeiro em Situações de Comportamento Violento no Serviço de Urgência” assentou nos fundamentos do documento “Orientações para a Prevenção e Gestão da Violência em Contexto de Prestação de Cuidados de Saúde” da Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2018) e visou desenvolver uma prática clínica de enfermagem sistematizada. Sucintamente, após um período de indagação informal, foram realizados questionários de colheita de dados, realizado o diagnóstico situacional, planeada e implementada formação em serviço sobre a temática, e por fim criação de material de sensibilização da comunidade utilizadora do serviço de urgência.

Numa fase precoce do projeto, junto da equipa de enfermagem percecionou-se a referência à existência de vários fatores comuns relacionados com o risco de exposição a comportamentos violentos. Expressões como “a sobrelotação constante do serviço e a sobrecarga de trabalho”*sic*, “o cansaço e a fadiga associada à jornada de trabalho”*sic*, “os utentes alocados a espaços físicos desadequados e não pensados para o efeito”*sic*, “a permanência de doentes internados no serviço a aguardar vagas em enfermarias sem condições asseguradas de sono e repouso”*sic* ou “a dificuldade em criar momentos de partilha e reflexão sobre situações de *stress* no serviço”*sic* foram alguns dos relatos realizados pelos profissionais que permitiram compreender a importância da abordagem do fenómeno de violência no setor da saúde.

Para o tratamento dos dados recolhidos através do questionário realizado à equipa de enfermagem foi utilizado o Programa Excel. No método de análise descritiva foram utilizados o número (n), a percentagem (%), a média (M), o desvio padrão (Dp), o mínimo (Min) e o máximo (Max). Para facilitar a perceção dos resultados obtidos, a informação foi organizada sob a forma de tabelas às quais se associa uma descrição.

Na tabela 1 observa-se que dos 92 enfermeiros a desempenhar funções no SUMC, 61 enfermeiros responderam ao questionário, correspondendo a 66,3% do total da equipa.

Tabela 1 – Enfermeiros que responderam ao questionário inicial

Enfermeiros	**(n=92)**	
	%	**n**
Responderam ao questionário	66,3	61
Não responderam ao questionário	33,7	31

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 2 sobre a caracterização sociodemográfica, a média (M) de idades dos enfermeiros é 35,19 anos, com um desvio padrão (Dp) de 7,98 anos e cuja idade mínima (Mín) é 24 anos e a idade máxima (Máx) 60 anos. Relativamente ao número de anos a desempenhar funções de enfermagem, o tempo mínimo (Mín) é de 2 anos e o tempo máximo (Máx) de 38 anos, sendo que a média (M) de anos de trabalho é 11,91 anos e o desvio padrão (Dp) de 8,21 anos. No que concerne ao número de anos a desempenhar funções no contexto específico dos cuidados em urgência, a média (M) é de 7,59 anos, o tempo mínimo (Mín) é um ano e o tempo máximo (Máx) é de 34 anos. Já o desvio padrão (Dp) em relação a esta questão, é de 6,77 anos.

Tabela 2 – Caracterização do grupo de enfermeiros relativamente à atividade profissional

Enfermeiros (n=61)				
	M	**Dp**	**Mín.**	**Máx.**
Idade	35,19	7,98	24	60
Número de anos profissional	11,91	8,21	2	38
Número de anos de atividade profissional no serviço de urgência	7,59	6,77	1	34

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 3 observa-se que os enfermeiros que responderam ao questionário são maioritariamente do sexo feminino, correspondendo a 91,80%, contrapondo os 8,19% do sexo masculino. Esta dado reafirma a composição da equipa de enfermagem do SUMC estudado, o qual integra uma equipa maioritariamente feminina.

Tabela 3 – Caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo

Enfermeiros (n=61)	**n**	**%**
Feminino	56	91,80
Masculino	5	8,19

Fonte: elaboração própria

A Tabela 4 permite caracterizar o tipo de trabalho dos enfermeiros quanto a realização de jornadas de trabalho por turnos ou não. No que diz respeito a esta questão, dos 61 enfermeiros (n) que responderam ao questionário, 59 enfermeiros correspondendo a 96,72% desempenham funções por turnos e 2 enfermeiros com 3,27% não desempenham funções por turnos.

Tabela 4 – Caracterização do trabalho de enfermagem quanto à tipologia de jornadas de trabalho por turno

Enfermeiros (n=61)	**n**	**%**
Enfermeiros que exercem funções por turnos	59	96,72
Enfermeiros que não exercem funções por turnos	2	3,27

Fonte: elaboração própria

Após a caracterização sociodemográfica da amostra foram realizadas questões sobre a caracterização individual no local de trabalho com questões relacionadas com a temática do projeto, tendo resultado conclusões possíveis de constatar nas próximas tabelas.

Na Tabela 5 observa-se que relativamente à probabilidade de existir comportamentos violentos dirigidos à equipa de profissionais do SU, 9,83% da amostra considera haver uma probabilidade *Ocasional*, 42,62% considera *Frequentemente* esta probabilidade e 47,54% considera *Muito Frequentemente.* Face às respostas a esta questão, desde cedo se percecionou a importância da implementação do projeto para melhorar a eficácia na atuação da equipa de enfermagem, aumentado tanto a segurança e como a satisfação profissional através de uma *praxis* estruturada e sistematizada.

Tabela 5 – Perceção dos enfermeiros sobre a probabilidade de existirem comportamentos violentos no SU

Enfermeiros (n=61)												
	Nunca		**Raramente**		**Ocasional**		**Frequentemente**		**Muito Frequentemente**			
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Probabilidade de existirem comportamentos violentos dirigidos à equipa profissional?	0	0	0	0	6	9,83	26	42,62	29	47,54		

Fonte: elaboração própria

A Tabela 6 mostra a opinião dos enfermeiros relativa à existência de um impresso interno de notificação de eventos violentos no serviço de urgência, sendo que 77,04% considera *Muito Importante*, 18,03% considera *Importante* e 4,91% considera ser *Moderadamente Importante*.

Contra algumas expetativas iniciais desta investigação, na generalidade a equipa considera necessária a existência de um documento interno do serviço que permita fazer a notificação da situação mesmo que isso implique o preenchimento de mais um documento aquando de um evento de violência dirigida a um profissional de enfermagem no serviço de urgência.

Tabela 6 – Perceção dos enfermeiros sobre a notificação interna de eventos violentos

Enfermeiros (n=61)										
	Muito importante		**Importante**		**Moderadamente importante**		**Pouco importante**		**Nada importante**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Qual a sua opinião sobre a existência de um impresso de notificação interna de eventos de violência no SU?	47	77,04	11	18,03	3	4,91	0	0	0	0

Fonte: elaboração própria

A Tabela 7 integra dados recolhidos através do uso da Escala *Likert* para várias questões. Quando questionada a amostra (n=61) sobre considerarem suficientes as respostas estruturais do serviço em situações de violência, 6,55% responderam *Concordo* com as condições existentes, 9,83% responderam *Não concordo, Nem Discordo*, 73,77% referiram *Discordo* e 9,83% responderam *Discordo Totalmente*.

Relativamente à questão sobre considerarem suficientes os conhecimentos sobre métodos de prevenção de violência no serviço de urgência, 4,91% da amostra (n=61) responderam *Concordo*, 4,91% responderam *Não Concordo, Nem Discordo*, 78,68% *Discordo* e 11,47% *Discordo Totalmente*. No que diz respeito à questão sobre possuir conhecimentos suficientes sobre intervenção estruturada em situações de conflito, 27,86% respondeu *Concordo*, 19,67% afirmaram *Não Concordo, Nem Discordo*, 45,90% referiram *Discordo* e 6,55% responderam *Discordo Totalmente*. Globalmente é possível afirmar que a equipa considera ser necessário aumentar o conhecimento em métodos sobre prevenção e intervenção estruturada em situações de violência no SU.

Tabela 7 – Dados relativos aos conhecimentos dos enfermeiros sobre métodos de prevenção de violência

Enfermeiros (n=61)										
	Concordo totalmente		**Concordo**		**Não concordo, nem discordo**		**Discordo**		**Discordo totalmente**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Considera suficientes as respostas possíveis em situações de violência contra profissionais no que diz respeito às condições estruturais do SU?	0	0	4	6,55	6	9,83	45	73,77	6	9,83
Considera suficientes os conhecimentos sobre métodos de prevenção de violência no serviço de urgência?	0	0	3	4,91	3	4,91	48	78,68	7	11,47
Considera-se munido de conhecimentos para uma intervenção estruturada que permita diminuir o conflito?	0	0	17	27,86	12	19,67	28	45,90	4	6,55

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 8 estão expostos os dados relativos à perceção da equipa de enfermagem sobre a necessidade de criar e implementar um protocolo de atuação e realizar formação em serviço sobre o tema. Quanto à primeira questão sobre a criação e implementação de um protocolo de sistematização da intervenção dos enfermeiros, 57,37% considera *Concordo Totalmente* e 42,62% considera *Concordo*. Relativamente à segunda questão sobre a pertinência da realização de formação em serviço, 67,21% respondeu *Concordo Totalmente* e 32,78% responder *Concordo*. Destes dados infere-se que a equipa está disponível para trabalhar a temática, identificando a necessidade de implementar um protocolo de atuação e a criação de momento formativo para a sua integração nos cuidados.

Tabela 8- Dados sobre a necessidade de implementação de medidas padrão de atuação em situação de violência

Enfermeiros (n=61)	**Concordo totalmente**		**Concordo**		**Não concordo, nem discordo**		**Discordo**		**Discordo totalmente**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Considera importante a criação e implementação de um protocolo de atuação com sistematização da intervenção do enfermeiro face a um comportamento violento no serviço de urgência?	35	57,37	26	42,62	0	0	0	0	0	0
Considera pertinente a realização de formação em serviço sobre prevenção de situações de violência, incluindo técnicas comunicacionais e de gestão de conflito?	41	67,21	20	32,78	0	0	0	0	0	0

Fonte: elaboração própria

A Tabela 9 reporta os resultados sobre os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre os serviços mais expostos a situações de violência contra profissionais. Da amostra total, 9,83% responderam *Cuidados Intensivos, Urgência e Psiquiatria*, 9,83% responderam *Pediatria e Urgência* e 80,32% responderam *Psiquiatria e Urgência*. De acordo com a literatura, os setores onde se verificam mais eventos de violência são os serviços de urgência e os serviços de psiquiatria (Bordignon & Monteiro, 2021).

Tabela 9 – Conhecimentos sobre serviços de saúde mais expostos a situações de violência

Enfermeiros (n=61)	**Cuidados Intensivos, Urgência e Psiquiatria**		**Pediatria e Urgência**		**Psiquiatria e Urgência**		**Cuidados Intensivos e Urgência**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Quais os serviços que considera mais expostos a situações de violência contra profissionais?	6	9,83	6	9,83	49	80,32	0	0

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 10 observam-se as respostas à questão sobre a categoria profissional mais afetada por episódios de violência no contexto dos cuidados de saúde face à existência de notificações. Dos participantes no questionário, 16,39% responderam *Enfermeiros*, 9,83%

responderam *Enfermeiros e Médicos*, 3,27% responderam *Enfermeiros e Assistentes Técnicos* e 70,49% escolheram a opção *Enfermeiros e Assistentes Operacionais*. Importa salientar que os autores anteriores, referem que os enfermeiros e os médicos são as classes profissionais que mais notificam situações de violência contribuindo para os estudos baseados em dados de notificação. Contudo realça-se que outras classes profissionais como é o exemplo dos Assistentes Operacionais ainda subnotificam estas situações, constituindo uma lacuna na análise dados das situações de violência ocorridas.

Tabela 10 – Conhecimentos sobre classe profissional mais afetada por comportamentos violentos

Enfermeiros (n=61)								
	Enfermeiros		**Enfermeiros e Médicos**		**Enfermeiros e Assistentes Técnicos**		**Enfermeiros e Assistentes Operacionais**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Quais os profissionais mais afetados por episódios de violência no contexto dos cuidados de saúde, com notificação realizada?	10	16,39	6	9,83	2	3,27	43	70,49

Fonte: elaboração própria

A Tabela 11 apresenta os dados relativos a questões operacionais em situações de risco de violência ou situações de violência consomadas. A primeira questão refere-se à existência de conhecimento sobre a existência de botão(ões) de pânico no serviço, sendo que 40,98% respondeu que *Sim* e 59,01% respondeu que *Não*. À segunda questão, sobre o conhecimento relacionado com a existência de uma palavra-chave que identifique uma situação de risco ou evento violento no SUMC, 100% da amostra respondeu *Não*. À terceira questão sobre o conhecimento sobre o sistema de notificação vigente na instituição, 18,03% referem que *Sim* e 81,96% refere que *Não*. Já em relação ao conhecimento sobre a Instrução de Trabalho "Tipologia e Classificação de Eventos" em vigor na instituição, 9,83% da amostra respondeu *Sim* e 90,16% responderam *Não*. Na generalidade importou perceber que a maioria dos profissionais não tem conhecimento sobre mecanismos de ação em situações de violência, desconhecendo também os padrões instituídos de notificação de eventos na instituição.

Tabela 11 – Dados sobre métodos de intervenção em situação de violência no SUMC

Enfermeiros (n=61)				
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Tem conhecimento da existência de botão(ões) de pânico no serviço?	25	40,98	36	59,01
Conhece alguma palavra-chave que permita identificar precocemente uma situação de violência pelos pares profissionais no seu serviço?	0	0	61	100
Conhece o sistema de notificação de situações de violência vigente na sua instituição?	11	18,03	50	81,96
Conhece a instrução de trabalho vigente na sua instituição sobre "Tipologia e Classificação de Eventos"?	6	9,83	55	90,16

Fonte: elaboração própria

A tabela 12 mostra dados sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre o método de notificação formal de uma situação de violência. Após um evento violento decorrido no SUMC, 14,75% responderam que fariam a notificação no NOTIFICA, 21,31% no HER+ e 63,93% notificariam à chefia. De acordo com normas internas da instituição onde se desenvolveu o projeto, o procedimento adequado para a notificação é através do acesso ao HER+ no RISI – *Expert Software Solutions* sendo o procedimento desconhecido da maioria da amostra.

Tabela 12 – Método utilizado pelos enfermeiros para a notificação de evento de violência

Enfermeiros (n=61)	**NOTIFICA**		**HER+**		**Notificação à chefia**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Se tivesse de notificar um evento de violência contra profissionais no seu local de trabalho, qual a sua primeira opção?	9	14,75	13	21,31	39	63,93

Fonte: elaboração própria

Na tabela 13 observa-se que 86,88% dos enfermeiros afirmam ter sofrido algum tipo de violência no seu contexto de trabalho e 13,11% responderam *Não*. Pela expressão numérica considera-se que a maioria da equipa de profissionais já sofreu algum tipo de violência no ambiente de trabalho.

Tabela 13 – Dados sobre violência sofrida pelos enfermeiros do SUMC

Enfermeiros (n=61)	**Sim**		**Não**	
	n	**%**	**n**	**%**
No seu contexto de trabalho considera ter sofrido algum episódio de violência?	53	86,88	8	13,11

Fonte: elaboração própria

Face à questão anterior, a amostra foi questionada sobre o tipo de violência experienciada. A Tabela 14 mostra que 45,90% respondeu *Violência Física*, 32,78% respondeu *Violência Psicológica*, 6,55% respondeu *Assédio Moral* e 14,15% respondeu *Não se aplica*.

Tabela 14 – Dados sobre o tipo de violência sofrida pelos enfermeiros do SUMC

Enfermeiros (n=61)	**Violência Física**		**Violência Psicológica**		**Assédio Moral**		**Assédio Sexual**		**Outra**		**Não se aplica**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Que tipo de violência experienciou?	28	45,90	20	32,78	4	6,55	0	0	0	0	9	14,75

Fonte: elaboração própria

Para compreender a forma de intervenção dos enfermeiros relativamente à resposta em situações de comportamento violento, a amostra foi questionada sobre que tipo de intervenção implementada. Na Tabela 15 observa-se que 39,34% utilizou *Técnicas*

Comunicacionais, 18,03% usou *Técnicas de Gestão de Conflitos*, 18,03% usou a *Resposta Intuitiva*, 6,55% não interveio na situação e 16,39% respondeu *Não se aplica*.

Tabela 15 – Tipo de intervenção dos enfermeiros face a comportamentos violentos

Enfermeiros (n=61)										
	Técnicas Comunicacionais		**Técnicas de Gestão de Conflitos**		**Resposta intuitiva**		**Não intervi na situação**		**Não se aplica**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Que tipo de intervenção implementou face à situação?	24	39,34	11	18,03	11	18,03	4	6,55	10	16,39

Fonte: elaboração própria

A Tabela 16 apresenta os dados sobre a notificação de situações de violência referidas nas Tabelas 14 e 15, através da questão *Realizou notificação da situação de violência?.* Do toral da amostra 4,91% respondeu que *Sim*, 77,04% respondeu que *Não* e 18,03% respondeu *Não se aplica*. Face a estes números infere-se que a subnotificação das situações de violência no SUMC é expressiva carecendo de comportamentos de mudança, aumentando o conhecimento sobre métodos de notificação em vigor na instituição.

Tabela 16 – Dados sobre a efetivação da notificação das situações de violência no SUMC

Enfermeiros (n=61)						
	Sim		**Não**		**Não se aplica**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Realizou notificação da situação de violência?	3	4,91	47	77,04	11	18,03

Fonte: elaboração própria

Aos dados apresentados anteriormente acrescentam-se ainda algumas notas efetuadas pelos enfermeiros na questão aberta disponibilizada no fim do questionário. Exemplo disso são a perceção sobre a necessidade formativa da equipa em relação à temática percebida através de expressões como "*é importante formar e capacitar os profissionais em formas de atuar perante uma situação de violência. Na minha experiência, a resposta intuitiva é a mais usada perante uma situação de violência psicológica, o que acaba por não ser o mais correto*"sic, "*hoje em dia são recorrentes episódios de violência no SU, tanto por parte dos doentes como por parte dos familiares, seja ela física, psicológica ou moral. Considero pertinente a formação nesta área e implementação de métodos de ajuda para nos sentirmos mais seguros no nosso local de trabalho*"sic. Uma das dimensões mais vezes referida pelos enfermeiros é a necessidade de melhorarem os conhecimentos e competências sobre gestão de *stress* associado ao contexto instável do SU. "*O stress a que estamos sujeitos e a sobrecarga de trabalho acaba por nos levar muitas vezes a reagir por instinto ao invés de forma racional, planeada e coordenada"*sic e "*considero pertinente formações de gestão de stress em*

situações limite"sic são exemplos das menções realizadas por alguns dos enfermeiros participantes.

Posteriormente à formação disponibilizada a toda a equipa (n=92), e depois da operacionalização do protocolo, foi realizado um segundo questionário usando a mesma ferramenta, o *GoogleForms*. Uma vez que não se restringiu a resposta ao questionário apenas aos 61 elementos que participaram no primeiro questionário, a avaliação da adesão à formação foi realizada em relação à equipa total (n=92). O número de enfermeiros que respondeu ao segundo questionário foi 63 (68,47%), não sendo possível perceber se todos os que responderam ao primeiro questionário também responderam ao segundo. A análise dos dados relativos ao segundo questionário está divulgada nas próximas tabelas.

A tabela 17 representa dos dados sobre o número de enfermeiros que respondeu ao questionário, sendo que 68,47% da equipa respondeu e 31,52% não respondeu.

Tabela 17 – Enfermeiros que responderam ao segundo questionário

Enfermeiros	**(n=92)**	
	%	**n**
Responderam ao questionário	68,47	63
Não responderam ao questionário	31,52	29

Fonte: elaboração própria

Avaliado a pertinência e adequação do protocolo ao contexto dos cuidados prestados no SUMC foram realizadas duas questões que se encontram analisadas estatisticamente na tabela 18. Relativamente à questão sobre a metodologia do protocolo ser considerada facilitadora da prática clínica, 36,5% responderam *Concordo totalmente*, 53,96% responderam *Concordo* e 9,52% responderam *Não concordo, nem discordo*. No que corresponde à questão sobre a adequação do protocolo à dinâmica dos cuidados no SUMC, 28,57% responderam *Concordo totalmente*, 60,31% *Concordo*, 9,52% *Não concordo, nem discordo* e 1,58% assumiram *Discordo*. Através destes dados permite-se inferir que a maioria da equipa considera ser um protocolo facilitador e adequado ao contexto.

Tabela 18 – Dados sobre perceção dos enfermeiros face à implementação no SUMC

Enfermeiros (n=63)										
	Concordo totalmente		**Concordo**		**Não concordo, nem discordo**		**Discordo**		**Discordo totalmente**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Considera a metodologia do protocolo facilitadora da prática clínica?	23	36,5	34	53,96	6	9,52	0	0	0	0
Considera o protocolo adequado à dinâmica dos cuidados do SUMC?	18	28,57	38	60,31	6	9,52	1	1,58	0	0

Fonte: elaboração própria

As últimas perguntas do questionário referem-se à implementação prática do protocolo no SUMC e os resultados constam na tabela 19. À questão sobre se desde a divulgação do protocolo alguma vez os enfermeiros orientaram a sua prática por este documento, 22,22% afirma que *Sim* e 77,78% afirmam que *Não*. No que diz respeito à pergunta sobre se nos últimos dois meses notificou alguma situação de violência, 11,11% responderam que *Sim* e 88,89 responderam que *Não*.

Tabela 19 – Dados sobre a implementação prática do protocolo de atuação no SUMC

Enfermeiros (n=63)				
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Desde a divulgação do protocolo, alguma vez orientou a sua prática através deste método de intervenção?	14	22,22	49	77,78
Nos últimos dois meses notificou alguma situação de violência?	7	11,11	56	88,89

Fonte: elaboração própria

2.8 PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, PADRONIZAR E TREINAR A EQUIPA

A procura pela melhoria da eficácia do projeto implementado fomentou uma análise crítica e reflexiva sobre o processo de implementação, usando o método de análise *SWOT.* Este método é um processo dinâmico e permanente caracterizado pela avaliação de duas vertentes, a interna ou individual e a externa ou ambiental. *SWOT* é o acrónimo de *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*. Relativamente à análise interna podem identificar-se aspetos relacionados como os pontos fortes e os pontos fracos. Já a análise externa diz respeito às oportunidades e às ameaças. A utilização desta ferramenta permite analisar a situação atual comparando-a com o passado e o futuro, possibilitando o desenvolvimento de um plano estratégico através da identificação de riscos e da resolução prioritária de problemas. Sucintamente, *Strengths* (pontos fortes) são as vantagens internas que devem ser maximizadas, *Weaknesses* (pontos fracos) são pontos negativos internos que devem ser corrigidos e ultrapassados, *Opportunities* (oportunidades) aspetos externos positivos que determinam vantagem competitiva e *Threats* (ameaças) são aspetos externos negativos que diminuem o potencial do projeto. (Turner, 2010).

Através da figura 2 é possível compreender a análise sintetizada do processo de desenvolvimento do projeto integrado no contexto do SMUC e compreender os resultados evidenciados anteriormente.

Figura 2 - Análise *SWOT* do desenvolvimento do projeto

Fonte: elaboração própria

Atendendo às forças do projeto, precocemente foi percecionada a recetividade para a sua implementação, tanto por parte da coordenação do serviço como da equipa de enfermeiros que integra o SUMC. O reconhecimento da importância da criação de métodos de intervenção padronizados assentes em fundamentos científicos que facilitam a prática de enfermagem na área da atuação em situações de comportamento violento permitiu gerar na equipa interesse pelo tema, com identificação da necessidade formativa. Beneficiando deste interesse e disponibilidade demonstrados, desenvolveram-se documentos de apoio à intervenção dos enfermeiros, nomeadamente um protocolo composto por fundamentos teóricos, técnicas utilizadas em situações de violência, fluxograma orientador da prática e orientações para a notificação de eventos e registo no SClínico e foi realizada formação em serviço sobre o tema. Após a implementação do protocolo, com a integração de uma metodologia de intervenção padronizada passou a ser desenvolvida por alguns elementos uma prática clínica com conhecimentos sobre gestão do comportamento e da comunicação e com noções sobre técnicas de gestão de conflitos que permitiu melhorar os cuidados prestados e consequentemente melhorar a satisfação desses profissionais. Esta avaliação foi realizada por meio de observação direta da prestação de cuidados em situações de risco de violência, que permitiu inferir que alguns profissionais alteraram métodos de trabalho após aquisição de conhecimentos sobre o tema.

Referindo as características estruturais do SU, perceber-se que a organização das infraestruturas do serviço não constituiu uma mais-valia para a implementação de estratégias

de gestão de situações de violência da forma mais simplificada. O facto de existirem poucas salas que pudessem constituir um gabinete seguro, o SU ser um espaço bastante compartimentado e com circuitos de doente em constante mudança pela presença de obras de requalificação do espaço foram situações identificadas que limitaram a implementação do fluxograma no que diz respeito à definição clara das etapas a percorrer numa situação de violência.

Por outro lado, apesar de ter sido utilizada uma estratégia formativa que permitia estender ao maior número de elementos do serviço a oportunidade de assistir em diferido, percebeu-se que ao nível da avaliação do conhecimento houve dificuldade na obtenção de resultados. Após disponibilização da formação assistiram à mesma 63 enfermeiros, consistindo em 68,47% da equipa, traduzindo a sua maioria. Mais uma vez foi considerado um método eficaz de acesso a conteúdo formativo. Contudo, a impossibilidade gerada pela formação em formato diferido não permiti o *feedback* imediato, nem a interação entre elementos dificultando não só o processo de esclarecimentos de dúvidas, como também o treino de competências.

Após implementação do protocolo, não foram notificadas internamente situações de violência. Contudo no questionário de avaliação do projeto, foi referida por 11,11% dos enfermeiros a existência de notificação de situações de violência nos últimos dois meses. Desta forma, conclui-se que o processo de notificação instituído não está a ser corretamente implementado. Destes dados poderá inferir que há necessidade de organizar mais momentos formativos para integração dos preceitos do protocolo na prática clínica.

Outra fraqueza relacionada com a ausência de notificação, foi a inexistência à data de indicadores de qualidade mensuráveis, pelo que a avaliação será novamente realizada no final do ano civil de 2024, de acordo com a planificação do projeto.

Relativamente aos aspetos externos, a possibilidade da sua extensão do protocolo aos outros dois serviços de urgência da instituição é uma oportunidade para o futuro, assim que sejam obtidos resultados positivos com a sua implementação no SUMC, nomeadamente com constatação da diminuição das situações de violência e com os ganhos obtidos através da gestão dos comportamentos violentos realizada pela equipa de enfermagem. Aproveitando as atuais políticas de saúde direcionadas para a temática de prevenção da violência no setor da saúde, importa continuar a capacitar os profissionais e a sensibilizar os utilizadores dos cuidados de saúde sobre as características dos recursos existentes, por forma a adequarem as expetativas à realidade, evitando situações de instabilidade que potenciem situações de violência.

Como ameaças ao projeto foi identificada a priorização das intervenções no âmbito do modelo biomédico, deixando intervenções relacionadas com a comunicação, a gestão de emoções, a gestão de conflitos, a assertividade e o autocontrolo para segundo plano. Também o tipo de registo de enfermagem comumente utilizado no SUMC com recurso a nota geral de

enfermagem, sem elaboração de um processo de enfermagem estruturado, dificultou o levantamento do número de intervenções relacionadas com situações de violência dirigida a profissionais pela falta de registo. Nesta situação verifica-se a necessidade de dar também continuidade ao trabalho de sensibilização dos profissionais para a importância dos registos de enfermagem com recurso ao processo de enfermagem.

Tendo em conta esta análise identificam-se com estratégias corretivas:

- desenvolvimento de novas oportunidades de formação em serviço que permitam capacitar o maior número de elementos da equipa de enfermagem;
- sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de realizarem a notificação e o registo corretos das situações de violência por forma a obter dados que justifiquem a necessidade de investimento nesta área de atuação.

3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O reconhecimento da importância de uso de estratégias interventivas padronizadas vai ao encontro das capacidades de mobilização de conhecimentos e habilidades que caracterizam o enfermeiro especialista e que visam garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O planeamento criterioso de intervenções e as práticas clínicas sólidas contribuem para a construção de uma identidade profissional humanizada, centrada nas necessidades das pessoas cuidadas e desenvolvida em ambientes de prestação de cuidados seguros (OE, 2019).

A implementação do projeto de melhoria contínua permitiu dar resposta a uma necessidade identificada no SUMC e capacitar a equipa de enfermagem com metodologias de intervenção baseadas em evidência científica e em orientações disponibilizadas pela Direção-Geral da Saúde. A crescente sensibilização para a prevenção da violência no setor da saúde enfatiza a premente necessidade de desenvolver e implementar medidas de combate à violência, consciencializando utilizadores dos cuidados de saúde e profissionais de saúde sobre comportamentos de ajustamento relacionados com os processos de transição saúde-doença. Com a recetividade da equipa de enfermagem ao projeto desenvolvido, percecionou-se que apesar da sobrecarga horária com trabalho extraordinário, da sobrelotação comum do serviço, da escassez de recursos humanos e ainda as constantes mudanças estruturais do serviço não foram fatores impeditivos do reconhecimento da necessidade de investimento na formação em serviço sobre a temática e da implementação de um protocolo de atuação.

A integração de conhecimentos sobre gestão de conflitos, técnicas comunicacionais, técnicas de autocontrolo e de resolução de problemas foi crucial neste projeto realçando a importante ferramenta do enfermeiro EESMP na gestão de situações de violência e na capacitação dos pares.

Mobilizar saberes e conhecimentos, demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão permitem ao enfermeiro EESMP viver experiências gratificantes com a implementação de intervenções especializadas. Durante a análise crítica do projeto foi possível perspetivar a possibilidade do seu alargamento aos outros serviços de urgência que compõem a instituição. Através da adaptação do protocolo às características físicas e estruturais e recorrendo à formação interna poderão estender-se os ganhos em saúde tanto à população utilizadora dos serviços como aos profissionais de saúde que neles trabalham. Poderão concretamente identificar-se contributos para a melhoria da intervenção do enfermeiro em situações de violência no SU e ainda diminuição da incidência de eventos violentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findado o presente relatório importou compreender que o processo de ensino-aprendizagem decorrido ficou pautado por progressos profissionais e pessoais. A definição e a concretização de objetivos foram, algumas vezes, invadidas por adversidades, como descrença, desmotivação e difícil gestão de tempo, culminado na necessidade de prorrogar a entrega do relatório. A superação das dificuldades e a reflexão crítica acerca delas proporcionou a vivência de experiências enriquecedoras, compreendendo que as limitações são propulsoras de uma postura proativa e resiliente, de procura de novos conhecimentos e novas competências. Termina-se um percurso transformador e dá-se início a um ciclo com definição de novos objetivos e novas expetativas.

Através deste relatório pretendeu-se transmitir o percurso trilhado, as aprendizagens alcançadas e a compreensão do papel do enfermeiro EESMP tanto na promoção da SM como na prevenção da DM, sustentada nos preceitos da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e no *Tidal Model* de Phil Barker. Orientada por pressupostos destas teorias, com o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes, foram conjuntamente exploradas experiências de saúde-doença, analisadas necessidades, prestados cuidados individualmente adaptados e aproveitadas situações de *stress* e sofrimento como oportunidades de crescimento e mudança bidirecionais, ou seja, tanto para o utente como para mim, enquanto instrumento terapêutico em crescimento e aperfeiçoamento.

Importa salientar que o fator desencadeador deste percurso académico se iniciou pela experiência do cuidar decorrido num serviço de internamento de psiquiatria. As vivências e os ensinamentos desta fase da vida profissional foram fortemente enriquecidos, tomando consciência de que a mobilização como instrumento terapêutico permitiu desenvolver conhecimentos e capacidades do ponto de vista terapêutico, mobilizando competências psicoeducacionais, psicoterapêuticas, psicossociais e sócio terapêuticas que aumentaram o *insight* sobre os problemas e sobre a capacidade de encontrar vias de resolução. As capacidades de análise e de reflexão foram diferenciadoras para a tomada de consciência sobre a distinção entre os cuidados generalistas e os cuidados especializados.

As oportunidades de intervenção especializada em diferentes *settings* permitiram aprender e consolidar competências inclusas no Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho, no Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto e no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Nos diferentes contextos de aprendizagem moldaram-se projetos de intervenção e mobilizaram-se conhecimentos teóricos para a prática clínica, com apropriação de habilidades e saberes baseados em evidência científica.

Considero atingidos os objetivos propostos para este relatório, sendo que na Parte I foram caracterizados contextos de aprendizagem de prática especializada em ESMP, na Parte II foi

realizada a análise crítica sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro EESMP através da apreciação das práticas especializadas, e na Parte III foram evidenciados os resultados obtidos com o desenvolvimento do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem sobre a Intervenção do Enfermeiro em Situação de Comportamento Violento no Serviço de Urgência. Realço o árduo trabalho de reflexão ao longo de todo este percurso, com consciência das forças e das fraquezas, e com identificação das oportunidades de crescimento que se transpuseram além do Eu-Profissional, para o Eu-Pessoal.

No que diz respeito ao PMCQC, capacitar uma equipa de enfermeiros para a intervenção em situação de violência no contexto específico dos cuidados em urgência constituiu um desafio pela precoce identificação da carência de orientações internas e formação nesta área. A este facto juntaram-se fatores organizacionais do contexto vulnerável do SUMC, nomeadamente sobrelotação, trabalho extraordinário recorrente e espaço físico em mudança. Apesar destes fatores, com recurso a metodologias de formação acessíveis a toda a equipa e com aproveitamento da disponibilidade da maioria dos enfermeiros para a melhoria dos conhecimentos sobre a temática, foi desenvolvido um protocolo de atuação resumido num fluxograma que permitiu sistematizar a intervenção dos enfermeiros. Apesar de se encontrar numa fase inicial, o reconhecimento das suas vantagens pelos enfermeiros do SU permitiu percecionar que a curto prazo se obtiveram ganhos através de apropriação de conhecimentos sobre técnicas de gestão de situações de risco de violência, norteadores de intervenções de prevenção de violência e promoção de ambientes seguros e saudáveis.

A construção de ferramentas que permitam apoiar a prática clínica dos enfermeiros deve ser assente em conhecimentos técnico-científicos e documentos normativos, que adequados aos contextos de trabalho resultem no aumento da qualificação profissional, na redução de riscos associados aos cuidados e no aumento da satisfação de todos os utilizadores dos serviços.

Considera-se importante compreender a possibilidade de replicar estes documentos noutros serviços e até noutras instituições de saúde após interpretação dos resultados obtidos num serviço-piloto. Com recurso à adequação dos fundamentos teóricos às características dos contextos de prestação de cuidados podem alcançar-se oportunidades de melhorar a organização dos cuidados através de práticas com resultados conhecidos.

Dar continuidade à elaboração de documentos orientadores da prática de enfermagem com divulgação dos resultados obtidos deve ser acompanhada pela atualização periódica técnico-científica, a fim de manter a idoneidade da documentação elaborada. Desta forma, conclui-se que há oportunidade para a prossecução do PMCQC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2018). Orientações para Prevenção e Gestão da Violência em Contexto de Prestação de Cuidados de Saúde. Direção-Geral da Saúde.

Alshahrani, M., Alfaisal, R., Alshahrani, K., Alotaibi, L., Alghoraibi, H., Alghamdi, E., Almusallam, L., Saffarini, Z., Alessa, S., Alwayel, F., Saffarini, L., Alrawdhan, A., Mapusao, C., Asonto, L., Alsulaibikh, A. & Aljumaan, M. (2021). Incidence and prevalence of violence toward health care workers in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey. *International Journal of Emergency Medicine. volume* 14, pp 1-8. https://doi.org/10.1186/s12245-021-00394-1

Alves, F. (2011). Doença mental nem sempre é doença: Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: Um estudo no norte de Portugal. Porto. Edições Afrontamento.

Angelim, R. & Rocha, G. (2016). Produção científica acerca das condições de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. *Journal of Research Fundamental Care Online,* vol.(8), pp 3845-3859. http://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3845-3859

American Psychiatric Association (2011). DSM IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Lisboa. Climepsi.

Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing na empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8(1), pp 233-240.

Barroso, F., Sales, L. & Ramos, S. (2021). Guia Prático para a Segurança do Doente. Lidel.

Bentall, R. (2016). Mental illness is a result of misery, yet still we stigmatize it. Retrived from: http://www.theguardian.com/commentisfree/2016/feb/26/mental-illness-misery-childhood-traumas

Bordignon, M. & Monteiro, M. (2016). Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 69, pp 996-999. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133

Bordignon, M. & Monteiro, M. (2021). Analysis of workplace violence against nursing professionals and possibilities for prevention. Revista Gaúcha de Enfermagem. 42, pp 1-12. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190406

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. & Wagner, C. (2018). Nursing Interventions Classification (NIC) (7a ed.). Elsevier.

Casarin, S., Villa T., Caliri M., Gonzales R. & Sassaki C. (2001). Enfermería y gerenciamento de caso. Revista Latino-am Enfermagem 9(4), pp 88-90.

Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coords), Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções, pp. 202-210. Lisboa. Lidel.

Conselho Internacional dos Enfermeiros (2010) – Servir a Comunidade para garantir a Qualidade – os enfermeiros na vanguarda nos cuidados da doença crónica. Genebra: ICN

Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2022). Enfermeiros: Uma voz para liderar. Genebra: ICN.

DECRETO DE LEI N.º 28/2008, DE 22 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 38 (2008). Acedido a 10 de janeiro 2023. Disponível em www.dre.pt

DECRETO DE LEI N.º 8/2010 DE 28 DE JANEIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 19 (2010). Acedido a 12 de janeiro 2024. Disponível em www.dre.pt

DECRETO DE LEI N.º 22/2011 DE 10 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 29 (2011). Acedido a 22 de outubro de 2023. Disponivel em www.dre.pt

DESPACHO N.º 10319/2014 DE 11 DE AGOSTO. Diário da República n.º 153/2014 – série II. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Educação (2017). Referencial de Educação para a Saúde. Ministério da Educação.

Direção Geral de Saúde (2013). Saúde Infantil e Juvenil: programa nacional de saúde infantil e juvenil. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2016). Saúde Mental em Saúde Escolar: manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar. Lisboa. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2019). Saúde Mental em Saúde Escolar: manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar. Lisboa. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2020). Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. Lisboa. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2023). Indicadores acumulados 2022 e 1.º semestre 2023. Retrieved from: https://www.dgs.pt/prevencao-da-violencia-no-setor-da saude/ficheiros/indicadores-acumulados-2022-e-1-semestre-2023-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2024). Manual de Segurança do Serviço Nacional de Saúde: Prevenção da Violência sobre os Profissionais de Saúde – versão de trabalho. Lisboa. Ministério da Saúde.

Egry, E. & Fonseca, R. (2000). A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Rev.Esc.Enf.USP, 34(3), pp 233-239.

Esperidião, E., Munari, D. & Staccianiri, J. (2002). Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. Revista Latin-am Enfermagem, 10(4), pp 516-522. Doi:10.1590/S0104-11692002000400008

Fernandes, A. & Passos, J. (2018). Delineamento da violência pela equipe de enfermagem na emergência hospitalar. *Revista Enfermagem Uerj,* vol.(26), pp 1-6. http://doi.org/10.12957/reuerj.2018.26877

Ferreira, A., Queiroz, G., Abreu, K., Oliveira, L., Sousa, I., Cruz, M. & Fernades, M. (2022). A promoção do autocuidado em saúde mental. Teresina. UFPI.

Figueira, M., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lidel.

Filho, A., Fortes, F., Queirós, P., Peres, M., Vidinha, T. & Rodrigues, M. (2015). Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brazil. Revista de Enfermagem Referência. 4(4), pp 117-125. Retrived from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239974013

Fink Samnick, E. (2019). Social Work: the power of case management's interprofessional workforce. Professional Case Manangement, vol.24(6), pp 320-322.

Freitas, R., Araújo, J., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R. & Monteiro, A. (2020). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamental no Tidal Model: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(2). doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-2018-0177

Gamhewage, G., Mylonas, C., Mahmoud, M., & Stucke, O. (2022). Developing the first-ever global learning strategy to frame the future of learning for achieving public health goals. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research, 12(1), pp 74-76. https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2021.09.016

Garcia, C., Golay, P., Favrod, J. & Bonsack, C. (2017). French translation and validation of three scales evaluating stigma in mental health. Front. Psychiatry*, 8(290)*. Doi:10.3389/fpsyt.2017.00290

Goleman, D. (2006). Inteligência Social: a nova ciência do relacionamento humano. Temas e Debates.

Goleman, D. (2012). A inteligência emocional. Objetiva.

Harthi, M., Olayan, M., Abugad, H. & Wahab, M. (2020). Workplace violence among health-care workers in emergency departments of public hospitals in Dammam. *Eastern Mediterranean Health Journal,* vol.(16), pp 1473-1481. http://doi.org/10.26719/emhj.20.069

International Council of Nurses (2009). Prevention and management of workplace violence.

Jardim, J. & Pereira, A. (2006). Competências Pessoais e Sociais: guia prático para a mudança positiva. Porto. ASA Editores.

Kalbali, R., Jouybari, L., Derakhshanpou, F. Vakili, M. & Sanagoo, A. (2018). Impact of anger management training on controlling perceived violence and aggression of nurses in emergency departments. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences,* vol.(5), pp 89-94. http://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_46_18

Lemes, C. & Neto, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto de Saúde. Temas em Psicologia, 25 (1), pp 17-28, doi: 10.9788/TP2017.1-02

LEI N.º 36/98 DE 24 DE JULHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da Républica: I série A, No 169 (1998). Acedido 23 mar. 2024. Disponível em www.dre.pt

LEI N.º 35/2023 DE 21 JULHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 141/2023. Acedido 23 mar. 2024. Disponivel em www.dre.pt.

Lima, J., Gonçalves, H., Belo, F., Francisco, L., Silva, L., Alves, N., Santos, M., & Albuquerque, M. (2022). Aplicabilidade do Tidal Model por enfermeiros em serviços de saúde mental: uma revisão de escopo. Research, Society and Development, 11(1).

Lluch, T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), pp 42-55.

Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 6, páginas 7-14.

Lucas, R. & Madeira, N. (2012). Intervenção Psicossocial na Doença Mental Grave: revisão da evidência. Psiquiatria Clínica, 33 (3), pp 193-199. Retrived from: https://core.ac.uk/download/pdf/61498895.pdf

Marques, R., Sequeira, C. & Néné, M. (2024). Enfermagem Avançada. Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional.

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

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M., Cane, J., & Wood, C. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. Annals of behavioral medicine., 46(1), pp 81–95. https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6

Mintz, A., Dobson, K. & Romney, D. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophrenia Research 61, páginas 75-88. DOI:10.1016/S0920-9964(02)00316-X

Mirshawka, V. (1990) A implantação da qualidade e da produtividade pelo método do Dr. Deming. McGraw-Hill.

Moorhead, S., Swanson, E. & Johnson, M. (2020). NOC: resultados esperados de enfermagem. Guanabara Koogan.

Nogueira, M. (2017). Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade. Lisboa. Universidade de Lisboa.

Oliveira, F., Silva, B., Soares, B., Sousa, B., Silva, C., Barbosa, F., Silva, F., Sousa, P., Filho, R., Nascimento, T., Silva, W., Maranhão, F., Rocha, R., Paz, R. & Oliveira, T.(2018). Alterações da autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico. *Electronic Journal Collection Health.* 11(3).

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de caso. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros, 12, pp 1-58.

Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

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

Organização Mundial da Saúde (2021). Mental Health Atlas. Geneva: World Health Organization.

Orientação n.º 021/2011 de 6 de junho da Direção-Geral da Saúde. Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Ministério da Saúde.

Ornelas, J., Monteiro, F., Moniz, M. & Duarte, T. (2005). Participação e *Empowerment* das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares. Lisboa. AEIPS Edições

Ornellas, T. C., & Monteiro, M. I. (2022). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, *6*(2). https://doi.org/10.12707/RVI22055

Paes, M., Kowalski, I., Silva, A., Paes, R. & Nimtz, M. (2021). Saúde Mental e tratamento quimioterápico: percepção da equipa de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE*, 15(2). DOI: https://doi.org/10.5205/1981- 8963.2021.246318

Pagali, S., Noguez, P., Amestoy, S. & Porto, A. (2015). Violência no trabalho: visão de enfermeiros de um serviço de urgência e emergência. *Revista de Enfermagem UFPE,*

vol.(9), pp 9706-9712. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i11a10759p9706-9712-2015

Parecer n.º 01/2017 da Ordem dos Enfermeiros. Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental.

Parecer n.º 06/2013 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 17 de Março de 2023. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer_6_2013_ProcedimentosDeEnfEESMP.pdf.

Parecer n.º 101/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Intervenção de um enfermeiro para com utentes com comportamentos comprometedores à segurança de outros utentes e funcionários.

Parreira P., Santos-Costa P., Neri M., Marques A., Queirós P., Salgueiro- Oliveira A. (2021) Work Methods for Nursing Care Delivery. Int J Environ Res Public Health.18(4) pp 2088. doi: 10.3390/ijerph18042088

Parvan, P., Silva, F., Junior, J., Elisa, V. & Felli, A. (2017). Violência no Trabalho: guia de prevenção para profissionais de enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.

Pereira, R., Cardoso, M. & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. Revista de Enfermagem Referência., 3(7), pp 55-62. DOI:10.12707/RIII11146

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusodidacta.

Potter, p. & Perry, A. (2006). Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos. Lusociência.

Ramachandran A., Ramanathan, R., Praharaj S., Kanradi, H. & Sharma, P. (2016). A Cross-sectional, comparative study of insight in schizophrenia and bipolar patients in remission. Indian Journal of Psyhological Medicine, 38(3), pp 207-212. DOI: 10.4103/0253-7176.183085

Rebelo, S. & Carvalho, J. (2014). Ansiedade: Intervenções de Enfermagem. Revista Presencia, 10(20), pp 1-7.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2019 – série II. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho. Diário da República n.º 122/2015 – série II. Ordem dos Enfermeiros

Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Diário da República n.º 151/2018 – série II: Ordem dos Enfermeiros.

Resolução do Conselho de Ministros n.º1/2022 de 5 de janeiro. Diário da República n.º3 – série I: Ministério da Saúde

Ribeiro, J., Souza, D. & Costa, A. (2016). Investigação qualitativa na área da saúde: por quê?. Ciência & Saúde Coletiva, 21(8). pp 2324. https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.15612016

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. Revista Gaúcha de Enfermagem. 39. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174

Rispail, D. (2003). Conhecer-se melhor para melhor cuidar. Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem. Loures. Lusociência.

Sá, A., Dias, J. & Norelho, Ó. (2020). Sistemas de Informação em Enfermagem: diversidade e interoperacionalidade. *Nursing.* http://www.nursing.pt/sistemas-de-informação-em-enfermagem-desafios-e-oportunidades/

Sampaio, F. & Sequeira, C.(2020). Enfermagem em Saúde Mental: Intervenções e Diagnósticos. Lisboa. Lidel.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). Intervenciones NIC del dominio conductual: Un estudio de focus group de intervenciones psicoterapéuticas de enfermeria. Asociación Española de Nomenclatura. Taxonomia y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) (Ed.), X Simposium AENTDE. Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 16(16), pp 11–18. https://doi.org/10.19131/rpesm.0152

Santos, L., Silva, C., Carmo, A., Medeiros, N., Nascimento, A. & Castro, A. (2020). Risco ocupacional: violência no trabalho de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, vol.(19), pp 253-260. http://doi.org/10.33233/ebv19i3.2539

Scaramal, D., Haddad, M. Garanhani, M., Galdino, M. & Pissinati, P. (2017). Significado da violência física ocupacional para o trabalhador de enfermagem na dinâmica familiar e social. *Ciência Cuidado e Saúde*, vol.(16), pp 1-8. http://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.34532

Scaramal, D., Haddad, M. Garanhani, M., Garanhani, M., Nunes, E., Galdino, M. & Pissinati, P. (2017). Violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares: percepções de trabalhadores de enfermagem. Rev Min Enfermagem, vol.(21), pp 1-8. http://doi.org/10.5935/1415-2762.20170034

Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda (1ª ed). Lisboa. Lidel.

Siqueira-Silva, R., Nunes, J. & Moraes, M. (2013). Portugal e Brazil no cenário da Saúde Mental. Rev.Psicol, 25(3), pp 475-496.

Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development*, *16*, pp 268-285.

Sickel, A., Seacat, J. & Nabors, N. (2014). Mental Health Stigma Update: A Review of Consequences. Advances in Mental Health, 12 (13), pp 202-2015.

Silva, A., Melo, C., Souza, E. & Ferreira, J. (2021). Grupos terapêuticos como ferramenta de cuidado: análise com usuários acometidos de transtornos mentais nos CAPS. Revista Eletrónica Da Estácio Recife, 7(3). Retrived from https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/634/301

Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P., Vuuren, J. & McGillion, A. (2020). Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators? *Plos One,* vol.(15), pp 1-12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230793

Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva (Mentis Plus +): manual de apoio. Sociedade Portuguesa de Saúde Mental.

Yin, K. (2010). Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre. Bookman.

Trovão, N., Portela, C., Baptista, B., Nascimento, S., Santos, M., Mota, D., Marques, A. & Silva, R. (2020). Resultados de um Modelo de Intervenção em Crise em Hospital de Dia de Psiquiatria e Discussão do Efeito da Empatia. PsiLOGOS. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernado Fonseca. Doi: https://doi.org/10.25752/psi.16077

Turner, S. (2010). Ferramentas de apoio à gestão – guia essencial para o gestor de sucesso. (1.ªed.). Monitor – Projetos e Edições, Lda.

Wirth, T., Peters, C., Nienhaus, A. & Schablon, A. (2021). Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol.(18), pp 1-14. https://doi.org/10.3390/ijerph18168459

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANO DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO PROJETO "POSITIVA(MENTE), PENSAR E AGIR" DIRIGIDO À UTENTE C.F.

INTERVENÇÃO N.º 1 (C.F)			
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente		
Duração	90 minutos		
Data	12 de setembro de 2022		
Local	Sala de Tratamento 2 do Hospital de Dia de Oncologia		
Recursos	Cadeirão; escalas; material de escrita; folheto sobre SM+ (apêndice II) e bloco de reflexões (apêndice XVIII).		
PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Realizar o primeiro contacto com a utente; - Esclarecer objetivos do projeto; - Assinar o consentimento informado, livre e esclarecido.	- Apresentação dos intervenientes; - Assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido.	10 min.
2.º momento	- Executar intervenção psicoeducativa; - Esclarecer conceitos de SM+; - Ensinar sobre SM+.	**Uso de metodologia psicoeducativa** - Caracterização da SM+; - Definição dos seis fatores/dimensões da SM+; - Identificação da importância da SM+ no processo de transição saúde-doença.	15 min.
3.º momento	- Colher dados sobre SM+; - Implementar o QSM+ (anexo XII) e a escala de Satisfação com a Vida (anexo VI).	- Uso do guião de entrevista semiestruturada (apêndice XXIV) - Avaliação da SM através das escalas; - Identificação do(s) fator(es)/ dimensão(ões) a necessitar de intervenção.	15 min.
4.º momento	- Realizar intervenção breve.	**Uso de método FRAMES** - Intervenção sobre comportamentos não adaptativos face à doença.	20 min.
5.º momento	- Obter *feedback* da sessão. - Agendar a próxima sessão.	- Entrega de bloco de reflexões com marcação da próxima sessão.	10 min.
Fundamentação	O Programa de Saúde Mental Positiva surge para suplantar a necessidade de promoção no âmbito da SM através de um conjunto de sessões ajustados às necessidades do público-alvo. É baseado no Modelo Multifatorial de SM+ de Teresa Lluch constituído por seis dimensões: satisfação pessoal; atitude pró-social; autocontrolo; autonomia; resolução de problemas e auto-atualização; e habilidades de relação interpessoal (Teixeira et al, 2020).		
Avaliação	A sessão decorreu após a primeira abordagem da utente para a colheita de dados de enfermagem para o estudo de caso, pelo que neste plano não está contemplada a anamnese. Com o apoio do folheto sobre SM+ (apêndice II) foi realizada psicoeducação no sentido de dotar a utente de conhecimentos e capacidades para diminuir a carga emocional abordando a gestão de emoções, de expetativas capacitando para comportamentos promotores da SM. De forma a avaliar a SM+ da utente foi aplicado o QSM+ (anexo XII) e com a análise dos resultados foi identificado o domínio da Satisfação Pessoal como sendo o que mais carece de intervenção. Associada à avaliação das escalas a utente refere que o principal receio é a queda do cabelo, pestanas e sobrancelhas, que terá impacto na sua autoimagem e também constituirá uma dificuldade na explicação ao filho mais velho a razão para esta situação, dado que é um individuo com défice intelectual com dificuldade de adaptação à mudança. Para terminar a sessão, foi realizada uma intervenção breve sobre os comportamentos não adaptativos em relação à doença, realçando a importância da identificação precoce de sinais de alerta pela utente, responsabilizando-a pelo seu processo de saúde e identificando opções/estratégias para resolução eficaz dos problemas. Relativamente à Escala de Avaliação da Satisfação com Vida (anexo VI), a utente tem um *score* compatível com: satisfeito.		

	Importa salientar a participação adequada da utente, adotando um comportamento colaborante e um contacto sintónico durante toda a sessão. Antes dos cumprimentos finais foi entregue um bloco de reflexões (apêndice XVIII) que será utilizado na próxima intervenção, que será por via telefónica.
Bibliografia de Apoio	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel **-** Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para Adultos (Mentis Plus+): manual de apoio. Sociedade Portuguesa de Saúde Mental.

INTERVENÇÃO N.º 2 (C.F)			
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) e utente		
Duração	45 minutos		
Data	23 de setembro de 2022		
Local	Sessão telefónica realizada à distância		
Recursos	Telemóvel, bloco de reflexões (apêndice XVIII) e material de escrita.		
PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Expor objetivos da sessão;	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos.	5 min.
2.º momento	- Identificar possíveis efeitos secundários do tratamento; - Perceber o impacto do tratamento na autoimagem; - Realizar aconselhamento para diminuir o impacto visual da mudança.	**Método interrogativo** com questões abertas.	10 min.
3.º momento	- Identificar aspetos positivos pessoais; - Realizar técnica de reforço positivo. - Realizar reflexão guiada; - Realizar restruturação cognitiva.	**Intervenção psicoterapêutica de restruturação cognitiva** - enumerar e redigir no bloco de reflexões (página da satisfação pessoal características pessoais positivas relacionadas com o nível de autoestima; - reflexão guiada.	25 min.
4.º momento	- Obter *feedback;* - Confirmar a data do próximo tratamento.	-Esclarecimento de dúvidas.	5 min.
Fundamentação	Oliveira, F. et al (2018) referem que as alterações na autoestima do utente com cancro estão maioritariamente relacionadas com os efeitos secundários da quimioterapia, manifestando-se por sinais fisiológicos como queda do cabelo por alterações emocionais como ansiedade, depressão, desesperança ou isolamento social. Compete aos profissionais intervir para minimizar o impacto da mudança, capacitado o utente para a autogestão dos efeitos secundários. A técnica de restruturação cognitiva permite alterar comportamentos disfuncionais através da modificação dos pensamentos que precedem a ação. São frequentemente utilizados esquemas cognitivos que permitem operacionalizar ideias (Sequeira e Sampaio, 2020).		
Avaliação	A utente C.F. demonstrou-se muito disponível para participar na sessão telefónica. Foi trabalhado o domínio da Satisfação Emocional, nomeadamente a autoimagem e a autoestima pelo facto de ter sido uma preocupação demonstrada na sessão anterior. Através do "Bloco de Reflexões" incentivou-se a utente a escrever na página correspondente à Satisfação Pessoal palavras ou frases que considerasse serem geradoras de preocupação ou desconforto emocional e simultaneamente atribuísse uma ou várias soluções para estes problemas. Foi desafiada ainda a partilhar o resultado na próxima sessão presencial.		
Bibliografia de Apoio	- Oliveira, F., Silva, B., Soares, B., Sousa, B., Silva, C., Barbosa, F., Silva, F., Sousa, P., Filho, R., Nascimento, T., Silva, W., Maranhão, F., Rocha, R., Paz, R. & Oliveira, T.(2018). Alterações da autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico. *Electronic Journal Collection Health.* 11(3). - Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel.		

INTERVENÇÃO N.º 3 (C.F)	
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) e utente.
Duração	45 minutos
Data	4 de outubro de 2022
Local	Quarto 4 da Sala de Tratamento 2 do Hospital de Dia de Oncologia
Recursos	Cadeira, bloco de reflexões e material de escrita.

PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Expor objetivos da sessão;	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos.	5 min.
2.º momento	- Compreender o estado de aceitação da doença; - Identificar estratégias adaptativas utilizadas pela utente face às alterações psicofisiológicas.	**Uso de questionamento socrático** Utilização de questões abertas, semi-dirigidas.	10 min.
3.º momento	- Motivar para a adoção de medidas geradoras de bem-estar; - Realizar reforço positivo	**Uso da entrevista motivacional** (escuta reflexiva, reforço positivo, sumário, evocação de discurso de mudança).	25 min.
4.º momento	- Obter *feedback;* - Encerrar sessão.	Esclarecimento de dúvidas; Concluir as sessões do projeto realizando um *brainstorming* (apêndice IX) das três sessões.	5 min.
Fundamentação	Miller e Rollnick (2009) refere que a entrevista motivacional é uma habilidade comunicativa complexa centrada na pessoa com o intuito de melhorar a motivação intrínseca para a mudança. De acordo com o modelo de abordagem motivacional de Prochaska, DiClemente e Norcross citado por Sequeira e Sampaio (2020), os estádios de mudança podem ocorrem nas seguintes fases: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída.		
Avaliação	Tendo em conta o modelo da entrevista motivacional supracitada, com a avaliação da participação da utente na intervenção, percebeu-se que atravessa um período de intenção para mudar, acreditando que tem autonomia para alterar os fatores disfuncionais. Contudo necessita de auxílio para a análise das estratégias de mudança e clarificação de situações de risco. Considera-se que é uma intervenção no domínio da ação. A utente C.F. apresenta-se confiante face ao futuro e refere que o tempo tem ajudado a integrar algumas ideias que a assustavam inicialmente “os meus filhos perceberam a minha doença (…) consigo continuar a cuidar deles e agora de mim” sic. Para terminar a sessão foi realizada um *brainstorming* através de ideias chave que definiram as três sessões (apêndice XIX).		
Bibliografia de Apoio	- Miller, W. & Rollnick, S. (2009). Tem things that motivational interviewing is not. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37(2), 129-40. - Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel.		

APÊNDICE II – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE SAÚDE MENTAL POSITIVA

Saúde Mental Positiva (SM+)

- aceitação dos momentos de mal-estar como normais na vida;

- vivência de todas as emoções (positivas e negativas);

- promoção da resiliência e da adaptação face às situações negativas, evitando que se prolonguem;

- procura pela satisfação da pessoa, fazendo-a sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra.

As intervenções promotoras de saúde mental visam manter, aumentar e/ou potenciar o bem-estar psicológico do indivíduo e minimizar o seu potencial de adoecer.

Lluch, 2002

Nome da responsável do projeto:
Tânia Silva – aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria.

Endereço de correio eletrónico:
tania_ccsilva@hotmail.com

Projeto sob orientação de:
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Cristina Boaventura e do Professor Doutor Carlos Laranjeira.

Nome do(a) participante: _____

Primeira sessão (presencial): ___/___/___

Segunda sessão (telefónica): ___/___/___

Terceira sessão (presencial): ___/___/___

POSITIVA(MENTE), Pensar e Agir

Programa de Saúde Mental Positiva

DOENÇA ONCOLÓGICA vs SM+

A doença oncológica é um processo de transição saúde-doença que constitui um desafio a vários níveis, nomeadamente físico, mental e social, de carater pessoal e/ou familiar.

A pessoa com doença oncológica vivencia vários sentimentos e emoções que variam ao longo do processo, podendo interferir na recuperação e na qualidade de vida. Sintomas como a ansiedade, tristeza, isolamento e desesperança são frequentes (Ostacoli *et al*, 2014).

A implementação de intervenções precoces tem repercussões positivas no processo de adaptação da pessoa, permitindo a preparação para a experiência de sentimentos e emoções negativas.

Modelo Multifatorial SM+

Os níveis de SM+ do indivíduo dependem de vários fatores:

- → Satisfação Pessoal;
- → Atitude Pró-Social;
- → Autocontrolo;
- → Autonomia;
- → Resolução de Problemas e Autorrealização;
- → Habilidade de relação interpessoal.

Intervenções dirigidas aos fatores de SM+

"BLOCO DE REFLEXÕES"

Fator 1 – Satisfação Pessoal
Instrução: Enumere todas as características positivas que considera ter. Reflita sobre cada uma delas e relacione-as com o seu nível de autoestima.
Técnica: Reforço Positivo

Fator 2 – Atitude Pró-Social
Instrução: Identifique características pessoais que podem impedir ou dificultar a socialização com outras pessoas.
Técnica: Intervenção breve através do método FRAMES

Fator 3 – Autocontrolo
Instrução: Descreva duas situações (ou mais se considerar importantes) em que tenha dificuldade em controlar os impulsos. Esquematize a ação, defina várias alternativas, redefina significados.
Técnica: Restruturação cognitiva

Fator 4 – Autonomia
Instrução: Enumere quatro situações nas quais considere ter decidido corretamente e autonomamente.
Técnica: Estratégia de autorreflexão e autoafirmação

Fator 5 – Resolução de Problemas e Autorrealização
Instrução: Identifique a sua maior preocupação (problema) e defina-a. Desenvolva um plano de estratégias com várias soluções. Organize as soluções e os recursos necessários. Tome decisões. Implemente o plano. Avalie os resultados. Corrija os erros.
Técnica: Resolução de Problemas

Fator 6 – Relação interpessoal
Instrução: Caracterize-se a sua atitude e comportamento face aos outros (ex.: expressão de emoções, empatia, perdão, escuta, autoconfiança)
Técnica: Treino de Assertividade

Decálogo SM+

1. Valorizar positivamente as coisas boas da vida;
2. Colocar "carinho" nas atividades de vida;
3. Não ser muito duro consigo nem com os outros;
4. Não deixar as emoções negativas bloquearem a vida pessoal;
5. Tomar consciência dos bons momentos quando eles acontecem;
6. Deixar fluir as emoções e compreender a normalidade dos sentimentos;
7. Relaxar mentalmente;
8. Tentar resolver os problemas quando surgem;
9. Cuidar das relações interpessoais;
10. Usar frequentemente o sentido de humor

Teixeira, Sequeira & Lluch, 2020

APÊNDICE III – PLANO DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO PROJETO "POSITIVA(MENTE), PENSAR E AGIR" DIRIGIDO À UTENTE M.G.

INTERVENÇÃO N.º 1 (M.G.)	
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente
Duração	90 minutos
Data	21 de setembro de 2022
Local	Sala de Tratamento 2 do Hospital de Dia de Oncologia
Recursos	Cadeirão; formulário do consentimento informado, livre e esclarecido; material de escrita; guião de entrevista e folheto sobre SM+ (apêndice II).

PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Realizar o primeiro contacto com a utente; - Esclarecer objetivos do projeto; - Assinar o consentimento informado, livre e esclarecido.	- Apresentação dos intervenientes; - Assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido.	10 min.
2.º momento	- Realizar anamnese	- Recolha de dados através de guião de entrevista semiestruturada, para a caracterização das necessidades da utente.	15 min.
3.º momento	- Executar intervenção psicoeducativa; - Esclarecer conceitos de SM+; - Ensinar sobre SM+.	**Uso de metodologia psicoeducativa** - Caracterização da SM+; - Definição dos seis fatores/dimensões da SM+; - Identificação da importância da SM+ no processo de transição saúde-doença.	15 min.
4.º momento	- Implementar o QSM+ (anexo XII) e a escala de Satisfação com a Vida (anexo VI).	- Avaliação da SM através das escalas; - Identificação do(s) fator(es)/ dimensão(ões) a necessitar de intervenção.	20 min.
5.º momento	- Realizar intervenção breve; - Ensinar sobre o processo de doença.	**Uso de método FRAMES.** - Intervenção sobre comportamentos não adaptativos face à doença.	20 min.
6.º momento	- Obter *feedback* da sessão. - Agendar a próxima sessão.	- Entrega de bloco de reflexões (apêndice XVIII) com marcação da próxima sessão.	10 min.
Justificação	A colheita de dados de enfermagem é essencial para o planeamento dos cuidados e pode ser realizada através de várias formas que se complementam: acolhimento/admissão; observação inicial, entrevista e avaliação do estado físico e mental. No que diz respeito à primeira impressão sobre o utente, através da observação inicial podem colher-se informações relativas à forma como a pessoa se apresenta, ao seu comportamento, à sua postura e até a forma como comunica (Freitas, L. citado por Sequeira e Sampaio, 2020).		
Avaliação	O primeiro contacto com a utente constituiu um desafio à implementação do plano de intervenção delineado dado que a utente manifestou dificuldade em manter a concentração, focando-se essencialmente no ambiente envolvente e em concreto no tratamento em perfusão. Este comportamento aliado ao discurso de conteúdo pobre fez suspeitar sobre um quadro de ansiedade na utente, com difícil interpretação da sua origem, se ansiedade-traço ou ansiedade-situacional. Desta forma, para aumentar a eficácia da intervenção, foi agendada com a utente uma sessão telefónica após dois dias, sendo uma sessão excedente ao plano do projeto inicial. Houve a tentativa de envolver a acompanhante da utente no projeto de intervenção, contudo não foi manifestado interesse por ser acompanhante pontualmente. Optou-se por ensinar sobre medidas de controlo da ansiedade, nomeadamente através do controlo da respiração. Com o auxílio da enfermeira responsável pela utente foram validadas informações sobre o tratamento que preocupava a utente.		

	Relativamente aos instrumentos de avaliação utilizados, obtiveram-se os seguintes resultados: ligeiramente satisfeito na Escala de Satisfação com a Vida e domínio da Autonomia no QSM+ com maior carência de intervenção.
Bibliografia de Apoio	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel. - Figueira, M., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lidel.
Guião da entrevista	**SESSÃO 1 – PRESENCIAL** **Tipo de Entrevista –** individual semiestruturada. **1**. Informação pessoal: idade, área geográfica, profissão, estado civil, escolaridade, agregado familiar; **2**. Antecedentes pessoais (histórico de doenças); **3**. Antecedentes familiares; **4**. História de doença atual (sintomas, diagnóstico, tratamento, evolução); **5.** Hábitos de vida e condições socioeconómicas e culturais; **6.** Atitude/comportamento face ao diagnóstico de doença oncológica (satisfação pessoal, autocontrolo, autonomia, relações interpessoais, resolução de problemas, auto-atualização); **7**. Alterações significativas após o diagnóstico; **8**. Rede de suporte familiar/social após o diagnóstico; **9**. Estratégias de adaptação face ao diagnóstico; **10**. Expetativas face ao futuro relacionadas com o decurso da doença; **11**. Aplicação da Escala QSM+.

INTERVENÇÃO N.º 2 (M.G)	
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente
Duração	30 minutos
Data	23 de setembro de 2022
Local	Sessão telefónica realizada à distância
Recursos	Telemóvel; material de escrita; escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (anexo II).

PLANO DA INTERVENÇÃO

	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Expor objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos.	5 min.
2.º momento	- Aplicar técnica de validação de informação; - Avaliar conhecimento sobre ansiedade.	**Uso de técnica de validação;** **Uso de questionamento socrático.**	10 min.
3.º momento	- Implementar Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (anexo II).	Avaliação da Ansiedade através de instrumento de recolha de dados.	10 min.
4.º momento	- Obter feedback; - Encerrar sessão; - Confirmar data do próximo tratamento.	- Esclarecimento de dúvidas.	5 min.
Justificação	Para uma caracterização correta dos sintomas de ansiedade, compete ao enfermeiro avaliar o conhecimento do utente sobre a ansiedade e após a consciencialização para a necessidade de adoção de estratégias, deve implementar estratégias de capacitação do utente (Sequeira e Sampaio, 2020).		
Avaliação	Nesta sessão optou-se por ser uma metodologia baseada na validação de informação da intervenção psicoterapêutica realizada na sessão n.º 1. Considera-se que a utente M.G. se encontra mais serena e mais cooperante nas atividades, contudo revela um discurso com fluxo acelerado de difícil interrupção. Uma vez que na sessão anterior, a observação e análise do comportamento e discurso da utente foram indiciantes de ansiedade, foi aplicada a escala durante o contato telefónico por forma a planear a próxima intervenção de acordo com a pontuação obtida. Assim, após o tratamento dos dados obteve-se o resultado de reação patológica ligeira na Escala de Avaliação de Hamilton.		
Bibliografia de Apoio	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel. - Figueira, M., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lidel.		

INTERVENÇÃO N.º 3 (M.G)			
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente		
Duração	90 minutos		
Data	28 de setembro de 2022		
Local	Sala de Tratamento 2 do Hospital de Dia de Oncologia		
Recursos	Cadeirão; material de escrita; cartão de identificação de sintomas de ansiedade (apêndice XX) e guião básico de sessão de relaxamento (apêndice XXI).		
PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Expor objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos.	10 min.
2.º momento	- Ensinar sobre ansiedade; - Assistir a utente a identificar os "gatilhos" da ansiedade; - Incentivar a utente a manter o sono e repouso adequados; - Ensinar sobre técnicas de relaxamento.	**Uso de metodologia psicoeducativa** - Intervenção formativa sobre sintomatologia da ansiedade; - Identificação de estratégias de atuação em situação de ansiedade.	35 min.
3.º momento	- Ajudar a reconhecer sentimentos como a ansiedade; - Treinar o relaxamento muscular; - Incentivar a utilização do relaxamento muscular periodicamente; - Orientar para estratégias de diminuição da ansiedade; - Incentivar a utente a participar em atividades de distração; - Promover a autonomia da utente na identificação de situações de risco.	**Uso de técnica psicoterapêutica (relaxamento muscular através da respiração abdominal)** - Exemplificação/simulação da técnica de relaxamento; - Repetição simultânea da técnica de relaxamento (enfermeira e utente); - Realização de relaxamento individual.	35 min.
4.º momento	- Obter *feedback* da sessão; - Agendar a próxima sessão.	- Esclarecimento de dúvidas.	10 min.
Justificação	A pertinência da atuação nos sintomas da ansiedade manifesta-se pela existência elevada de sintomas de ansiedade na população em geral, mas em particular na população doente. Importa assim, distinguir as situações normais da patológicas e instituir um tratamento que pode ser composto por terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, como é o exemplo das técnicas de relaxamento (Figueira, et al, 2014).		
Avaliação	Durante a implementação deste plano obteve-se uma boa participação da utente, manifestando interesse e curiosidade sobre o tema abordado, referindo que "necessitava mesmo de aprender a respirar melhor (…) mais calmamente" *sic*. Do ponto de vista da avaliação da intervenção concluiu-se que a utente M.G. aparentemente pelo seu nível de concentração e de compreensão intelectual adquire com maior facilidade competências através da operacionalização de técnicas de intervenção psicoterapêutica quando comparado com a conceptualização inerente às sessões de psicoeducação.		
Bibliografia de Apoio	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel. - Figueira, M., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lidel.		

INTERVENÇÃO N.º 4 (M.G)			
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente		
Duração	60 minutos		
Data	19 de outubro de 2022		
Local	Sala de Tratamento 2 do Hospital de Dia de Oncologia		
Recursos	Cadeira; material de escrita e bloco de reflexões (apêndice XVIII).		
PLANO DA TERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Expor objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos.	10 min.

2.º momento	- Aplicar instrumento de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (anexo II)	Avaliação da Ansiedade através de instrumento de recolha de dados.	10 min.
3.º momento	- Motivar para a adoção de medidas geradoras de bem-estar; - Realizar reforço positivo.	**Uso da entrevista motivacional** (escuta reflexiva, reforço positivo, sumário, evocação de discurso de mudança).	20min.
4.º momento	- Obter *feedback* da sessão. - Encerrar sessão.	- Esclarecimento de dúvidas. - Conclusão das sessões do projeto realizando um *brainstorming* com o apoio do Bloco de Reflexões.	10 min.
Observações	Após uso da escala de avaliação da ansiedade de Hamilton, o resultado obtido corresponde ao anterior: reação patológica ligeira na Escala de Avaliação de Hamilton. Compreende-se facilmente que a utente precisa de continuar a trabalhar a gestão de sintomas de ansiedade e que com apoio profissional poderá haver alteração do *status*. Apesar desta avaliação, pela observação do comportamento da utente, com uma postura mais calma, com discurso mais fluente e mais fácil de interromper, com períodos em que demonstra capacidade de reflexão sobre os assuntos abordados permite perceber que existem traços de melhoria ao nível da gestão da ansiedade. A doente afirma que em casa tem tentado treinar a técnica de relaxamento aprendida na sessão anterior, mas quando está sozinha considera ser mais difícil porque tem de ler o guião.		
Bibliografia de Apoio	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel. - Figueira, M., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lidel.		

APÊNDICE IV – PLANO DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO ESTUDO DE CASO REFERENTE À UTENTE C.F.

INTERVENÇÃO N.º 1 (C.F.)			
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente		
Duração	60 minutos		
Data	12 de setembro de 2022		
Local	Sala de Tratamento do Hospital de Dia de Oncologia		
Recursos	Cadeirão; formulário do consentimento informado, livre e esclarecido; material de escrita.		
PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Realizar o primeiro contacto com a utente; - Esclarecer objetivos do estudo de caso; - Assinar o consentimento informado, livre e esclarecido.	- Apresentação dos intervenientes; - Assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido.	10 min.
2.º momento	- Realizar anamnese.	- Recolha de dados através de Modelo Tidal, para a caracterização das necessidades da utente	40 min.
3.º momento	- Encerrar sessão de colheita de dados; - Agendar próxima sessão.	- Esclarecimento de dúvidas; - *Feedback* sobre a sessão.	10 min.
Justificação	Cordioli citado por Sequeira e Sampaio (2020) refere que o enfermeiro de SM procura fortalecer o desenvolvimento da relação terapêutica através da entrevista e observação do utente. Neste tipo de intervenção o enfermeiro realiza a avaliação funcional da pessoa, relacionando o estado físico com as características do estado mental, identificando potenciais desequilíbrios/necessidades a carecer de intervenção.		
Avaliação	Durante a entrevista a utente C.F. manteve-se calma, adequada e colaborante. Discurso espontâneo. Postura observadora motivada por ser o primeiro tratamento e desconhecer a dinâmica dos cuidados. Foi utilizado um guião semiestruturado para a entrevista, que permitiu recolher informações pertinentes para a planificação das intervenções. Realçaram-se as questões relacionadas com a autoimagem e autoestima por serem preocupações manifestadas pela utente.		
Bibliografia de Apoio	- Freitas, R., Araújo, J., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R. & Monteiro, A. (2020). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamental no Tidal Model: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(2). doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-2018-0177 - Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel.		
Guião	**Tipo de Entrevista –** individual semiestruturada. 1. Origem do Problema “Como começou?” 2. Como tem lidado com o problema “Como o afeta?” 3. Contexto emocional anterior “Como se sentia?” 4. História do Desenvolvimento “Tem havido modificações?” 5. Relacionamentos “Como afeta as relações?” 6. Contexto emocional atual “Como se sente atualmente?” 7. Conteúdo holístico “O que pensa sobre o significado?” 8. Contexto holístico “O que espelha em si?” 9. Necessidades, desejos e vontades “O que quer e o que deseja? 10. Expetativas “O que espera da equipa de enfermagem?”		

INTERVENÇÃO N.º 2 (C.F.)	
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente
Duração	45 minutos
Data	23 de setembro de 2022
Local	Sessão telefónica realizada à distância
Recursos	Telemóvel; material de escrita e instrumentos de avaliação.
Diagnósticos de Enfermagem	Aceitação do estado de saúde comprometida
Resultados Esperados	Aceitação do estado de saúde (NOC).

PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Expor objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos.	5 min.
2.º momento	- Avaliar aceitação do estado de saúde; - Avaliar atitude face à doença; - Avaliar crenças; - Avaliar expetativas.	- **Método interrogativo** com questões abertas.	10 min.
3.º momento	- Explicar estado de saúde; - Aconselhar sobre o estado de saúde; - Promover aceitação do estado de saúde; - Promover comportamento de procura de saúde; - Ensinar sobre alteração de rotinas; - Identificar fontes de suporte familiar; - Incentivar o envolvimento da família; - Incentivar a partilha dos cuidados; - Promover esperança.	- **Intervenção breve através do método FRAMES** (*Feedback, Responsability, Advice, Menu of Options, Empathy, Sel-efficacy*).	25 min.
4.º momento	- Obter *feedback;* - Agradecer colaboração.	-Esclarecimento de dúvidas.	5 min.
Fundamentação	A metodologia de intervenção breve é caracterizada por sessões curtas de baixa intensidade que visam promover a perceção da pessoa para a existência de um problema motivando a mudança de comportamento através da sugestão e análise de estratégias. A maioria das intervenções breves tem uma base educativa e motivacional (Babor & Higgins-Biddle citados por Sequeira e Sampaio, 2020).		
Avaliação	Por se tratar de um contacto telefónico optou-se pela utilização do método de intervenção breve *FRAMES* para promover a orientação da utente para o autoexame do comportamento, realçando a necessidade de resiliência para a alteração do mesmo quando identificada uma atitude dificultadora da aceitação do estado de saúde. No caso concreto de C.F. durante a intervenção percebeu que a dificuldade de aceitação do estado de saúde estava relacionada com a necessidade de cuidar dos filhos deficientes e com o receio de perder capacidades para efetuar essa tarefa, que assumiu quase em exclusividade. Foi incentivada a partilhar as tarefas, sabendo que a rede de suporte familiar mais próxima é muito coesa. Outra preocupação demonstrada pela utente foi a forma como a alteração da imagem vai ter impacto na sua autoestima. Esta área de intervenção será a temática central da próxima sessão. Não obstante, foi realizado reforço positivo no sentido de potenciar as características positivas da utente.		
Bibliografia de Apoio	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel.		

INTERVENÇÃO N.º 3 (C.F)	
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente.
Duração	45 minutos
Data	4 de outubro de 2022
Local	Sala de Tratamento do Hospital de Dia de Oncologia
Recursos	Cadeira, material de escrita, instrumentos de avaliação
Diagnósticos de Enfermagem	- Autoimagem comprometida - Baixa autoestima (CIPE).
Resultados Esperados	- Imagem Corporal; - Autoestima melhorada (NOC).

PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Relembrar objetivos do projeto e conteúdos gerais da sessão anterior.	- Cumprimentos iniciais.	5 min.
2.º momento	- Ensinar sobre autoimagem e autoestima; - Desenvolver o autoconceito; - Promover a satisfação pessoal.	**- Uso de metodologia informativa** Definição dos conceitos de autoimagem e autoestima, com desmistificação da "pessoa perfeita".	10 min.
3.º momento	- Avaliar a autoimagem corporal e autoestima através de escalas (Escala de Avaliação da Autoestima de Rosenberg (anexo III) e Escala de Avaliação da Imagem Corporal de Neves e Pereira (anexo IV); - Analisar resultados.	**- Uso de metodologia interrogativa** A utente responde às questões das escalas de avaliação.	10 min.
4.º momento	- Executar estratégia de autoafirmação; - Executar aconselhamento; - Executar apoio emocional; - Executar relação de ajuda; - Encorajar a identificar forças.	**- Estratégia psicoterapêutica de autoafirmação** A utente descreve quatro aspetos pessoais que considera positivos e fortalecedores.	15 min.
5.º momento	- Obter *feedback;* - Agendar a próxima sessão.	- Marcação da próxima sessão.	5 min.
Fundamentação	As doenças oncológicas originam alterações da funcionalidade e estruturas corporais e também alterações psicológicas e emocionais. De acordo com Borda, Rincón e Perez citados por Oliveira et al (2018), a autoestima pode ser definida como ausência de afeto positivo que o indivíduo tem por si próprio. Os utentes com cancro atravessam várias alterações quanto à autoestima, desde a aceitação do diagnóstico à adesão ao tratamento, vivenciando alterações da autoimagem e bem-estar (Rohde et al citados por Oliveira et al (2018).		
Avaliação	A aplicação dos instrumentos de avaliação Escala de Avaliação da Autoestima de Rosenberg e Escala de Avaliação da Imagem Corporal permitiu avaliar o impacto da mudança de aspeto visual, nomeadamente aspetos relacionados com a queda do cabelo na perceção da utente sobre a doença e sobre a própria compreensão do estado de saúde. Destaca-se ainda que os resultados das escalas aplicadas foram influenciados pelo facto da utente estar a vivenciar um momento de transformação visual devido à queda de cabelo secundária ao tratamento. No entanto, na sessão anterior sobre a aceitação do estado de saúde foi realizado aconselhamento sobre possíveis formas de diminuir o impacto da mudança visual, tendo a utente optado pela utilização de lenço. Assume-se por isso, que apesar do limite temporal do ensino clínico não permitir o acompanhamento da utente durante mais sessão, seria pertinente voltar a avaliar ambas as escalas a fim de perceber se existe necessidade de intervenção tanto a nível da autoimagem como na autoestima. Durante a intervenção de autoafirmação, C.F. teve dificuldades na iniciação da descrição por considerar apenas aspetos da beleza física. Houve necessidade de exemplificar situações positivas não físicas, tendo posteriormente resultado nas quatro descrições pedidas.		
Bibliografia de Apoio	Oliveira, F., Silva, B., Soares, B., Sousa, B., Silva, C., Barbosa, F., Silva, F., Sousa, P., Filho, R., Nascimento, T., Silva, W., Maranhão, F., Rocha, R., Paz, R. & Oliveira, T.(2018). Alterações da autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico. *Electronic Journal Collection Health.* 11(3).		

APÊNDICE V - PLANOS DE SESSÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO "EMOÇÕES A BRINCAR"

SESSÃO N.º 1 – Emoções a Brincar					
Tema	Competências emocionais no desenvolvimento infantil – diagnóstico de situação				
População-alvo	Alunos do 3.º ano do ensino primário				
Intervenientes	Tânia Catarina Costa da Silva (aluna do mestrado em ESMP)				
Data	2 de dezembro de 2022	Hora:	13h30	Duração:	35 minutos (cada turma)
Local	Sala de aula	Turma:	A e B	N.º de alunos:	48
Recursos materiais	Material de escrita e questionários para preenchimento				
Objetivos gerais	- Inquirir os alunos sobre os conhecimentos sobre a temática das emoções; - Realizar diagnóstico de situação.				

PLANO DE INTERVENÇÃO			
	Objetivos específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais e apresentação dos intervenientes; - Apresentação dos objetivos da sessão.	10 min.
2.º momento	- Preencher os questionários individualmente.	- Elaboração do diagnóstico de situação para planeamento das sessões seguintes de acordo com a perceção e conhecimentos do grupo inquirido.	20 min.
3.º momento	- Divulgar data da próxima sessão; - Encerrar sessão.	- Esclarecimento de dúvidas; - Cumprimentos finais.	5 min.
Fundamentação	Para garantir a adequação do tema às necessidades da população alvo foram selecionadas as duas turmas do 3.º ano do ensino primário, em colaboração com elemento de coordenação da escola. Foi selecionada a turma A para grupo experimental e a turma B para grupo de controlo. Após o preenchimento dos inquéritos será realizada uma análise dos resultados para realização do diagnóstico de situação. Segundo Ramos et al (2018) os questionários são instrumentos de colheita de dados e de pesquisa, que deve ser constituído por um conjunto ordenado de perguntas. É uma técnica de investigação com o objetivo de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, comportamentos entre outros.		
Bibliografia de apoio	Ramos, D., Ribeiro, F., Anastácio, B., & Silva, G. (2019). Elaboração de questionários: algumas considerações. Research, Society and Development, 8 (3), 1-13. Doi https://doi.org/10.33448/rsd-v8i3.828		
Avaliação da sessão	A atividade decorreu de acordo com o planeado, sendo que na turma A foram preenchidos 22 questionários por ausência de dois alunos e na turma B foram preenchidos 17 questionários por estarem a faltar sete alunos. De acordo com o *feedback* dos alunos, a compreensão e resposta ao questionário foi mais fácil na turma A do que na turma B, havendo maior necessidade de esclarecer os alunos da turma B sobre o enunciado. Destaca-se as ambas as turmas que o tema das emoções já é conhecido pela maioria dos alunos, contudo as questões que se referem às emoções desagradáveis, como a tristeza, o medo ou a raiva, são tidas como emoções a evitar, desconhecendo a importância de as vivenciar para um desenvolvimento saudável (conhecimento não demonstrado sobre a gestão emocional). Assim, conclui-se que é importante realizar sessões psicoeducativas e psicoterapêuticas para melhorar a literacia sobre as emoções e para capacitar as crianças para uma boa gestão e vivência das emoções.		

Material	Questionário

Questões					
Já ouviste falar sobre as emoções?					
Pensas que as emoções são importantes para a tua saúde?					
Pensas ser possível viver sem emoções?					
Quando não conheces as pessoas que te rodeiam podes sentir vergonha?					
Podemos considerar-nos felizes quando temos momentos em que nos sentimos mais desanimados?					
Pensas que sentir raiva quando não consegues fazer um exercício na sala te pode ajudar a crescer?					
Só te sentes feliz quando recebes um presente?					
Quando ficas numa sala escura podes sentir medo. Tentas esconder que tens medo?					
Quando te zangas com um amigo, por vezes, sentes tristeza e podes chorar. Achas que é normal?					
Tentas não mostrar as tuas emoções aos outros?					
Deves evitar sempre as emoções desagradáveis?					

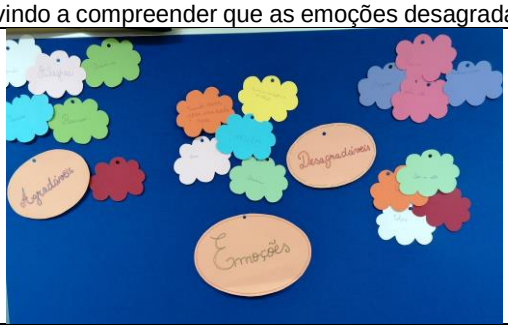
SESSÃO N.º 2 – Emoções a Brincar					
Título	Roleta das Emoções				
Tema	Os tipos de emoções e o seu impacto no dia-a-dia				
População-alvo	Alunos do 3.º ano do ensino primário				
Intervenientes	Tânia Catarina Costa da Silva (aluna do mestrado em ESMP)				
Data	5 de dezembro de 2022	Hora:	14h00	Duração:	45 minutos
Local	Ludoteca	Turma:	A	N.º de alunos:	24
Recursos materiais	Projetor, tela, computador, apresentação *PowerPoint* (apêndice VI), jogo “Roleta das emoções”.				
Objetivos gerais	- Aumentar a literacia sobre as emoções; - Treinar identificação das emoções.				

PLANO DE INTERVENÇÃO			
	Objetivos específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Relembrar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Definir o conceito de emoção; - Identificar tipos de emoções (primárias e secundárias); - Perceber que existem emoções agradáveis e desagradáveis; - Representar emoções não estando a senti-las; - Reconhecer emoções através da mímica dos colegas, identificando manifestações corporais e comportamentos associados a cada emoção.	**<u>Intervenção psicoeducacional</u>** - Metodologia expositiva-formativa através de apresentação de conteúdos sobre a caracterização das emoções, nomeadamente distinção entre emoções primárias e secundárias, importância da expressão de emoções e identificação de emoções. **<u>Intervenção psicoterapêutica</u>** - Desenvolvimento e treino de competências de simbolização e compreensão de experiências emocionais através do jogo da “Roleta das Emoções” - representação mímica da emoção obtida através da rotação da roleta	10 min. 25 min.

		para que os restantes alunos identifiquem a emoção representada e compreendam as manifestações corporais representativas da emoção.	
3.º momento	- Obter *feedback* da sessão; - Divulgar data da próxima sessão; - Encerrar sessão.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão; - Cumprimentos finais.	5 min.
Fundamentação	No âmbito da Saúde Escolar é crucial desenvolver atividades e estratégias de promoção de literacia emocional com projeção da consciência pessoal para as suas próprias emoções, permitindo o desenvolvimento mais saudável e equilibrado da criança e jovem (Direção Geral de Saúde, 2019). Desta forma, considera-se como ponto de partida o conhecimento básico sobre os tipos de emoções, identificando as diferentes manifestações de emoções primárias e secundárias.		
Bibliografia de apoio	Direção Geral de Saúde (2019). Saúde Mental em Saúde Escolar: manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar. Ministério da Saúde.		
Avaliação da sessão	A sessão decorreu na ludoteca da escola com 22 crianças presentes. Iniciou-se a atividade com uma pequena exposição interativa sobre os tipos de emoções e as diferentes manifestações das mesmas. Os alunos tiveram a oportunidade de responder a um *quizz* para validar a aprendizagem. A maioria dos alunos participaram ativamente na sessão, contribuindo com exemplos e dúvidas que promoveram a eficácia da atividade. Através do jogo da "Roleta das Emoções" os alunos puderam treinar, com recurso à mímica, a expressão de emoções através de manifestações corporais. Por último, para avaliação da atividade, foi oferecido ao aluno um *emoji* sem expressão, que tiveram de preencher desenhando o que tinham sentido na sessão. A maioria dos *emojis* obtidos têm uma expressão sorridente. Nesta atividade a maior dificuldade foi a gestão de tempo, uma vez que é uma turma interativa, apesar de alguns momentos serem mais contidos emocionalmente pela exigência de um comportamento calmo e ordeiro em sala de aula.		
Registo fotográfico	 		

SESSÃO N.º 3 – Emoções a Brincar					
Título	Mapa das Emoções				
Tema	A vivência das emoções no quotidiano da criança				
População-alvo	Alunos do 3.º ano do ensino primário				
Intervenientes	Tânia Catarina Costa da Silva (aluna do mestrado em ESMP)				
Data	7 de dezembro de 2022	Hora:	14h00	Duração:	45 minutos
Local	Ludoteca	Turma:	A	N.º de alunos:	24
Recursos materiais	Projetor, tela, computador, colunas, cartolinas e material de escrita.				
Link do vídeo	**https://www.youtube.com/watch?v=wmLnPulXlNw**				
Objetivos gerais	- Compreender a importância do desenvolvimento do autoconhecimento das emoções; - Reconhecer o papel das emoções na vivência do dia-a-dia; - Elaborar o "O Mapa de Emoções".				

PLANO DE INTERVENÇÃO			
	Objetivos específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.

2.º momento	- Usar técnica de *role play* para relembrar os conteúdos abordados na sessão anterior; - Identificar formas de expressão das emoções; - Compreender as manifestações corporais durante a vivências das emoções; - Entender que a mesma situação pode gerar diferentes emoções.	**<u>Intervenção psicoeducacional</u>** - visualização de vídeo de apoio intitulado "Todos nós já nascemos com emoções"; - uso de técnica formativa e de discussão guiada sobre a expressão de emoções; - estratégia de reflexão em grupo.	10 min.
3.º momento	- Elaborar o "O Mapa de Emoções" através de metodologia de *brainstorming.*	**<u>Intervenção psicoterapêutica</u>** - promoção da autoeficácia na identificação de emoções através da construção do mapa das emoções com seleção de emoções que frequentemente experienciam, que permita organizar as emoções de acordo com a classificação "agradáveis" e "desagradáveis".	25 min.
4.º momento	- Obter feedback da sessão; - Divulgar data da próxima sessão; - Encerrar sessão.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão; - Cumprimentos finais.	5 min.
Fundamentação	Segundo Goleman (2012), o reconhecimento das emoções assenta primordialmente no autoconhecimento das emoções que permitem ao indivíduo desenvolver estratégias de regulação emocional. A habilidade de identificar e diferenciar emoções, compreender a sua função e avaliá-las são aptidões fundamentais integradas no desenvolvimento do indivíduo, sendo o período mais crítico a infância e a adolescência (Reverendo, 2011). Desta forma, foi planeada uma atividade de *brainstorming* para os alunos do terceiro ano, a fim de partilharem ideias sobre as suas emoções com o objetivo de elaborar um mapa-esquema sobre experiências pessoais relacionadas com as emoções.		
Bibliografia de apoio	- Goleman, D. (2012). A inteligência emocional. Objetiva. - Reverendo, I. M. (2011). Regulação emocional, satisfação com a vida & percepção da aceitação-rejeição parental: estudo de adaptação e validação da versão portuguesa do emotions regulation index for children anda adolescents (ERICA). Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Coimbra.		
Avaliação da sessão	Na sessão estiveram presentes todos os alunos da turma, decorrida na ludoteca. Primeiro foi apresentado um vídeo sobre as emoções desde o nascimento até à idade adulta. Posteriormente os alunos foram desafiados a escreverem em balões de diálogo algumas palavras relacionadas com as emoções agradáveis e desagradáveis, com recurso à metodologia de *brainstorming*, e com os balões de diálogo foi construído um mapa sobre as emoções no quadro de arte da ludoteca. Os alunos tiveram uma boa adesão e participação na atividade, com expressão das várias emoções e sentimentos, compreendendo a finalidade das emoções desagradáveis. No final da sessão foram distribuídos os *emojis* para avaliação e foi possível perceber que os alunos desenharam faces com as várias emoções, ao invés do que foi evidenciado na primeira sessão. Por interpretação do resultado face à adesão na atividade, inferiu-se que os alunos têm vindo a compreender que as emoções desagradáveis também devem ser expressadas.		
Registo fotográfico			

SESSÃO N.º 4 – Emoções a Brincar					
Título	Porta-Chaves das Emoções				
Tema	O impacto das emoções na construção da personalidade				
População-alvo	Alunos do 3.º ano do ensino primário				
Intervenientes	Tânia Catarina Costa da Silva (aluna do mestrado em ESMP)				
Data	12 de dezembro de 2022	Hora:	14h00	Duração:	45 minutos
Local	Sala de aula	Turma:	A	N.º de alunos:	24
Recursos materiais	Material de corte e colagem, cartolinas, tecido de feltro, velcro, marcadores, lápis de cor, fio, porta-chaves metálico, missangas.				
Objetivos gerais	- Compreender a importância de identificar as emoções dos outros; - Compreender a importância de expressar as emoções em grupo; - Perceber o significado das emoções no desenvolvimento da personalidade; - Elaborar o porta-chaves.				

PLANO DE INTERVENÇÃO			
	Objetivos específicos	Intervenções	Duração
1.º momento	- Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Aprender sobre a aceitação das emoções dos outros, mesmo quando são diferentes das suas; - Compreender a forma assertiva de expressar as emoções; - Promover a tolerância e a empatia com as emoções dos outros.	**<u>Intervenção psicoeducacional</u>** - discussão conjunta sobre situações vividas em contexto familiar ou social com envolvimento de emoções pessoais e interpessoais "o que senti?", "o que os outros sentiram?" e "como ambos expressaram?".	15 min.
3.º momento	- Identificar uma característica predominante (relacionada com as emoções) de um elemento de referência pessoal; - Elaborar o "Porta-chaves das Emoções".	**<u>Intervenção psicoterapêutica</u>** - melhoria da autoeficácia na mobilização do conhecimento para a identificação de características da personalidade de pessoas significativas; - estimulação da expressão das emoções pela arte.	20 min.
4.º momento	- Obter *feedback* da sessão; - Divulgar data da próxima sessão; - Encerrar sessão.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão; - Cumprimentos finais.	5 min.
Fundamentação	Na teoria de Daniel Goleman sobre a inteligência emocional existem quatro pilares essenciais: a autoconsciência, a autogestão, a consciência social e gestão de relacionamentos. Reunidas estas competências, os indivíduos tornam-se mais aptos para os relacionamentos interpessoais. Primeiro é necessário tomar consciência das suas emoções, depois desenvolver a capacidade de gerir as próprias emoções de forma saudável, em seguida compreender as emoções dos outros, bem comos as suas necessidades e preocupações, e por último a gestão de relacionamentos através do desenvolvimento de uma boa relação entre as emoções intrapessoais e interpessoais (Goleman, 2006). O planeamento da sessão baseou-se na necessidade de promover a compreensão das emoções dos outros e da interligação entre a expressão de emoções pessoais e dos outros, potenciando a aceitação, tolerância e gestão de emoções positiva e saudável.		
Bibliografia de apoio	- Goleman, D. (2006). Inteligência Social: a nova ciência do relacionamento humano. Temas e Debates.		
Avaliação da sessão	A sessão decorreu na sala de aula da turma e participaram 24 alunos. A atividade promoveu essencialmente a aceitação da vivência das emoções pelos outros, compreendendo que a mesma situação pode originar diferentes emoções na própria pessoa e de pessoa para pessoa. A atividade de construção do porta-chaves foi uma atividade muito interativa e apreciada pelos alunos, com promoção da criatividade individual e mobilização de conhecimentos sobre o Outro. Cada aluno teve de selecionar um Ser significativo (humano ou não humano) e defini-lo através de uma emoção. O objetivo era oferecer o porta-chaves. Foi possível perceber que a maioria dos alunos quis oferecer o porta-chaves aos pais, mas também existiram crianças que quiseram oferecer a si próprias, aos amigos e até a animais. Esta atividade teve uma duração inferior à duração planeada dado que a turma tinha uma atividade planeada na disciplina de inglês. Desta forma, não foi aplicado o *emoji* de avaliação.		

Registo fotográfico	

SESSÃO N.º 5 – Emoções a Brincar					
Título	Puzzle das emoções				
Tema	A vivência das emoções e a construção da personalidade				
População-alvo	Alunos do 3.º ano do ensino primário				
Intervenientes	Tânia Catarina Costa da Silva (aluna do mestrado em ESMP)				
Data	3 de janeiro de 2023	Hora:	14h00	Duração:	45 minutos
Local	Sala de aula	Turma:	A	N.º de alunos:	24
Recursos materiais	Projetor, tela, computador, apresentação *Powerpoint* (apêndice VII), *puzzle.*				
Objetivos gerais	- Perceber o que é a regulação emocional; - Desenvolver a tolerância para as emoções desagradáveis; - Treinar a regulação emocional.				

PLANO DE INTERVENÇÃO			
	Objetivos específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Respeitar as emoções dos outros; - Caracterizar sistema de regulação de emoções; - Identificar comportamentos disfuncionais face à expressão de emoções e sentimentos; - Desenvolver comportamentos de expressão de emoções adequados; - Promover o relaxamento.	**<u>Intervenção psicoeducacional</u>** - Metodologia expositiva-formativa através de apresentação de conteúdos subordinados ao tema "Regulação Emocional"; - treino de competências de regulação emocional com recurso a técnica lúdica "Puzzle". **<u>Intervenção psicoterapêutica</u>** - sessão de imaginação guiada através de áudio "Corpo a dormir" como recurso para a promoção do relaxamento.	30 min.
3.º momento	- Obter *feedback* da sessão; - Divulgar data da próxima sessão; - Encerrar sessão.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão; - Cumprimentos finais.	5 min.
Fundamentação	A regulação emocional é o processo de monitorização, avaliação e modificação das reações emocionais no que diz respeito ao tempo e à intensidade (Thompson citado por Pinto et al, 2014). Shaver & Mikulincer citados por Pinto et al (2014) referem que as estratégias de regulação emocional estão associadas à vinculação, ao desempenho cognitivo e escolar e às manifestações psicopatológicas. Desta forma, a educação sobre estratégias de regulação emocional desde a infância assume um importante papel de formação das crianças e jovens. O principal objetivo é a promoção da adoção de comportamentos adaptativos face às características do ambiente onde se inserem.		

	Esta premissa é apoiada por Shipman et al (2007) afirmando que a capacidade de regulação das emoções tem um objetivo fundamental de contribuir para o desenvolvimento socioemocional das crianças.
Bibliografia de apoio	- Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development*, *16*, 268-285. - Pinto, H., Carvalho, A., & Sá, E. (2014). Os estilos educativos parentais e a regulação emocional: Estratégias de regulação e elaboração emocional das crianças em idade escolar. *Análise Psicológica,* 4, 387-400. Doi: 10.14417/ap.844
Avaliação da sessão	Todos os alunos estiveram presentes na sessão, tendo sido a atividade desenvolvida na sala de aula por indisponibilidade da ludoteca. Os alunos tiveram a oportunidade, após uma sessão psicoeducativa sobre regulação de emoções, de montar pequenos *puzzles* sobre diferentes formas de controlo das emoções agradáveis e desagradáveis. Foram dados exemplos e discutidos conjuntamente os comportamentos adequados face às diferentes emoções. No segundo momento foi passado um áudio de relaxamento, contudo pelo facto de ter sido uma sessão decorrida em sala de aula, não houve espaço para que as crianças pudessem deitar no chão, pelo que o resultado obtido foi alterado pela postura sentada das crianças. Porém, considero que compreenderam o objetivo, dado que foi possível fazer uma parte da sessão na posição de sentado. Nesta fase do projeto constata-se que os alunos têm maior capacidade de falar das emoções desagradáveis e reconhecê-las como importantes para o seu desenvolvimento.
Registo fotográfico	

SESSÃO N.º 6 – Emoções a Brincar					
Título	Espelho das emoções				
Tema	As diferentes interpretações das emoções				
População-alvo	Alunos do 3.º ano do ensino primário				
Intervenientes	Tânia Catarina Costa da Silva (aluna do mestrado em ESMP)				
Data	10 de janeiro de 2023	Hora:	14h00	Duração:	45 minutos
Local	Ludoteca	Turma:	A	N.º de alunos:	24
Recursos materiais	Projetor, tela, computador, apresentação *Powerpoint* (apêndice VIII), Espelho das Emoções; cartas de emoções.				
Objetivos gerais	- Aumentar a literacia sobre a comunicação verbal e não verbal de emoções; - Aumentar a literacia sobre comunicação assertiva de emoções; - Compreender que pessoas diferentes podem ter formas de manifestar as mesmas emoções de formas diferentes; - Promover a aceitação e tolerância das emoções dos Outros.				

PLANO DE INTERVENÇÃO			
	Objetivos específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Distinguir diferentes formas de comunicação: agressiva, passiva, passiva-agressiva e assertiva; - Distinguir comunicação verbal e comunicação não verbal; - Treinar diferentes formas de expressão de emoções através da atividade lúdica "Espelho das Emoções".	**<u>Intervenção psicoeducacional</u>** -sessão formativa sobre comunicação verbal e não verbal e definição de comunicação agressiva, passiva, passiva-agressiva e assertiva com recurso a *brainstorming*; -atividade lúdica de representação de emoções pelos alunos utilizando o "Espelho das Emoções" – dois alunos de cada vez representam uma emoção comum sem terem contacto visual um com o outro, com o objetivo da turma identificar a emoção pela linguagem não verbal e perceberem que o espelho de reflexo da imagem é diferente do espelho das emoções.	35 min.
3.º momento	- Obter *feedback* da sessão; - Divulgar data da próxima sessão; - Encerrar sessão.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão; - Cumprimentos finais.	5 min.
Fundamentação	O desenvolvimento de habilidades sociais como a comunicação assertiva é um fator protetor de problemas emocionais e comportamentais (Bortolini, 2012). Nas relações entre pares podem existir várias formas de comunicação, nomeadamente a forma agressiva, caracterizada por autoritarismo, coerção, negativismo, ironia e agressividade física e verbal; forma passiva definida por comportamentos submissos e/ou de fuga, ausência de expressão de opinião; e a forma assertiva relacionada com a capacidade de defender os próprios direito e de expressar sentimentos e crenças com postura honesta, direta e sem violar os direitos das outras pessoas(Oliveira, 2005).		
Bibliografia de apoio	- Bortolini, M. (2012). O desenvolvimento da habilidade de assertividade e a convivência na escola. *Psicologia em Revista,* 18(3), 373-388. - Oliveira, E. (2005). Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. *Avaliação Psicológica*, 4 (1), 91-93.		
Avaliação da sessão	A sessão teve uma boa adesão, com participação ativa da maioria dos elementos. Pelo facto de alguns elementos estarem um pouco inquietos na ludoteca, com o apoio da Sr.ª Enfermeira Paula Caetano foram geridos alguns comportamentos com utilização de exemplos diretos de gestão e regulação emocional com efeito durante a sessão. Foi notório o entusiasmo na participação na atividade lúdica com o objetivo principal atingido de identificação de emoções iguais em pessoas diferentes, com manifestações diferentes. Foram interligadas as matérias sobre comunicação e emoções, sendo percecionado com clareza o conceito de comunicação assertiva de emoções. No final da sessão foram entregues os *emojis* de avaliação, com constatação de cada vez mais expressão de diferentes emoções através da expressão facial distinta ao longo das sessões. A sessão decorreu dentro do tempo estipulado.		
Registo fotográfico	 		

SESSÃO N.º 7 – Emoções a Brincar					
Tema	Competências emocionais no desenvolvimento infantil – avaliação da intervenção				
População-alvo	Alunos do 3.º ano da Escola do ensino primário				
Intervenientes	Tânia Catarina Costa da Silva (aluna do mestrado em ESMP)				
Data	16 de janeiro de 2023	Hora:	14h00	Duração:	30 minutos (cada turma)
Local	Sala de aula	Turma:	A e B	N.º de alunos:	48
Recursos materiais	Material de escrita e questionários para preenchimento (apêndice IV).				
Objetivos gerais	- Inquirir os alunos sobre os conhecimentos sobre a temática das emoções; - Realizar avaliação da intervenção por comparação de resultados.				

PLANO DE INTERVENÇÃO			
	Objetivos específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais e apresentação dos intervenientes; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Preencher os questionários individualmente.	- Avaliação da intervenção após as cinco sessões com estratégias psicoeducacionais e psicoterapêuticas dirigidas ao tema da competência emocional.	20 min.
3.º momento	- Agradecer a participação; - Encerrar sessão.	- Cumprimentos finais.	5 min.
Fundamentação	Ramos et al (2019) referem que a aplicação de questionários permite ao pesquisador obter dados concretos e objetivos que possibilitam fazer avaliações de projetos implementados.		
Bibliografia de apoio	Ramos, D., Ribeiro, F., Anastácio, B., & Silva, G. (2019). Elaboração de questionários: algumas considerações. Research, Society and Development, 8 (3), 1-13. Doi **https://doi.org/10.33448/rsd-v8i3.828**		
Avaliação da sessão	À data de entrega do presente trabalho não foi possível executar a última intervenção, pelo que não se apresenta a avaliação efetiva do projeto. Na última sessão será entregue na turma B (turma controlo) uma atividade lúdica sobre as emoções, intitulada “Semáforo das Emoções” com objetivo de ser trabalha em sala de aula, em período a definir pela professora. O objetivo é capacitar os alunos para distinção de emoções primárias e secundárias, agradáveis e desagradáveis, bem como assimilar a importância das emoções no desenvolvimento saudável.		
Registo fotográfico			

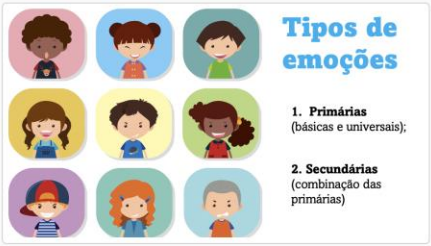
APÊNDICE VI – APRESENTAÇÃO MULTIMÉDIA SOBRE OS TIPOS DE EMOÇÕES

1

2

3

4



5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

APÊNDICE VII – APRESENTAÇÃO MULTIMÉDIA SOBRE A REGULAÇÃO EMOCIONAL

1

2

3

4

5

6

7

8

9

APÊNDICE VIII – APRESENTAÇÃO MULTIMÉDIA SOBRE TIPOS DE COMUNICAÇÃO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

APÊNDICE IX – PLANO DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO PROJETO DE RECUPERAÇÃO DO DOENTE MENTAL GRAVE SOBRE ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Tema	Aceitação do estado de saúde
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utentes do internamento de Psiquiatria
Duração	60 minutos
Data	13 de Fevereiro de 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Cadeiras, corda, cartolinas, folhas e canetas
Objetivos gerais	- Promover a aceitação do estado de saúde; - Promover *coping* eficaz.

Plano da intervenção breve

	Objetivos Específicos	Intervenções	Duração
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Capacitar os utentes para compreensão do estado de saúde; - Diminuir o estigma sobre a DM; - Avaliar a atitude face estado de saúde.	**- Metodologia expositiva e interrogativa** Breve intervenção formativa sobre conceitos relacionados com a aceitação do estado de saúde, nomeadamente fatores facilitadores, inibidores e estratégias de *coping*.	10 min.
3.º momento	- Promover a autorreflexão; - Promover a expressão de crenças; - Encorajar a expressão de sentimentos e emoções; - Identificar com a pessoa(s) o tipo de *coping* face à doença; - Promover a melhoria da autoperceção sobre a DM; - Assistir a pessoa na identificação de estratégias de *coping* eficazes; - Ensinar sobre estratégias de *coping*; - Identificar fatores facilitadores ou inibidores da aceitação do estado de saúde; - Promover relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz.	- **Estratégia psicoeducacional complementada por metodologia de reflexão guiada** Os participantes irão dispor-se na sala de atividades em linha, de acordo com a disposição de uma corda composta por vários "nós". Em cada "nó" existe um tema sobre a aceitação do estado de saúde sobre o qual será feita uma reflexão individual e em grupo. Nesta intervenção breve pretende-se assistir os utentes a identificar possíveis situações de ausência de conhecimento (conhecimento não demonstrado), estratégias ineficazes ou comportamentos de risco face à própria doença.	40 min.
4.º momento	- Avaliar a satisfação dos participantes na sessão; - Cumprimentos finais.	- Esclarecimento de dúvidas; - Encerramento da sessão.	5 min.

Fundamentação teórica

A aceitação do estado de saúde dependente de vários fatores, sendo o primeiro a disponibilidade mental para a reformulação e reconciliação com a nova condição de saúde. Também os fatores facilitadores ou inibidores, bem como os recursos externos da pessoa, são apontados como cruciais na adaptabilidade face ao estado de saúde (Petronilho, 2009). Quando é identificada uma situação de não ajustamento/ não adaptação/ não aceitação do estado de saúde é importante que o enfermeiro estabeleça relação terapêutica e de ajuda com o utente, a fim de desenvolver um plano de cuidados específicos que promovam a consciencialização sobre a doença e sobre comportamentos adaptativos face à mesma. Frequentemente é necessário ensinar sobre a doença e sobre comportamentos promotores de autocuidado e bem-estar e ainda apoiar nas tomadas de decisão relacionadas com a nova condição (Johnson et al, 2004).

De acordo com a literatura consultada, considerando fundamental iniciar o projeto de intervenção abordando o tema da aceitação do estado de saúde, foi planeada uma sessão que promoverá não só a literacia em SM, mas também a autoaceitação do estado de saúde e a adoção de comportamentos adaptativos face à doença.

Bibliografia de apoio

- Johnson, M., Maas, M. & Moorhead, S. (2004). Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2.ªed. Porto Alegre. Artmed Editora.
- Petronilho, F. (2009). Produção de Indicadores de Qualidade: a enfermagem que queremos evidenciar. Revista Sinais Vitais, p.36-44.

Avaliação

Na sessão participaram oito utentes, sendo que duas utentes aceitaram assistir, mas solicitaram não intervir por não se sentirem capazes de se expressar em grupo. Refleti sobre esta situação, concluindo-se que uma das utentes tem um défice cognitivo que a limita a nível do raciocínio e da capacidade reflexiva e a outra utente estava no segundo dia de internamento, pelo que ainda desconhecia a dinâmica do serviço e pelos traços prévios de personalidade, aparentemente teria algumas dificuldades na comunicação e expressão entre pares.
A atividade consistiu numa corda com seis nós, cada nó correspondente a um tema sobre a aceitação do estado de saúde, que tem a dificuldade no envelope azul e a resolução no envelope castanho. O objetivo foi refletir sobre o tema do primeiro envelope e chegar à solução. À medida que a atividade foi decorrendo houve a interpretação da representação da corda por vários utentes “a corda presenta a vida”sic, “os nós são dificuldades”sic, “desapertar os nós significa resolver problemas”sic, “alguns nós são mais difíceis tal com algumas situações da nossa vida”sic. A participação ativa do grupo demonstrou interesse e foram obtidas reflexões importantes para motivar os utentes a serem elementos proativos no seu processo de recuperação, adotando estratégias de *coping.*

Registo fotográfico dos materiais

APÊNDICE X – PLANO DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO PROJETO DE RECUPERAÇÃO DO DOENTE MENTAL GRAVE SOBRE COMHECIMENTO RELATIVO À DOENÇA

Tema	Promoção do conhecimento relativo à doença mental
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP)
Duração	60 minutos
Data	4 de Abril de 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Cadeiras, caixas, cartas.
Objetivos gerais	- Aumentar o conhecimento sobre DM; - Distinguir verdades e mitos sobre a DM.

Plano da intervenção breve

	Objetivos Específicos	Intervenções	Duração
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Avaliar o conhecimento sobre DM.	- **Metodologia interrogativa** Os utentes são questionados sobre as principais ideias/conhecimentos sobre a DM e SM, de forma a realizar uma breve análise dos conhecimentos da população-alvo da sessão e elaborar um diagnóstico de situação.	10 min.
3.º momento	- Capacitar os utentes para a compreensão da DM; - Diminuir ideias preconcebidas e erróneas sobre DM; - Promover a aceitação do estado de saúde; - Melhorar a capacidade de adaptação face à doença; - Promover a socialização através da expressão ideias, crenças e sentimentos; - Incentivar a partilha de problemas/ideias comuns; - Encorajar atividades sociais/comunitárias.	**- Estratégia psicoeducativa com recurso ao raciocínio crítico-cognitivo sobre mitos e verdades acerca da doença mental** Com recurso a duas caixas (1 – caixa das verdades e 2 – caixa dos mitos), os utentes vão classificar a informação disponibilizada e atribuída a cada um tendo em conta o seu conteúdo. Primeiro devem realizar uma reflexão individual e expor a sua opinião no grupo e posteriormente deve ser complementada pelos restantes participantes. **- Estratégia socio terapêutica de promoção da socialização entre pares** Os utentes são incentivados a intervir ativamente na sessão, criando-se um momento de aprendizagem através de críticas construtivas, partilha de ideais e experiências individuais.	40 min.
4.º momento	- Avaliar a satisfação dos participantes na sessão; - Cumprimentos finais.	- Esclarecimento de dúvidas; - Encerramento da sessão.	5 min.

Fundamentação teórica

A falta de conhecimento reforça atitudes e comportamentos de preconceito. Assim, para a compreensão e diferenciação entre estados de normalidade e transtorno é importante implementar estratégias psicoeducativas (Prado e Bressan, 2016). Baixos níveis de conhecimento associados a ideias estereotipadas estão frequentemente associados a baixas taxas de procura de ajuda, baixa adesão ao regime terapêutico e exclusão social, agravando consequentemente os resultados da ajuda em SM (Garcia et al, 2017).
Através da psicoeducação é possível desenvolver um plano de tratamento de doenças mentais através de mudanças comportamentais, sociais e emocionais. Assim, os indivíduos devem ser instruídos sobre conhecimentos assentes na procura de saúde, autoconsciencializando-se do seu estado de saúde e procuram atingir o máximo da sua autonomia (Lemes e Neto, 2017).

Bibliografia de apoio

- Garcia, C., Golay, P., Favrod, J. & Bonsack, C. (2017). French translation and validation of three scales evaluating stigma in mental health. Front. Psychiatry*, 8(290)*. Doi:10.3389/fpsyt.2017.00290

- Lemes, C. & Neto, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto de Saúde. Temas em Psicologia, 25 (1), 17-28, doi: 10.9788/TP2017.1-02
- Prado, A. & Bressan, R. (2016). O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. Revista Psicopedagogia, 33(100).

Avaliação

A implementação do plano de intervenção teve data definida para o dia 27/03, no entanto dado que os utentes estavam envolvidos numa atividade de terapia ocupacional, foi realizada apenas no dia 04/04.
O grupo foi constituído por oito participantes. Foi possível verificar-se diferentes tipos de participação, algumas mais breves e provocadas e outras mais espontâneas. Foram constatadas diferentes capacidades reflexivas. O objetivo de discutir valores, crenças e ideias permitiu promover a autorreflexão e a partilha em grupo, sendo notória a discussão cordial de perspetivas diferentes sobre o mesmo tema. Foram identificados mitos frequentes na sociedade. Numa reflexão guiada foi possível incentivar os utentes a terem uma atitude de informar os outros sobre o que é a DM com o objetivo de diminuir o desconhecimento, que é considerado o principal propulsor de ideias erróneas, estereotipadas e estigmatizantes.
A sessão terminou com a leitura e reflexão sobre definição de SM da OMS, conhecida apenas por uma das utentes.

Registo fotográfico dos materiais

APÊNDICE XI - PLANO DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO PROJETO DE RECUPERAÇÃO DO DOENTE MENTAL GRAVE SOBRE ADESÃO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Tema	Adesão ao Regime Terapêutico
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utentes do internamento de Psiquiatria
Duração	60 minutos
Data	10 de Abril de 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Materiais para o mapa mental, escala de avaliação *Morisky* (Anexo I) e *flyer* informativo (Apêndice XII)
Objetivos gerais	- Promover a adesão ao regime terapêutico; - Diminuir o risco de abandono terapêutico.

Plano da intervenção breve

	Objetivos Específicos	Intervenções	Duração
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Realizar diagnóstico situacional sobre a adesão ao regime terapêutico dos elementos praticantes na sessão através da escala *Morisky* (Vanelli et al, 2010); - Avaliar atitude face ao regime terapêutico.	- Aplicação da escala da Escala *Morisky* – Adesão à terapêutica, com preenchimento individual e anónimo.	10 min.
3.º momento	- Aumentar a literacia sobre o regime terapêutico; - Ajudar a grupo a identificar as principais razões para a não adesão ao regime terapêutico; - Adquirir conhecimentos para evitar complicações; - Ensinar sobre estratégias para evitar evicção medicamentosa; - Potenciar comportamento de adesão; - Capacitar os participantes para a gestão de hábitos de vida saudáveis; - Promover a independência e responsabilidade sobre o tratamento.	- **Intervenção psicoeducacional** "Adesão ao regime terapêutico": vantagens da adesão ao regime terapêutico, consequências da não adesão ao regime terapêutico, estratégias para melhorar a adesão ao regime terapêutico. Uso de dinâmica de construção de mapa mental com operacionalização em pirâmide através da identificação de etapas prioritárias para a adesão terapêutica. - **Estratégia psicoterapêutica através de grupo terapêutico:** partilha de conhecimentos, experiências e reflexões através de método de reflexão guiada.	40 min.
4.º momento	- Providenciar material de leitura.	- Entrega de *flyer* informativo sobre a Adesão ao Regime Terapêutico.	5 min.
5.º momento	- Avaliar a satisfação dos participantes na sessão; - Cumprimentos finais.	- Esclarecimento de dúvidas; - Encerramento da sessão.	5 min.

Fundamentação teórica

A OMS (2003) definiu adesão ao regime terapêutico como o comportamento adotado pela pessoa face à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida acordadas com um profissional de saúde. De acordo com a OE (2021), a adesão ao regime terapêutico pressupõe que a pessoa desempenhe um conjunto de atividades centradas na adaptação do comportamento face à doença. Oliveira (2015) afirma que a educação para a gestão do regime terapêutico é a base do cuidar da pessoa com doença crónica. A mesma autora defende também que ensinar sobre regime terapêutico proporciona conhecimento e competências para uma transição saudável e impulsionadora de uma gestão eficaz.

A adesão ao regime terapêutico pode ser influenciada por vários fatores, nomeadamente fatores relacionados com a terapêutica prescrita; fatores sociais, económicos e culturais; fatores individuais relativos à pessoa; fatores

relacionados com a doença-base e comorbilidades; e fatores relacionados com os serviços de saúde (OMS, 2003).

Face aos multifatores que influenciam a adesão ou não adesão ao regime terapêutico foi desenvolvida uma atividade centrada na promoção de comportamentos de adesão através de estratégia psicoeducativa com aumento da literacia em saúde e estratégia socio terapêutica de comunicação/expressão de conhecimentos e experiências em grupo e interação social. Para enriquecer esta sessão foi elaborado um folheto informativo.

Bibliografia de apoio

- Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. Revista de Enfermagem Referência, 5(7). DOI: https://doi.org/10.12707/RV20145
- Organização Mundial da Saúde (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genebra. OMS
- Oliveira, C. (2015). Autocuidado: Gerir Regime Medicamentoso- uma revisão integrativa da literatura contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de dados em enfermagem. Instituto Politécnico de Beja, Beja. Acedido em: https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5748/1/Jorge%20Ramalho%20-%20versão%20corrigida_pdfa.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Avaliação

Na intervenção participaram cinco utentes, havendo alguma dificuldade de concentração nos objetivos da sessão, possivelmente por ser uma dinâmica que necessita de raciocínio lógico e o grupo participante ter vários elementos recentemente internados e ainda pouco integrados nas dinâmicas interventivas. Acrescenta-se o facto da atividade ter decorrido próximo da hora da visita, caracterizada pela expetativa da chegada da família que considero ter influenciado a participação, a atenção e concentração dos utentes nos objetivos da sessão. Ainda assim, foi possível integrar conhecimentos sobre o que é o regime terapêutico e fomentar a ideia de que a recuperação do doente mental vai além do tratamento medicamentoso. A aplicação da escala foi adaptada optando-se por utilizar as questões da escala para iniciar a discussão sobre a temática, evitando-se o risco de dispersão do grupo pedindo o autopreenchimento. Foi realizada psicoeducação sobre fatores de risco relacionados com a não adesão terapêutica, os ganhos com a adesão terapêutica e estratégias a adotar para melhorar a adesão terapêutica e consequentemente obter maiores ganhos em saúde. Finalizou-se com a entrega do *flyer* informativo, que foi também oferecido a utentes que não participaram na sessão mas que têm diagnósticos de enfermagem relacionados com o abandono terapêutico.

Registo fotográfico dos materiais

APÊNDICE XII – *FLYER* INFORMATIVO SOBRE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Capacitação do utente para a gestão do seu estado de saúde

O que é a adesão terapêutica?

Conjunto de mudanças comportamentais que incluem a aquisição dos medicamentos, a toma dos medicamentos, bons hábitos de vida, regime alimentar adequado, prática de exercício físico, abandono de comportamentos de risco e seguimento em consultas.

Camarneiro, 2021

Fatores que influenciam a adesão terapêutica

1. Fatores sociais, económicos e culturais (acessibilidade, rede de apoio, recursos financeiros, estigma, crenças de saúde);
2. Fatores relacionados com a doença e comorbilidades (tipo de doença, evolução, sintomatologia);
3. Fatores relacionados com os profissionais e o serviço de saúde (comunicação entre profissional e utente, adequação e explicação do regime terapêutico);
4. Fatores relacionados com a terapêutica prescrita (efeitos, reações adversas, início de ação; duração do tratamento);
5. Fatores individuais (a idade, o género, a perceção da gravidade da doença).

Organização Mundial de Saúde, 2003

Consequências da não adesão terapêutica

- Probabilidade de insucesso do tratamento;
- Complicações e sofrimento evitáveis;
- Aumento da mortalidade e morbilidade;
- Recaída e aumento do período de recuperação;
- Aumento dos internamentos (número e duração);
- Aumento dos gastos com a saúde.

Camarneiro, 2021

Estratégias a adotar

- Consciencializar-se e aceitar a sua doença;
- Envolver-se nas decisões sobre o seu estado de saúde;
- Esclarecer todas as dúvidas relacionadas com o regime terapêutico;
- Identificar os ganhos/melhorias em saúde;
- Identificar um profissional de referência;
- Evitar esquecimentos ou erros;
- Envolver a família e/ou amigos.

Cardoso, 2016

Serviço de Internamento de Psiquiatria
Folheto informativo
Abril, 2023

APÊNDICE XII – PLANO DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO PROJETO DE RECUPERAÇAO DO DOENTE MENTAL GRAVE SOBRE PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E COMPORTAMENTOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Tema	Promoção do autocuidado e comportamentos de promoção da SM
Subtema	Autoconceito e autoestima
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utentes do internamento de Psiquiatria
Duração	60 minutos
Data	14 de Abril de 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Cartolinas, canetas e lápis de cor, cartaz, cola.
Objetivos gerais	- Promover a autoestima dos participantes; - Aumentar o autoconhecimento; - Promover a socialização e partilha em grupo.

Plano da intervenção breve

	Objetivos Específicos	Intervenções	Duração
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Ensinar sobre autoconceito e autoestima; - Encorajar o aumento de responsabilidade sobre si; - Capacitar para o autocuidado; - Transmitir confiança na capacidade dos utentes lidarem com as suas situações de saúde.	**Intervenção psicoeducativa** sobre Autoestima através de sessão formativa sobre o conceito diferencial de autoconceito e autoestima; incentivo à autorreflexão sobre pontos fortes e pontos fracos; motivar para comportamentos de mudança através de aconselhamento.	15 min.
3.º momento	- Construir "Árvore do autoconceito e autoestima" do grupo; - Encorajar os utentes a identificarem as suas forças e fraquezas.	**Intervenção psicoterapêutica** através de intervenção expressiva utilizando materiais de expressão plástica. Instruções: Os utentes devem fazer o contorno palmar e em cada um dos dedos identificar pontos fortes e na palma da mão uma característica que gostariam de modificar. Após terminarem a atividade serão integradas todas as mãos na construção de uma árvore de autoestima.	20min.
4.º momento	- Promover a socialização através da partilha de ideias, experiências, sentimentos e emoções relacionados com a atividade expressiva; - Estimular o espírito de grupo.	**Intervenção socio terapêutica** através da expressão de ideias, sentimentos e emoções relacionadas com a atividade, usando a reflexão.	15min.
5.º momento	- Avaliar a satisfação dos participantes na sessão; - Cumprimentos finais.	- Esclarecimento de dúvidas; - Encerramento da sessão.	5 min.

Fundamentação teórica

Segundo o *International Council of Nurses* (2017), a autoestima é a opinião que cada pessoa tem sobre si próprio. Manifesta-se pela verbalização de crenças sobre si próprio, pela autoaceitação, e pela autolimitação. Um indivíduo com autoestima positiva desafias as crenças negativas sobre si, aceita tanto o elogio como a crítica construtiva. Uma pessoa com baixa autoestima desenvolve uma perceção negativa sobre si própria, com sentimentos

negativos e autoavaliação negativa sobre as suas capacidades. Esta autoestima baixa pode ser situacional ou crónica. As intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro EESMP para melhorar a autoestima e o autoconceito devem assentar em intervenções de promoção da confiança interna e habilidade para resolver problemas (Sequeira, 2006). Segundo Jardim e Pereira (2006), devem trabalhar-se áreas como a mudança em relação a si próprio e em relação aos outros. Deve desenvolver-se autoconhecimento sobre si próprio conhecendo limites, capacidades e necessidades; deve desenvolver-se a capacidade de autoafirmação perante os outros, respeitando a individualidade de ada um, correndo o risco de não agradar, mas mantendo uma postura empática e assertiva; e deve ainda tomar consciência dos seus sucessos afirmando para si próprio as conquistas, melhorando a satisfação pessoal.

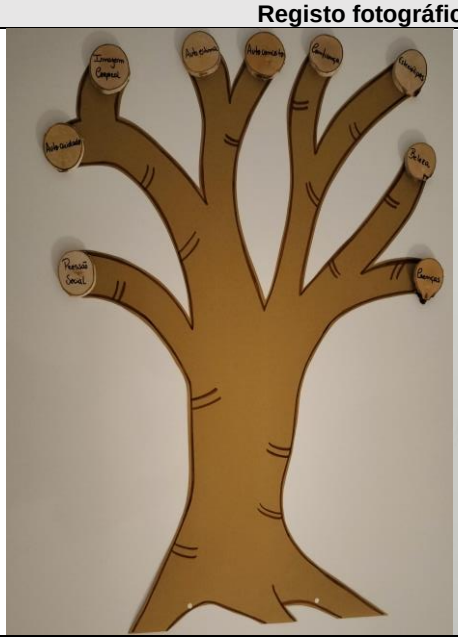
Bibliografia de apoio

- International Council of Nurses. (2017). International Classification for Nursing Practice. Genebra. International Council of Nurses.
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). Competências Pessoais e Sociais: guia prático para a mudança positiva. Porto: ASA Editores, S. A.
- Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica. Coimbra. Quarteto

Avaliação

A sessão permitiu uma grande interação com os utentes, promovida pelo carater manual da atividade. Iniciou-se com psicoeducação sobre conceitos essenciais sobre a autoestima, nomeadamente autoconceito, confiança, estereótipos, crenças, pressão social, beleza, autocuidado e imagem corporal, correspondendo a cada ramo da "árvore da autoestima". Posteriormente foi pedido aos participantes que desenhassem a sua mãe e como estratégia motivacional registassem cinco aspetos positivos em cada um dos dedos e um aspeto negativo na palma da mão. Refletiu-se sobre a necessidade de manter estratégias de enfrentamento de baixa autoestima e baixa autoconfiança. Os utentes demonstraram bastante agrado, mobilizando algumas das aprendizagens do primeiro momento de psicoeducação para a autocaracterização. Após terminarem a atividade individual foi realizada um momento de partilha, com partilha de experiências pessoais relacionadas com a autoestima, sendo possível identificar diferentes níveis de autoestima nos vários utentes "eu gosto de mim como sou"sic, "sempre tive problemas com a confiança em mim, sempre fui muito insegura"sic, "às vezes fazemos o que a sociedade nos pede"sic. O resultado final ficou exposto na sala de atividades do serviço sob permissão dos utentes participantes.

Registo fotográfico dos materiais



APÊNDICE XIV – PLANO DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO PROJETO DE RECUPERAÇÃO DO DOENTE MENTAL GRAVE SOBRE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Tema	Prevenção de recaídas
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utentes do internamento de Psiquiatria
Duração	45 minutos
Data	15 de Abril de 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Colchões, guião da sessão de relaxamento progressivo, coluna de som
Objetivos gerais	- Promover a identificação de fatores desencadeadores de ansiedade; - Ensinar sobre técnica de relaxamento progressivo de Jacobson.
Recurso multimédia	https://www.youtube.com/watch?v=YATal4TlK6Y

Plano da intervenção breve

	Objetivos Específicos	Intervenções	Duração
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Identificar fatores desencadeadores de ansiedade nos participantes na sessão; - Identificar formas de prevenir a ansiedade; - Identificar atitudes a desenvolver face ao comportamento ansioso instalado; - Avaliar numericamente (entre 0 e 10) a ansiedade no momento da intervenção.	**Intervenção psicoeducativa** sobre Ansiedade – apoio na identificação e expressão de sentimentos e emoções; identificação de situações geradoras de ansiedade; identificação de manifestações físicas e comportamentais em momentos de ansiedade; promoção do autocontrolo da ansiedade;	15 min.
3.º momento	- Treinar a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson	- Gestão do ambiente promotor de bem-estar nos participantes: eliminar precursores de ansiedade; ajustar o ambiente seguro para o utente; reduzir estímulos ambientais; controlar ruídos indesejáveis; adequar a iluminação. - Uso de **técnica psicoterapêutica** de enfrentamento da ansiedade.	15 min.
4.º momento	- Reavaliar numericamente (entre 0 e 10) a ansiedade após a sessão de relaxamento.	Uso de comparação de resultados para avaliação da eficácia da sessão terapêutica de relaxamento.	5 min.
5.º momento	- Avaliar a satisfação dos participantes na sessão; - Cumprimentos finais.	- Esclarecimento de dúvidas; - Encerramento da sessão.	5 min.

Fundamentação teórica

A ansiedade é uma emoção experienciada por todo o Ser Humano nas mais distintas situações e frequentemente conotada negativamente. Contudo, a ansiedade pode assumir várias formas, sendo a ansiedade não patológica um sinal de alarme protetor com resposta automática e imediata para a defesa do individuo (Rebelo & Carvalho, 2014). Já a ansiedade patológica traduz-se numa preocupação/apreensão exagerada face que podem incluir manifestações de inquietação, fadiga, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (American Psychiatric Association, 2011). A experiência de estados de ansiedade insidiosos em doentes mentais sem comportamentos de enfrentamento e autocontrolo é frequente em episódios de recaída. Paralelamente à instituição ou reformulação do regime medicamentoso, devem ser realizadas técnicas complementares como técnicas de relaxamento ou atividades de distração. Segundo Rebelo e Carvalho (2014), o uso de técnicas de relaxamento e no tratamento de perturbações psiquiátricas constituem uma terapêutica simples e eficaz, que exigem dedicação e disponibilidade pessoal do terapeuta e do utente. Especificamente no relaxamento progressivo, Lalande et al (2017), num estudo realizado, concluiu que este tipo de relaxamento em

doentes com depressão e ansiedade diminui significativamente os sintomas de ansiedade e melhora a perceção de bem-estar do utente.
Selecionou-se para esta intervenção a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, que segundo Rispail (2003) é uma técnica que se baseada na contração e descontração de vários grupos musculares com o objetivo que o indivíduo aprenda a reconhecer as suas próprias tensões e assim consiga reduzi-las, implicando o controlo das suas próprias emoções.
O planeamento desta sessão permitiu integrar conhecimentos sobre formas de prevenção e atuação em episódios de ansiedade e assim desenvolver um plano de intervenção focado no treino da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson por forma a diminuir os sintomas físicos e comportamentais de ansiedade nos utentes internados e capacitá-los para o autocontrolo da ansiedade com o objetivo de promover a diminuição das recaídas por comportamentos não adaptativos face à ansiedade.

Bibliografia de apoio

- American Psychiatric Association (2011). DSM IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Lisboa. Climepsi.
- Rebelo, S. & Carvalho, J. (2014). Ansiedade: Intervenções de Enfermagem. Revista Presencia, 10(20), páginas 1-7.
- Lalande, L., King, R., Bambling, M. & Schweitzer R. (2017). An uncontrolled clinical trial of guided respiration mindfulness therapy in the treatment of depression and anxiety. Journal of Contemporary Psychotherapy, 47 (4), páginas 251-258.
- Rispail, D. (2003). Conhecer-se melhor para melhor cuidar. Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem. Loures. Lusociência.

Avaliação

A sessão de relaxamento foi cerca das 21h30 como forma de potenciar os ganhos, esperando refletir-se no sono dos utentes participantes. Participaram quatro utentes e a sessão decorreu na sala de atividades por não ser possível realizar-se nos quartos, por ser um grupo misto.
Primeiro foi realizada uma breve introdução com a identificação genérica de situações em que podemos beneficiar de relaxamento. Os utentes foram incentivados a autoavaliar o seu estado de ansiedade, através de escala numérica. Durante a sessão, à observação todos os utentes seguiram as indicações do guião de relaxamento, não manifestando dificuldades na compreensão do mesmo. Após a sessão, foi realizada uma comparação dos resultados e todos os utentes referem que a intervenção teve impacto na diminuição da avaliação numérica do estado de ansiedade. Foi ainda verbalizada a sensação de relaxamento percecionada pela dicotomia tensão-relaxamento, com efeito imediato no bem-estar do grupo participante. Foram incentivados a autonomamente realizarem relaxamento como estratégia de autocontrolo da ansiedade. Todos os utentes demonstraram agrado e também expetativa em relação ao impacto no sono. Não foi obtida informação posterior sobre o sono dos utentes, pelo que não se pode fazer essa análise.

Guião para sessão de relaxamento progressivo de Jacobson

Deite-se no colchão confortavelmente, feche os olhos, coloque os braços ao longo do seu corpo...sinta-se confortável.
Agora imagine que está numa floresta, o sol está radiante...sinta a relva fresca por baixo do seu corpo...tente ouvir os pássaros, a água do riacho...está confortável e calmo, muito calmo.
Concentre-se...pense na corrente da água, na calma...afaste todo o ruído e desconforto que o possa incomodar...pense no relaxamento...concentre-se apenas no seu corpo.
Vamos relaxar complemente...sinta todo o seu corpo em contacto com o colchão e sinta-o relaxado...muito relaxado...muito calmo.
Concentre-se no seu braço direito...o braço direito está pesado...muito pesado...nem o consegue levantar. E está completamente tranquilo...concentre-se ainda no seu braço direito...está quente...muito quente...está a senti-lo quente...e está relaxado, calmo...muito calmo.
Agora vamos dirigir a atenção para a sua mão direita...vamos fixar toda a concentração na mão direita...vamos fechá-la e apertar com força, sentir a tensão na mão e ao longo do braço...agora lentamente vamos descontrair e sentir a tensão a desaparecer...e relaxar. Sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento. Vamos repetir...feche a mão direita e aperte com força, sinta a tensão na mão e ao longo do braço. Agora lentamente começamos a descontrair e sentir a tensão a desaparecer...e relaxar.
Vamos agora dirigir a atenção para a mão esquerda...vamos fixar a toda a concentração na mão esquerda...vamos fechá-la e apertar com força, sentir a tensão na mão e ao longo do braço...agora lentamente vamos descontrair e sentir a tensão a desaparecer...e relaxar. Sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento. Vamos repetir...feche a mão esquerda e aperte com força, sinta a tensão na mão e ao longo do braço. Agora lentamente começamos a descontrair e sentir a tensão a desaparecer...e relaxar.
Agora vamos concentrar-nos no nosso abdómen...na nossa barriga...vamos inspirar pelo nariz devagarinho e expirar pela boca lentamente...sinta-se a relaxar. Inspirar pelo nariz devagarinho e expirar pela boca lentamente...sinta a tensão a desaparecer.
Agora vamos passar para outra parte do corpo...vamos contrair as nádegas e as coxas fazendo força com os calcanhares no chão...sinta a tensão ao longo das pernas...agora descontraia, sinta a tensão a desaparecer e relaxe...sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento...vamos repetir... contrai-a as nádegas e as coxas

fazendo força com os calcanhares no chão...sinta a tensão ao longo das pernas...agora descontraia, sinta a tensão a desaparecer e relaxe.
Vamos agora pensar no pescoço...vamos fazer força com a cabeça no colchão...sentir a tensão no pescoço e nos ombros...deixe-se agora descontrair e relaxe...sinta-se muito relaxado. Agora repita...faça força com a cabeça no colchão...sinta a tensão no pescoço e nos ombros...e agora relaxe lentamente...sinta-se descontraído.
Vamos relaxar completamente, sinta todo o peso do seu corpo em contacto com o colchão, e sinta-se relaxado, muito relaxado e muito calmo.
Vamos passar para os músculos da cara...vamos puxar as sobrancelhas para cima...sinta a tensão na testa e no couro cabeludo...e agora lentamente descontraia...sinta a tensão a desaparecer e relaxe.
Agora feche os olhos com força...sinta a tensão à volta dos olhos e agora lentamente descontraia...está relaxado...muito relaxado. Feche novamente os olhos com força e sinta de novo a tensão em redor dos olhos...lentamente descontraia e sinta o bem-estar.
Vamos agora comprimir os lábios um contra o outro...sinta a tensão à volta da boca e agora descontraia...sinta a tensão a desaparecer e relaxe. Vamos comprimir os lábios novamente e sentir a tensão...agora relaxe.
Sinta o seu corpo relaxado, muito relaxado...a cabeça, os ombros, os braços, o tronco, as pernas, os pés...sinta o seu corpo todo relaxado...muito relaxado. Agora sente-se mais leve...sente-se muito leve.
Tente escurar novamente todos os pássaros...os diferentes sons... sinta a calma...
Lentamente vamos abrir os olhos...e espreguiçar...
Quando quiser pode sentar-se.

APÊNDICE XV – PLANO DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO PROJETO DE RECUPERAÇÃO DO DOENTE MENTAL GRAVE SOBRE PROMOÇÃO DO POTENCIAL MÁXIMO

Tema	Promoção do potencial máximo
Subtema	Envolvimento familiar no processo de *recovery* do doente mental
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utentes do internamento de Psiquiatria
Duração	(indefinida)
Data	16 de Abril de 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Folheto informativo (Apêndice XVI)
Objetivos gerais	- Promover o envolvimento familiar no processo de *recovery* do utente; - Aumentar a literacia em SM nas famílias dos utentes internados.

Plano da intervenção breve

	Objetivos Específicos	Intervenções	Duração
1.º momento	- Identificar o objetivo da intervenção.	- apresentação e cumprimentos iniciais.	----
2.º momento	- Esclarecer sobre objetivos do serviço de internamento; - Identificar os cuidados prestados no serviço; - Identificar tipos de apoio disponíveis no serviço.	**Intervenção de caráter informativo** sobre o funcionamento do serviço de internamento de Psiquiatria.	----
3.º momento	- Promover a aquisição de conhecimento sobre a DM e a SM; - Clarificar conceitos e métodos de trabalho relacionados com a recuperação e reintegração do utente na sociedade; - Promover o envolvimento familiar; - Estabelecer parcerias promotoras de saúde com as famílias dos utentes; - Entregar folheto informativo sobre "O papel da família na recuperação do utente".	**Intervenção psicoeducacional** para capacitação da família para a participação ativa no tratamento, recuperação e reintegração social do utente, com o objetivo principal de aumentar o conhecimento sobre comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença. **Intervenção de sensibilização** para a criação ou manutenção de rede sociofamiliar de apoio e suporte dos utentes internados.	----
4.º momento	- Cumprimentos finais.	- Esclarecimento de dúvidas.	----

Fundamentação teórica

Os processos de *recovery* fazem-se através de redes de suporte, grupos de ajuda mútua e da participação em contextos diversificados, afastando-se nos cuidados exclusivamente hospitalares e dando-se enfase à intervenção comunitária com o objetivo de integrar as pessoas nos seus contextos, com acesso aos recursos disponíveis (Ornelas et al, 2005).

Os casos sociais nos cuidados hospitalares têm vindo a ter um maior impacto na sustentabilidade dos serviços, sendo transversais a todas as especialidades, afetando especialmente a faixa etária superior aos 65 anos. Os casos sociais caracterizam-se pela falta de suporte de cuidados fora do hospital por inexistência de familiares que se responsabilizem pelo utente ou pelo atrase na alocação e transferência dos utentes para outras instalações (Manzano-Santaella, 2010). O prolongamento de alta nas instituições hospitalares tem como repercussões para o utente a redução da capacidade de reabilitação e reintegração no seu contexto (OECD, 2017). Segundo Bo et al (2016), os utentes que sofrem de transtornos mentais tendem a ter uma estadia hospitalar significativamente maior que outros utentes também casos sociais. Referem ainda que em alguns países, os principais casos sociais são pessoas com DM.

Assente em reflexões individuais sobre os casos sociais internados no serviço de psiquiatria cuja etiologia é diversa, mas que comumente prolonga o internamento no serviço, decidi realizar uma intervenção semiestruturada, durante o período das visitas, a fim de aumentar os conhecimentos sobre o apoio psicossocial e familiar que os utentes necessitam para reintegrarem rotinas anteriores ao internamento e para obterem maior perceção de satisfação com o seu estado de saúde.

Bibliografia de apoio
- Bo, M., Fonte, G., Pivaro, F., Bonetto, M., Comi, C., Giorgis, V., Marchese, L., Isaia, G., Maggiani G., Furno, E., & Falcone, Y. (2016). Prevalence of and factors associated with prolonged length of stay in older hospitalized medical patients. Geriatrics & gerontology international, 16(3), páginas 314-321. - Manzano-Santaella, A. (2010). From bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept. Health Services Management Research, 23(3), páginas 121-127. - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2017). Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality. Paris. OECD Publishing. - Ornelas, J., Monteiro, F., Moniz, M. & Duarte, T. (2005). Participação e *Empowerment* das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares. Lisboa. AEIPS Edições
Avaliação
O planeamento da intervenção foi delineado para que seja possível de aplicar a várias famílias, havendo necessidade de realizar adaptação a cada situação mediante uma breve anamnese de enfermagem para adequar a intervenção ao diagnóstico situacional obtido. A presente intervenção foi dirigida a um utente, V., internado por tentativa de suicídio. Utente em situação pós-divórcio, com conflitos com a ex-mulher e afastamento dos filhos. Sem respostas de enfrentamento. Sem comportamentos promotores de saúde. Identificada irmã como principal apoiante. Após a visita ao utente, sob consentimento informado, livre e esclarecido é realizada intervenção psicoeducacional sobre a necessidade de manter uma participação ativa no processo de recuperação do V.. Explicam-se recursos do serviço e necessidade de articulação com os serviços na comunidade, que em parte já conhece dado que o utente era previamente seguido pela equipa comunitária no centro de saúde da sua área de residência. Feita psicoeducação sobre a necessidade de identificar fatores de risco precocemente. Estabelecida parceria de saúde com a irmã do utente para a supervisão do regime terapêutico, que a qual o utente concorda. Foi entregue um folheto informativo com as informações trabalhadas na intervenção, sendo que tanto o utente como a irmã se apresentaram motivados para a integração de uma rede de apoio mútua.

APÊNDICE XVI – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA RECUPERAÇÃO DO DOENTE MENTAL

O meu familiar tem alta. E agora?

A alta do utente caracteriza-se frequentemente por um momento de tensão e incerteza para a família. O seu familiar vai necessitar de se sentir apoiado. Assim, poderá envolver-se nas seguintes tarefas:

1. supervisionar **os autocuidados** (p.e. comer e beber, higiene, vestir);
2. supervisionar **a toma da medicação;**
3. acompanhar as **idas às consultas;**
4. incentivar **a socialização;**
5. incentivar a ter **atividades recreativas** e de **distração;**
6. vigiar **sintomas de agravamento** do estado de saúde.

A prestação de cuidados de saúde mental na comunidade facilita a **reabilitação** e a **inserção social** da pessoa, evitando o afastamento das pessoas das suas casas, da sua família e da sua comunidade.

Ordem dos Enfermeiros, 2021

Você vai fazer a diferença na recuperação do seu familiar!

O PAPEL DA FAMÍLIA NA RECUPERAÇÃO DO UTENTE

Serviço de internamento de Psiquiatria

Folheto informativo

O meu familiar está internado no serviço de Psiquiatria. E agora?

As perturbações mentais podem variar de **transtornos leves** a **graves**. Causam sofrimento e são caracterizadas por sintomas específicos. A **ausência de tratamento pode implicar graves consequências** na vida do **utente**, da **família** e da **comunidade** onde se insere.

Ordem dos Enfermeiros, 2021

SAÚDE MENTAL é...

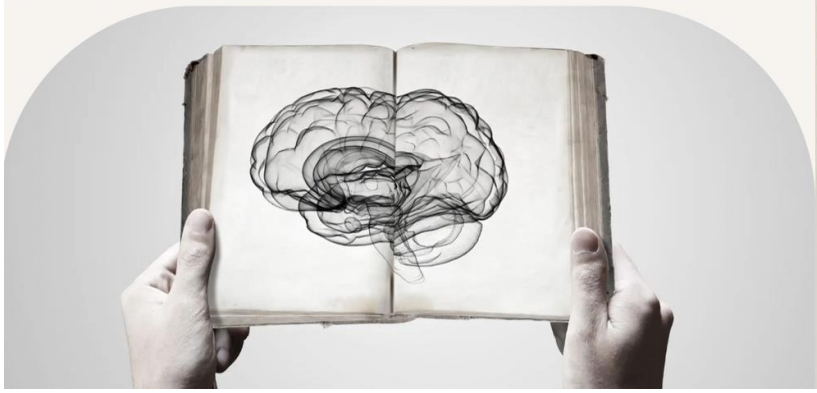
"estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, e contribui para a comunidade em que se insere".

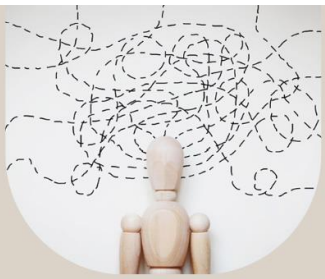
Organização Mundial de Saúde, 2001

O **estigma**, a **discriminação** e as **violações de direitos humanos** contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns na sociedade. É essencial mudar o paradigma e **apoiar** as pessoas com doença mental.

Organização Mundial de Saúde, 2022

Seja agente de mudança, apoie o seu familiar!





Recomendações para as famílias

|A preparação da alta começa no primeiro dia de internamento|

- Esclareça as dúvidas sobre a situação de doença do seu familiar para evitar o estigma devido à falta de conhecimento;
- Reflita sobre as suas condições sociofamiliares e adaptações que possa necessitar realizar;
- Visite o seu familiar e analise, com a ajuda dos profissionais, a evolução do estado de saúde;
- Utilize os recursos sociais da comunidade e do serviço de internamento;
- Não aguarde pelo contacto do serviço para iniciar a procura de ajuda ou soluções;
- Não se afaste do seu familiar no momento mais frágil.

APÊNDICE XVII – PLANO DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DO PROJETO DE RECUPERAÇÃO DO DOENTE MENTAL GRAVE SOBRE PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

Tema	Promoção da literacia em SM com enfoque na diminuição do estigma
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utentes do internamento de Psiquiatria
Duração	45 minutos
Data	24 de Abril de 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Computador, colunas, cartas de reflexão
Objetivos gerais	- Aumentar a literacia em SM; - Diminuir o estigma sobre DM; - Capacitar os utentes para melhoria do estado de saúde.
Recursos multimédia	https://www.youtube.com/watch?v=fBJcSedk0Yo Música "Anjos não falam" do músico Piruka

Plano da intervenção breve

	Objetivos Específicos	Intervenções	Duração
1.º momento	- Identificar o objetivo da intervenção.	- apresentação e cumprimentos iniciais.	5 min.
2.º momento	- Escutar a música "Anjos não falam" do músico Piruka.	Os utentes devem ouvir a música e há medida que esta decorre vão ser colocadas cartas de reflexão na mesa com trechos da melodia. Nota: caso seja necessário será repetida a audição da música.	5 min.
3.º momento	- Identificar a problemática da melodia; - Compreender conceito de estigma; - Compreender o impacto da sociedade no processo de transição saúde-doença da pessoa com DMG; - Promover a autoaceitação da DM; - Facilitar a expressão de emoções e sentimentos.	**Intervenção psicoeducacional** para capacitação dos utentes participantes sobre o que é o estigma, tipos e origens do estigma; influência do estigma no processo de recuperação, estratégias de enfrentamento do estigma pessoal, familiar e social.	15 min.
4.º momento	- Desmistificar ideias estereotipadas; - Incentivar e facilitar a autorreflexão; - Melhorar a aceitação do estado de saúde; - Incentivar os utentes a adotarem comportamentos favorecedores de SM individual e de grupo; - Incentivar os utentes a desenvolver sensibilização à família sobre a DM.	**Intervenção psicoterapêutica com recurso a autorreflexão e reflexão guiada** Treino de modificação do comportamento face ao estigma. Os utentes devem refletir e comentar as principais ideias chave retiradas de trechos da música e paralelamente identificar pelo menos uma estratégia de *coping* eficaz. Para melhorar a eficácia da intervenção podem ser utilizados exemplos práticos das vivências dos utentes, caso estejam disponíveis para a intervenção em grupo.	15 min.
5.º momento	- Cumprimentos finais.	- Esclarecimento de dúvidas.	5 min.

Fundamentação teórica

O estigma relacionado com as perturbações mentais é um fenómeno complexo que afeta a própria pessoa, mas também a sua família e pode constituir uma barreira significativa na procura de serviços de SM (Sickel et al, 2014). Os profissionais de saúde ainda dirigem a sua atenção maioritariamente para a recuperação da sintomatologia psiquiátrica do utente, em detrimento da capacitação da pessoa para a esperança no futuro integrados na sociedade (Bentall, 2016). É importante iniciar a intervenção sobre o estigma procurando diminui o auto-estigma, que são crenças relativas à sua própria condição de saúde que se traduzem em reações emocionais negativas

que limitam a melhoria do utente (Ben-Zeev et al., 2010). O estigma social alimenta-se de crenças discriminatórias e cria barreiras relacionais com as pessoas com DMG.
Corroborando a literatura consultada, é importante realizar intervenções que diminuam a estigmatização do doente mental e da sua família, promovendo o acesso a informação credível e sustentada cientificamente que aumente o conhecimento sobre a doença. Aumentando o conhecimento pode diminuir-se o estigma.
Assim, foi planeada uma intervenção psicoeducacional e psicoterapêutica baseada numa música portuguesa, que reflete o processo de transição saúde-doença do próprio músico (depressão e ideação suicida) incitando à reflexão sobre crenças enraizadas na sociedade.

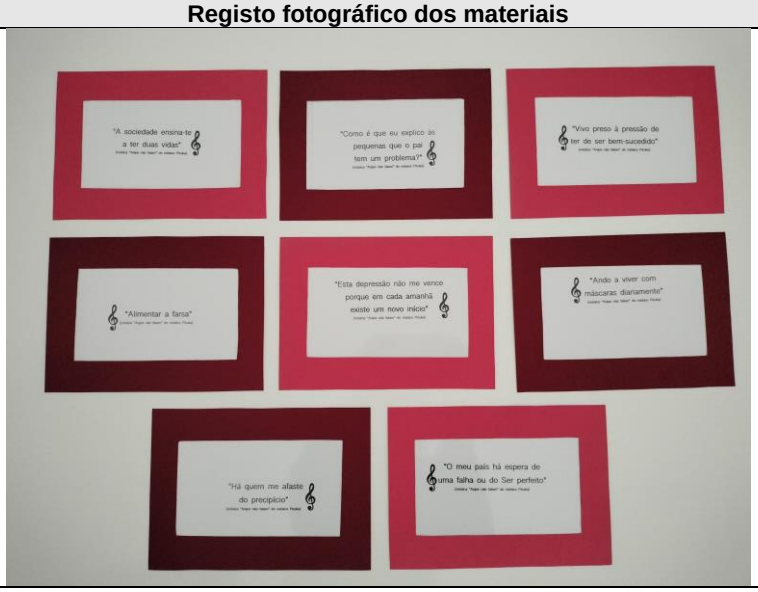
Bibliografia de apoio

- Ben-Zeev, D., Young, M.A. & Corrigan, P. (2010). DSM-V and the Stigma of Mental Illness. Journal of Mental Health, 19 (4), p. 318-327.
- Bentall, R. (2016). Mental illness is a result of misery, yet still we stigmatize it. Retrived from: http://www.theguardian.com/commentisfree/2016/feb/26/mental-illness-misery- childhood-traumas.
- Sickel, A., Seacat, J. & Nabors, N. (2014). Mental Health Stigma Update: A Review of Consequences. Advances in Mental Health, 12 (13), p. 202-2015.

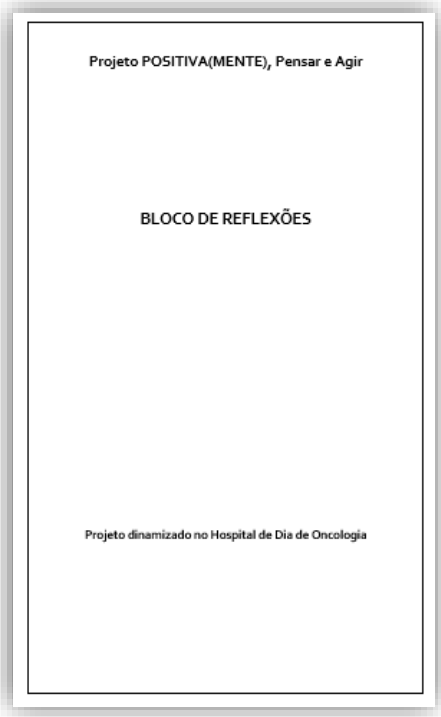
Avaliação

Aquando da seleção do grupo para a sessão, fazendo alusão à integração de música na intervenção, vários foram os utentes a manifestar interesse na participação. O grupo foi integrado por 6 utentes e a intervenção constituída por 3 momentos principais. No primeiro momento, os utentes ouviram a música e foi observado o comportamento. Todos, sem exceçao, mantiveram-se atentos, concentrados e com postura adequada. No final da primeira audição da música, alguns elementos pediram para ouvir novamente, acedendo-se ao pedido para permitir a compreensão do tema abordado tendo em conta os trechos da música. Aproveitando algumas frases da melodia, fna segunda fase foi realizada psicoeducação sobre estigma relacionado com a DM, que tanto o cantor verbaliza na música como os utentes afirmam na sessão. Foi interessante perceber que a maioria dos utentes conseguem mobilizar conceitos sobre o estigma de uma forma correta, quando comparado com outros temas. Inferiu-se que poderia estar relacionado com o elevado impacto no dia-a-dia dos participantes e com o frequente contacto com esta realidade. No terceiro momento foi realizada uma abordagem psicoterapêutica através de autorreflexão e reflexão guiada baseada em frases da música como “vivo preso à pressão de ser bem-sucedido”, “a sociedade ensina-te a ter duas vidas”, “ando a viver com máscaras diariamente”, “há quem me afaste do precipício”, “esta depressão não me vence”. Com recurso à distribuição dos cartões com as frases, todos os utentes participaram. Houve expressão de sentimentos, opiniões, reflexões pessoais e de grupo e no final para cada frase foi atribuído um significado com uma solução resolutiva, incitando à responsabilização sobre o próprio processo de recuperação com necessidade de autoconsciencialização e autorreflexão.

Registo fotográfico dos materiais



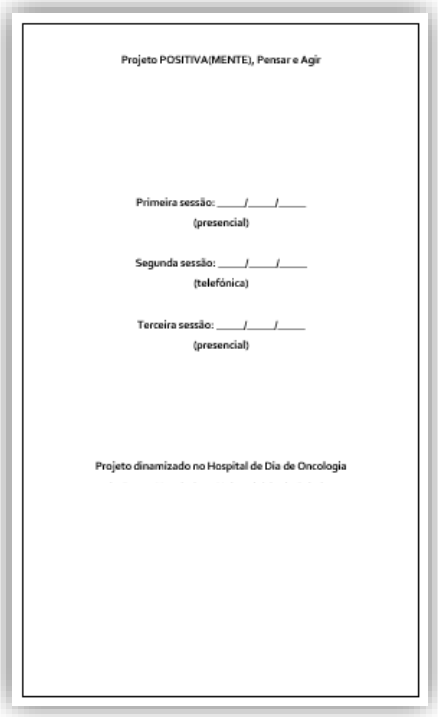
APÊNDICE XVIII – BLOCO DE REFLEXÕES DO PROJETO "POSITIVA(MENTE), Pensar e Agir"



Projeto POSITIVA(MENTE), Pensar e Agir

BLOCO DE REFLEXÕES

Projeto dinamizado no Hospital de Dia de Oncologia



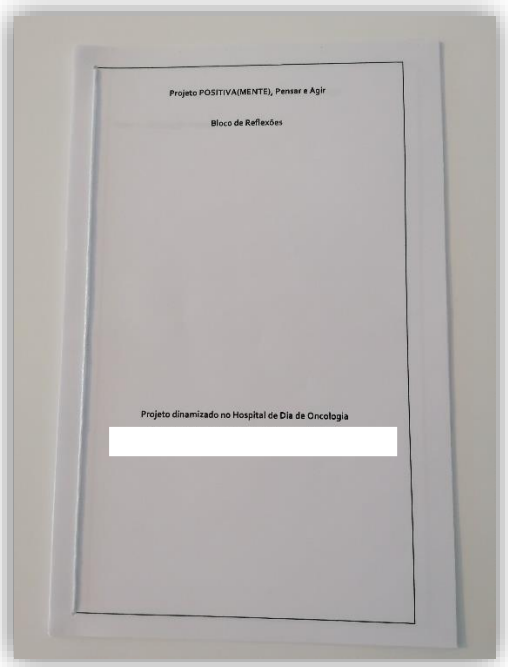
Projeto POSITIVA(MENTE), Pensar e Agir

Primeira sessão: ____/____/____
(presencial)

Segunda sessão: ____/____/____
(telefónica)

Terceira sessão: ____/____/____
(presencial)

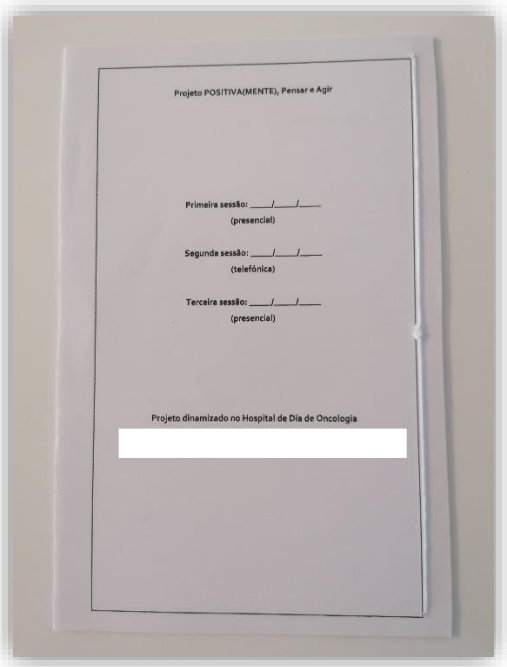
Projeto dinamizado no Hospital de Dia de Oncologia



Projeto POSITIVA(MENTE), Pensar e Agir

Bloco de Reflexões

Projeto dinamizado no Hospital de Dia de Oncologia



Projeto POSITIVA(MENTE), Pensar e Agir

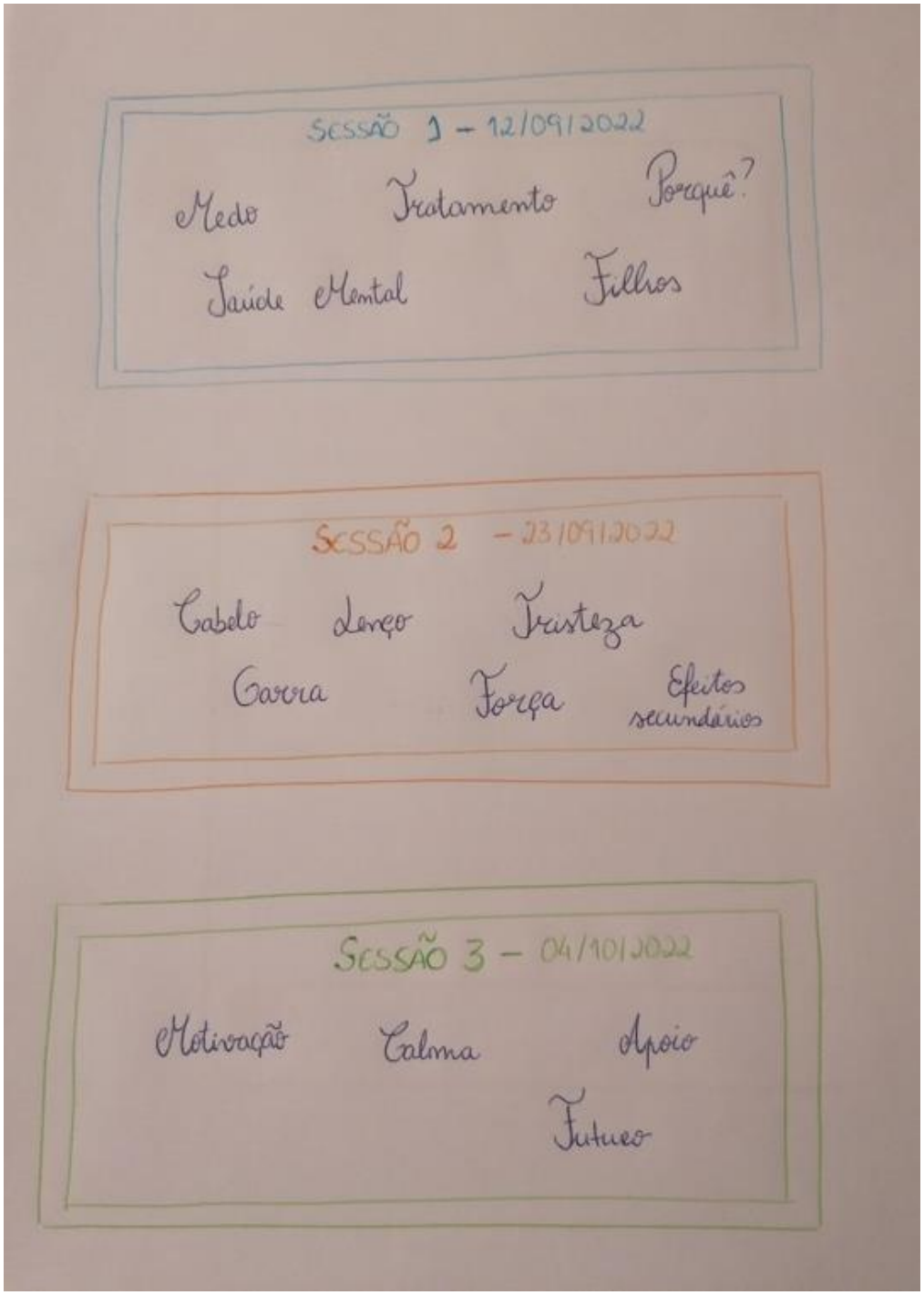
Primeira sessão: ____/____/____
(presencial)

Segunda sessão: ____/____/____
(telefónica)

Terceira sessão: ____/____/____
(presencial)

Projeto dinamizado no Hospital de Dia de Oncologia

APÊNDICE XIX – RESULTADO DO *BRAINSTORMING* NO ÂMBITO DO PROJETO "POSITIVA(MENTE), PENSAR E AGIR"



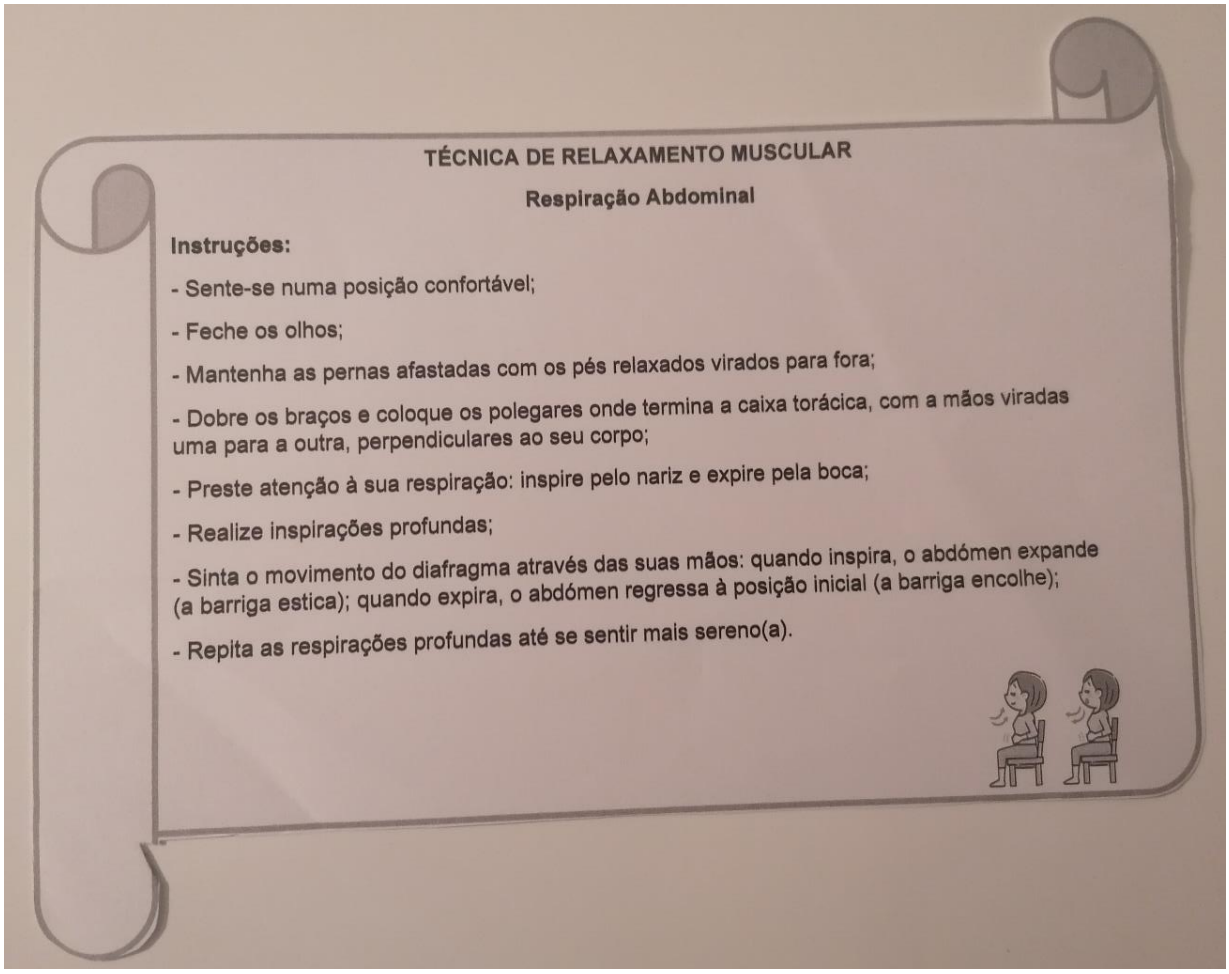
APÊNDICE XX – CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE

Breve descrição: No âmbito da sessão de psicoeducação do Projeto "Positiva(mente), Pensar e Agir" sobre ansiedade dirigida à utente M.G. foi entregue um cartão com identificação básica de sintomas de ansiedade com o intuito de capacitar a utente para a auto análise do comportamento e para a autogestão de sintomas.

Fonte: elaboração própria

APÊNDICE XXI – GUIÃO DE TÉCNICA DE RELAXAMENTO MUSCULAR

Breve descrição: No âmbito da sessão de treino de relaxamento muscular realizado com utente M.G. foi entregue um guião básico com as etapas do relaxamento muscular para que em casa possa dar continuidade à aprendizagem realizada no Hospital de Dia de Oncologia, a fim de diminuir o impacto da ansiedade no seu dia-a-dia.



TÉCNICA DE RELAXAMENTO MUSCULAR

Respiração Abdominal

Instruções:

- Sente-se numa posição confortável;
- Feche os olhos;
- Mantenha as pernas afastadas com os pés relaxados virados para fora;
- Dobre os braços e coloque os polegares onde termina a caixa torácica, com a mãos viradas uma para a outra, perpendiculares ao seu corpo;
- Preste atenção à sua respiração: inspire pelo nariz e expire pela boca;
- Realize inspirações profundas;
- Sinta o movimento do diafragma através das suas mãos: quando inspira, o abdómen expande (a barriga estica); quando expira, o abdómen regressa à posição inicial (a barriga encolhe);
- Repita as respirações profundas até se sentir mais sereno(a).

Fonte: elaboração própria

APÊNDICE XXII – ESTRUTURA RESUMIDA DO ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO NO ENSINO CLÍNICO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

1. ESTUDO DE CASO DE C.F. DESENVOLVIDO NO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Os dados apresentados neste estudo de caso foram resultado de entrevista semiestruturada realizada durante o tratamento de quimioterapia no Hospital de Dia de um hospital do centro do país. O formulário do consentimento informado, livre e esclarecido, bem como o guião da entrevista estão disponíveis no apêndice XXIII e XXIV, respetivamente.

1.1 COLHEITA DE DADOS

1.1.1 Identificação e dados sociodemográficos

A utente C.F. trata-se de uma mulher com 57 anos, nacionalidade portuguesa, casada, tem dois filhos e reside em habitação própria num concelho da região litoral do país. O agregado familiar é composto por quatro elementos, C.F., o marido e os dois filhos. Tem como habilitações literárias o 6.º ano de escolaridade e a sua ocupação é o trabalho doméstico, ao qual acrescem os cuidados inerentes à condição física e/ou intelectual deficiente de ambos os filhos adultos. Caracteriza o rendimento económico do agregado familiar equilibrado mediante os rendimentos face às despesas.

1.1.2 História clínica

A colheita de dados para a elaboração do presente estudo de caso foi baseada no *Tidal Model* proposto por Phil Barker nos anos 2000, tratando-se de uma teoria desenvolvida para o cuidado em SM que pode ser aplicada como modelo interdisciplinar do cuidado, abrangendo outras áreas do cuidar. Este modelo alicerça-se na teoria do Relacionamento Interpessoal de Hildegard Peplau compreendendo as situações de stress como oportunidades de crescimento pessoal (Teixeira et al citados por Lima et al, 2022).

O Modelo *Tidal* sugere que o enfermeiro assuma o papel de auxiliar o utente, permitindo que a pessoa consiga promover mudanças na sua própria vida. Segundo Barker (2001), os enfermeiros têm uma forte aproximação à relação interpessoal, propondo o abandono da prática baseada na técnica aproximando-se emocionalmente do utente. Esta teoria utiliza a metáfora da “maré” representando que a vida é composta por processos contínuos de mudança, com períodos de tranquilidade, calma e estabilidade e por períodos de “tempestade”, turbulência” e instabilidade, possíveis de ver representados no mar.

O referencial teórico supracitado coloca enfoque nos cuidados centrados na compreensão da pessoa no momento de crise, evitando focar-se apenas nos sintomas. São reconhecidos os recursos e as capacidades da pessoa para a resolução de problemas, sendo neste pressuposto que se deve basear a intervenção do enfermeiro (Barker, 2001). Os domínios da pessoa representados neste modelo teórico são: o Self (o que é mais íntimo), o Mundo (o

mundo social da pessoa) e o Outro (vida diária com os outros) (Barker & Buchanan-Barker citados por Freitas et al, 2020).

Deste modo, uma vez que a história clínica de C.F. foi norteada pelo Modelo Tidal, são seguidamente apresentadas as caracterizações dos três domínios referidos.

Self

C.F. nasceu na freguesia onde reside descrevendo a sua infância como um período de tempo feliz, conjuntamente com o seu irmão mais velho, com o qual mantem uma forte ligação. Descreve um percurso de saúde sem doenças graves, permanecendo até ao início da idade adulta sem memórias de eventos de doença com necessidade cuidados especializados de saúde. A entrada na idade adulta trouxe algumas transições de saúde/doença descritas nos antecedentes pessoais da utente.

Reportando-se à atualidade, C.F. teve o diagnóstico de um carcinoma invasor da mama direita em Maio de 2022. Após ter desconfiança do aparecimento de uma massa dolorosa durante o autoexame da mama procurou consulta de especialidade, sendo encaminhada para a Consulta da Mama, a fim de realizar exames complementares de diagnóstico, nomeadamente biópsia da lesão nodular hipocongénica de contorno irregular no quadrante supero-interno retromamilar posterior constatada na tomografia axial computorizada.

A notícia do diagnóstico implicou a realização de um conjunto de consultas e exames que culminaram na realização de uma intervenção cirúrgica, concretamente tumorectomia e biópsia do gânglio sentinela em Julho de 2022. Seguiram-se consultas de decisão terapêutica para tratamento após a cirurgia com plano de quimioterapia coadjuvante. Refere que após a cirurgia estava prevista a realização de radioterapia. No entanto, a decisão clínica em conformidade com a aceitação do utente foi a realização de quimioterapia. A utente refere que nesta altura de mudança de tratamento temeu o curso da doença, dado que considerou que a escolha do tratamento de quimioterapia seria devido a uma forma mais agressiva do tumor, quando comparada com a radioterapia. A atitude de C.F. perante o tratamento é a aceitação e a crença de que será a solução mais adequada para recuperar mais precocemente o seu estado de saúde anterior, contudo apresenta ainda alguma ambivalência.

Para C.F. este processo de transição saúde-doença representou mais uma dificuldade na sua vida, dado que sentimentos relacionados com o enfrentamento de doenças estão pautados na sua vida desde o nascimento do primeiro filho, com graves deficiências intelectuais e motoras, que seguiu pela repetição da experiência no segundo filho. Descreve sentimentos de tristeza, angústia e receio face ao futuro depois do seu diagnóstico, nomeadamente receio de perda de funcionalidade transitória ou permanente para cuidar dos filhos. Contudo reforça no seu discurso a capacidade de resiliência que foi construído ao longo da sua vida com uma perspetiva otimista e positiva.

Apesar de se sentir mais frágil, mantem todos os papéis sociais anteriormente abraçados e refere vontade de os manter por forma a não perder o sentimento de utilidade.

A preocupação com a autoimagem e a autoestima são evidentes ao longo da entrevista, preocupando-a especialmente a forma como os filhos vão interpretar e compreender a sua doença refletida no seu visual, visto que C.F. é a principal cuidadora deles.

O Mundo

C.F. refere que o apoio incondicional do marido surgiu desde o primeiro momento do diagnóstico, mas considera que teve um impacto negativo no seu dia a dia, dado que a atitude otimista dele foi abalada. A utente refere que sente necessidade de o encorajar à medida que ela própria se motiva para enfrentar os ciclos de tratamento, porém não refere sentimento de culpa por causar este desconforto. Acrescenta que esta situação contribui para momentos mais introspetivos, com alguma tristeza que refere ser autolimitada.

A história de vida familiar de C.F. é um elemento potenciador da necessidade de procura constante de apoio na comunidade para satisfazer as necessidades dos seus filhos. Refere que o apoio sócio familiar contribuiu para o equilíbrio da sua família, tendo uma rede de suporte familiar forte, especialmente com o seu irmão e a esposa, que são elementos fundamentais de apoio. Neste domínio compreende-se que a preocupação manifestada com a perda de funcionalidade para cuidar dos filhos é colmatada pelo apoio que perceciona dos seus familiares e das instituições que acolhem os filhos. Quando questionada sobre o impacto da doença atual nesta rede de apoio, C.F. refere que a atitude positiva face à doença também resulta de todo este apoio que acresce ao seu agregado familiar coeso.

Relativamente às relações não familiares, C.F. tem um grupo de amigas com quem diariamente se encontrava antes da doença e que neste momento sente necessidade de continuar a comunicar mas para própria proteção, dada a fragilidade imunitária e o receio de contrair infeções, tende a fazê-lo mais à distância nomeadamente através de telefonemas e redes sociais.

O Outro

A rotina diária de C.F. exige o contacto com outras pessoas, embora a sua ocupação sejam maioritariamente os trabalhos domésticos. Não somente devido aos filhos mas também pelo facto do marido ter uma empresa na área da construção civil e frequentemente C.F. necessitar de colaborar em questões mais burocráticas da empresa, que implicam a convivência com pessoas que não fazem parte do seu quotidiano.

Refere que os juízos que as outras pessoas possam fazer sobre a sua situação de doença não constituem preocupação atualmente. No entanto, diz que o sentimento de pena por estar doente possa ser o mais tenebroso de enfrentar porque aviva-lhe a memória da possibilidade de não conseguir dar resposta às necessidades dos filhos.

A senhora C.F. não tem crenças religiosas, pelo que quando questionada refere alguma ambivalência nesta ausência de devoção, colocando em causa o facto de não acreditar em Deus como possibilidade de desvantagem perante uma pessoa com fé. Acrescenta que este facto não aumenta o sofrimento mas gera reflexão pessoal.

1.1.3 Antecedentes pessoais e familiares

C.F. foi saudável até ao final da adolescência. Não precisando a idade, refere que no início da idade adulta foi diagnosticada com Tiróide Autoimune, Hepatite Autoimune e Síndrome de Sjögren. Acresce-se a estes diagnósticos uma doença de despigmentação da pele, Vitiligo. Todas estas patologias estão controladas e sem história de quadros de descompensação aguda graves. A experiência de doença tumoral atual não foi a primeira, sendo que C.F. ultrapassou um Linfoma Não-Hodgkin da parótida esquerda com necessidade de radioterapia e parotidectomia. Nega existência de doença mental. Sem alergias medicamentosas ou alimentares conhecidas.

Relativamente aos antecedentes patológicos familiares, C.F. refere que a mãe faleceu de doença prolongada, concretamente um tumor ósseo e que o pai também falecido, viveu cerca de vinte anos com diagnóstico de Alzheimer com degradação grave do estado de saúde, sempre cuidado em casa por C.F.. Em todos os outros elementos familiares refere desconhecer problemas de saúde.

No que diz respeito aos descendentes, C.F. tem dois filhos, ambos com deficiência. O filho mais velho, sofre de Paralisia Cerebral secundária a trabalho de parto prolongado e o filho mais novo tem Espinha Bífida.

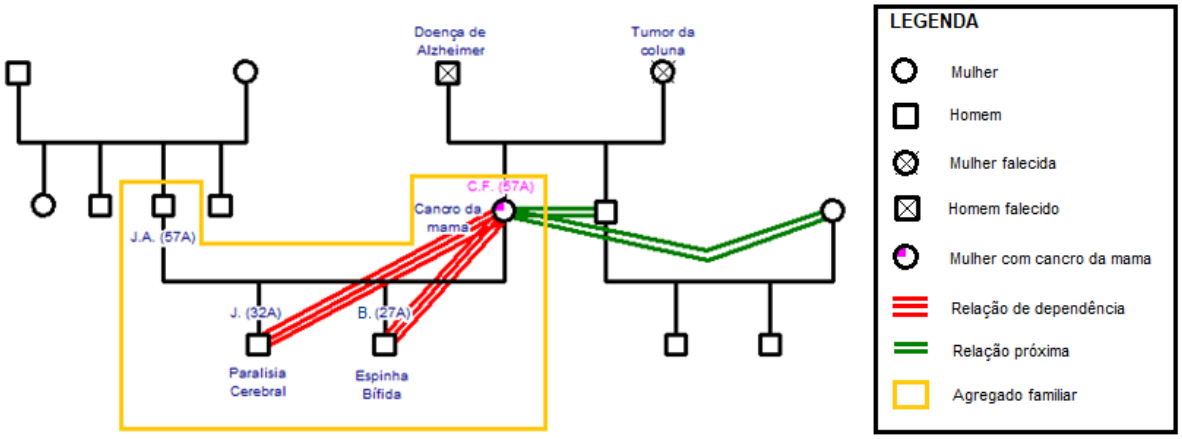
1.1.4 Genograma e ecomapa

O genograma corresponde a uma representação gráfica de dados de uma família, permitindo a visualização dinâmica das relações entres os vários membros de pelo menos três gerações, utilizando símbolos padronizados (Dias et al citados em Pereira et al, 2009). Segundo Alves & Silveira (2011), o genograma possibilita a análise do contexto psicossocial do utente e da família, bem como o processo de saúde-doença. De acordo com Borges, Costa & Faria (2015), o sistema familiar é um contexto de transmissão de padrões interacionais que podem perdurar durante várias gerações. Assim, através do genograma é possível obter uma visão dos sistemas familiares no decorrer da linha temporal.

O uso deste instrumento permite ampliar o conhecimento sobre a família e possibilita desenvolver intervenções que contemplem a integralidade da família (Muniz & Eisenstein citados em Borges, Costa & Faria, 2015). Com as informações integrantes no genograma familiar sobre a dinâmica familiar, segundo Machado et al (2005), os profissionais de saúde podem intervir nos riscos identificados, adotando programas de promoção da saúde e prevenção da doença, considerando as necessidades globais dos vários elementos da família.

O genograma de C.F. foi realizado tendo em conta a colheita de dados realizada durante as várias sessões, presenciais e telefónicas, tendo em conta a disponibilidade emocional e física durante o tratamento de quimioterapia e durante a recuperação após o tratamento.

Figura 3 - Genograma da família de C.F.



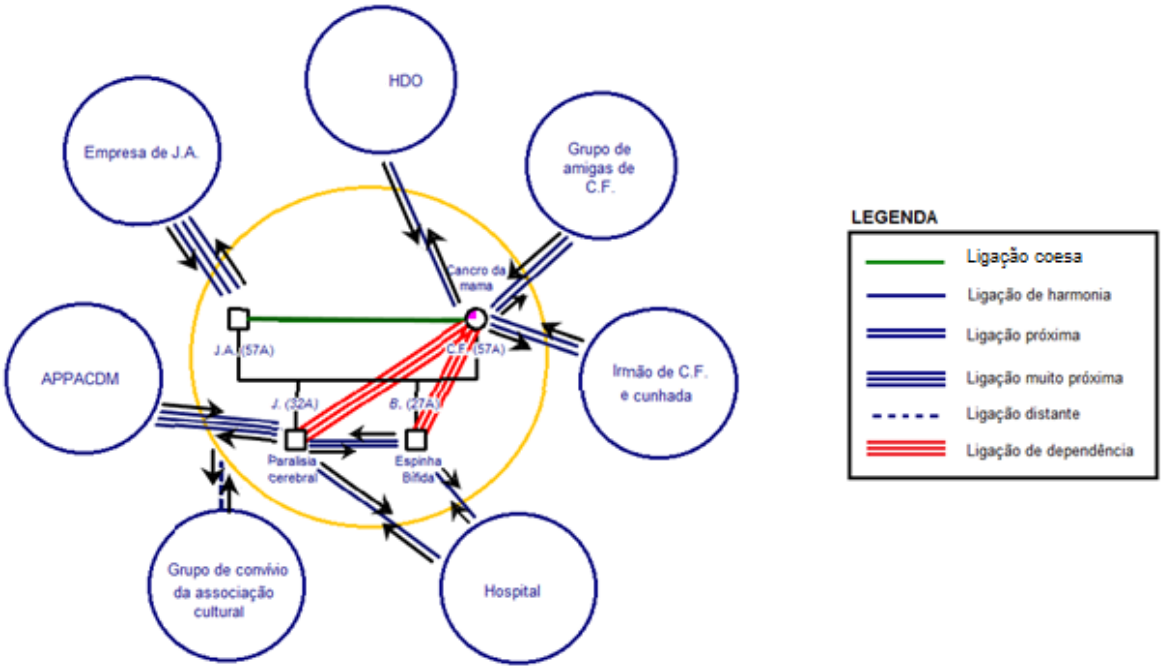
Fonte: elaboração própria

Através da análise do genograma de C.F. perceber-se que o agregado familiar é composto por quatro elementos, C.F., o marido J.A. e os dois filhos, J. e B.. São o agregado familiar coeso com grande relação de dependência entre C.F. e ambos os filhos, sendo esta relação clarificada na entrevista e percecionada a dependência devido ao grau de incapacidade de ambos os filhos nas atividades de vida diária, sendo o filho J. mais dependente que o filho B.. Os pais de C.F. já faleceram, tendo sido C.F. cuidadora informal do pai que teve o diagnóstico de doença de Alzheimer com degradação do estado de saúde físico e mental grave. C.F. tem uma forte ligação ao seu irmão, bem com à esposa do seu irmão, sendo estes dois elementos essenciais nesta fase de transição saúde-doença de C.F.. Durante os tratamentos, dado que o marido de C.F. é a principal fonte de rendimento, a cunhada é um elemento de referência.

O ecomapa representa as relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações familiares e sociais e permitindo a identificação de ligações equilibradoras e ligações de tensão (Rempel, Neufeld & Eastlick, 2007). Este instrumento de representação familiar evidencia a relação entre as necessidades da família e os recursos da comunidade, nomeadamente pessoas significativas, instituições de referência, trabalho, grupos sociais e serviços (Agostinho citado em Figueiredo, 2009). Também Pereira et al (2009) referem que o ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e que auxilia na avaliação das redes de apoio sociais disponíveis e utilizadas pelos vários elementos. Permite avaliar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e económicos, num determinado espaço temporal de uma família, caracterizando-se por ser um modelo dinâmico e modificável ao longo do tempo. Rocha, Nascimento & Lima citados em Pereira et al (2009) afirmam que uma família com poucas e fracas conexões com a comunidade necessita de maior

investimento da enfermagem, com intervenções que aumentem e estabilizem as relações. Tal como o genograma, também o ecomapa é desenhado com recurso a simbologia padrão que permite uma uniformização da informação e uma melhoria na interpretação dos dados.

Figura 4 - Ecomapa da família de C.F.



Fonte: elaboração própria

Numa breve análise do ecomapa da família nuclear de C.F. percebe-se que existe uma relação de dependência entre C.F. e ambos os filhos, sendo que o filho J. tem uma forte ligação com a instituição que frequenta, dada as suas limitações físicas e intelectuais. Ambos têm uma ligação aceitável aos cuidados de saúde, mantendo o acompanhamento médico para os problemas de saúde de cada um. J.A. tem uma forte ligação ao trabalho, que se explica por ser o meio de sustento da família. Como apoio familiar é percetível a forte ligação de C.F. ao irmão e à sua cunhada, que se manifesta maior nesta fase da doença. As amigas de C.F. também têm um grande impacto positivo na vida de C.F., contudo o fluxo da relação é maior por parte das amigas do que por parte de C.F. dado que o estado de saúde de C.F. veio interferir no número de vezes que combina encontros com as amigas, sendo estas últimas mais impulsionadoras de reuniões para evitar o isolamento de C.F.. Existe uma relação distante observável no ecomapa referente à associação cultural, dado que com a pandemia as atividades desenvolvidas pela associação tenderam a diminuir e ainda não retomaram a normalidade. Na representação percebe-se ainda que foi incluído por C.F. o HDO dado que a periodicidade dos tratamentos implica a sua inclusão frequente na sua rotina.

1.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL E AVALIAÇÃO SEMIOLÓGICA

De acordo com Parecer n.º 01/2017 da Ordem dos Enfermeiros, a Avaliação do Estado Mental é um instrumento que apenas o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pode utilizar como forma de avaliação diagnóstica compreensiva no processo de enfermagem com o intuito de detetar alterações da normalidade no funcionamento mental do indivíduo. Esta avaliação distingue-se do Exame do Estado Mental dado que se afasta do modelo biomédico enraizado neste último. A avaliação do estado mental do utente é um processo contínuo e dinâmico frequentemente operacionalizado através de uma entrevista permitindo recolher informações sobre a consciência de si, as emoções, o pensamento, a cognição e até sobre as atividades de vida diária (OE, 2017)

Para realizar uma avaliação do estado mental, o enfermeiro deve concentrar a sua atuação em três eixos distintos: a comunicação/relação interpessoal que permite uma relação terapêutica; observação, nomeadamente aparência, postura, comportamento, interação higiene e vestuário; e por fim exame das funções (Sequeira e Sampaio, 2020).

Quadro 3 - Avaliação do estado mental de C.F.

Itens avaliados	Descrição
Apresentação geral	Aspeto cuidado. Roupa adequada à idade, estação do ano e circunstância. Idade aparente corresponde à idade atual.
Expressão facial e mímica	Contato visual mantido, mímica mantida e aparentemente adequada (avaliação dificultada pela presença de máscara cirúrgica).
Postura e motricidade	Postura adequada à circunstância. Atitude serena. Sem alterações motoras.
Morfologia (biótipo)	Morfologia endomórfica.
Consciência e orientação	Consciente e orientada auto e alopsiquicamente.
Contacto e abordagem	Abordagem fácil. Comportamento organizado e adequado. Contacto sintónico Sem auto e/ou heteroagressividade.
Atenção e memória	Atenção captável. Sem alterações da memória imediata, recente e/ou remota.
Raciocínio e cognição	Raciocínio coerente, organizado e ordenado. Cognitivamente íntegra.
Discurso e linguagem	Discurso coerente, organizado e espontâneo. Tom e ritmo normal. Sem alterações da linguagem. Sem alterações orgânicas ou funcionais.
Humor, afetos e emoções	Humor eutímico. Afetos congruentes. Revela facilidade na expressão de sentimentos e emoções. Verbaliza medo e tristeza face à doença e ao curso do tratamento, nomeadamente em relação aos efeitos secundários da quimioterapia. Refere também ambivalência em relação às vivências emocionais futuras face à provável mudança visual secundária ao tratamento.
Pensamento	Sem alterações da forma, do fluxo e/ou conteúdo do pensamento.
Perceção	Sem alterações da perceção.
Juízo crítico	Juízo crítico mantido.
Insight	Insight presente.
Funções biológicas vitais	Sono mantido. Apetite mantido. Sem alterações dos parâmetros vitais (5 sinais vitais).

Fonte: elaboração própria

1.3 PLANEAMENTO DE CUIDADOS COM RECURSO À TAXONOMIA CIPE

A elaboração do plano de cuidados individual de C.F. foi baseada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, utilizando uma linguagem padronizada que consolida a comunicação entre os enfermeiros e pode ser representada nos sistemas de informação em saúde.

Sá et al *(*2020) referem que a documentação e o registo dos cuidados têm sido uma preocupação dos enfermeiros visando garantir a continuidade e otimização dos cuidados prestados, dar visibilidade às suas funções, possibilitar a investigação dos cuidados ao longo do ciclo vital e permitir a avaliação das intervenções implementadas. A utilização de linguagem classificada permite ainda que vários contextos de prestação de cuidados utilizem as mesmas ferramentas, uniformizando a compreensão da linguagem utilizada. Com a introdução da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem foi também possível deixar de ter registos exclusivos de intervenções executadas e incluiu-se a reflexão crítica dos resultados obtidos. Os planos de cuidados assentam na definição dos sete eixos: foco, juízo, cliente, ação, meios, localização e tempo. A elaboração de diagnósticos contempla o eixo do foco e do juízo; os enunciados das intervenções devem ser compostos pela ação, podendo acrescer todos os outros eixos à exceção do juízo. Nesta taxonomia são ainda previstos resultados. No caso específico deste plano de cuidados foi utilizada em parte a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

O plano de cuidados seguidamente apresentado representa os achados encontrados nas entrevistas realizadas com a utente e suportaram a planificação das intervenções estruturadas de acordo com os diagnósticos formulados.

Dada a especificidade do ensino clínico, foi realçada a importância da atuação específica na área da promoção da SM e prevenção da DM admitindo, porém, que os focos das Necessidades Humanas Básicas referidas por Virgínia Henderson são fundamentais para o funcionamento equilibrado da pessoa.

É de referir que a implementação das intervenções do plano de cuidados foi pensada para duas formas de aplicação distintas, presencialmente e telefonicamente. Constatou-se como dificuldade acrescida à implementação e avaliação dos resultados o contacto limitado e periódico com a utente, bem como o foco no tratamento durante a permanência nas instalações do Hospital de Dia de Oncologia.

As intervenções planeadas para a utente C.F. estão organizadas em três momentos distintos, sendo o primeiro contacto durante o primeiro tratamento de quimioterapia, o segundo contacto ocorreu dez dias após o tratamento sob a forma de chamada telefónica e o terceiro contacto retomou a forma presencial, durante o segundo tratamento de quimioterapia.

Quadro 4 - Plano de cuidados de C.F.

Foco 1	Aceitação do estado de saúde (CIPE, 2019)
Diagnóstico	Aceitação do estado de saúde comprometida
Objetivo	- Promover a aceitação do estado de saúde; - Melhorar o bem-estar.
Intervenções	- Avaliar aceitação do estado de saúde; - Avaliar atitude face à doença; - Avaliar crenças; - Avaliar expetativas; - Executar escuta ativa; - Explicar estado de saúde; - Promover aceitação do estado de saúde; - Promover comportamento de procura de saúde; - Executar intervenção breve FRAMES; - Aconselhar sobre esperança.
Avaliação	Metodologia interrogativa exploratória
Resultados esperados	Aceitação do estado de saúde; Bem-estar (NOC).
Foco 2	Autoimagem (CIPE, 2019)
Diagnóstico	Autoimagem negativa
Objetivo	Promover a aceitação da autoimagem; - Melhorar o bem-estar.
Intervenções	- Avaliar a autoimagem; - Avaliar crenças; - Avaliar atitude face à doença; - Avaliar expetativas; - Avaliar efeitos secundários da medicação; - Executar escuta ativa; - Aconselhar sobre medos; - Ajudar a pessoa a compreender o processo de mudança; - Ensinar sobre estratégias adaptativas face à mudança de imagem corporal; - Apoiar imagem corporal positiva; - Ensinar sobre autocuidado; - Uso de técnica de entrevista motivacional.
Avaliação	Escala de Autoimagem de Neves e Pereira (2012) (anexo IV)
Resultados esperados	- Autoimagem melhorada; - Autoimagem positiva (NOC).
Foco 3	Autoestima (CIPE, 2019)
Diagnóstico	Baixa autoestima situacional
Objetivo	Promover a autoestima
Intervenções	- Avaliar a autoestima; - Executar escuta ativa; - Encorajar o aumento de responsabilidade sobre si; - Promover a autoestima; - Ensinar sobre autocuidado; - Capacitar para o autocuidado; - Transmitir confiança na capacidade da utente lidar com a situação; - Executar aconselhamento; - Identificar fontes de suporte familiar.
Avaliação	- Escala de Autoestima de Rosenberg (anexo III)
Resultados esperados	- Autoestima melhorada (NOC).

Fonte: elaboração própria

1.4 PLANOS DE INTERVENÇÃO DE C.F.

SESSÃO N.º 1 (C.F.)			
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente.		
Duração	60 minutos		
Data	12 de setembro de 2022		
Local	Sala de Tratamento 2 do Hospital de Dia de Oncologia		
Recursos	Cadeira; formulário do consentimento informado, livre e esclarecido (apêndice XXIII); material de escrita.		
PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Realizar o primeiro contacto com a utente; - Esclarecer objetivos do estudo de caso; - Assinar o consentimento informado, livre e esclarecido.	- Apresentação dos intervenientes; - Assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido.	10 min.
2.º momento	- Realizar anamnese.	- Recolha de dados através de Modelo Tidal, para a caracterização das necessidades da utente (apêndice XXIV)	40 min.
3.º momento	- Encerrar sessão de colheita de dados; - Agendar próxima sessão.	- Esclarecimento de dúvidas; - *Feedback* sobre a sessão.	10 min.
Justificação	Cordioli citado por Sequeira e Sampaio (2020) refere que o enfermeiro de SM procura fortalecer o desenvolvimento da relação terapêutica através da entrevista e observação do utente. Neste tipo de intervenção o enfermeiro realiza a avaliação funcional da pessoa, relacionando o estado físico com as características do estado mental, identificando potenciais desequilíbrios/necessidades a carecer de intervenção.		
Avaliação	Durante a entrevista a utente C.F. manteve-se calma, adequada e colaborante. Discurso espontâneo. Postura observadora motivada por ser o primeiro tratamento e desconhecer a dinâmica dos cuidados. Foi utilizado um guião semiestruturado para a entrevista, que permitiu recolher informações pertinentes para a planificação das intervenções. Realçaram-se as questões relacionadas com a autoimagem e autoestima por serem preocupações manifestadas pela utente.		
Bibliografia de Apoio	- Freitas, R., Araújo, J., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R. & Monteiro, A. (2020). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamental no Tidal Model: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(2). doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-2018-0177 - Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel.		

SESSÃO N.º 2 (C.F.)			
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente.		
Duração	45 minutos		
Data	23 de setembro de 2022		
Local	Sessão telefónica realizada à distância		
Recursos	Telemóvel, material de escrita e instrumentos de avaliação.		
Diagnósticos de Enfermagem	Aceitação do estado de saúde comprometida		
Resultados Esperados	Aceitação do estado de saúde (NOC).		
PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Expor objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos.	5 min.

2.º momento	- Avaliar aceitação do estado de saúde; - Avaliar atitude face à doença; - Avaliar crenças; - Avaliar expetativas.	- **Método interrogativo** com questões abertas.	10 min.
3.º momento	- Explicar estado de saúde; - Aconselhar sobre o estado de saúde; - Promover aceitação do estado de saúde; - Promover comportamento de procura de saúde; - Ensinar sobre alteração de rotinas; - Identificar fontes de suporte familiar; - Incentivar o envolvimento da família; - Incentivar a partilha dos cuidados; - Promover esperança.	- **Intervenção breve através do método FRAMES** (*Feedback, Responsability, Advice, Menu of Options, Empathy, Sel-efficacy*).	25 min.
4.º momento	- Obter *feedback;* - Agradecer colaboração.	-Esclarecimento de dúvidas.	5 min.
Fundamentação	A metodologia de intervenção breve é caracterizada por sessões curtas de baixa intensidade que visam promover a perceção da pessoa para a existência de um problema motivando a mudança de comportamento através da sugestão e análise de estratégias. A maioria das intervenções breves tem uma base educativa e motivacional (Babor & Higgins-Biddle citados por Sequeira e Sampaio, 2020).		
Avaliação	Por se tratar de um contacto telefónico optou-se pela utilização do método de intervenção breve *FRAMES* para promover a orientação da utente para o autoexame do comportamento, realçando a necessidade de resiliência para a alteração do mesmo quando identificada uma atitude dificultadora da aceitação do estado de saúde. No caso concreto de C.F. durante a intervenção percebeu que a dificuldade de aceitação do estado de saúde estava relacionada com a necessidade de cuidar dos filhos deficientes e com o receio de perder capacidades para efetuar essa tarefa, que assumiu quase em exclusividade. Foi incentivada a partilhar as tarefas, sabendo que a rede de suporte familiar mais próxima é muito coesa. Outra preocupação demonstrada pela utente foi a forma como a alteração da imagem vai ter impacto na sua autoestima. Esta área de intervenção será a temática central da próxima sessão. Não obstante, foi realizado reforço positivo no sentido de potenciar as características positivas da utente.		
Bibliografia de Apoio	- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções. Lidel.		

SESSÃO N.º 3 (C.F.)	
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente.
Duração	45 minutos
Data	4 de outubro de 2022
Local	Sala de Tratamento 2 do Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Recursos	Cadeira, material de escrita, instrumentos de avaliação
Diagnósticos de Enfermagem	- Autoimagem comprometida - Baixa autoestima (CIPE).
Resultados Esperados	- Imagem Corporal; - Autoestima melhorada (NOC).

PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Relembrar objetivos do projeto e conteúdos gerais da sessão anterior.	- Cumprimentos iniciais.	5 min.
2.º momento	- Ensinar sobre autoimagem e autoestima; - Desenvolver o autoconceito; - Promover a satisfação pessoal.	**- Uso de metodologia informativa** Definição dos conceitos de autoimagem e autoestima, com desmistificação da “pessoa perfeita”.	10 min.

3.º momento	- Avaliar a autoimagem corporal e autoestima através de escalas (Escala de Avaliação da Autoestima de Rosenberg (anexo III) e Escala de Avaliação da Imagem Corporal de Neves e Pereira (anexo IV)); - Analisar resultados.	**- Uso de metodologia interrogativa** A utente responde às questões das escalas de avaliação.	10 min.
4.º momento	- Executar estratégia de autoafirmação; - Executar aconselhamento; - Executar apoio emocional; - Executar relação de ajuda; - Encorajar a utente a identificar forças.	**- Estratégia psicoterapêutica de autoafirmação** A utente descreve quatro aspetos pessoais que considera positivos e fortalecedores.	15 min.
5.º momento	- Obter *feedback;* - Agendar a próxima sessão.	- Marcação da próxima sessão.	5 min.
Fundamentação	As doenças oncológicas originam alterações da funcionalidade e estruturas corporais e também alterações psicológicas e emocionais. De acordo com Borda, Rincón e Perez citados por Oliveira et al (2018), a autoestima pode ser definida como ausência de afeto positivo que o indivíduo tem por si próprio. Os utentes com cancro atravessam várias alterações quanto à autoestima, desde a aceitação do diagnóstico à adesão ao tratamento, vivenciando alterações da autoimagem e bem-estar (Rohde et al citados por Oliveira et al (2018).		
Avaliação	A aplicação dos instrumentos de avaliação Escala de Avaliação da Autoestima de Rosenberg e Escala de Avaliação da Imagem Corporal permitiu avaliar o impacto da mudança de aspeto visual, nomeadamente aspetos relacionados com a queda do cabelo na perceção da utente sobre a doença e sobre a própria compreensão do estado de saúde. Destaca-se ainda que os resultados das escalas aplicadas foram influenciados pelo facto da utente estar a vivenciar um momento de transformação visual devido à queda de cabelo secundária ao tratamento. No entanto, na sessão anterior sobre a aceitação do estado de saúde foi realizado aconselhamento sobre possíveis formas de diminuir o impacto da mudança visual, tendo a utente optado pela utilização de lenço. Assume-se por isso, que apesar do limite temporal do ensino clínico não permitir o acompanhamento da utente durante mais sessão, seria pertinente voltar a avaliar ambas as escalas a fim de perceber se existe necessidade de intervenção tanto a nível da autoimagem como na autoestima. Durante a intervenção de autoafirmação, C.F. teve dificuldades na iniciação da descrição por considerar apenas aspetos da beleza física. Houve necessidade de exemplificar situações positivas não físicas, tendo posteriormente resultado nas quatro descrições pedidas.		
Bibliografia de Apoio	Oliveira, F., Silva, B., Soares, B., Sousa, B., Silva, C., Barbosa, F., Silva, F., Sousa, P., Filho, R., Nascimento, T., Silva, W., Maranhão, F., Rocha, R., Paz, R. & Oliveira, T.(2018). Alterações da autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico. *Electronic Journal Collection Health.* 11(3).		

NOTA CONCLUSIVA

O alcance da intervenção do enfermeiro EESMP nos utentes com doença oncológica é elevado. Aproveitar a transição saúde-doença para promover forças e potenciais dos utentes a realizar tratamento oncológico revela-se crucial na procura da satisfação com a vida.

Através deste trabalho compreendi que apesar do foco inicial dos utentes estar direcionado sobretudo para o tratamento e para a cura, é também crucial abordagem especializada em SM, através de uma abordagem multidimensional que promova comportamentos adaptativos, diminuindo o sofrimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barker, P.(2001). The Tidal Model: developing na empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1). 233-240.

Borges, C., Costa, M. & Faria, J. (2015). Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. Revista Psicologia e Saúde, vol.7(2), p.133-141.

Figueiredo, M. (2009). Dissertação de Douturamento Enfermagem de Família: um contexto do cuidar. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retrived from: https://repositórioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Famlia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf

Freitas, R., Araújo, J., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R. & Monteiro, A. (2020). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamental no Tidal Model: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(2). doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-2018-0177

Lima, J., Gonçalves, H., Belo, F., Francisco, L., Silva, L., Alves, N., Santos, M., & Albuquerque, M. (2022). Aplicabilidade do *Tidal Model* por enfermeiros em serviços de saúde mental: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 11(1).

Machado, H., Soprano, A., Machado, C., Lustosa, A., Lima, M. & Mota, A. (2005). Identificação de riscos na família a partir do genograma. Família, Saúde e Desenvolvimento. vol.5 (2), p.149-157.

Pereira, A., Teixeira, G., Bressan, C. & Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 62(3), p.407-416.

Parecer n.º 01/2017. Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental. Ordem dos Enfermeiros.

Sá, A., Dias, J. & Norelho, Ó. (2020). Sistemas de Informação em Enfermagem: diversidade e interoperacionalidade. *Nursing.* http://www.nursing.pt/sistemas-de-informação-em-enfermagem-desafios-e-oportunidades/

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

APÊNDICE XXIII – FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO USADO NO EC I

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto "Positiva(mente), Pensar e Agir"

No âmbito do Estágio de Respostas Diferenciadas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, foi desenvolvido um programa de intervenção, designado "Positiva(mente)".

Os processos de transição saúde-doença implicam alterações na vida pessoal e familiar resultando em mudanças no bem-estar, nos comportamentos e nas relações interpessoais. O diagnóstico de doença oncológica acarreta um conjunto de sentimentos e emoções que varia de pessoa para pessoa, com diferentes impactos nas atividades de vida diária. Desta forma, o paradigma assistencial tem vindo a direcionar-se para promoção de processos de transição saúde-doença saudáveis através da sensibilização, consciencialização e humanização dos cuidados.

O programa "Positiva(mente), Pensar e Agir" é composto por entrevistas presenciais e telefónicas, realizadas ao longo do tratamento, sendo a primeira abordagem presencial no Hospital de Dia de Oncologia, a segunda sessão decorrerá telefonicamente e a terceira sessão repetir-se-á presencialmente no Hospital de Dia.

A participação no projeto é livre e voluntária, podendo o(a) participante recusar a colaboração em qualquer momento da sua implementação. Todos os dados recolhidos têm a garantia da confidencialidade e obedecem aos preceitos orientadores da publicação de trabalhos científicos.

A responsável do projeto está disponível para qualquer esclarecimento, se assim for o desejo do(a) participante.

Tânia Silva – tania_ccsilva@hotmail.com

Declaro ter lido e compreendido as informações fornecidas e aceito participar voluntariamente no projeto, sabendo que todas os dados serão tratados mantendo a confidencialidade.

Nome do(a) participante: _____

Contacto telefónico: _____

Endereço eletrónico: _____

Assinatura do(a) participante: _____Data: ____/____/____

APÊNDICE XXIV - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM BASE NO *TIDAL MODEL* USADA NO ESTUDO DE CASO ELABORADO NO EC I

GUIÃO DA ENTREVISTA

Estudo De Caso

A colheita de dado para o estudo de caso foi realizada com base no *Modelo Tidal*, abordando as seguintes áreas:

SESSÃO 1 – PRESENCIAL

Tipo de Entrevista – individual semiestruturada.

1. Origem do Problema "Como começou?"
2. Como tem lidado com o problema "Como o afeta?"
3. Contexto emocional anterior "Como se sentia?"
4. História do Desenvolvimento "Tem havido modificações?"
5. Relacionamentos "Como afeta as relações?"
6. Contexto emocional atual "Como se sente atualmente?"
7. Conteúdo holístico "O que pensa sobre o significado?"
8. Contexto holístico "O que espelha em si?"
9. Necessidades, desejos e vontades "O que quer e o que deseja?
10. Expetativas "O que espera da equipa de enfermagem?"

APÊNDICE XXV - ESTRUTURA RESUMIDA DO ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO NO ENSINO CLÍNICO DE RESPOSTAS COMUNITÁRIAS

1. ESTUDO DE CASO DE F.F. DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

As informações obtidas e apresentadas no presente estudo de caso foram resultado de um exercício teórico-prático realizado no âmbito do clínico numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

1.1 IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A utente F. F. é uma mulher com 56 anos, nacionalidade portuguesa, casada, teve dois filhos e reside em habitação própria num concelho da região do Médio Tejo. O agregado familiar é atualmente composto por dois elementos, F.F. e o marido. O casal teve dois filhos, D. falecida 24 horas após o nascimento por causa indefinida e D., homem, de 32 anos. Relativamente à ocupação laboral da utente, após o episódio de doença grave do marido, abdicou da sua profissão como auxiliar de ação direta em lar para desempenhar o papel de cuidadora do marido a tempo inteiro. Relativamente aos rendimentos, o agregado familiar vive uma situação equilibrada mediante os rendimentos face despesas.

1.2 HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

A colheita de dados do presente estudo de caso foi suportada pelo *Tidal Model* proposto por Phil Barker nos anos 2000. Trata-se de uma teoria desenvolvida para o cuidado em SM que pode ser aplicada como modelo interdisciplinar do cuidado. É um modelo alicerçado na teoria do relacionamento interpessoal de Hildegard Peplau compreendendo as situações de *stress* como oportunidades de crescimento pessoal (Teixeira et al citados por Lima et al, 2022). Segundo Barker (2001), o enfermeiro assume o papel de auxiliar o utente na promoção de mudanças na sua vida com uma forte aproximação à relação interpessoal. Esta prática afasta-se dos modelos tecnicistas e aproxima-se emocionalmente do utente. Os domínios da pessoa representados neste modelo teórico são: o Self (o que é mais íntimo), o Mundo (o mundo social da pessoa) e o Outro (vida diária com os outros) (Barker & Buchanan-Barker citados por Freitas et al, 2020). Resumidamente, foram avaliadas a três dimensões Self, o Mundo e o Outro.

Self

F.F. nasceu numa freguesia de um concelho da região do Médio Tejo sendo a segunda filha de uma fratria de quatro irmãos. Não relata eventos de saúde significativos durante a infância e adolescência. Contudo, refere que ao nível das tarefas domésticas sempre sentiu a obrigação e exigência por parte dos pais para cuidar da casa e dos irmãos comparativamente

ao que exigiam aos outros filhos. Teve várias ocupações laborais, sendo que a última profissão desempenhada foi a de auxiliar de ação direta num lar, da qual fala com carinho e saudade.
O primeiro evento de saúde que relata foi a morte precoce da primeira filha, tendo sido uma gravidez pouco vigiada, que acabaria num parto prolongado com a morte da bebé 24 horas após o seu nascimento, de causa não especificada. Segundo a utente, foi um momento doloroso fisicamente e mentalmente, contudo ultrapassado sem necessidade de intervenção especializada. A idade adulta foi sendo um período de equilíbrio na sua saúde até aos 50 anos, havendo apenas o diagnóstico de hipertensão arterial. Nesta altura, complicações relacionadas com o estado de saúde do marido condicionaram a SM da utente, sendo diagnosticada com depressão. Desde então é seguida na consulta especializada de Saúde Mental da UCC.
Na análise das transições de saúde-doença da vida de F.F., o diagnóstico de depressão tem sido o maior desafio, com vários registos de avanços e retrocessos nos resultados da intervenção especializada em enfermagem, coincidentes com melhorias ou agravamentos do estado de saúde do marido. Contudo, apesar da doença mental com várias flutuações, F.F. tem vindo a desempenhar o papel de prestadora de cuidados do marido sem interrupções, à exceção do internamento do senhor J.Q. na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para descanso do cuidador, em fevereiro de 2018.

O Mundo

Apesar de F.F. não ter um historial longo de doença física ou mental, apura-se a existência de um quadro clínico do marido com vários eventos de doença ao longo do casamento, que se traduziram em momentos de angústia e *stress* com grande impacto em F.F., que sempre acompanhou o marido. Em 2016 após o senhor J.Q., marido de F.F, ter sofrido um Acidente Vascular Cerebral com múltiplas complicações nomeadamente com evento isquémico com transformação hemorrágica, que consequentemente teve impacto na perda total da sua autonomia, tanto física, cognitiva como comunicacional, F.F. passou a ser a sua cuidadora principal. Neste processo adaptativo, F.F. foi diagnosticada com depressão, sendo o principal fator desencadeador o facto de desempenhar o papel de prestadora de cuidados com fraco apoio familiar e com perda acentuada da rotina anterior à situação de doença do marido, fase essa que considerava satisfatória.
A procura por apoios na comunidade são essencialmente pelas comorbilidades do marido, sendo projetadas as necessidades de J.Q. em primeiro lugar que as de F.F.. A rede de apoio familiar de F.F. foi sofrendo algumas alterações ao longo dos anos, nomeadamente pelo facto do único filho do casal aparentemente se ter afastado das decisões relacionadas com a situação de doença do pai, com sobrecarga das decisões para a utente. A família direta de J.Q. é referida como presença assídua na vida de F.F. e J.Q., no entanto nem sempre são elementos apaziguadores gerando algumas situações que a utente considera desajustadas

ou *stressoras*, uma vez que estes não compreendem as incapacidades do marido, nem o comportamento protetor de F.F. a J.Q..

O Outro

O dia a dia de F.F. é caracterizado por uma rotina do cuidar, com frequência de várias terapias e consultas do marido, necessitando de uma boa gestão de tempo. O contato com pessoas extrínsecas à rede familiar está muito relacionado com esta tarefa. A utente assume legalmente o papel de tutora do marido, pelo que todas as rotinas implicam a sua presença. O contacto com outras pessoas aparentemente é fácil, com discurso cuidado e adequado, contudo frequentemente limitado no tempo dada a perceção da necessidade de estar presente em todos os momentos do dia a dia do marido. Esta perceção reflete-se na existência de fracos vínculos de amizade, dado que F.F. refere ter apenas uma amiga com quem confidencia algumas informações da sua vida, contudo refere não ser um acontecimento assíduo, nem de total confiança para conversar sobre todos os assuntos.

Relativamente aos juízos das outras pessoas sobre a sua situação familiar, F.F. apesar de considerar que as decisões são inteiramente da sua responsabilidade e sem influencia dos outros, a utente procurar algumas validações nomeadamente junto do filho, que nem sempre assume um papel apaziguador das dúvidas da mãe.

Quando abordadas as crenças e valores, a utente refere não ter uma crença religiosa significativa e o valor da família é o mais referido, sendo corroborado pela atitude cuidadora que desempenha, apesar de considerar que neste momento não tem a família que desejava, dada a condição do marido e ambivalência em relação ao casamento, bem como o afastamento do filho, tanto geograficamente como emocionalmente. Este afastamento do filho decorre de decisões de ambos, sendo referido pela utente que a cordialidade com o filho é maior à distância do que presencialmente.

1.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

De acordo com Parecer n.º 01/2017 da Ordem dos Enfermeiros, a Avaliação do Estado Mental é um instrumento que apenas o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pode utilizar como forma de avaliação diagnóstica compreensiva no processo de enfermagem, com o intuito de detetar alterações da normalidade no funcionamento mental do indivíduo. Esta avaliação distingue-se do Exame do Estado Mental dado que se afasta do modelo biomédico enraizado neste último. A avaliação do estado mental do utente é um processo contínuo e dinâmico frequentemente operacionalizado através de uma entrevista (OE, 2017). Para realizar uma avaliação do estado mental, o enfermeiro deve concentrar a sua atuação em três eixos distintos: a comunicação/relação interpessoal que permite uma relação terapêutica; observação, nomeadamente aparência, postura, comportamento,

interação, higiene e vestuário; e por fim exame das funções (Sequeira & Sampaio, 2020). Para estruturar a avaliação mental foi organizada a informação no quadro 1.

Quadro 5 - Avaliação do estado mental de F.F.

ITENS AVALIADOS	DESCRIÇÃO
Apresentação geral	Aspeto cuidado. Roupa adequada à idade, estação do ano e circunstância. Idade aparente corresponde à idade atual.
Expressão facial e mímica	Contato visual mantido, mímica mantida e aparentemente adequada (avaliação dificultada pela presença de máscara cirúrgica).
Postura e motricidade	Postura adequada à circunstância. Atitude serena. Sem alterações motoras.
Morfologia (biótipo)	Morfologia endomórfica.
Consciência e orientação	Vigil e orientada autopsiquicamente, alopsiquicamente e cronopsiquicamente.
Contacto e abordagem	Abordagem fácil. Comportamento organizado e adequado. Contacto sintónico. Sem auto e/ou heteroagressividade.
Atenção e memória	Atenção captável. Sem alterações da memória imediata, recente e/ou remota.
Raciocínio e cognição	Raciocínio coerente, organizado e ordenado. Cognitivamente íntegra.
Discurso e linguagem	Discurso coerente, organizado e espontâneo. Tom e ritmo normal. Sem alterações da linguagem. Sem alterações orgânicas ou funcionais.
Humor, afetos e emoções	Humor subdepressivo. Afetos congruentes. Expressa sentimentos de desesperança face à condição de prestadora de cuidados do marido, verbalizando comportamentos não adaptativos relacionados com a necessidade do próprio autocuidado. Refere dificuldade em projetar-se no futuro por não conseguir percecionar uma evolução positiva do estado de saúde do marido que possibilite a sua melhoria consequente.
Pensamento	Sem alterações da forma, do fluxo e/ou conteúdo do pensamento.
Perceção	Sem alterações da perceção.
Juízo crítico	Juízo crítico mantido.
Insight	*Insight* presente.
Funções biológicas vitais	Sono mantido. Apetite mantido. Tensão arterial controlada por anti hipertensor. Restantes sinais vitais sem alterações.

Fonte: elaboração própria

1.4 MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Compreender a realidade de uma família implica respeitar a individualidade e a especificidade do núcleo familiar sendo necessário que o profissional esteja predisposto a escutar a pessoa e a intervir efetivamente na promoção de comportamentos adaptativos face às respostas não ajustadas às situações identificadas (Figueiredo, 2012). A fim de realizar uma avaliação familiar fundamentada num referencial teórico de referência, foi selecionado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar criado por Maria Henriqueta Figueiredo em 2009. Este modelo sistémico baseia-se no modelo de Calgary, considerando a família como unidade de cuidados, seja da forma particular com intervenção dirigida a um elemento ou na perspetiva global, com intervenção dirigida aos vários elementos (Figueiredo citada por Correia et al, 2021). A metodologia de avaliação divide-se em três áreas distintas, a avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional.

A avaliação e intervenção com a família no contexto dos cuidados especializados de saúde mental é importante na medida em que as interações familiares do indivíduo influenciam a

tanto patologia mental como a eficácia do seu tratamento e adesão (Sequeira e Sampaio, 2020).

1.4.1 Avaliação estrutural

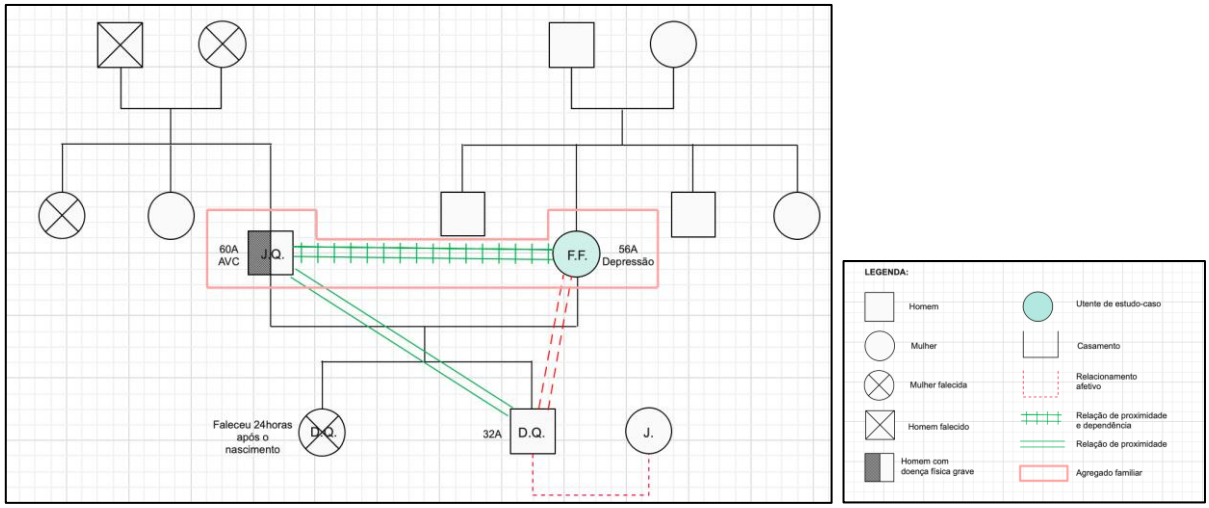
A avaliação estrutural representa as relações familiares através da utilização de instrumentos de avaliação da estrutura como o genograma e o ecomapa. Ambos os instrumentos são fontes de informação que pode ser visualizada esquematicamente, com fácil interpretação pela sua representação gráfica.

Genograma

O genograma corresponde a uma representação gráfica de dados de uma família, permitindo a visualização dinâmica das relações entres os vários membros de pelo menos três gerações, utilizando símbolos padronizados (Dias et al citados em Pereira et al, 2009). O uso deste instrumento permite ampliar o conhecimento sobre a família e possibilita desenvolver intervenções que contemplem a integralidade da família (Muniz & Eisenstein citados em Borges, Costa & Faria, 2015).

As informações esquematizadas no genograma de F.F. foram obtidas através de recolha presencial durante as consultas de Saúde Mental, bem como através da consulta de registos de enfermagem previamente existentes, dado o acompanhamento prolongado da utente na UCC. Por forma a validar estas informações, ao longo das consultas foram abordados alguns assuntos que permitiram obter informações complementares.

Figura 5 - Genograma de F.F. e respetiva legenda



Fonte: elaboração própria

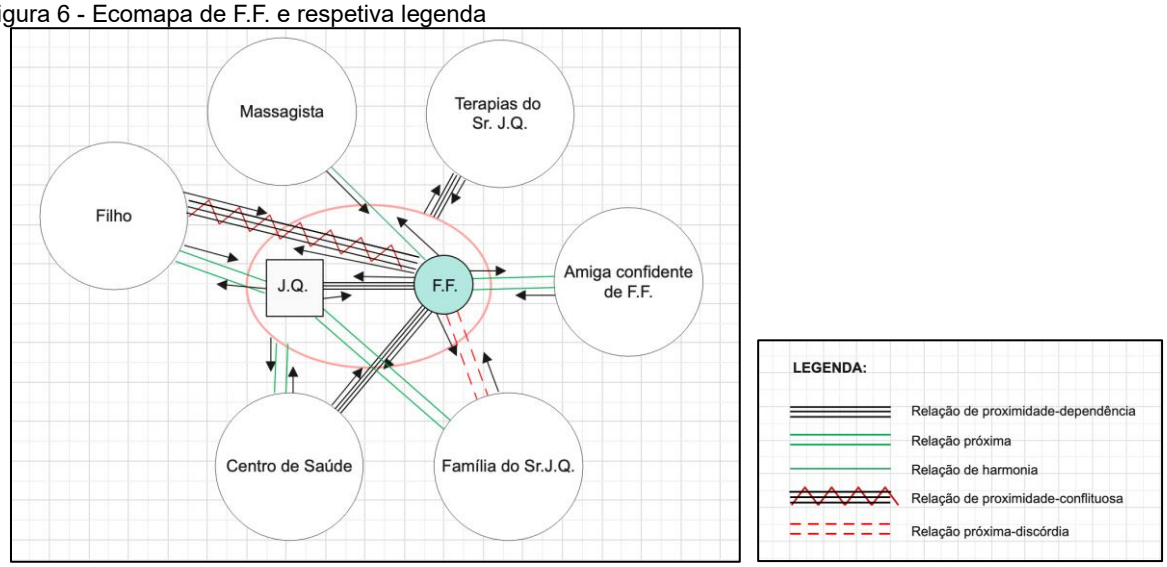
Numa breve interpretação do genograma de F.F., a utente é a segunda filha de uma fratria de quatro irmãos, casada com o terceiro filho de uma fratria de três, sendo que os sogros já faleceram e uma irmã do marido morreu em 2021 por doença complicada por Covid19. O agregado familiar é constituído por F.F. e J.Q.. Deste casamento resultaram dois filhos, sendo que a primeira filha faleceu horas após o nascimento, após um parto complicado e prolongado,

tendo ficado a causa da morte por esclarecer. Dois anos mais tarde nasceu D.Q., atualmente com 32 anos. Este filho concluiu o curso superior na área da engenharia e trabalha em Aveiro, onde conheceu a sua atual companheira, com quem coabita. A relação entre F.F. e o marido é pautada pela proximidade mas essencialmente pela dependência que J.Q. tem para todas as atividades de vida diária, uma vez que o AVC afetou múltiplas áreas do cérebro que originaram vários défices neurológicos, nomeadamente os défices motores, cognitivos, comunicacionais e comportamentais. A relação de F.F. com o filho D.Q. tem vindo a sofrer alterações com o passar dos anos. Antes da doença do pai, D.Q. tinha uma relação de proximidade com a mãe, contudo a utente refere que a ligação era mais afetuosa com o pai. Depois da doença, tem havido um afastamento progressivo, com alguns conflitos caracterizando-se ainda assim por uma relação de proximidade, mas por vezes conflituosa.

Ecomapa

O ecomapa é a representação gráfica das relações e ligações com o contexto externo, caracterizando as relações familiares e sociais e permitindo a identificação de ligações equilibradoras e ligações de tensão (Rempel, Neufeld & Eastlick, 2007). Este instrumento permite percecionar a relação entre as necessidades da família e os recursos da comunidade, nomeadamente pessoas de referência, instituições, trabalho, grupos sociais e serviços (Agostinho citado em Figueiredo, 2009). Pereira et al (2009) referem que o ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade, que auxilia na avaliação das redes de apoio sociais disponíveis e utilizadas pelos vários elementos do agregado familiar. Por ser um modelo dinâmico, pode modificar-se ao longo do tempo. Rocha, Nascimento & Lima citados em Pereira et al (2009) afirmam que uma família com poucas e fracas conexões com a comunidade necessita de maior investimento da enfermagem, com intervenções que aumentem e/ou estabilizem as relações.

Figura 6 - Ecomapa de F.F. e respetiva legenda



Fonte: elaboração própria

Com a interpretação do ecomapa do agregado familiar de F.F. percebe-se que as relações familiares e sociais são poucas e baseiam-se muito na resposta às necessidades de J.Q.. Realçando os vínculos de F.F., neste momento vive uma fase da vida pautada por algum distanciamento do filho, que não altera a ligação de proximidade, contudo é por vezes conflituosa quando existem momentos de encontro ou momentos com necessidade de decidir alguma situação relacionada com a saúde de J.Q.. Outro vínculo significativo é a relação com a única amiga a quem confidencia algumas situações da sua vida, mas não sentem plena abertura para falar sobre todos os assuntos, sendo que os momentos de encontro são poucos. A ligação com o centro de saúde é de proximidade, nomeadamente pelo acompanhamento em consulta de Saúde Mental, que a utente caracteriza por ser um momento equilibrador, de reflexão e intervenção. Foi ainda possível compreender que na promoção do autocuidado, a utente frequente sessões de massagens, identificando o profissional como uma pessoa jovem, delicada e compreensiva, com quem consegue conversar sobre muitos assuntos do dia a dia. As outras relações identificadas no ecomapa dizem respeito a J.Q., nomeadamente a relação próxima com o filho, mesmo que afetada pelas incapacidades do pai. Sendo uma das maiores fatias da rotina as consultas e terapias de J.Q., existe uma forte relação entre as diversas terapias e o agregado familiar, que se caracterizam por um esforço de F.F. para procurar integrar J.Q. em terapias de recuperação e manutenção do estado de saúde. Desta análise, infere-se a existência de poucas e fracas ligações com a comunidade onde o agregado familiar se insere, existindo poucos fatores protetores para a família.

Tipo de família

De acordo com o MDAIF, a família de F.F. é uma família nuclear constituída por homem e mulher com um filho. Neste momento o agregado familiar é apenas constituído por F.F. e J.Q., dado que o filho atingiu a sua independência financeira após concluir o curso superior e ter iniciado a sua atividade laboral na sua área de estudo.

Classe Social (Escala de Graffar adaptada)

A caracterização da classe social da família facilita a compreensão dos recursos e dos fatores de *stress* da família no que diz respeito aos fatores económicos, instrução, grupo profissional e contexto residencial. A operacionalização desta avaliação pode ser realizada através da utilização do instrumento de avaliação Escala de Graffar adaptada, permitindo a avaliação socioeconómica e demográfica, bem como a sua funcionalidade (Figueiredo, 2012).

A escala utilizada é preenchida de acordo com o elemento do agregado familiar com maior rendimento. Neste caso, uma vez que F.F. é cuidadora de J.Q. mas não tem qualquer rendimento da sua atividade, a análise baseia-se no elemento J.Q..

De acordo com o preenchimento da escala de Graffar adaptada, obteve-se resultado evidenciado no quadro 2 seguinte. A escala pode ser consultada em anexo XIII.

Quadro 6 - Avaliação da Escala de Graffar (adaptada)

	Profissão	**Nível de instrução**	**Fonte de rendimento**	**Conforto do alojamento**	**Local de residência**
Pontuação	3	3	3	2	2
Descrição	Reformado por invalidez	Nove ou mais anos de escolaridade	Rendimento mensal fixo	Casa espaçosa e confortável	Zona residencial boa, com casas conservadas
Pontuação total	**13** pontos – Classe Social Média Alta				

Fonte: elaboração própria

1.4.2 Avaliação do desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento permite compreender os fenómenos de crescimento da família e promover a capacitação da família para processos de transição ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2009). A família em estudo é caracterizada por casal com filho adulto e independente (Relvas citado por Figueiredo, 2009). Uma vez que o papel parental não se traduz numa necessidade premente de intervenção, dado que a intervenção é dirigida apenas à utente, não foi realizada avaliação aprofundada. Não obstante, por ser englobada a dimensão da satisfação conjugal, foram identificados subsistemas comprometidos como a relação dinâmica, a comunicação de casal e interação sexual. Após o AVC sofrido por J.Q. a dinâmica do casal com a partilha de responsabilidade e tarefas, a expressão de emoções, sentimentos, crenças e valores foi fortemente abalada devido à condição de saúde de J.Q., nomeadamente dependência física, afasia de expressão e alteração do comportamento. Também a comunicação do casal e as ações intencionais foram alteradas pela ausência de *feedback* na comunicação entre F.F. e o marido, dificultando a promoção da satisfação por ausência de expetativas de recuperação. Por último, no subsistema das interações sexuais, a ausência de expressão de atitudes e afetos tem vindo a abalar a relação do casal, referindo a utente várias vezes que a relação não é de casal mas de dependência no cuidado.

Relativamente ao papel parental, dado que é uma família com um filho adulto e independente, no que diz respeito à satisfação com a relação mantida, F.F. considera que a relação com o filho tem vindo a alterar-se ao longo do tempo, com necessidade de algum afastamento para evitar conflitos. Contudo, continua a existir comportamentos de procura de aprovação bilaterais. Os fatores desencadeadores de conflito continuam a dizer respeito à falta de negociação e divisão de tarefas, bem como à dificuldade na expressão opiniões e sentimentos.

1.4.3 Avaliação funcional

Também de acordo com o MDAIF de Figueiredo (2009), a dimensão funcional da família alude aos padrões de interação familiar que permitem a sustentabilidade da família, integrando as dimensões do papel do prestador de cuidados e o processo familiar.

O aumento da esperança média de vida e as situações de doença com consequente dependência tem vindo a implicar a restruturação funcional de várias famílias.

Papel do prestador de cuidados

A condição de doença de um ou mais elementos de uma família implica frequentemente a integração de estratégias adaptativas pela família para fazer face às necessidades resultantes das limitações nas suas tarefas ou atividade diárias. A prestação de cuidados impulsiona o desenvolvimento de estratégias de *coping*, que se querem eficazes.

O papel de prestador de cuidados é definido pelo *International Council of Nursing* (2002) como "*um tipo de interação de papéis com as características especificas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados"*. Simplificadamente, é o desempenho de atividades de apoio na procura de cuidados de saúde e ajuda no tratamento, reabilitação ou manutenção de uma pessoa com necessidades. Nestas necessidades incluem-se diversos autocuidados como o comer, beber, ir ao sanitário, vestir, sono, atividade de lazer, entre outros.

Nesta dimensão avaliativa incluem-se o conhecimento do papel, comportamentos de adesão, consenso do papel, conflito do papel e saturação do papel (Figueiredo, 2009).

Através da análise da família de F.F., a utente desempenha o papel de prestadora de cuidados ao marido, totalmente dependente nas atividades de vida diária, depois de ter tido um AVC hemorrágico. Anteriormente a este evento, J.Q. era totalmente independente apesar de ter vivenciado vários episódios de doença que necessitaram de algum modo de cuidados de F.F.. Neste momento, a reabilitação de J.Q. está limitada, pelo que a principal função de F.F. é manter a funcionalidade ainda existente, evitando o agravamento do estado de saúde e substituindo-o nas atividades de vida diária para as quais não tem capacidades. Relativamente à adesão, não existe qualquer alteração dado que desde a alta de J.Q. que F.F. presta cuidados, tendo mesmo abandonado a sua atividade laboral. Relativamente ao consenso do papel, pelo relato da utente não existem expetativas dos restantes membros da família e não existe divisão de tarefas relacionadas com o papel porque se concentram todas as decisões em F.F.. No que diz respeito à saturação do papel de prestador de cuidados, este foi um dos principais indicativos para a procura de ajuda por parte de F.F. por dificuldades na gestão emocional, com consequente exaustão. Para melhor caracterizar esta perceção foi

utilizada a escala de Zarit (anexo V), validada para a população portuguesa em 2010 e foram comparados os *scores* obtidos ao longo do acompanhamento da utente desde a primeira consulta em dezembro de 2017. O resultado está no quadro 3 seguinte.

Quadro 7 - Avaliação da Escala de Zarit

Data	Consulta	Instrumento	Diagnóstico
Fevereiro de 2017	Consulta de Enfermagem	Escala de Zarit (2010)	Sobrecarga do prestador de cuidados em grau elevado
Dezembro de 2017	Consulta de Saúde Mental	Escala de Zarit (2010)	Sobrecarga do prestador de cuidados em grau elevado
Junho de 2018	Consulta de Saúde Mental	Escala de Zarit (2010)	Sobrecarga do prestador de cuidados em grau reduzido
Dezembro de 2022	Consulta de Saúde Mental	Escala de Zarit (2010)	Sobrecarga do prestador de cuidados em grau elevado

Fonte: elaboração própria

Uma vez que o diagnóstico de *stress* do prestador de cuidados prevalece ao longo da maior parte do tempo de acompanhamento da utente, nomeadamente na avaliação efetuada quando do desenvolvimento do presente estudo de caso, foi integrado este diagnóstico no plano de cuidados da utente F.F., presente no próximo subcapítulo.

Processo familiar

De acordo com o MDAIF, as dimensões avaliativas do processo familiar são a comunicação familiar, o *coping* familiar, a interação de papéis familiares, a relação dinâmica e as crenças. Relativamente à comunicação familiar, a utente refere insatisfação com a comunicação circular uma vez que não existe comunicação verbal e não verbal clara entre os membros da família, tanto com o marido pela incapacidade de expressão e compreensão, como com o filho dado que não existe uma expressão clara e verdadeira de sentimentos por forma a evitar conflitos. Referindo o *coping* familiar, segundo Figueiredo (2012) os momentos de crise são perspetivados como oportunidades de adaptação e mudança, promovendo a capacidade de gestão de estratégias de solução para os problemas. No caso específico de F.F. a saturação emocional tem vindo a influenciar a capacidade de adaptação e resolução dos problemas, tendo sido dado enfoque ao diagnóstico de *coping* comprometido no plano de cuidados. Por último, não foi dado enfoque tanto à interação de papéis familiares, à relação dinâmica e às crenças, dado que as expetativas, responsabilidades e decisões se concentram apenas em F.F., que neste momento admite não serem percecionados com um problema para si.

1.5 PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados da utente F.F. foi realizado tendo em conta que o seguimento em consulta de Saúde Mental já é realizado desde 2018 com diagnósticos de enfermagem que foram variando ao longo do tempo, de acordo com os resultados obtidos. Não obstante, é importante realçar que o acompanhamento da utente foi realizado nos moldes utilizados pelo acompanhamento anterior ao início do EC, pelo que a avaliação e intervenção na primeira sessão pode ter sido influenciada pelo facto do foco primordial ser o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda para privilegiar um ambiente terapêutico de confiança e segurança para a utente. O estabelecimento de uma relação terapêutica implica que os cuidados sejam centrados na pessoa e não na tarefa, facilitando a satisfação das pessoas e a qualidade dos cuidados prestados. Phaneuf (2005) refere que na relação de ajuda, o enfermeiro deve reunir alguns conhecimentos e características: aceitar o outro, respeito, empatia, autenticidade, congruência, confrontação, autoconhecimento, conhecimento sobre o outro e sobre estratégias de comunicação e relação terapêutica. Ainda segundo Chalifour (2008), a relação de ajuda é constituída por três fases distintas: a fase de orientação, no primeiro contacto favorece-se um ambiente de confiança e identificação de necessidades do utente; a fase trabalho, centrada nas necessidades do utente; e a fase de conclusão com a avaliação da intervenção e análise dos respetivos resultados. Consultados estes enunciados, foi possível perceber que a relação de ajuda no início deste estudo de caso foi essencial para compreender os comportamentos da utente face à existência de um elemento cooperante na intervenção, quando anteriormente estava já criada uma relação terapêutica apenas com um profissional.

O plano de cuidados da utente F.F. integra como principais focos de atenção: ansiedade, papel do prestador de cuidados e *coping*.

1.6 PLANOS DE INTERVENÇÃO DE F.F.

Plano de Cuidados da utente F.F.	
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP)
Duração	60 minutos
Data	07/11/2022; 25/11/2022; 12/12/2022; 28/12/2022 e 18/01/2023
Local	Gabinete de consulta
Foco	Ansiedade
Diagnóstico	Ansiedade presente (CIPE)
Resultados esperados	Autocontrolo da ansiedade (Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC))
Plano da intervenção Psicoeducação	
Intervenções	- Escutar ativamente; - Disponibilizar suporte emocional; - Avaliar a ansiedade através de escala de Hamilton (anexo II); - Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeadores de ansiedade; - Assistir a utente a examinar os recursos utilizados para alcançar os seus objetivos; - Encorajar o autocontrolo da ansiedade.

Avaliação
1.ª consulta (07/11) – No início da consulta postura tensa e por vezes inquieta na cadeira. A senhora F.F. identifica neste momento o filho como fator desencadeador de ansiedade, nomeadamente quando procura validar algumas decisões sobre o marido. Agrava-se esta situação aquando do encontro de ambos, por dificuldade de expressarem sentimentos e afetos. A utente manifesta vontade de afastamento temporário do filho para reequilíbrio pessoal. Apresenta uma postura segura em relação a esta decisão. Para minimizar este impacto procurou-se auxiliar a utente a identificar recursos internos para alcançar os objetivos. Avaliada escala de ansiedade de Hamilton com score de 21, correspondente a ansiedade moderada. 2.ª consulta (25/11) – Postura mais serena durante a entrevista. A utente F.F. apresenta alguma ambivalência em relação à decisão tomada de afastamento do filho, contudo não procurou contactá-lo. Refere sentir maior tranquilidade que atribui a isolamento social. Foram analisados fatores de risco e fatores protetores do isolamento referido pela utente. Ensinados sinais de alarme sobre isolamento social. A utente não considera o isolamento excessivo, principalmente porque coincide com um período de maior fragilidade do marido. 3.ª consulta (12/12) – Mantem-se calma, sem queixas de novo. Objetivam-se alguns contactos telefónicos com o filho, embora não tenham prejudicado o estado de ansiedade da utente. Realizado aconselhamento sobre a importância de manter este contacto cordial com o filho, a fim de não o afastar completamente da responsabilidade de assistência à família, nomeadamente aos cuidados com o pai. 4.ª consulta (28/12) – Utente verbaliza que a época do Natal teve algum impacto no estado de ansiedade da utente, embora tenha conseguido autocontrolo de impulsos e ansiedade, nomeadamente pelo facto de ter sido uma época de maior contacto familiar. Refere que a família direta não compreende as limitações do marido e a proteção necessária e que isso a deixa insegura e ansiosa. Treinado com a utente a expressão de sentimentos e emoções, bem como a expressão de opiniões, comportamentos e atitudes junto das pessoas significativas. 5.ª consulta (18/01) – Por decorrer.
Observações
Não foi alterado *status* do diagnóstico ao longo do acompanhamento.

Plano de Cuidados da utente F.F.	
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP)
Duração	60 minutos
Data	07/11/2022; 25/11/2022; 12/12/2022; 28/12/2022 e 18/01/2023
Local	Gabinete de consulta
Foco	Papel do prestador de cuidados
Diagnóstico	Stress do prestador de cuidados em grau elevado (CIPE)
Resultados esperados	Saúde Emocional do Cuidador (NOC)
Plano da intervenção Psicoeducação Estratégia psicoterapêutica de reminiscência	
Intervenções	- Avaliar o conhecimento sobre o papel do prestador de cuidados; - Avaliar a sobrecarga do prestador de cuidados através da escala de Zarit (anexo V); - Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação; - Providenciar material de leitura; - Promover o autocuidado; - Esclarecer sobre temas relacionados com o papel do prestador de cuidados (*dibriefing*); - Incentivar o prestador de cuidados a iniciar relações dinâmicas de suporte; - Reforçar a autoeficácia da utente na tomada de decisões.
Avaliação	
1.ª consulta (07/11) – A utente refere fadiga em relação ao cuidado do marido, mas não manifesta vontade de deixar de o fazer. Experiência prévia de internamento do Sr.J.Q. na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para descanso do cuidador interrompida pela própria utente, por agravamento da dependência do marido. Tem conhecimento sobre o papel do prestador de cuidados. Avaliou-se a escala da sobrecarga do cuidador com obtenção do score 58 correspondente a elevada sobrecarga do cuidador. Refere sentir-se isolada nas tomadas de decisão sobre o marido. Constata-se dificuldade de identificação de momentos de autocuidado pessoal em detrimento de todas as consultas/terapias frequentadas pelo senhor J.Q.. Incentivado o autocuidado e os momentos de lazer, nomeadamente caminhadas que a utente anteriormente realizava e que deixou de fazer. 2.ª consulta (25/11) – Providenciado material informativo (apêndice XXVI), com várias associações que se dedicam aos prestadores de cuidados, algumas com a possibilidade de leitura de testemunhos reais. Realizada estratégia de *dibriefing* com a utente, validando e reforçando positivamente as tomadas de decisão. A utente	

verbaliza várias vezes experiências do passado, com manifesta satisfação (ponderado uso de estratégia psicoterapêutica de reminiscência*).
3.ª consulta (12/12) – A utente verbaliza sentir-se mais calma em relação ao estado de saúde do marido, embora se sinta preocupada com ela própria nomeadamente com períodos de picos hipertensivos e alterações ginecológicas. Avaliada a necessidade de acompanhamento por outros profissionais de saúde, nomeadamente médica de família e ginecologista - promovido o autocuidado. Uso de estratégia psicoterapêutica de reminiscência: a utente recorda relação afetiva satisfatória com o marido, com proximidade e confidência da qual sente falta desde o AVC do senhor J.Q.. Recorda, com labilidade emocional, a perda significativa da primeira filha. Contudo, refere que essa perda apesar de dolorosa, permitiu-lhe vivenciar um futuro melhor e menos sofrido pelo facto da sobrevivência da filha implicar um possível estado vegetativo. Analisadas as situações exploradas e identificados fatores promotores de saúde no passado e transpostos para o presente.
4.ª consulta (28/12) – Psicoeducação sobre Diretivas Antecipadas de Vontade/Testamento Vital - foram providenciados materiais de leitura sobre Diretivas Antecipadas de Vontade em concordância com solicitação da utente na consulta anterior após avaliação do conhecimento sobre esta temática, verificou-se que existia um construto errado por parte da utente sobre o tema, que confundia com a eutanásia. A utente refere ter falado sobre o assunto com o filho, que não concordou com utente. Constata-se a necessidade de validação com o filho – incentivada dinâmica de suporte familiar equilibradora.
5.ª consulta (18/01) – Por decorrer. Elaborado folheto informativo sobre os prestadores de cuidados, com recursos explicativos sobre sinais e sintomas de sobrecarga e estratégias individuais e de grupo para fomentar o equilíbrio físico, emocional e social (apêndice XXVII). Por consulta da Prescrição Eletrónica de Medicamentos, constata-se que a utente não tem levantado na farmácia os antidepressivos prescritos (sertralina 50mg). Neste sentido serão integradas na próxima consulta intervenções sobre a gestão do regime terapêutico.

*Não foi planeada e implementada a técnica psicoterapêutica de reminiscência por não haver total disponibilidade da utente para esse momento, contudo foram utilizados fundamentos como a recuperação de memórias antigas, análise de eventos marcantes, ganhos e perdas significativas.

Observações
Não foi alterado *status* do diagnóstico ao longo do acompanhamento. Contudo, em relação ao conhecimento sobre direitos, na 4.ª consulta foi formulado diagnóstico de conhecimento não demonstrado sobre direitos e realizada respetiva capacitação através da instrução sobre direitos. Deste modo, obteve-se o seguinte resultado: conhecimento demonstrado sobre direitos.

Plano de Cuidados da utente F.F.	
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP)
Duração	60 minutos
Data	07/11/2022; 25/11/2022; 12/12/2022; 28/12/2022 e 18/01/2023
Local	Gabinete de consulta
Foco	*Coping*
Diagnóstico	*Coping* ineficaz (CIPE)
Resultados esperados	Enfrentamento (NOC)
Plano da intervenção Psicoeducação	
Intervenções	- Avaliar expetativas; - Avaliar Escala de Satisfação com a Vida (anexo VI); - Ensinar sobre *coping*; - Incentivar a comunicação de emoções; - Encorajar a expressão de crenças; - Assistir na tomada de decisão; - Usar estratégia de reflexão guiada; - Assistir a pessoa no processo de mudança; - Transmitir confiança na capacidade da utente lidar com a situação atual.
Avaliação	
1.ª consulta (07/11) – A utente refere várias vezes sentir o impacto de ausência de afetos por parte do marido, com insatisfação pelo facto de não haver retribuição em relação a todos os cuidados prestados. Refere ainda alguns comportamentos desajustados do Sr. J.Q. que a incomodam. Ensinado e validado conhecimento sobre a doença do marido e as sequelas irreversíveis no comportamento por ter sofrido um acidente vascular cerebral hemorrágico de grande extensão, com afetação do córtex frontal. Avaliadas expetativas de futuro com dificuldade de projeção num futuro diferente da realidade atual. Identificadas estratégias para lidar com comportamento do marido.	

2.ª consulta (25/11) – Avaliada escala de Satisfação com a Vida com obtenção de 12 pontos correspondente a Insatisfação com a Vida. Tendo em conta a necessidade de promoção do autocuidado na utente, foram reforçadas estratégias motivadoras para realização de atividades prazerosas, nomeadamente as caminhadas e as massagens. Encorajada utente a aumentar o número de contactos com a amiga com quem consegue confidenciar alguns assuntos da sua vida. 3.ª consulta (12/12) – Reforçada atitude positiva de ida ao massagista com que revela conseguir expressar emoções e sentimentos. Refere ser pessoa jovem, atenciosa e profissional, que por vezes compara ao filho antes do episódio de doença grave do pai. Não refere sentimentos de angústia na comparação. 4.ª consulta (28/12) – Utente manifesta algumas dificuldades na aceitação dos comportamentos dos familiares na época festiva do Natal. Disponibilizado suporte emocional e escuta ativa. Reflexão guiada sobre atitudes promotoras de equilíbrio familiar, nomeadamente sobre explicação aos familiares sobre as capacidades e incapacidades do Sr. J.Q. para que evitem comportamentos infantilizantes do Sr.J.Q. e manifestamente incomodativos para F.F.. 5.ª consulta (18/01) – Por decorrer.
Observações
Não foi alterado o *status* do diagnóstico ao longo do acompanhamento. Paralelamente ao diagnóstico anterior, durante a 1.ª entrevista foi formulado o diagnóstico sobre conhecimento não demonstrado sobre a doença, sendo realizados ensinos sobre tipos de acidente vascular cerebral, áreas afetadas e respetivas sequelas de acidente vascular cerebral. Assim, foi obtido o resultado de conhecimento demonstrado sobre a doença.

NOTA CONCLUSIVA

Esta intervenção especializada em SM dirigida a uma prestadora de cuidados possibilitou desenvolver uma abordagem multidimensional relacionada com ações dirigidas ao ajustamento do papel de prestadora de cuidados, intervindo diretamente no *stress* e na sobrecarga da cuidadora. Paralelamente foi necessário fomentar a consciência da utente para a necessidade do autocuidado e valorização pessoal através de estratégias promotoras de SM.

Foi um trabalho desafiador, onde se viveram e ultrapassaram obstáculos na relação terapêutica, mas que no fim do percurso constituíram marcos para o reconhecimento de ganhos em saúde para a utente e aprendizagens significativas para mim, enquanto futura EESMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barker, P.(2001). The Tidal Model: developing na empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1). 233-240.

Borges, C., Costa, M. & Faria, J. (2015). Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. Revista Psicologia e Saúde, vol.7(2), p.133-141.

Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - um estudo de caso. Revista Egitania Sciencia, no28. http://egitaniasciencia2.ipg.pt/index.php/egitania_sciencia/article/view/381/pdf

Figueiredo, M. (2009). Dissertação de Douturamento Enfermagem de Família: um contexto do cuidar. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retrived from: https://repositórioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Famlia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem da Família. Editora: Lusociência.

Freitas, R., Araújo, J., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R. & Monteiro, A. (2020). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamental no Tidal Model: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(2). doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-2018-0177

Lima, J., Gonçalves, H., Belo, F., Francisco, L., Silva, L., Alves, N., Santos, M., & Albuquerque, M. (2022). Aplicabilidade do *Tidal Model* por enfermeiros em serviços de saúde mental: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 11(1).

Pereira, A., Teixeira, G., Bressan, C. & Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 62(3), p.407-416.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusodidacta.

Rempel, G., Neufeld, A. & Eastlick, K. (2007). Interactive Use of Genograms and Ecomaps in Family Caregiving Research. Journal of Family Nursing, vol.13, p. 403-419.

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

APÊNDICE XXVI – BLOCO INFORMATIVO SOBRE ASSOCIAÇÕES DE CUIDADORES

APÊNDICE XXVII – FOLHETO INFORMATIVO PARA CUIDADORES

ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

1. Interpretação do contexto de forma distanciada, ou seja, "**pensar mais tarde**";
2. Atenção dirigida para outra informação, ou seja, **distração**;
3. Controlar os impulsos pensando racionalmente sobre o assunto, isto é, "**parar para pensar**";
4. **Controlo da respiração**;
5. **Relaxamento muscular**;
6. Promoção do **autocuidado**.

Do AUTOCUIDADO à valorização pessoal

Ações que promovem a saúde e o equilíbrio através de cuidados físicos e mentais. É importante definir objetivos pessoais e individuais, reconhecer os limites e partilhar sentimentos e emoções.

RECURSOS

- grupos de apoio;
- atividades recreativas individuais/grupo;
- caderno de registos (diário do cuidador).

Os cuidadores são essenciais para equilíbrio da sociedade e para a manutenção da dignidade das pessoas com necessidades nas atividades devida diária!

É essencial valorizar o trabalho e a dedicação dos cuidadores!

Seja o(a) primeiro(a) a valorizar as suas ações!

Algumas associações de apoio aos cuidadores:

Cüidadores – melhorar a vida de quem cuida

Movimento CUIDAR dos Cuidadores Informais

Cuidadores Informais

Caregivers Portugal

Autores:
Tânia Catarina Costa da Silva - aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

CUIDAR DE QUEM CUIDA

O papel do cuidador

Quem é um CUIDADOR?

Pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados a outra pessoa, de qualquer idade, que necessita de apoio por limitações físicas e/ou mentais, com ou sem remuneração.

(Souza et al, 2015)

Quais os BENEFÍCIOS de ser cuidador?

- sentimentos de utilidade e realização;
- fortalecimento de relações;
- aquisição de conhecimentos e habilidades para cuidar;
- valorização de pequenas conquistas;
- autoconhecimento.

EXAUSTÃO EMOCIONAL

Definição

Exposição crónica a agentes stressores no ambiente familiar, social ou laboral, manifestando um estado emocional persistentemente negativo, com comportamentos disfuncionais e desmotivação.

(Souza et al, 2015)

EXAUSTÃO DO CUIDADOR

Sinais e sintomas

1. Isolamento social e ausência de vontade de estar/falar com pessoas;
2. Sentir que é difícil e limitador cuidar da pessoa com necessidades;
3. Falta de tempo para atividades de lazer;
4. Alteração do padrão de sono e do padrão alimentar;
5. Alteração do humor, com irritabilidade, ansiedade, agressividade, labilidade emocional;
6. Sentir emoções negativas em relação à pessoa que é cuidada;
7. Pensar que "os outros não cuidam tão bem quanto eu";
8. Alexitimia (acentuada dificuldade em expressar emoções);
9. Fadiga e cansaço físico.

SENTIMENTOS associados ao cuidar

- → Realização pessoal
- → Bem estar
- → Satisfação
- → Angústia
- → Isolamento
- → Desesperança
- → Medo

É IMPORTANTE PENSAR POSITIVO...
AUTOCONHECER-SE E AUTOMOTIVAR-SE PARA SE AUTOCONTROLAR!

Estratégias adaptativas

- procurar apoio social e envolvimento da família;
- procurar suporte emocional para partilha de emoções, reformulação positiva, aceitação, sentido de humor, integração de grupos de apoio, pensamento esperançoso, ajuste de expectativas, *coping* religioso.

APÊNDICE XXVIII – ESTRUTURA REDUZIDA DO ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO NO ENSINO CLÍNICO NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA

1. ESTUDO DE CASO DE M. DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

A metodologia de estudo de caso é uma abordagem de investigação que permite explorar, descrever e compreender acontecimentos e contextos, através do estudo de vários fatores. De acordo com o plano curricular do EC, foi realizado um estudo de caso referente a uma utente internada no serviço de psiquiatria.

1.1 IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A utente M. é uma mulher com 25 anos, de nacionalidade portuguesa. É solteira, vive na região do Médio Tejo com a mãe, a irmã e o avô, numa habitação da família. Frequenta o 3.ª ano do curso de licenciatura em Música Jazz no Porto. Desde há 6 meses, por dificuldades financeiras para pagar o alojamento, tem realizado diariamente viagens de autocarro para o Porto e vice-versa.

1.2 HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

A anamnese deste estudo de caso foi realizada com base no modelo teórico *Tidal* de Phil Barker. Este modelo baseia-se na teoria do relacionamento interpessoal de Hildegard Peplau, assumindo que as situações de *stress* e sofrimento psíquico são oportunidades de crescimento pessoal e mudança (Teixeira et alcitados por Lima et al, 2022). Segundo Barker (2001), o enfermeiro assume o papel de auxiliar o utente na promoção de mudanças na sua vida com uma forte aproximação à relação interpessoal. Identifica necessidades em SM e facilita o afloramento das soluções. Com este modelo é possível uma prática de enfermagem de saúde mental afastada dos modelos tecnicistas, aproximando-se da relação interpessoal e da relação de ajuda mais eficaz. A pessoa é um todo composto pelos domínios do *Self*, o Mundo e o Outro.

Self

M. é a primeira filha de uma fratria de duas irmãs. Ambas são fruto de um casamento que durou 17 anos, tendo ocorrido o divórcio do pais durante a adolescência de M.. Durante o crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência, M. não relata eventos de saúde física significativos, considerando ter tido um desenvolvimento infantil semelhante ao das outras crianças. Relativamente a situações de saúde mental, M. recorda crises de choro frequentes por volta dos 10 anos, justificando-as com o facto de sofrer de violência física por parte do pai quando não atingia os resultados esperados na escola. Nesta altura, recorda-se de ter medo do escuro e de ter de dormir com a luz acesa. São também relatadas algumas dificuldades de socialização na escola com dificuldade em se relacionar com os outros e em

estabelecer relações de confiança. Pensa ter sofrido *bullying* por ser gorda, “os outros miúdos estavam sempre a comparar-me com as outras raparigas e a chamar-me gorda”*sic*. O aparecimento da menarca foi aos 12 anos, caracterizando-se por ciclos irregulares com dismenorreia, tendo iniciado contraceção com implante hormonal aos 22 anos. Teve o primeiro relacionamento afetivo, heterossexual aos 20 anos, que durou 4 anos e que a utente considera ter terminado por se “colocada sempre em último lugar”*sic*. Teve posteriormente outros relacionamentos mais curtos e neste momento nega a existência de alguma relação. Face ao contexto socioeconómico da família, caracterizado exclusivamente pela mãe de M. como fonte de rendimento, ao longo da adolescência, M. foi trabalhando aos fins de semana e férias em trabalhos sazonais na restauração, permitindo um equilíbrio nas contas familiares. Neste momento, frequenta o 3.º ano da licenciatura em Jazz, no Porto, sendo um dos fatores desencadeadores identificados pela utente para o seu estado de saúde atual, devido ao desgaste físico e emocional que a viagem diária entre Fátima-Porto impõem e também face às expetativas diminutas que a utente tem em relação ao futuro profissional na área da música. Tem um discurso muito ambíguo em relação ao futuro, considerando que a música já não a faz feliz, mas também não menciona, por incapacidade reflexiva, outra área em que gostasse de investir. Registos de relatos da mãe, acrescentam que M. sempre teve uma baixa autoestima, negava o auxílio dos outros e camuflava o que sentia para não perturbar a família.

O Mundo

M. considera que as suas relações interpessoais foram ao longo do tempo perdendo significado, revelando um crescente isolamento social e familiar. O pai da utente tem o diagnóstico de esquizofrenia e a utente refere que a sua experiência pessoal no seio de uma família com alguma instabilidade, influenciou o seu crescimento e desenvolvimento. Os receios da agressividade verbal e física, bem a comunicação pouco eficaz foram marcos importantes na sua infância. A vivência do divórcio do pais aos 17 anos é apontado pela utente como uma fase de tristeza e avolia. Foi acompanhada pela médica de família e chegou a estar medicada com antidepressivo (sertralina 50 miligramas). Refere que sentiu melhorias no humor mas sentia-se mais “preguiçosa, com dificuldades de concentração e memória e pontualmente percecionava vozes”*sic*. Ultrapassado o divórcio dos pais, o foco de M. era o aproveitamento escolar, com a tentativa de ter boas notas para ingressar no ensino superior. A utente refere que após a conclusão do 12.º ano no ensino articulado, não teve as notas esperadas e voltou a repetir este ciclo de ensino, em Aveiro, para conseguir ingressar numa escola de música no Porto. Mudar de cidade implicou mudar de rotina e de círculo de relações pessoais, tendo-se objetivado um isolamento social inerente à mudança e à fraca capacidade de ajustamento com criação de novas amizades. Após este ciclo de estudos ingressou no ensino superior e foi viver para o Porto até há cerca de 6 meses, momento a partir do qual

teve de passar a fazer a viagem diária por haver dificuldades económicas no pagamento do alojamento na cidade do Porto.

O Outro

O contacto e a comunicação com os outros são apontados por M. como sendo uma dificuldade que se tem vindo a agravar. Prefere estar sozinha, mas reconhece que é um comportamento patológico. A necessidade de se deslocar diariamente de casa da mãe para o Porto agrava este comportamento já que, em viagens, a utente despende cerca de seis horas entre os vários tipos de transportes públicos. Não tem hobbies, nem qualquer atividade recreativa além das aulas, referindo que o seu escape é frequentemente o telemóvel, negando o contacto com outras pessoas pelas redes sociais e afirmando que usa o tempo das viagens para ouvir música e ver vídeos na *plataforma Tiktok*. Nos últimos dias refere que quando não ouve música "consigo ouvir vozes que às vezes chamam por mim...outras dizem-me o que devo ou não fazer...comentam o que faço e riem-se muito de mim...começam durante a noite e fico sem dormir...ouço mais quando estou com ansiedade"*sic*. Pela consulta de registo de internamento, a mãe é a pessoa mais próxima de M. contudo não se tinha vindo a aperceber da alteração do estado de saúde da filha até há cerca de 4 dias quando começou a observar o "olhar de terror, com os olhos muito abertos...dizia também perdoa-me que fiz tudo errado"*sic*. Ainda em registos de relatos da mãe percebe-se que um amigo tinha notado algumas modificações no comportamento de M., nomeadamente com vontade de desistir do curso há cerca de 1 ano e que uma professora de canto notava M. mais tensa e assustada há um mês.

1.3 HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Após notada pela mãe a alteração do comportamento em M., levou a filha ao Centro de Saúde da sua área de residência para consulta especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que após avaliação do estado mental da utente recomendou o encaminhamento de M. ao serviço de urgência de Psiquiatria. No serviço de urgência, segundo registos, a utente deu entrada com olhar perplexo, discurso parco e repetitivo, com comportamento sugestivo de atividade alucinatória auditiva, desviando o olhar repetidamente como comportamento de escuta. Há registo de inquietação psicomotora percecionada pela mãe nos últimos três dias e queixas mnésicas desde há duas semanas. A utente foi internada no serviço de psiquiatria com diagnóstico de Psicose Sem Outras Especificações, para estudo e compensação.

1.4 ANTECEDENTES PESSOAIS

A utente não tem antecedentes pessoais psiquiátricos anteriores sujeitos a consulta ou internamento em Psiquiatria, contudo existe referência a um acompanhamento na médica de

família aquando do divórcio dos pais por reação de não ajustamento, com necessidade de fazer antidepressivo, não sabendo especificar por quanto tempo cumpriu. Relativamente aos antecedentes médico-cirúrgicos, M. aguarda intervenção cirúrgica por mioma uterino sem complicações. Sem regime medicamentoso atualmente instituído. Tem implante hormonal desde os 22 anos. Em relação aos hábitos, a utente refere ingerir bebidas alcoólicas apenas socialmente e nega hábitos tabágicos ou de outros tóxicos. Sem alergias conhecidas.

1.5 ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS

M. tem vários familiares com antecedentes psiquiátricos, sendo o pai o familiar mais próximo com diagnóstico de esquizofrenia, avó materna (falecida) com história de perturbação do uso de álcool, suicídio por enforcamento de uma tia-avó e do seu filho. Existem ainda casos de demência na família, contudo não foi possível obter informação sobre o vínculo familiar a M..

1.6 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

A avaliação diagnóstica do estado mental do utente procura detetar alterações no desempenho mental da pessoa e estabelecer um plano de cuidados adequado às necessidades identificadas. Segundo o Parecer n.º 01/2017, a Avaliação do Estado Mental é um instrumento de colheita e análise de dados que o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica operacionaliza através de uma ou várias entrevistas que permite a avaliação contínua e dinâmica do processo de transição saúde-doença. Neste tipo de avaliação, o enfermeiro concentra-se em três eixos: a comunicação/relação interpessoal que permite estabelecer relação terapêutica e de ajuda; observação, nomeadamente aparência, postura, comportamento e interação; e por fim exame de funções (Sequeira & Sampaio, 2020). Para facilitar a organização dos dados recolhidos foi elaborado o quadro 1.

Quadro 8 - Avaliação do estado mental de M.

ITENS AVALIADOS	DESCRIÇÃO
Apresentação pessoal	Aspeto cuidado. Roupa adequada à idade, estação do ano e circunstância. Idade aparente corresponde à idade real.
Biótipo	Morfologia endomórfica.
Comportamento	Contacto fácil e sintónico. Comportamento organizado e coerente. Sem auto e/ou heteroagressividade.
Consciência e orientação	Vigil e orientada autopsiquicamente, alopsiquicamente e cronopsiquicamente.
Atenção e memória	Atenção captável. Sem alterações da memória imediata e remota. Utente refere lapsos mnésicos de memória recente, coincidentes com o período de descompensação que motivou o internamento.
Postura, atitude e motricidade	Atitude colaborativa. Postura sugestiva de atividade alucinatória auditiva, desviando por períodos o olhar e com aparente comportamento de escuta. Sem alterações da motricidade fina e ampla.
Expressão facial	Fácies hiponímico, por vezes olhar perplexo. Vai estabelecendo contacto visual durante a entrevista.
Discurso e linguagem	Discurso coerente e organizado, provocado no início da entrevista e mais fluente e espontâneo ao longo do tempo. Sem alterações do tom e do ritmo. História de discurso de preserveração durante a admissão no serviço de urgência, embora não exista repetição. Se alterações orgânicas ou funcionais.

Humor, afetos e emoções	Humor subdepressivo, com períodos de labilidade emocional durante a anamnese. Refere sentimentos de desesperança em relação ao futuro académico e profissional. Manifesta anedonia e avolia. Refere sentir-se ansiosa, concretamente quando tem alucinações auditivas, com manifestações físicas (tremores das mãos, palpitações, sudorese) e comportamentais (inquietação).
Perceção	Apuradas alucinações auditivas com vozes comentadoras na terceira pessoa. Não se apuram outras tipologias alucinatórias.
Pensamento	Bloqueios de pensamento. Sem alterações da forma e do conteúdo do pensamento.
Cognição	Raciocínio coerente, organizado e ordenado. Cognitivamente integra. Realizado *Mini Mental State Examination,* com obtenção de 29 em 30 pontos – traduzindo ausência de alterações cognitivas de acordo com a idade e escolaridade.
Juízo crítico	Sem alterações do juízo crítico em relação a si própria, identificando qualidades, dificuldades e situações perturbadoras relacionadas com a sintomatologia psicótica experienciada.
Insight	Compromisso do *insight*, mais percecionado após os primeiros 5 dias de internamento, momento a partir do qual adota postura de negação em relação aos sintomas verbalizados anteriormente, nomeadamente em relação às alucinações auditivas. Refere "serem coisas da minha cabeça por ser criativa"sic. Contudo mantem as manifestações comportamentais sugestivas de atividade alucinatória descritas anteriormente. Revela dificuldade na compreensão e aceitação do seu estado de saúde, bem como em relação à necessidade de tratamento.
Funções biológicas	Avaliação através da teoria de Virginia Henderson – 14 Necessidade Humanas Fundamentais: **- Respiração; Alimentação e hidratação; Eliminação; Movimentação; Vestuário; Higiene; Manter a temperatura adequada; Prevenir perigos ambientais:** sem alterações; **- Sono e repouso:** insónia total nos 4 dias que antecederam o internamento com regularização após o internamento; **- Comunicação e expressão de emoções:** descrito anteriormente; **- Religião:** a utente refere que na infância por imposição do pai (evangelista) foi obrigada a participar nas cerimónias de culto e inclusivamente nas atividades de "espalhar a fé"sic. Refere ser agnóstica, afirmando que se sentia perturbada quando era obrigada a participar nestas atividades, com as quais não concordava, mas que realizava por ter medo do pai. **- Trabalhar satisfatoriamente:** utente frequenta o ensino superior na área da música, sentindo neste momento alguma ambivalência em relação ao futuro profissional. Refere "não quero fazer isto na minha vida (...) gostava de encontrar algo que gostasse de fazer, mas não sei fazer mais nada"sic. **- Atividades recreativas:** a utente não tem *hobbies* nem atividades de lazer e relata que também não tem motivação para ter porque lhe resta pouco tempo entre as viagens para o Porto e os afazeres académicos. Estreita rede de apoio social, com diminuição dos contactos sociais além dos estritamente necessários na faculdade. Isolamento social notório. **- Aprender:** a utente refere ter dificuldades de concentração e aprendizagem não congruentes com os relatos da mãe, que afirmam que sempre foi uma boa aluna e que para atingir os seus objetivos mudou de escola para subir as notas e ingressar no curso e na escola que queria.

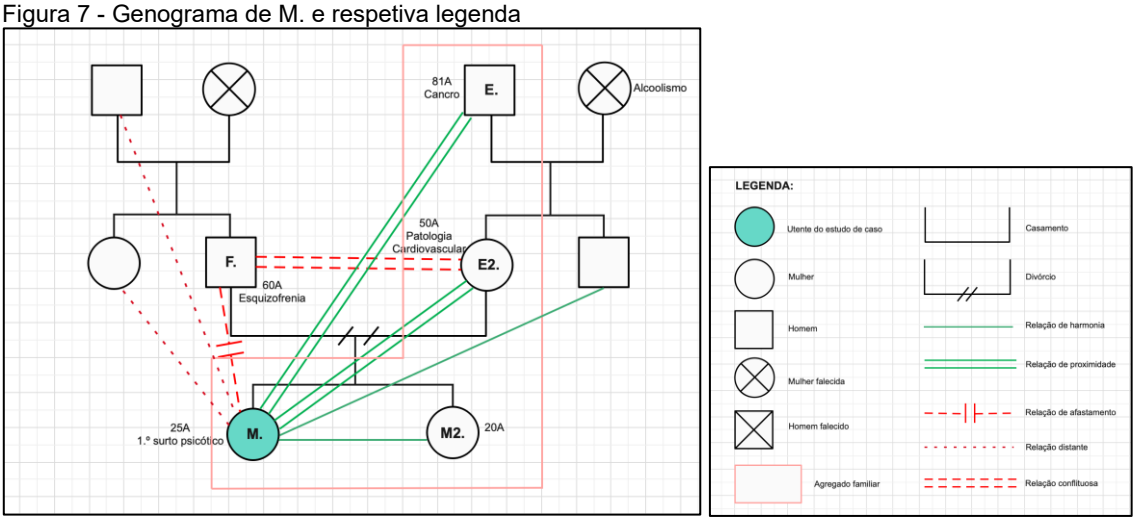
Fonte: elaboração própria

1.7 GENOGRAMA

O genograma é uma representação gráfica de dados de uma família, com pelo menos três gerações, que permite a compreensão dinâmica das relações entre os vários membros utilizando símbolos padronizados que uniformizam a interpretação (Dias et al citados em Pereira et al, 2009). O uso deste instrumento permite ampliar o conhecimento sobre a família e possibilita desenvolver intervenções que contemplem a sua integralidade (Muniz e Eisenstein citados em Borges, Costa & Faria, 2015).

A representação do genograma de M. foi realizada em parceria com a utente durante a entrevista de colheita de dados que decorreu durante o internamento.

Figura 7 - Genograma de M. e respetiva legenda



Fonte: elaboração própria

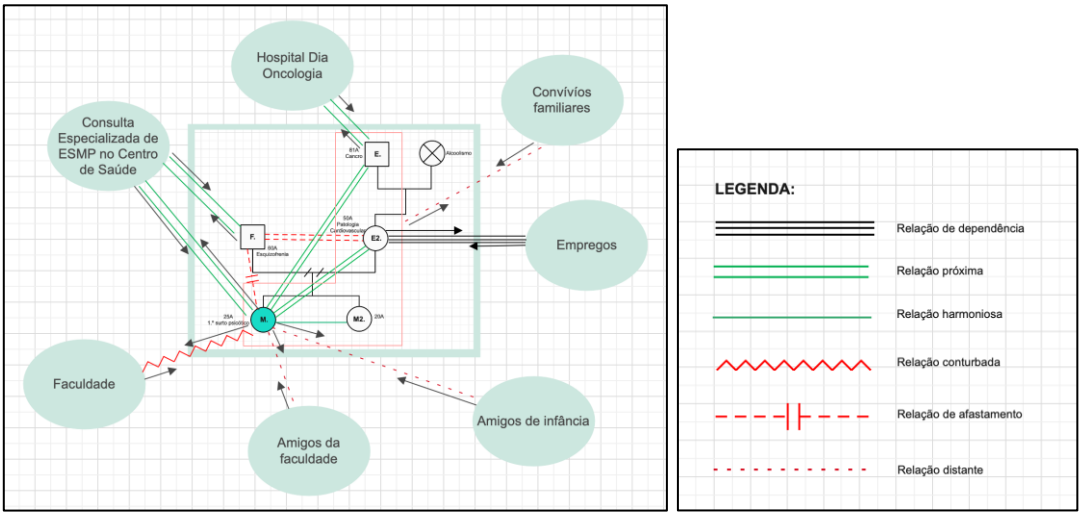
Interpretando o genograma da família de M., percebe-se que o agregado familiar é composto por M., a mãe E2, a irmã M2. e o avô E.. M. é a primeira filha de uma fratria de duas filhas de F. e E2, que estão divorciados e mantem uma relação conflituosa apontando-se as causas para as comorbilidades associadas à patologia de base de F., esquizofrenia paranóide. M. tem uma relação cordial com a irmã, embora considere na entrevista ser uma relação cada vez mais pontual pelo facto de estarem ambas a estudar no ensino superior e apenas se encontrarem aos fins de semana. A relação de M. com a mãe E2 é de grande proximidade, identificando-a como principal apoio do agregado familiar. E2 é também a principal fonte de rendimento do agregado familiar. F. não colabora nas despesas por estar reformado por invalidez devido à sua doença. Dado o historial de violência de F., M. foi-se afastando gradualmente do pai, havendo contactos muito esporádicos. A doença do avô aproximou M. de E., pela maior necessidade de apoio nas atividades de vida diárias. Existe ainda referência a uma relação de harmonia com o tio materno, que dá apoio quando E2 está mais ocupada com a acumulação de vários empregos para fazer face às despesas. Ainda no genograma existe referência à morte da avó materna por problemas relacionais com o abuso de álcool. Salienta-se que na anamnese existem relatos sobre outras patologias psiquiátricas que seriam pertinentes integrar no genograma, contudo no momento da colheita de dados, a utente não conseguiu fazer uma descrição pormenorizada que permitisse estruturar o genograma com a inclusão dessa mesma informação.

1.8 ECOMAPA

O ecomapa é uma representação gráfica das relações e ligações do agregado familiar com o contexto externo, através da qual se podem caracterizar as relações familiares e sociais e identificar as ligações equilibradoras e as ligações de tensão (Rempel, Neufeld & Eastlick, 2007). Este diagrama de representação familiar permite também a avaliação da rede de apoio social disponível e utilizada pelo agregado familiar, podendo modificar-se ao longo do tempo

por ser uma representação dinâmica (Pereira et al, 2009). O planeamento de intervenções de enfermagem deve incidir nas famílias cujo ecomapa reflita poucas e fracas conexões com a comunidade, a fim de aumentar ou estabilizar as relações promotoras de saúde (Rocha, Nascimento & Lima citados em Pereira et al (2009)).

Figura 8 - Ecomapa de M. e respetiva legenda



Fonte: elaboração própria

Através da análise do ecomapa do agregado familiar de M. entende-se que o teor das relações sociofamiliares é muito limitado e relacionado com as necessidades básicas da família, nomeadamente a subsistência económica e os compromissos académicos de M. e M2, bem como os cuidados de saúde de E.. M. vive um afastamento social em relação aos seus grupos de amizade, quer da infância quer da faculdade. O momento atual é pautado por uma relação conturbada com a faculdade compatível com os relatos de sentimentos de desesperança, desmotivação e perda de confiança em relação ao futuro profissional que dependa da formação frequentada por M.. Motivada pelas circunstâncias descritas, M. mantém um vínculo próximo com o acompanhamento no centro de saúde, especificando a consulta especializada de Saúde Mental. E2 sendo a fonte principal de rendimento familiar tem uma relação de dependência com o seu emprego principal e com alguns *part-times* que tem necessidade de manter para aumentar o rendimento e fazer face às despesas com os estudos das filhas. Após o divórcio de E2 e F., têm existido alguns conflitos entre ambos pelo que se classifica a relação como conflituosa. E. tem uma relação próxima com M., e neste momento é caracterizada por ser uma relação de apoio ao avô dadas as suas limitações relacionadas com o processo de doença oncológica que atravessa. Em relação ao agregado familiar, o convívio familiar tem vindo a diminuir sendo apenas restrito ao núcleo familiar classificando-se o vínculo com a restante família como distante.

Numa perspetiva global, o agregado familiar tem poucas e fracas conexões ao contexto externo, sendo um fator de risco para situações de doença mental dado que são praticamente inexistentes fatores protetores da saúde dos vários elementos.

1.9 PLANO DE CUIDADOS

O planeamento dos cuidados em ESMP tem como objetivo formular diagnóstico e implementar intervenções face a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas ao processo de transição (OE, 2011). Segundo Doenges e Moorhouse citados por Sequeira e Sampaio (2020), o processo de enfermagem permite uma abordagem sistematizada, rigorosa e eficiente centrada na resolução de problemas e na prestação de cuidados individualizados.

O ponto de partida do planeamento de cuidados dirigido a M. foi a constituição de uma relação de ajuda, que segundo Sequeira e Sampaio (2020) é uma intervenção autónoma e psicoterapêutica no domínio da enfermagem. Segundo Phaneuf (2005), o estabelecimento de uma relação de ajuda implica a aceitação do outro, o respeito, a empatia, a autenticidade, a congruência, a confrontação, o uso de estratégias comunicacionais e o conhecimento sobre si próprio. Desta forma, reúnem-se as premissas para uma relação terapêutica e de ajuda.

Ao longo do acompanhamento de M. no serviço de internamento foram realizadas várias intervenções breves dirigidas essencialmente aos focos da perceção, ansiedade e aceitação do estado de saúde. O plano de cuidados pode ser consultado no apêndice V, pautando-se pela utilização de linguagem CIPE.

1.10 REGIME MEDICAMENTOSO

Por se tratar do primeiro surto psicótico da utente foi iniciada terapêutica medicamentosa nunca experimentada pela utente, à exceção do antidepressivo sertralina, já administrado em situação prévia de alterações do humor aquando do divórcio dos pais. O regime terapêutico não teve alterações ao longo do internamento, sendo que no momento da alta foram realizados ajustes por se privilegiar a administração intramuscular mensal do antipsicótico Paliperidona (*Abilify*).

Quadro 9 - Tabela terapêutica instituída no internamento

TERAPÊUTICA DURANTE O INTERNAMENTO				
Fármaco	**Via**	**Dose**	**Horário**	**Ação terapêutica**
Sertralina	Oral	50 miligramas	09h00	Antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina
Risperidona	Oral	1 miligramas	09h00 e 19h00	Antipsicótico atípico
Paliperidona	Oral	6 miligramas	09h00	Antipsicótico atípico de libertação prolongada
Lorazepam	Oral	1 miligramas	22h00	Benzodiazepina
Diazepam	Oral	5 miligramas	SOS até 2 vezes dia	Benzodiazepina

Fonte: elaboração própria

Quadro 10 - Tabela terapêutica instituída após alta clínica

TERAPÊUTICA APÓS ALTA				
Fármaco	**Via**	**Dose**	**Horário**	**Ação terapêutica**
Sertralina	Oral	50 miligramas	09h00	Antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina
Lorazepam	Oral	1 miligramas	22h00	Benzodiazepina
Diazepam	Oral	5 miligramas	SOS até 2 vezes dia	Benzodiazepina
Paliperidona	Intramuscular	150 miligramas	Mensal	Antipsicótico atípico de libertação prolongada

Fonte: elaboração própria

1.11 PLANOS DE CUIDADOS

FOCO DE ENFERMAGEM - PERCEÇÃO	
Diagnóstico	Alucinações Auditivas
Resultados Esperados	- Interrupção ou diminuição das alterações da perceção; - Aumento da funcionalidade da utente; - Diminuição da angústia e ansiedade percecionadas aquando da presença de alucinações auditivas.
Intervenções de Enfermagem	- Gerir o ambiente; - Avaliar a perceção; - Promover a expressão de emoções e sentimentos - Executar escuta ativa; - Executar orientação para a realidade; - Proporcionar atividades recreativas e de distração; - Executar intervenção psicoeducativa sobre fatores etiológicos e precipitantes; - Vigiar comportamento.
Avaliação	**28/02** – Realizado primeiro contacto com a utente apurando-se alucinações auditivas caracterizadas por vozes comentadoras na terceira pessoa. O comportamento é congruente com a verbalização da utente. **03/03** – Realizada intervenção de colheita de dados com entrevista semiestruturada, Avaliação da cognição através do *Mini Mental State Examination (MMSE)* (anexo VII). Realizado aconselhamento sobre a necessidade de manter atividades recreativas com fornecimento de canetas de feltro e "mandalas" para colorir. **05/03** – Utente nega as alucinações auditivas, porém mantém manifestações comportamentais sugestivas de atividade alucinatória. Com angústia psicótica. Incentivada a expressar emoções. Realizada orientação para a realidade com pouco efeito. Planeada intervenção psicoterapêutica que foi adiada para dia 08/03 por alteração do comportamento da utente não compatível com a intervenção. Mais ansiosa à abordagem, isolada, com cinofilia. **08/03** – Sem atividade alucinatória espontânea. Comportamento adequado. Contacto sintónico. Humor eutímico. Expressiva e comunicativa. Interage com alguns utentes e participa nas atividades comuns do serviço. **14/03** – Mantem avaliação sobreponível à anterior.

FOCO DE ENFERMAGEM - ANSIEDADE	
Diagnóstico	Ansiedade presente
Resultados Esperados	- Autocontrolo da ansiedade; - Diminuição da ansiedade; - Aumento do conhecimento sobre fatores desencadeadores de ansiedade.
Intervenções de Enfermagem	- Gerir ambiente; - Executar apoio emocional; - Avaliar ansiedade através de instrumento de avaliação DASS-21(anexo VIII); - Executar intervenção psicoeducativa sobre fatores desencadeadores de ansiedade e sobre o controlo de sintomas de ansiedade e estratégias de enfrentamento; - Ensinar e treinar técnica de resolução de problemas.
Avaliação	**28/02** –Contacto superficial e evitativo com os profissionais. Quando questionada sobre a sua situação de saúde apresenta-se lábil, com manifestações físicas de ansiedade nomeadamente movimentos repetidos e automáticos das mãos e dos pés. Refere sensação de palpitações, boca seca e sensação de falta de ar. 03/03 –

	Aplicado instrumento de avaliação DASS-21 (anexo VIII) com autopreenchimento. Obtenção dos *scores:* depressão (40 pontos – extremamente severa); ansiedade (38 pontos – extremamente severa); *stress* (36 pontos – extremamente severa). Realizado aconselhamento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade através da identificação precoce de fatores desencadeantes. Ensino sobre a necessidade de identificação de fatores de risco. **05/03** – Utente mais ansiosa com atividade psicótica que procura negar. Houve necessidade de gestão do ambiental e diminuição de estímulos sensoriais e ajuste de terapêutica em SOS. Adiada intervenção psicoterapêutica. **08/03** – Realizado treino da técnica de resolução de problemas (Apêndices VII e VIII – 2.ª intervenção), com mobilização de competências da utente e operacionalização com exemplos pessoais. Obtenção de satisfação com a perceção da capacidade de resolver problemas simples. **14/03** – Repetida a aplicação da escala DASS-21 com obtenção dos *scores*: depressão (20 pontos – moderada); ansiedade (22 pontos extremamente severa); *stress* (normal). Uso da entrevista motivacional através da comparação dos resultados obtidos nas duas avaliações da DASS-21. **Nota: 20/03** – foi planeada intervenção psicoeducacional sobre autocompetência e autoeficácia e intervenção psicoterapêutica de treino de assertividade que não foi implementada dado que a utente teve alta clínica.

FOCO DE ENFERMAGEM – ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	
Diagnóstico	Aceitação do estado de saúde comprometida
Resultados Esperados	- Participação da utente no planeamento dos cuidados de saúde; - Aumento da satisfação em relação aos cuidados de saúde e à qualidade de vida e bem-estar; - Aumento do conhecimento sobre a doença.
Intervenções de Enfermagem	- Estabelecer relação de confiança; - Tranquilizar a utente; - Avaliar a aceitação do estado de saúde e atitude face à doença; - Avaliar o nível de conhecimentos da utente relativo ao processo de doença; - Avaliar a disponibilidade para aprender; - Ensinar sobre a doença; - Promover comportamento de procura de saúde.
Avaliação	**28/02** – Utente internada voluntariamente no serviço. Aparentemente compreende a necessidade de internamento e demonstra juízo crítico em relação ao seu estado de saúde. **03/03** – Sem alterações. Participa nas intervenções planeadas conferindo-lhes importância para a melhoria do seu estado de saúde. **05/03** – M. tenta negar a atividade psicótica, referindo que a alucinações foram um engano. Muito renitente aos cuidados, menos colaborante Sem *insight.* Realizado controlo de estímulos e gestão do ambiente. **08/03** – Utente colaborante, mais calma. Sem atividade alucinatória espontânea. Mais motivada para a adesão ao regime terapêutico com vista a alta clínica. Ensinada sobre o regime terapêutico e necessidade de manter acompanhamento e vigilância por parte de familiar cuidador. Percebe-se que a utente receia a evolução da sua situação clínica devido à experiência anterior de doença psiquiátrica do pai. Explicam-se diferentes evoluções clínicas e faz-se reforço da necessidade de uma boa adesão terapêutica. **14/03** – Utente mais ciente na necessidade de cumprir terapêutica. Aceitou a administração do injetável mensal de Paliperidona 150mg intramuscular. Projeta-se fora do internamento embora mantenha ambivalência em relação ao regresso à escola de música.

1.12 PLANOS DE INTERVENÇÃO DIRIGIDOS A M.

INTERVENÇÃO N.º 1 (M.)	
Tema	Entrevista de Enfermagem para colheita de dados para realização de estudo de caso
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente do internamento de Psiquiatria
Duração	De acordo com a disponibilidade/colaboração da utente.
Data	3 de Março de 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Escalas de avaliação diagnóstica e esferográfica
Objetivos gerais	- Obter consentimento informado, livre e esclarecido para realização do estudo de caso; - Estabelecer relação terapêutica; - Realizar anamnese; - Definir focos de intervenção em enfermagem para planeamento de sessões de intervenção.

Plano de Intervenção

	Objetivos Específicos	Intervenções	Duração
1.º momento	- Explicar os objetivos do estudo de caso; - Obter consentimento informado da utente.	- Cumprimentos iniciais; - Informações gerais sobre a metodologia de estudo de caso.	--
2.º momento	- Realizar anamnese de enfermagem com recurso ao Modelo das 14 Necessidades de Virginia Henderson e de acordo com o Modelo Tidal.	**- Metodologia interrogativa** **- Intervenção de escuta ativa;** Realização de entrevista de colheita de dados com questões semi-estruturadas.	--
3.º momento	- Aplicar exame do estado mental "Mini Mental State Examination (anexo VII)".	- **Metodologia interrogativa** Utilização de enunciado do MMSE	--
4.º momento	- Aplicar de Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)(anexo VIII).	**- Metodologia interrogativa** Utilização de enunciado da DASS-21	--
5.º momento	- Validar com a utente os principais focos de enfermagem para intervenção priorizada; - Terminar entrevista.	- Encerramento da entrevista; - Informações sobre momentos de intervenção futuros.	--

Fundamentação teórica

Yin citado por Andrade et al (2017) refere que a metodologia de estudo de caso trata-se de uma pesquisa empírica que investiga fenómenos contemporâneos num determinado contexto de vida real. Os estudos de caso integram etapas sucessivas de recolha, análise e interpretação de informação provenientes de várias fontes, nomeadamente entrevistas semiestruturadas, observação do utente e pesquisa documental (Yin, 2010). A importância da aceitação informada, livre e esclarecida para participação em estudos de origem académica é realçada por Sequeira e Sampaio (2020), afirmando que é necessário assegurar os direitos das pessoas com DMG, incluindo-os nas decisões terapêuticas. A entrevista de colheita de dados é a primeira etapa para o estabelecimento de uma relação terapêutica iniciada pelo acolhimento e pela relação de confiança, propicia ao desenvolvimento de condições favoráveis ao sucesso das intervenções futuras (Cordioli, 2005). Nesta fase, o enfermeiro colhe informações sobre o estado do utente, incluindo a perceção do próprio utente sobre o seu estado de saúde. Segundo Menegon et al (2019), o utente com doença mental não apresenta regularmente alterações do estado físico, contudo merece a sua avaliação para evitar riscos secundários à sintomatologia de patologia mental. Baseada nesta premissa, optou-se por informalmente avaliar as Necessidades Humanas Básicas de acordo com o Modelo de Virgina Henderson. Para enriquecer o plano de cuidados dirigido aso focos de intervenção mais preponderantes foram utilizados instrumentos de avaliação com o MMSE e a DASS-21.

Bibliografia de apoio

- Cordioli, A. (2005). Avaliação do Paciente em Psiquiatria: a entrevista psiquiátrica. Disponivel em: https://psiquiatriabh.com.br/wp-content/uploads/2015/01/Orientacoes-sobre-a-entrevista-psiquiatrica.pdf. Consultado em: 02 de Março de 2023.
- Menegon, F, Santos, J., Gonçalves, N. (2019). Desenvolvimento do raciocínio clínico de enfermagem de um serviço hospitalar de emergência. *Revista Rene, vol.20. DOI:* https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040249
- Sampaio, F. & Sequeira, C.(2020). Enfermagem em Saúde Mental: Intervenções e Diagnósticos. Lisboa. Lidel.
- Yin, K. (2010). Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre. Bookman.

Avaliação
A metodologia utilizada para esta intervenção foi uma entrevista semiestruturada, baseada no modelo Tidal e na teoria das 14 Necessidades Fundamentais de Virginia Henderson. A entrevista foi realizada na unidade na utente, sem a presença de outras utentes, respeitando o pedido de M.. A utente manteve-se no leito, colaborante durante a intervenção de colheita de dados. Com o exame mental apuram-se alterações da perceção com atividade alucinatória auditiva, verbalizada pela utente e que é congruente com as manifestações comportamentais. Discurso tendencialmente negativista mas fluente, coerente e organizado. Humor e afetos congruentes. Colabora na aplicação do *Mini Mental State Examination* e na escala DASS-21. Da aplicação do *Mini Mental State Examination* obteve-se o *score* 29 pontos num total de 30 – sem alterações da cognição. Da aplicação da escala DASS-21 obteve-se os seguintes *scores:* depressão (40 pontos – extremamente severa); ansiedade (38 pontos – extremamente severa); *stress* (36 pontos – extremamente severa). Conclui-se que a entrevista permitiu a colheita sistematizada de dados que permitiu a elaboração no estudo de caso.

INTERVENÇÃO N.º 2 (M.)	
Tema	Estratégia psicoterapêutica de Resolução de Problemas
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente do internamento de Psiquiatria
Duração	De acordo com a disponibilidade/colaboração da utente.
Data	8 de Março 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Bloco de etapas da técnica de resolução de problemas (apêndice XXIX), folhas e esferográfica
Objetivos gerais	- Ensinar sobre técnica de resolução de problemas; - Treinar técnica de resolução de problemas.

Plano de Intervenção			
	Objetivos Específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Explicar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Informações gerais sobre sessão.	--
2.º momento	- Estabelecer relação de ajuda	- Escuta ativa; - Promover expressão de emoções e sentimentos.	--
3.º momento	- Ensinar sobre método de resolução de problemas; - Validar conhecimento adquirido sobre técnica de resolução de problemas.	**- Metodologia expositiva e interrogativa baseada em estratégia psicoeducativa** Utilização de bloco de cartões com a definição das etapas da técnica de resolução de problemas para promover a aquisição sistemática de conhecimento; validação da aquisição de conhecimentos através de simulação hipotética de situações a carecer de decisão e resolução.	--
4.º momento	- Treinar técnica de resolução de problemas através de relato real da utente; - Promover a autoconsciência da utente para a necessidade de capacitação para a resolução de problemas; - Promover a autonomia e autoeficácia; - Promover sentimentos positivos.	- **Metodologia baseada na estratégia psicoterapêutica "Técnica de Resolução de Problemas"** A utente terá de enunciar um problema atual que lhe cause dificuldades na resolução. Posteriormente, deverá dar resposta às seis etapas: - definir o problema; analisar o problema; definir os objetivos; definir possíveis soluções (*brainstorming*); analisar cada uma das soluções (vantagens e desvantagens); implementar a solução; avaliar resultados.	--
5.º momento	- Terminar intervenção.	- Esclarecimento de dúvidas; - Encerramento da sessão.	--

Fundamentação teórica
Segundo Baptista (2013) viver é resolver problemas. A resolução de problemas implica dúvidas e contínuas incertezas na procura da melhor solução, ou nas opções e comportamentos a adotar. Em algumas circunstâncias a dúvida pode ser inquietante e paralisadora e estar associada a dificuldades na atuação. Sequeira & Sampaio (2020) referem que a técnica tem como objetivos: facilitar a capacidade de perceber a realidade, desenvolver a perceção objetiva, desenvolver estratégias de resolução de problemas, verificar estratégias adaptativa face à mudança, reforçar estratégias de resolução de problemas, promover o crescimento pessoal, promover expressão de sentimentos e implementar estratégias de autorreflexão. A terapia de resolução de problemas tem sido aplicada em adultos com várias perturbações mentais como a depressão, o *stress*, a ansiedade, a agorafobia, a obesidade, os problemas conjugais, alcoolismo, tabagismo, deficit cognitivo, assim como tem aplicabilidade em problemas da vida quotidiana, como a escolha de uma profissão ou problemas a nível académico (Caballo, 1996). As etapas da técnica de resolução de problemas são: definição do problema, análise o problema, definição de objetivos pessoais, enumeração de possíveis soluções, análise das soluções, decisão/implementação da solução (Baptista, 2013). A escolha desta estratégia terapêutica para implementação no plano de cuidados da utente M. surge da necessidade de dar resposta aos vários relatos da utente sobre a incapacidade para tomar decisões de forma autónoma, sustentada e segura. Refere sentir-se sempre dependente da decisão de outros e/ou com necessidade de validação das suas decisões. Dado que após avaliada a cognição através do MMSE não existem alterações cognitivas significativas, optou-se por desenvolver uma estratégia psicoeducacional e psicoterapêutica baseada no método de resolução de problemas.
Bibliografia de apoio
- Baptista, A. (2013). Aprender a Ser Feliz. Lisboa. Lidel. - Caballo, V. (1996) Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo. Santos Editora. - Sampaio, F. & Sequeira, C.(2020). Enfermagem em Saúde Mental: Intervenções e Diagnósticos. Lisboa. Lidel.
Avaliação
A intervenção foi planeada para ser implementada no dia 05/03, contudo após análise do estado de saúde da utente, verificou-se um agravamento do estado de saúde com tentativa de negação da atividade alucinatória, sem *insight.* Apresenta comportamento ansioso mais evidente com necessidade de cumprir terapêutica antipsicótica e ansiolítica em SOS. Intervenção adiada. No dia 08/03 foi realizada nova avaliação do estado de saúde da utente. Mais colaborante, menos ansiosa. Sem atividade alucinatória espontânea. Opta-se por não questionar e não estimular para permitir a execução da intervenção psicoeducacional e psicoterapêutica sobre a técnica de resolução de problemas. Na primeira abordagem, com apoio do bloco de etapas sobre a técnica foi realizado ensino sobre metodologia. A utente demonstrou aquisição de conhecimentos. Treinada técnica através de exemplos pessoais da utente. Constata-se que as situações que enumera estão relacionadas com fatores desencadeadores de ansiedade, sendo promovida a autonomia da utente para a sua resolução. Realizado reforço positivo sobre as tomadas de decisão. Apoiada na expressão dúvidas e receios em relação as dificuldades de enfrentamento de situações potencialmente geradoras de ansiedade.

INTERVENÇÃO N.º 3 (M.)	
Tema	Entrevista motivacional baseada nos estágios motivacionais de Prochaska e Diclemente
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente do internamento de Psiquiatria
Duração	De acordo com a disponibilidade/colaboração da utente.
Data	14 de Março de 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Folhas, esferográfica e escala DASS-21
Objetivos gerais	- Identificar o estágio motivacional de acordo com Prochaska e Diclemente; - Motivar a utente para a responsabilização sobre a evolução do seu estado de saúde.

Plano de Intervenção			
	Objetivos Específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Explicar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Informações gerais sobre sessão.	--
2.º momento	- Identificar o estágio motivacional de acordo com os estágios de Prochaska e Diclemente;	- Entrevista de enfermagem de acordo com os estágios: pré-contemplação; contemplação; preparação; ação; manutenção; e recaída.	--

3.º momento	- Aplicar a escala DASS-21(anexo VIII);	- Análise do resultado obtido na aplicação da escala; - Comparação dos resultados obtidos após intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais implementadas.	--
4.º momento	- Encorajar o aumento de responsabilidade sobre si; - Transmitir confiança na capacidade da utente lidar com a sua situação de saúde; - Motivar para comportamentos promotores de saúde; - Identificar ganhos em saúde com o internamento; - Identificar forças e fraquezas da utente; - Refletir sobre a necessidade de adotar comportamentos de mudança face às fraquezas identificadas.	- **Intervenção psicoeducacional** e **psicoterapêutica** de reflexão guiada e aconselhamento sobre comportamentos promotores de saúde. Tomada de consciência dos ganhos/melhorias no estado de saúde por comparação dos resultados obtidos na primeira aplicação da escala DASS-21 e a segunda aplicação.	--
5.º momento	- Avaliar satisfação da utente; - Cumprimentos finais.	- Esclarecimento de dúvidas; - Encerramento da sessão.	--

Fundamentação teórica

Segundo Prochaska citado por Szupszynski & Oliveira (2008), identificar o estágio de prontidão para a mudança do utente é essencial para adequar as intervenções terapêuticas. Para melhor estruturar as intervenções foi criado o seguinte modelo por etapas: pré-contemplação; contemplação; planeamento; ação; manutenção; e recaída. Apesar do uso do modelo Transteórico, anteriormente referido, estar frequentemente relacionado com as intervenções especializadas em comportamentos aditivos, pode utilizar-se o referencial para outras patologias que necessitem de intervenções cognitivo-comportamentais que procurem a mudança de comportamento face a uma má adaptação. Assim, foi planeada uma intervenção baseada neste referencial com utilização complementar da escala DASS-21 para promover a consciencialização das melhorias no estado de saúde da utente através da comparação dos resultados obtidos na aplicação distanciada da escala.

Bibliografia de apoio

- Szupszynski, K. & Oliveira, M. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. Psicologia: Teoria e Prática, 10(1), páginas 162-173.

Avaliação

Para iniciar esta intervenção foi reaplicada a escala DASS-21. Obteve-se os seguintes *scores*: depressão (20 pontos – moderada); ansiedade (22 pontos extremamente severa); *stress* (normal). Da breve análise comparativa dos resultados, verifica-se uma franca melhoria global, com alteração da classificação do *stress* de extremamente severo para normal, classificação da depressão de extremamente severa para moderada e na ansiedade apesar da classificação se ter mantido inalterada, verifica-se uma descida do *score* para metade do valor apurado na primeira avaliação.

Após análise foi realizada uma entrevista à utente baseada nos estágios motivacionais de Prochaska e Diclemente. Verifica-se que a utente ainda está numa fase de contemplação, em que M. começa a perceber o seu problema mas ainda não se projeta para mudar de atitude face à necessidade de mudança. Exemplo disso é a necessidade de agir mediante a confirmação/validação de terceiros. A utente verbaliza algumas situações que a deixam mais ansiosa mas ainda não equaciona soluções. Contudo faz-se o reforço sobre a necessidade de utilizar a técnica de resolução de problemas ensinada e treinada na sessão anterior.

Por forma a operacionalizar a entrevista motivacional, foram utilizados os *scores* das duas avaliações da escala DASS-21 a fim da utente consciencializar-se sobre as melhorias significativas no seu estado de saúde, que além de se traduzirem nas suas manifestações físicas e estado mental também são percetíveis no instrumento de avaliação. A utente reconhece essas melhorias e refere sentir-se satisfeita com a evolução. Pela franca melhoria, começa a verbalizar ideação de alta congruente com a evolução clínica.

INTERVENÇÃO N.º 4	
Tema	Estratégia psicoeducacional sobre autocompetência e autoeficácia
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e utente do internamento de Psiquiatria
Duração	De acordo com a disponibilidade/colaboração da utente.
Data	20 de Março de 2023
Local	Sala de atividades do serviço de internamento
Recursos	Folhas e esferográfica
Objetivos gerais	- Melhorar crenças de saúde: perceção da capacidade de desempenho; - Melhorar crenças de saúde: perceção de controlo; - Ensinar sobre técnica de assertividade.

Plano de Intervenção

	Objetivos Específicos	Intervenções	Duração
1.º momento	- Explicar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais; - Informações gerais sobre sessão.	--
2.º momento	- Compreender comportamentos comuns de decisão; - Priorizar necessidades de aprendizagem sobre estabelecimento de objetivos.	- Avaliação da capacidade da utente compreender a necessidade de estabelecer objetivos através de questionamento; - Identificação das dificuldades mais evidentes na formulação de objetivos.	--
3.º momento	- Ensinar sobre necessidade de estabelecer objetivos; - Treinar automodificação do comportamento; - Apoiar na tomada de decisão.	**- Metodologia cognitivo-comportamental baseada na estratégia psicoterapêutica de modificação do comportamento** A utente identifica as várias dimensões da sua vida para as quais necessita de definir objetivos. É incentivada a definir objetivos a curto, médio e longo prazo: objetivos individuais, familiares, académicos/profissionais e sociais. Realiza posteriormente a análise sobre a exequibilidade, resultados esperados, riscos e possíveis ganhos efetivos.	--
4.º momento	- Ensinar sobre técnica de assertividade	- Uso de estratégia psicoterapêutica "Técnica de Assertividade" com recurso aos "5 Eus": Eu vejo; Eu quero, Eu penso, Eu pretendo, Eu sinto".	--
5.º momento	- Terminar intervenção.	- Esclarecimento de dúvidas; - Encerramento da sessão.	--

Fundamentação teórica

De acordo com Parecer n.º 6/2013 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros (2013), os cuidados especializados em ESMP atua na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental através da utilização de intervenções que promovam a autonomia e funcionalidade máxima ao nível pessoal, familiar, profissional e social. Essas intervenções centram-se no incremento de competências individuais e mudanças ambientais. Neste âmbito destaca-se a importância da utilização da técnica cognitivo-comportamental que assenta numa abordagem centrada na compreensão de três sistemas que se interligam entre si e entre o meio envolvente: sistema comportamental, cognitivo/afetivo e fisiológico. Sucintamente, as técnicas cognitivas identificam, testam e substituem pensamentos automáticos e as técnicas comportamentais modificam comportamentos desajustados.

Aliada à mudança de comportamento é importante referir que a postura e comunicação assertiva valorizam a tomada de decisão ajustada ao problema. Segundo Sampaio e Sequeira (2020), na comunicação assertiva consideram-se três domínios: a autoafirmação, a expressão de sentimentos positivos e a expressão de sentimentos negativos. Estes domínios ajudam a reduzir as distorções cognitivas, a compreender áreas problemáticas e a desenvolver as habilidades sociais (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010).

Esta intervenção foi planeada tendo em conta a anamnese de enfermagem e as intervenções anteriores, através das quais se apurou uma dificuldade manifesta no estabelecimento de objetivos, tomada de decisões e comunicação de decisões. Por forma a capacitar a utente foi desenvolvido um plano de intervenção cognitivo-comportamental para promoção da autoeficácia no desempenho dos vários papéis (individuais, familiares e sociais).

Bibliografia de apoio
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman (2010). Nursing Interventions Classification (NIC). Oxford. Elsiever. - Parecer n.º 6/2013 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 17 de Março de 2023. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer_6_2013_ProcedimentosDeEnfEESMP.pdf. - Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: Intervenções e Diagnósticos. Lisboa. Lidel.
Avaliação
A intervenção planeada para M. não foi possível de implementar por ter tido alta clínica. Dada a estruturação da intervenção com foco na preparação para a alta, foi selecionada outra utente do internamento em situação similar à de M.. Breve descrição do caso: M.M. é uma utente de 60 anos com perturbação depressiva major submetida a tratamento de eletroconvulsivoterapia, com efeito. Tem alta planeada para o dia seguinte. A dinâmica familiar alterou-se com a institucionalização da mãe da utente, que era a principal gestora da vida família apesar das limitações físicas. Realizada intervenção psicoterapêutica de modificação do comportamento com apoio na definição de objetivos a curto, médio e longo prazo, de carater pessoal e social. A utente mobilizou capacidades de identificação de objetivos a curto e médio prazo com maior facilidade, dado que se relacionam com aspetos práticos do quotidiano como a alimentação, a higiene, a compra de bens essenciais, o pagamento das despesas mensais e a visita da mãe ao lar. Não se obtiveram resultados para a intervenção a longo prazo dado que a utente ainda não teve contacto com a nova realidade do seu dia-a-dia e não consegue projetar-se no futuro a longo prazo. Foi também abordada a técnica de assertividade para melhorar a expressão de sentimentos e emoções e interação social que agora está mais limitada por passar a viver sozinha. Apesar da intervenção ter sido planeada com outra finalidade, conclui-se que os objetivos principais foram alcançados.
Registo fotográfico dos materiais

NOTA CONCLUSIVA

Compreender a relevância da implementação de um plano de cuidados estruturado desde o primeiro momento do diagnóstico de doença mental foi essencial para fomentar a estabilização clínica da utente, evitar a degradação do seu estado mental, recuperar a funcionalidade e autonomia e reintegrar na comunidade. Por se tratar de um primeiro surto psicótico, a necessidade de vigiar e avaliar o comportamento foi decisivo para a estruturação das atividades especializadas em ESMP. Essencialmente através de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas foi possível preparar a alta da utente e promover a adesão ao regime terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barker, P.(2001). The Tidal Model: developing na empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8(1). 233-240.

Borges, C., Costa, M. & Faria, J. (2015). Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. Revista Psicologia e Saúde, vol.7(2), p.133-141.

Lima, J., Gonçalves, H., Belo, F., Francisco, L., Silva, L., Alves, N., Santos, M., & Albuquerque, M. (2022). Aplicabilidade do Tidal Model por enfermeiros em serviços de saúde mental: uma revisão de escopo. Research, Society and Development, 11(1).

Parecer n.o 01/2017 da Ordem dos Enfermeiros. Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental.

Pereira, A., Teixeira, G., Bressan, C. & Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 62(3), p.407-416.

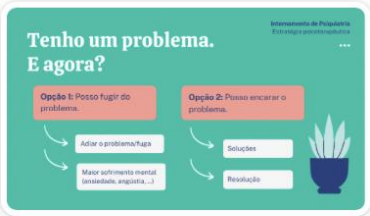
Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusodidacta.

Rempel, G., Neufeld, A. & Eastlick, K. (2007). Interactive Use of Genograms and Ecomaps in Family Caregiving Research. Journal of Family Nursing, vol.13, p. 403-419.

Sampaio, F. & Sequeira, C.(2020). Enfermagem em Saúde Mental: Intervenções e Diagnósticos. Lisboa. Lidel.

APÊNDICE XXIX – BLOCO DE ETAPAS DA TÉCNICA DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

1



2

3

4

5

6

7

8

9

APÊNDICE XXX – PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE COMPETÊNCIA EMOCIONAL NO TRABALHO

PLANO DE SESSÃO – Competência Emocional no Trabalho	
Tema:	Competência Emocional no Trabalho
Intervenientes	Enfermeira Clara Manso e Tânia Silva (alunas do mestrado em ESMP) e equipa de Enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia
Duração	60 minutos
Data	13 de outubro de 2022 com início às 14h30
Local	Sala 15 do Hospital de Dia de Oncologia
Recursos	Mesas, cadeira, computador, projeto, tela e material de escrita.
Objetivos gerais	- Reconhecer a importância da competência emocional no contexto laboral; - Compreender a influência das emoções vivenciadas pelos profissionais na prestação de cuidados; - Divulgar o instrumento de avaliação Escala Veiga da Competência Emocional, EVCEr33 (anexo X).
Divulgação	*Save the Date* (apêndice XXXI)
Link de acesso	https://zoom.us/j/99696968691?pwd=ZDVSZGplc0hZQ3ZDcmFhSkdNSVlxdz09
ID da reunião	996 9696 8691
Senha	v83u4P

Plano da intervenção			
	Objetivos Específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais e apresentação do grupo; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Avaliar conhecimento sobre conceito de "Competência Emocional".	**- Metodologia interrogativa e interativa** para construção do conceito de Competência Emocional. Utilização da aplicação VoxVote.	10 min.
3.º momento	- Esclarecer conceitos relacionados com a Competência Emocional no contexto laboral.	**Metodologia expositiva** - Apresentação teórica das 5 capacidades base da competência emocional (apêndice XXXII); - Apresentação do instrumento de avaliação de Competência emocional: Escala Veiga Competência Emocional reduzida a 33 itens (EVCEr33) (autorização formal da autora no anexo IX).	10 min.
4.º momento	- Identificar emoções e/ou situações que, no contexto profissional, são um desafio para o profissional; - Identificar o comportamento face ao problema identificado.	**Metodologia de dinâmica de grupo** - Partilha em grupo de uma situação geradora ou potenciadora de emoções cuja gestão tenha sido difícil; - Partilha em grupo da forma como agiu perante a situação.	20 min.
5.º momento	- Promover atitude reflexiva face à metodologia anterior.	**Metodologia de discussão orientada**	10 min.
6.º momento	- Obter avaliação/*feedback* dos participantes sobre a dinâmica da sessão.	**Metodologia interrogativa e preenchimento de formulário** (apêndice XXXIII)	5 min.

Bibliografia de Apoio

- Araújo, M., Silva, M., Simone, G. & Torales, G. (2012). Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. *Revista Bioethikos,* 6(1), 58-65.
- Goleman, D. (2010). Inteligência Emocional. Temas e debates.

- Pais, N. J., Costeira, C. R., Silva, A. M. & Moreira, I. M. (2020). Efetividade de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3). doi:10.12707/RV20023
- Peixoto, T. A., Peixoto, N. M., Pinto, C. A., & Santos, C. S. (2021). Elementos-chave de uma intervenção educacional em enfermagem promotora da adaptação dos sobreviventes de cancro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5). https://doi.org/10.12707/RV20078
- Veiga Branco, M. (2004). Competência emocional. Quarteto.
- Veiga Branco, M. (2005). Competência emocional em professores- Um estudo em discurso do campo educativo. Porto: faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação
- Veiga-Branco, M. (2019). Inteligência Emocional. Dicionário de educação para o empreendedorismo (427-431). Gradiva Publicações, S. A.
- Venkatraman, A., Edlow, B., & Immordino-Yang, M. (2017). The brainstem in emotion: A review. *Frontiers in Neuroanatomy*, 11. https://doi.org/10.3389/fnana.2017.00015

Avaliação
Na sessão de formação subordinada ao tema “Competência Emocional no Trabalho” participaram 14 enfermeiros da equipa do HDO constituída por 27 profissionais, aos quais se juntou o professor Carlos Laranjeira. A formação decorreu em duas modalidades, sendo presencial e online na plataforma Zoom. A metodologia adotada incluiu um suporte digital sob a forma de apresentação PowerPoint, uma dinâmica interativa com recurso a aplicação VoxVote e um exercício prático promotor de reflexão em grupo. A avaliação da sessão de formação foi realizada através de um questionário com sete questões e um item de resposta aberta referente a observações/sugestões. Numa apreciação global, os participantes consideram-se muito satisfeitos com o tema da sessão, nomeadamente pela pertinência e adequação da temática na dinâmica de trabalho da equipa. Consideram-se muito satisfeitos com a duração da sessão, bem como no domínio da temática pelos dinamizadores da sessão e ainda na relação criada entre os dinamizadores. Relativamente ao contributo para o desenvolvimento pessoal, obtiveram maioritariamente resposta de “muito satisfeito” e algumas de “satisfeito”, o mesmo se verificou na questão relacionada com a metodologia e recursos utilizados. Em relação ao fator participação na sessão, obteve-se uma participação ativa da maioria dos elementos presentes. Não foram obtidas sugestões, nem observações na questão de resposta aberta. Globalmente a equipa manifestou-se bastante satisfeita com a temática apresentada, bem como na sua adequação ao contexto de trabalho, verbalizando expressões “estávamos mesmo a precisar desta sessão” *sic*, “é mesmo necessária para o nosso dia-a-dia…ou melhor hora a hora” *sic*, “antes sentíamos esta necessidade pontualmente, mas neste momento é uma necessidade diária”*sic.*

APÊNDICE XXXI – *SAVE THE DATE* DE DIVULGAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE COMPETÊNCIA EMOCIONAL NO TRABALHO

Dinamizadoras: Clara Manso e Tânia Silva (discentes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)
Link: https://zoom.us/j/99696968691?pwd=ZDVSZGplc0hZQ3ZDcmFhSkdNSVlxdz09
ID da reunião: 996 9696 8691 **Senha:** v83u4P

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

APÊNDICE XXXII – APRESENTAÇÃO MULTIMÉDIA DE APOIO À FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE COMPETÊNCIA EMOCIONAL NO TRABALHO

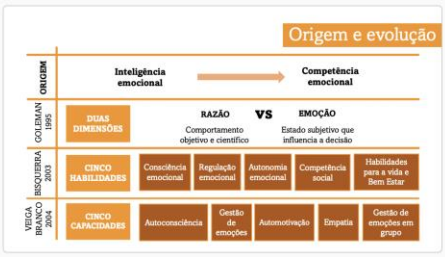
1

2

3

4

5



6

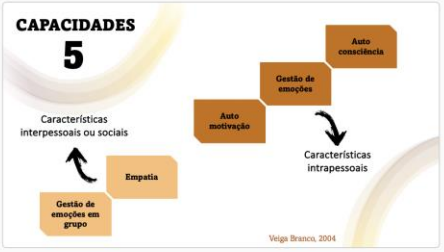
7

8

9

10

11



12

Competência Emocional
CARACTERÍSTICAS INTRAPESSOAIS

13

CARACTERÍSTICAS INTRAPESSOAIS

1. Autoconsciência

- Reconhecer um sentimento enquanto ele está a acontecer é a pedra basilar (Goleman, 1995);
- Autopercepção do próprio e do que está a sentir, traduzindo-se a nível neurológico (Goleman, 2010);
- Perceção dos sentimentos e das emoções que permitem uma mudança da atividade mental (Goleman, 2012);
- **Capacidade de perceção de si e das emoções** (Veiga Branco, 2019).

2. Gestão de emoções

3. Automotivação

14

CARACTERÍSTICAS INTRAPESSOAIS

1. Autoconsciência

2. Gestão de emoções

- **Capacidade de pensar antes de agir;**
- Modo de gerir as suas emoções e lidar com as mesmas de forma apropriada (Goleman, 2010);
- **Profissionais com consciência do Eu obtêm um maior autodomínio e autocontrolo das emoções** (Goleman, 2012);
- As pessoas com esta capacidade diminuída sentem-se frequentemente em luta com sensações de angústia e com comportamentos pouco sensatos e ineficazes (Veiga Branco, 2019).

3. Automotivação

15

CARACTERÍSTICAS INTRAPESSOAIS

1. Autoconsciência

2. Gestão de emoções

3. Automotivação

- **Descoberta dos motivos que levam a trabalhar,** não pelo dinheiro ou protagonismo (Veiga Branco, 2004);
- Capacidade para utilizar as energias da emoção de acordo com os objetivos pessoais (Goleman, 2012);
- **Indivíduos motivados têm maior facilidade de ultrapassar frustrações ou contrariedades**, sendo mais produtivos e persistentes(Goleman, 2012);
- **Emoções negativas fortes bloqueiam**, desviando a atenção para os estímulos que as provocam, interferindo com o esforço em focalizar um objetivo (Veiga-Branco, 2004).

16

Competência Emocional
CARACTERÍSTICAS INTERPESSOAIS OU SOCIAIS

17

4. Empatia

- Deriva da autoconsciência e é a mais fundamental das aptidões pessoais (Goleman, 1995);
- **Ser uma pessoa empática implica colocar-se no lugar do outro**, para a compreender (Goleman, 2010);
- Pessoas mais sensíveis aos sinais que indicam aquilo que os outros necessitam ou desejam (Goleman, 2012);
- **Requer a capacidade de perceção das emoções dos outros, expressos através da linguagem verbal e não verbal** (Goleman, 2016);
- Implica lidar com as emoções pessoais (Pérez-Fuentes et al., 2020).

5. Gestão de emoções em grupo

CARACTERÍSTICAS INTERPESSOAIS OU SOCIAIS

18

4. Empatia

5. Gestão de emoções em grupo

- **Interação de diferentes emoções ou sentimentos num dado grupo ou equipa face ao mesmo estímulo** (Goleman, 1995);
- Capacidade emocional de reconhecer as emoções e os sentimentos no grupo e ser capaz de os influenciar (Veiga Branco, 2004);
- Engloba competências como: influência; comunicação; gestão de conflitos; liderança; catalisador de mudança; criar laços; colaboração e cooperação e as capacidades de equipa (Veiga Branco, 2004).

CARACTERÍSTICAS INTERPESSOAIS OU SOCIAIS

19

Instrumento de avaliação sobre COMPETÊNCIA EMOCIONAL

20

ESCALA VEIGA BRANCO DAS COMPETÊNCIAS DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

↓

ESCALA VEIGA DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL
(EVCE, 2010)
89 itens

↓

ESCALA VEIGA DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL
(EVCEr33, 2022)
33 itens

21

- Reconhecimento de características pessoais
- Comportamento de apaziguamento após situação de "fúria ou raiva"
- Atitude face a emoções e sentimentos negativos
- Estado de espírito originado pela ansiedade
- Comportamento face a humor deprimido
- Comunicação em grupos
- Sentimentos nas atividades do quotidiano
- Atitude face à rejeição pessoal
- Capacidades ao longo da vida
- Aspetos valorizados nas relações
- Reconhecimento pessoal em situações negativas ou desagradáveis
- Atitude face a situação de conflito
- Relacionamento com as outras pessoas

ESCALA VEIGA DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL (2022)

22

E CONSIGO?

Até ao momento, qual foi a emoção ou sentimento associada a uma situação profissional que para si foi (ou é) a mais desafiante de gerir?

23

EXEMPLO

"Utente do HDO encontra-se a aguardar três/quatro horas pela preparação da terapêutica citostática para início do tratamento de quimioterapia. Desconfortável com a situação, aborda um elemento da equipa de Enfermagem e questiona qual o motivo para a espera prolongada".

Reflita sobre a situação, colocando-se no papel do(a) enfermeiro(a) questionado(a).

→ **Qual a primeira emoção/sentimento motivada(o) pela situação?**

→ **Qual a vontade imediata de resposta?**

→ **Qual a forma assertiva de resposta?**

→ **Como se relaciona com a Competência Emocional?**

24

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, M., Silva, M., Simone, G. & Tavares, G. (2012). Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 6(3), 58-65.
- Goleman, D. (2012). Inteligência Emocional. Textos e debates.
- Frias, N. J., Cardoso, C. R., Silva, A. M. & Moreira, I. M. (2020). Eficácia de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, s(3). doi:10.12707/RV20042
- Feixoto, T. A., Feixoto, N. M., Pinto, C. A., & Santos, C. S. (2021). Elementos-chave de uma intervenção educacional em enfermagem promotora da adaptação dos enfermeiros de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, s(5). https://doi.org/10.12707/RV20074
- Veiga Branco, M. (2001). Competência emocional. Coimbra. Quarteto.
- Veiga Branco, M. (2001). Competência emocional em professores: Um estudo em discursos do campo educativo. Porto: Sociedade de Psicologia e Ciências da Educação. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação.
- Veiga-Branco, M. (2018). Inteligência Emocional. Dicionário de educação para o empreendedorismo (521-531). Gradiva Publicações, S.A.
- Venkatraman, A., Edlow, B., & Immordino-Yang, M. (2017). The brainstem in emotion: A review. *Frontiers in Neuroanatomy*, 11. https://doi.org/10.3389/fnana.2017.00015

APÊNDICE XXXIII – FORMULÁRIO DE AVALIÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE COMPETÊNCIA EMOCIONAL NO TRABALHO

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Competência Emocional no Trabalho
DATA/HORA: 13 de outubro de 2022, com início às 14h30 e duração prevista de 60 minutos.
LOCAL: Sala 15 do Hospital de Dia de Oncologia
DINAMIZADORAS: Clara Manso e Tânia Silva (alunas do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)

De 1 a 5, tendo em conta que **1-nada satisfeito/a** e **5-extremamente satisfeito/a**, como me considero em relação a:

O tempo da sessão	1	2	3	4	5
A metodologia utilizada na sessão	1	2	3	4	5
Os recursos utilizados na sessão	1	2	3	4	5
O domínio da temática por parte dos dinamizadores da sessão	1	2	3	4	5
A relação criada entre os dinamizadores e participantes	1	2	3	4	5
O contributo da sessão para o meu desenvolvimento profissional	1	2	3	4	5
A minha satisfação global	1	2	3	4	5

Observações/sugestões:

Obrigado pela colaboração!

APÊNDICE XXXIV – PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE METODOLOGIA DE ESTUDO DE CASO

PLANO DE SESSÃO – Metodologia de Estudo de Caso	
Tema	A importância da metodologia de estudo de caso
Subtema	Cuidar de Quem Cuida – estudo de caso sobre um prestador de cuidados
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e equipa de Enfermagem da UCC
Duração	20 minutos
Data	22 de dezembro de 2022 com início às 15h30
Local	Biblioteca do Centro de Saúde
Recursos	Mesas, cadeiras, computador, projeto e apresentação *PowerPoint* (apêndice XXXV).
Objetivos gerais	- Reconhecer a importância da metodologia de estudo de caso; - Relembrar as etapas para a elaboração de um estudo de caso; - Apresentar instrumentos de avaliação utilizados na elaboração de um estudo de caso; - Realizar reflexão crítica sobre os conteúdos apresentados.

PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos Específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais e apresentação do grupo; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Apresentar as etapas utilizadas para a construção do estudo de caso	- Metodologia expositiva: colheita de dados pelo modelo Tidal e avaliação do estado mental; Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo; instrumento de avaliação Escala de Zarit (anexo V); plano de cuidados.	10 min.
3.º momento	- Obter feedback dos participantes sobre a sessão.	- Metodologia reflexiva e interrogativa: participação da equipa através de crítica ao trabalho apresentado como contributo de melhoria.	5 min.

Bibliografia de Apoio

- Borges, C., Costa, M. & Faria, J. (2015). Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. *Revista Psicologia e Saúde,* vol.7(2), p.133-141.
- Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - um estudo de caso. Revista Egitania Sciencia, nº28. **http://egitaniasciencia2.ipg.pt/index.php/egitania_sciencia/article/view/381/pdf**
- Figueiredo, M. (2011). Manual de Apoio à aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem da Família. Editora: Lusociência.
- Rempel, G., Neufeld, A. & Eastlick, K. (2007). Interactive Use of Genograms and Ecomaps in Family Caregiving Research. *Journal of Family Nursing*, vol.13, p. 403-419.
- Sequeira, C. (2016) Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Editora: Lidel. Lisboa
- Sampaio, F. & Sequeira, C.(2020). Enfermagem em Saúde Mental: Intervenções e Diagnósticos. Editora: Lidel. Lisboa

Avaliação

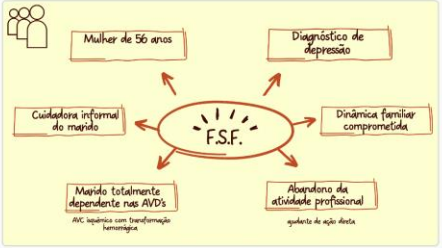
Na sessão de formação subordinada ao tema "Importância da metodologia de estudo de caso" participaram 7 enfermeiros da equipa da UCC. A formação decorreu na modalidade presencial. A metodologia adotada incluiu suporte digital sob a forma de apresentação *PowerPoint*, sendo que tempo reduzido despendido para a realização desta formação limitou a metodologia utilizada, com utilização integral do método expositivo, sendo no final complementado por uma breve discussão de apreciação do estudo de caso. Os contributos foram utilizados para o processo de melhoria do mesmo. Pelo mesmo motivo não foi realizada uma avaliação da satisfação dos participantes.

APÊNDICE XXXV – APRESENTAÇÃO MULTIMÉDIA DE APOIO À FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE METODOLOGIA DE ESTUDO DE CASO

1

2

3

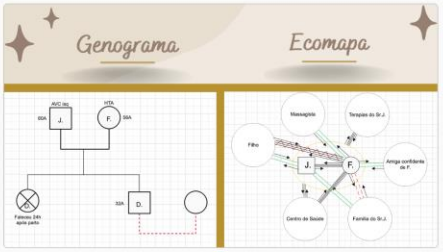


4

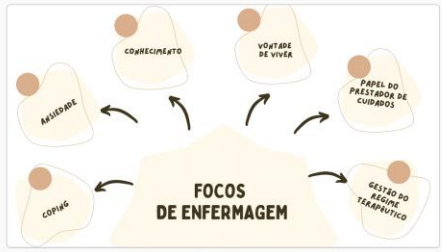
5

6

7



8

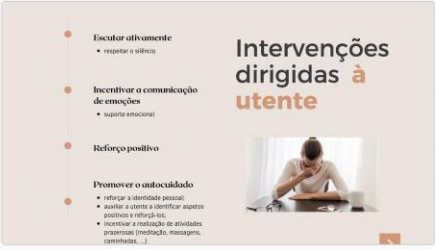


9

10

11

12



13

14

BIBLIOGRAFIA

15

- Borges, C., Costa, M. & Faria, J. (2015). Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. *Revista Psicologia e Saúde*, vol.7(2), p.133-141.
- Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: um estudo de caso. Revista Egitania Sciencia,nº28. http://egitaniasciencia2.ipg.pt/index.php/egitania_sciencia/article/view/381/pdf.
- Figueiredo, M. (2011). Manual de Apoio à aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem da Família. Editora: Lusociência.
- Rempel, G., Neufeld, A. & Eastlick, K. (2007). Interactive Use of Genograms and Ecomaps in Family Caregiving Research. Journal of Family Nursing, vol.13, p. 403-419.
- Sequeira, C. (2016).Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Editora: Lidel. Lisboa
- Sampaio, F. & Sequeira, C.(2020). Enfermagem em Saúde Mental: Intervenções e Diagnósticos. Editora: Lidel. Lisboa.

BIBLIOGRAFIA

16

APÊNDICE XXXVI – PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE SAÚDE MENTAL POSITIVA

PLANO DE SESSÃO – Saúde Mental Positiva	
Tema:	Saúde Mental Positiva para enfermeiros
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e equipa de enfermagem do serviço de internamento de Psiquiatria
Duração	30 minutos
Data	20 de abril de 2023 com início às 15h45
Local	Sala de reuniões do serviço de internamento de Psiquiatria
Recursos	Mesas, cadeira, computador, projeto, tela, apresentação *Powerpoint* (apêndice XXXVII), material de escrita, marcador formativo (Apêndice XXXVIII), formulário de avaliação de satisfação (Apêndice XXXIX).
Objetivos gerais	- Identificar a importância da SM+ nos profissionais; - Caracterizar o modelo multifatorial de SM+; - Divulgar o instrumento de avaliação QSM+, validado para a população portuguesa.

Plano da intervenção			
	Objetivos Específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da sessão.	- Cumprimentos iniciais e apresentação do grupo; - Apresentação dos objetivos da sessão.	--
2.º momento	- Aumentar a literacia em SM; - Esclarecer conceitos relacionados com a SM+; - Caracterizar o modelo multifatorial de SM+; - Capacitar os participantes para a aquisição de comportamentos promotores de SM.	**Metodologia expositiva** utilizando suporte multimédia *Powerpoint:* - contextualização cronológica das principais diferenças entre saúde, SM e SM+; - caracterização das etapas do modelo multifatorial em SM+; - apresentação do instrumento de avaliação QSM+; - apresentação do Decálogo da SM+.	15 min.
3.º momento	- Refletir sobre o impacto da adoção de comportamentos promotores de saúde e identificação precoce de fatores de risco.	**Metodologia de dinâmica de grupo:** - entrega de marcador com o Decálogo da SM e discussão partilhada sobre a importância da adoção sistematizada de comportamentos e hábitos saudáveis.	10 min.
4.º momento	- Obter feedback dos participantes sobre a dinâmica da sessão.	**Metodologia interrogativa** - entrega de formulário de preenchimento anónimo para avaliação da satisfação relativa à sessão de formação.	5 min.

Fundamentação teórica

A Saúde Mental Positiva visa a aceitação dos momentos de mal-estar como sendo normais na vida de cada pessoa, promovendo a vivência das emoções, quer positivas quer negativas. A procura pela satisfação da pessoa é premissa essencial na capacitação do indivíduo para uma melhor adaptação face às circunstâncias negativas, evitando que estas se prolonguem. Através deste domínio de intervenção é possível manter, aumentar e/ou potenciar o bem-estar psicológico do indivíduo e minimizar o seu potencial para adoecer (Lluch, 2002).

Bibliografia de apoio

- Lluch, T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55.
- 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 (Mentis Plus +): manual de apoio. Sociedade Portuguesa de Saúde Mental.

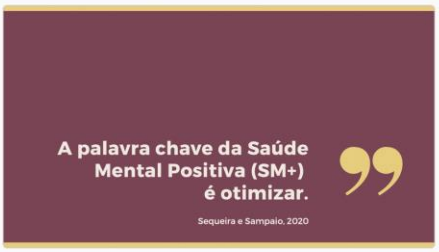
Avaliação
Por indisponibilidade da sala de reuniões, a sessão de formação em serviço realizou-se na sala de atividades do serviço de internamento, possibilitando a participação dos enfermeiros do turno da manhã. Estiveram presentes 11 enfermeiros, tendo sido uma formação na modalidade presencial. A metodologia utilizada foi o suporte digital Powerpoint como auxílio ao método expositivo sobre SM+. A avaliação da sessão de formação foi realizada através de um questionário com sete questões e um item de resposta aberta referente a observações/sugestões. Na apreciação global os participantes consideram-se maioritariamente muito satisfeitos com a contribuição do tema para o desenvolvimento profissional, com relação criada entre dinamizadora e participantes, domínio da temática por parte da dinamizadora e na satisfação global. Relativamente ao tempo de sessão, metodologia e recursos consideram-se satisfeitos. Nas observações/sugestões houve referência ao interesse para “criar mais momentos para experienciar o conceito”sic.

APÊNDICE XXXVII – APRESENTAÇÃO MULTIMÉDIA DE APOIO À FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE SAÚDE MENTAL POSITIVA

1

2

3

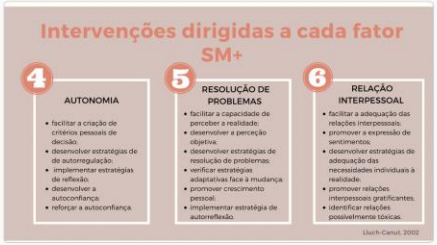


4

5

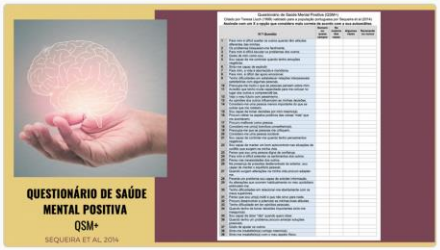
6

7



8

9



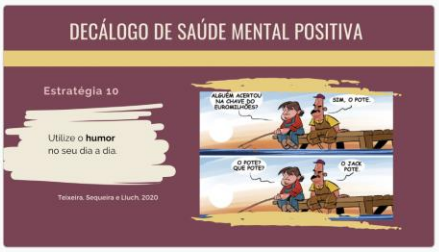
10

11

12


DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA
Estratégia 7
Procure espaço e tempo para relaxar.
Estratégia 8
Tente resolver os problemas quando surgem.
Estratégia 9
Cuide das relações interpessoais na esfera íntima e profissional.
Teixeira, Sequeira e Lluch, 2020

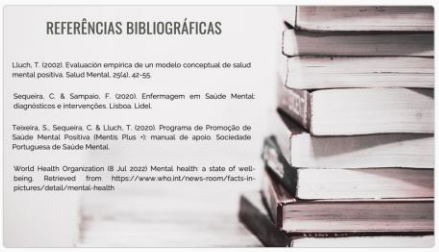
13


DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA
Estratégia 10
Utilize o humor no seu dia a dia.
Teixeira, Sequeira e Lluch, 2020
ALGUÉM ACERTOU NA CHAVE DO (UNCHELUCKS)
SIM... O POTE.
O POTE? QUE POTE?
O ZACK POTE.

14


AUTOCONHECIMENTO
Conhecer cada traço de sua personalidade.
EMPATIA
Colocar-se no lugar do outro, ouvir e relatar.
ASSERTIVIDADE
Ser proativo, falar de forma direta, clara e respeitosa.
CORDIALIDADE
Ser gentil, solícito e demonstrar simpatia com os colegas.
ÉTICA
Ter elevado senso de justiça, princípios e disciplina.

15


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Lluch, T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. Salud Mental, 25(4), 42-55.
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 (Mentis Plus +): manual de apoio. Sociedade Portuguesa de Saúde Mental.
World Health Organization (8 Jul. 2022) Mental health: a state of well-being. Retrieved from https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health

16

APÊNDICE XXXVIII – MARCADOR INFORMATIVO SOBRE O DECÁLOGO DA SAÚDE MENTAL POSITIVA

APÊNDICE XXXIX – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE SAÚDE MENTAL POSITIVA

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Saúde Mental Positiva (SM+)
DATA/HORA: 20 de abril de 2023, com início às 15h45 e duração prevista de 30 minutos.
LOCAL: Sala de reuniões do serviço de internamento de Psiquiatria
DINAMIZADOR: Tânia Silva (aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)

De 1 a 5, tendo em conta que **1-nada satisfeito/a** e **5-extremamente satisfeito/a**, como me considero em relação a:

O tempo da sessão	1	2	3	4	5
A metodologia utilizada na sessão	1	2	3	4	5
Os recursos utilizados na sessão	1	2	3	4	5
O domínio da temática por parte da dinamizadora da sessão	1	2	3	4	5
A relação criada entre a dinamizadora e participantes	1	2	3	4	5
O contributo da sessão para o meu desenvolvimento profissional	1	2	3	4	5
A minha satisfação global	1	2	3	4	5

Observações/sugestões:

Obrigado pela colaboração!

APÊNDICE XL – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SITUAÇÃO DE COMPORTAMENTO VIOLENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA NO ÂMBITO DO PMCQC

	Procedimento de Enfermagem **INTERVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	**Protocolo**

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO EM SITUAÇÃO DE COMPORTAMENTO VIOLENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com International Council of Nurses (ICN), a violência no setor da Saúde são todas as situações em que um profissional a desempenhar funções numa instituição de saúde é submetido a qualquer tipo de violência em condições relacionadas com a sua atividade profissional, havendo risco direto ou indireto para a sua segurança, bem-estar ou saúde. Os atos de violência são um problema generalizado nos ambientes de prestação de cuidados e têm causas multifatoriais relacionadas com fatores situacionais, organizacionais, estruturais e sociais que podem desencadear ou agravar atos de violências (ICN, 2009).

Segundo dados divulgados pelo Gabinete de Prevenção da Violência contra o Profissionais de Saúde, em Portugal, 2022 foi o ano com maior registo de notificações de episódios de violência contra profissionais, contando com 1632 notificações (Direção Geral da Saúde, 2023).

Os contextos de saúde podem gerar ambientes vulneráveis e propensos à violência, com consequências para a saúde física ou mental dos profissionais e para a qualidade dos cuidados prestados (Direção Geral da Saúde, 2022). Os processos de saúde-doença com necessidade de assistência hospitalar podem gerar nos utentes e acompanhantes sentimentos negativos como revolta, frustração e insegurança, que podem ser propulsores de tensão e de atitudes violentas (Fernandes 6 Passos, 2018). De acordo com Bordignon & Monteiro (2021), os enfermeiros e os médicos são as vítimas mais frequentes de atos violentos, especificando os serviços de psiquiatria e os serviços de urgência como os setores onde mais se verificam estes eventos. Pagali et al (2015) referem que os princípios do cuidar em Enfermagem exigem uma interação prolongada com o utente e acompanhante, face a outras categorias profissionais, tornando maior a exposição ao risco de violência. A forma como o enfermeiro reage pode repercutir-se de forma positiva ou negativa no comportamento do utente ou acompanhante, podendo minimizar ou agravar a situação (Fernandes & Passos, 2018).

De acordo com as autoras Angelim & Rocha (2016), a organização dos cuidados de saúde deve desenvolver medidas que procurem melhorar as condições de trabalho dos profissionais, visando promover saúde, prevenir doenças e, controlar, reduzir e eliminar riscos/problemas

para os enfermeiros. Segundo o Despacho n.º 2102/2020 de 13 de fevereiro, é preemente "promover a literacia e a prevenção da violência, através da formação e produção de documentos de referência e instrumentos úteis na abordagem da violência contra profissionais de saúde", sendo exemplos os guias orientadores de boas práticas, normas/diretivas externas ou internas e protocolos (Administração Interna e Saúde, 2020).

II. IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

1. Detetar sinais de alerta	2. Detetar sinais de risco	3. Detetar sinais de perigo
Identifica-se no utente ou acompanhante os seguintes comportamentos: - voz alterada, postura hostil, atitude crítica e reivindicativa, comentários desagradáveis, procura de aliados, agitação e irritação (Direção Geral da Saúde, 2018).	Identifica-se no utente ou acompanhante os seguintes comportamentos: - voz ameaçadora, presença continuada de sinais de alerta, posturas e atitudes reiteradas em diferentes momentos e locais de atendimento (Direção Geral da Saúde, 2018).	Identifica-se no utente ou acompanhante os seguintes comportamentos: - ameaças verbais, intimidação física ou psicológica, coação, difamação, injúria, ofensa à integridade física, sinais de consumos tóxicos, porte de objetos perigosos (Direção Geral da Saúde, 2018).

III. PRINCIPAIS TÉCNICAS DE UTILIZADAS EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Escuta ativa	Técnica de comunicação não verbal que transmite interesse sobre as necessidades do utente e/ou família, demonstrando aceitação e respeito na relação entre enfermeiro-utente (Sequeira & Sampaio, 2020). **Atitudes do enfermeiro:** - promover condições ambientais; - demonstrar disponibilidade; - manter o contacto visual; - evitar posições defensivas (ex.: cruzar os braços); - assumir uma postura atenta e empática; - não escutar apenas o que é de interesse do profissional; - valorizar as emoções da pessoa; - usar o silêncio para permitir a expressão de emoções (Sequeira & Sampaio, 2020).
Técnicas atitudinais	Conjunto de habilidades comunicacionais que envolvem seis tipos de atitudes: - aceitação; - interpretação; - orientação; - exploração; - apoio; - compreensão (Sequeira & Sampaio, 2020).
Comunicação assertiva	Técnica comunicacional que possibilita a expressão de sentimentos e ideias pessoais sem violar os princípios da outra pessoa, assim como evita negar os próprios direitos. Maximiza a clarificação da opinião e diminui a comunicação impulsiva e agressiva. Esta técnica permite expressar pensamentos, fazer críticas construtivas, solicitar mudança de comportamentos, discordar do que os outros pensam, fazer perguntas e fazer e/ou receber elogios (Sequeira & Sampaio, 2020). **Tipos de técnicas:** - 5 EU's ("eu vejo, eu quero, eu penso, eu pretendo, eu sinto"); - Técnica de mudança de tema (desviar o foco da discussão para diminuir risco de conflito); - Técnica de acordo assertivo (aceitar a crítica negativa sem adotar uma postura defensiva ou agressiva, compreendendo que o utente pode estar perturbado pela condição de saúde); - Técnica de "risco riscado" (repetir com persistência o que se pretende, sem alterar o tom de voz e sem irritação);

	- Técnica de ironia assertiva (dar resposta positiva a uma crítica hostil) (Sequeira & Sampaio, 2020).
Técnica de resolução de problemas	A resolução de problemas implica dúvidas e contínuas incertezas na procura da melhor solução, ou nas opções e comportamentos a adotar. É uma técnica constituída pelas seguintes etapas: - definição do problema; - análise do problema; - definição dos objetivos; - definição de possíveis soluções (pelo menos duas); - análise de cada uma das soluções (vantagens e desvantagens); - implementação da solução e avaliação (Batista, 2013).
Técnica de controlo de impulsos	O treino de controlo de impulsos pode desenvolver-se através de várias formas, sendo uma delas a técnica PROARR: - **P**arar: contar regressivamente de dez para um, lentamente; - **R**elaxar: concentrar-se na respiração; - **O**bservar: prestar atenção ao seu corpo e observar a sua reação; - **A**nalisar: identificar possíveis causas dos comportamentos e sentimentos; - **R**efletir: identificar possíveis soluções para atingir o objetivo; - **R**esponder: atuar para desencadear atitude positiva (Queirós, 2014).

IV. FLUXOGRAMA ORIENTADOR

ATUAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

ALERTA	RISCO	PERIGO
Intervenção: - acolher a pessoa; - tratar pelo nome; - escutar a pessoa; - perguntar as preocupações; - questionar as expetativas; - clarificar as informações; - não interromper e não confrontar; - oferecer várias alternativas; - informar com rigor e clareza.	**Intervenção:** - atender com celeridade evitando o diálogo acelerado; - aceitar a opinião do outro, não contestando; - clarificar a situação; - estabelecer limites evitando utilizar a palavra "não"; - encaminhar para gabinete seguro*; - ponderar solicitar intervenção de outro profissional se existe escalada de agressividade.	**Intervenção:** - atender com prontidão; - dar toda a atenção, controlando o ambiente; - transmitir firmeza; - evitar voltar as costas; - evitar gesticular em demasia; - atender em gabinete seguro*; - usar botão de segurança ou palavra chave**; - evitar ser colocado contra um obstáculo; - neutralizar o agressor, evitando estar sozinho.
Frases auxiliadoras: - "Sinto que está preocupado..."; - "Compreendo a sua preocupação..." - "Deixe-me ver se entendi o que pede..." - "Pense em várias formas de o poder ajudar...".	**Frases auxiliadoras:** - "Compreendo a sua zanga mas vamos tentar ver de outro ponto de vista..."; - "O que disse foi isto...?"; - "Podemos ajudá-lo de outra forma..."; - "O meu colega vai agora falar consigo...".	**Frases auxiliadoras:** - "Falo consigo num ambiente mais sereno..." - "Permita-me clarificar a situação..."; - "O que mais o afeta neste momento?"

RESULTADO

SOLUÇÃO ALCANÇADA	EVENTO VIOLENTO
- Registar no SClínico***; - Preencher impresso interno de notificação de eventos de risco de violência e/ou evento de violência.	- Intervenção da equipa de segurança hospitalar; - Intervenção da Polícia de Segurança Pública; - Registar no SClínico***; - Preencher impresso interno de notificação de risco de violência e/ou evento de violência; - Notificar na plataforma HER+ ****.

* gabinete seguro – sala com dupla saída que permita sair sem ter de passar pelo potencial agressor e que permita uma circulação giratória. Na Urgência Médico-Cirúrgica define-se o **gabinete 4** como gabinete seguro.
** palavra-chave – definição de palavra que seja identificada por todos os colaboradores como pedido de ajuda. Na Urgência Médico-Cirúrgica define-se "**situação branca**" como palavra-chave;
*** - Sistema de Informação - definidos focos de enfermagem e intervenções no ponto VI.
**** - Em caso de indisponibilidade da plataforma, o profissional deve utilizar o NOTIFICA.

V. IMPRESSO DE NOTIFICAÇÃO INTERNA DE RISCO DE VIOLÊNCIA E/OU EVENTO DE VIOLÊNCIA

DADOS INSTITUCIONAIS

Instituição: _____

Unidade: _____

Serviço: _____

1. DADOS DO TRABALHADOR

Nome: _____

Categoria profissional: _____

Número mecanográfico: _____

2. INFORMAÇÕES ESPAÇO-TEMPORAIS

Local: _____

Data: _____/_____/_____ Hora: ____:___ Número de pessoas envolvidas: _____

Especialidade médica: _____

Atividade em curso: _____

3. CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO VIOLENTO

3.1 Identificação da situação:

- ☐ Alerta
- ☐ Risco
- ☐ Perigo

3.2 Agressor:

- ☐ Único
- ☐ Múltiplo. Número: _____

3.3 Tipo de agressão:

- ☐ Violência verbal
- ☐ Violência física
- ☐ Assédio moral
- ☐ Assédio racial
- ☐ Assédio sexual
- ☐ Outra. Qual? _____

3.4 Consequências para o trabalhador:

_____

_____

_____

_____

3.5 Episódio de urgência:

- ☐ Sim
- ☐ Não

3.6 Testemunhas:

- ☐ Não
- ☐ Sim. Quem? _____

3.7 Envolveu equipa de segurança?

- ☐ Não
- ☐ Sim

3.8 Envolveu autoridade policial?

- ☐ Não
- ☐ Sim

3.9 Realizou registo no SClínico:

- ☐ Sim
- ☐ Não. Porquê? _____

3.10 Realizou notificação no HER+ ou no NOTIFICA?

- ☐ Sim
- ☐ Não

3.11 O evento implicou incapacidade temporária para o trabalho:

- ☐ Sim
- ☐ Não

ASSINATURAS

Entregue por:

O trabalhador: _____

Número mecanográfico: _____ Data: _____/_____/_____

Recebido por:

O supervisor: _____

Número mecanográfico: _____ Data: _____/_____/_____

VI. Orientações para registo no SClínico

Todas as intervenções planeadas e implementadas no decorrer na atuação em eventos de violência no serviço de urgência devem ser registadas no Sistema de Informação e Registo SClínico através dos focos de atenção "Autocontrolo: impulso" e "Autocontrolo: agressividade". Devem ser registadas as seguintes intervenções com a respetiva avaliação:

- avaliar o autocontrolo: impulso (1 – toma disposições para dominar comportamentos impulsivos ou compulsivos; 2 – não toma dispositivos para dominar comportamentos impulsivos ou compulsivos);
- avaliar autocontrolo: agressividade (1 – toma disposições para dominar comportamentos agressivos; 2 – não toma disposições para dominar comportamentos agressivos);
- vigiar comportamento (1 – calmo; 2 – adequado; 3 – desorganizado; 4 – agitado; 5 – verborreico; 6 – inquietude; 7 – hostilidade; 8 – ameaçador; 9 – agressividade; 10 – apático; 11 – comportamento compulsivo; 12 – resposta verbal; 13 – resposta não verbal; 14 – com comportamentos auto lesivos).
- avaliar comunicação (1 – com alterações na comunicação; 2 – sem alterações na comunicação);
- gerir ambiente (descrição em caixa de texto livre).

VII. Orientações para registo no HER+ (RISI)

O profissional de saúde deve aceder à plataforma HER+ (Intranet) utilizando as credencias de acesso ao RISI e realizar a notificação do evento conforme a instrução de trabalho IT.QLD.007 – Tipologia e Classificação de Eventos, anexa a este documento.

Em caso de indisponibilidade da plataforma, a notificação deve ser realizada no NOTIFICA (SClínico).

VIII. Indicadores de Qualidade em Enfermagem

A subnotificação dos episódios de violência no local de trabalho tem dificultado o desenvolvimento e operacionalização de estratégias eficazes na prevenção e gestão destes acontecimentos. Apontam-se como causas da notificação deficitária a ausência de lesões visíveis nos profissionais agredidos, os sistemas de notificação complexos, a falta de apoio da gestão e dos líderes de saúde, bem como o sentimento de culpa ou medo de represálias (ICN, 2009).

A procura de melhoria dos cuidados de enfermagem baseados em implementação de estratégias de intervenção ajustadas aos contextos profissionais torna evidente a necessidade de realização de notificação dos eventos ocorridos. A recolha de dados permite definir

indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, definindo-se neste projeto os seguintes:

- epidemiológico: taxa de incidência de eventos de violência na UMC;
- de resultado: efetividade na prevenção de eventos de violência na UMC;
- de estrutura: número de horas de formação dos enfermeiros sobre atuação em situação de comportamento violento.

IX. Limitações do protocolo

A elaboração do presente protocolo foi fundamentada nos dados gerais de situações de violência contra profissionais nos cuidados de saúde, conhecidos a nível nacional e não a nível interno do CHMT. Esta limitação implica a adaptação do planeamento das intervenções a curto, médio e longo prazo face aos resultados obtidos após a implementação do protocolo. A criação do protocolo reitera a importância da sensibilização dos profissionais para a notificação destes eventos.

Sendo um projeto dirigido à equipa de enfermagem da UMC, identifica-se também a limitação relacionada com a exclusão de todos os elementos da equipa multidisciplinar que podem ter ganhos com a sensibilização para a identificação de situações de alerta, risco e perigo de violência, com o treino de técnicas de comunicações e de gestão de conflito, e ainda com a divulgação da plataforma de notificação de situações de violência HER+, disponível na plataforma RISI.

X. Referências bibliográficas de apoio

- Angelim, R. & Rocha, G. (2016). Produção científica acerca das condições de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. Journal of Research Fundamental Care Online, vol.(8), 3845-3859. http://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3845-3859.
- Batista, A. (2013). Aprender a Ser Feliz. Lisboa. Lidel.
- Despacho n.º 2102/2020 de 13 de fevereiro. Diário da República n.º 31/2020 – série II. Administração Interna e Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2018). Programa para a prevenção e gestão da violência no contexto de prestação de cuidados de saúde. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2023). Indicadores acumulados 2022 e 1.º semestre 2023. Retrieved from: https://www.dgs.pt/prevencao-da-violencia-no-setor-da-saude/ficheiros/indicadores-acumulados-2022-e-1-semestre-2023-pdf.aspx
- Fernandes, A. & Passos, J. (2018). Delineamento da violência pela equipe de enfermagem na emergência hospitalar. Revista Enfermagem Uerj, vol.(26), 1-6. http://doi.org/10.12957/reuerj.2018.26877.

- International Council of Nurses (2009). Prevention and management of workplace violence. Geneva. ICN.
- Pagali, S., Noguez, P., Amestoy, S. & Porto, A. (2015). Violência no trabalho: visão de enfermeiros de um serviço de urgência e emergência. Revista de Enfermagem UFPE, vol.(9), 9706-9712. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i11a10759p9706-9712-2015.
- Sampaio, F. & Sequeira, C.(2020). Enfermagem em Saúde Mental: Intervenções e Diagnósticos. Lisboa. Lidel.

APÊNDICE XLI – QUESTIONÁRIO REALIZADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DO PMCQC (n.º1)

Estrutura do questionário aplicado à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica com recurso a aplicação *GoogleForms*

Os processos de saúde-doença com necessidade de cuidados hospitalares podem gerar nos utentes e acompanhantes sentimentos negativos como medo, revolta, frustração e insegurança, que podem ser propulsores de tensão e contribuir para atitudes violentas (Fernandes & Passos, 2018). De acordo com Bordignon e Monteiro (2021), os enfermeiros são da classe de profissionais de sáude que mais frequentemente são vítimas de atos violentos.

Segundo dados divulgados pelo Gabinete de Prevenção da Violência contra o Profissionais de Saúde, em Portugal, 2022 foi o ano com maior registo de notificações de episódios de violência contra profissionais, contando com 1632 notificações.

A premente necessidade de criar, divulgar e implementar medidas de prevenção de atos violentos determina a necessidade de formar as equipas de profissionais com métodos de sistematização da sua intervenção face ao alerta, perigo ou risco de violência. Face à literatura, é crucial desenvolver intervenções multidimensionais e comportamentais através da formação da equipa de enfermagem, contribuindo para uma redução dos incidentes violentos com aumento da eficácia de intervenções estruturadas (Wirth et al, 2021).

Este questionário integra o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados no âmbito do curso de mestrado e especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que se insere no Relatório Final do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com a finalidade da obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

INVESTIGADOR: Tânia Catarina Costa da Silva, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

PROFESSOR ORIENTADOR: João Manuel Ferreira Gomes, professor adjunto da ESSLei, MNSc, RN.

O objetivo do trabalho é desenvolver, divulgar e implementar um protocolo orientador da “Intervenção do Enfermeiro em Situação de Comportamento Violento no Serviço de Urgência”. O projeto desenvolver-se-á em três momentos distintos, com um questionário inicial de colheita de dados e análise situacional, o segundo momento com sessão de formação em serviço de acordo com os diagnósticos elaborados face às necessidades da equipa, contando com divulgação de protocolo de atuação em situações de violência no serviço de urgência, e por fim um questionário de avaliação relativo às intervenções anteriores.

Assim, solicito a sua participação com garantia da confidencialidade dos dados obtidos no questionário, respeitando o dever de sigilo ético e profissional. A participação é voluntária, sob consentimento informado, esclarecido e livre, sendo possível em qualquer momento, o enfermeiro não participar nas restantes etapas. O questionário será assente na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo através do Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para a Participação em Estudos de Investigação nos termos da norma n.º 015/2013.

Para esclarecimentos adicionais poderá ser utilizado o endereço eletrónico:._____.pt ou através do contacto telefónico 918899534.
Agradeço o seu contributo para a implementação deste projeto.

1. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

Declaro ter lido e compreendido este documento?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento do projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados subordinado ao tema "Intervenção do Enfermeiro em Situação de Comportamento Violento no Serviço de Urgência: Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados", recusar a participação sem qualquer tipo de consequência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Tendo em conta o consentimento informado, esclarecido e livre, aceito participar neste estudo e autorizo a utilização dos dados apenas para fins académicos e científicos, bem como publicações que deles decorram, garantido a confidencialidade e o anonimato assegurados pelo investigador.

- ☐ Sim
- ☐ Não

2. Caracterização Sociodemográfica

Idade

- ☐ Anos

Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro: _____

Número de anos profissão

- ☐ Anos

Número de anos no SUMC

- ☐ Anos

Trabalha por turnos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

3. Caracterização individual do contexto de trabalho com recurso a escala *Likert*

Face ao seu local de trabalho, o que considera sobre a probabilidade de existirem comportamentos violentos dirigidos à equipa profissional?

- ☐ Muito frequente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

Atendendo às condições estruturais do serviço, considera suficientes as respostas possíveis em situações de violência contra profissionais?

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo, nem discordo
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

Considera suficientes os conhecimentos sobre métodos de prevenção de violência no serviço de urgência?

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo, nem discordo
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

Relativamente à intervenção do enfermeiro face ao risco de violência, considera-se munido de conhecimentos para uma intervenção estruturada que permita diminuir o conflito?

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo, nem discordo
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

Considera importante a criação e implementação de um protocolo de atuação com sistematização da intervenção do enfermeiro face a um comportamento violento no serviço de urgência?

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo, nem discordo
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

Considera pertinente a realização de formação em serviço sobre prevenção de situações de violência, incluindo técnicas comunicacionais e de gestão de conflito?

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo, nem discordo
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

Qual a sua opinião sobre a existência de um impresso de notificação interna de eventos de violência no serviço para elaboração de indicadores de qualidade que visem a melhoria das intervenções face aos fenómenos experienciados pelos profissionais do serviço de urgência?

- ☐ Muito importante
- ☐ Importante
- ☐ Moderadamente importante
- ☐ Às vezes importante
- ☐ Não é importante

4. Caracterização dos conhecimentos face aos comportamentos violentos

Quais os serviços que considera mais expostos a situações de violência contra profissionais?

- ☐ Cuidados intensivos, urgência e psiquiatria
- ☐ Pediatria e urgência
- ☐ Psiquiatria e urgência
- ☐ Cuidados intensivos e urgência

Quais os profissionais mais afetados por episódios de violência no contexto dos cuidados de saúde, com notificação realizada?

- ☐ Enfermeiros
- ☐ Enfermeiros e médicos
- ☐ Enfermeiros e assistentes operacionais
- ☐ Enfermeiros e técnicos administrativos

As campanhas de prevenção de eventos violentos contra profissionais de saúde têm vindo a ser um objetivo das instituições de saúde. Exposto este facto, considera que:

- ☐ As campanhas de prevenção têm pouco impacto na atuação dos profissionais.
- ☐ As campanhas de prevenção têm vindo a diminuir o número de eventos violentos notificados.
- ☐ As campanhas de prevenção devem operacionalizar-se em eventos dirigidos às equipas multidisciplinares e à população em geral.

No seu local de trabalho conhece a localização dos botões de pânico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Alguma vez ouviu o botão de pânico a tocar?

- ☐ Sim
- ☐ Não

No seu local de trabalho, face a uma situação de violência conhece alguma palavra-chave que permita identificar precocemente uma situação de violência pelos pares profissionais?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Conhece o sistema de notificação de situações de violência vigente na sua instituição?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se tivesse que notificar um evento de violência contra profissionais no seu local de trabalho, qual a sua primeira opção?

- ☐ NOTIFICA
- ☐ HER+
- ☐ Notificação à chefia

Conhece a instrução de trabalho - Tipologia e Classificação de Eventos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

5. Caracterização de situações de violência dirigidas à equipa de enfermagem do serviço de urgência

No seu contexto de trabalho considera ter sofrido algum episódio de violência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Que tipo de violência experienciou?

- ☐ Física
- ☐ Psicológica
- ☐ Assédio moral
- ☐ Assédio sexual
- ☐ Não se aplica

Que tipo de intervenção implementou face à situação?

- ☐ Técnicas comunicacionais
- ☐ Técnicas de gestão de conflitos
- ☐ Resposta intuitiva
- ☐ Não intervi na situação
- ☐ Não se aplica

Realizou a notificação da situação de violência?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

Comentário/sugestão:

Após a submissão do questionário, através da análise dos dados será feito o diagnóstico situacional da equipa de enfermagem da UMC e, futuramente, será divulgada a cronologia de formação sobre a "Intervenção do Enfermeiro em Situação de Comportamento Violento no Serviço de Urgência".

Obrigada pela sua participação.

APÊNDICE XLII - PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE INTEERVENÇÃO DO ENFERMEIRO FACE A COMPORTAMENTOS VIOLENTOS NO SUMC

PLANO DE SESSÃO - PMCQC	
Tema	Prevenção da Violência no Setor da Saúde
Subtema	Divulgação do protocolo de atuação em situação de violência no SUMC
Intervenientes	Enfermeira Tânia Silva (aluna do mestrado em ESMP) e equipa SUMC
Duração	60 minutos
Data	agosto e setembro de 2024
Recursos	Dispositivo móvel ou fixo com acesso a Internet; Vídeo de formação com apresentação *Powerpoint* (apêndice XLIII).
Objetivos gerais	- Divulgar o protocolo de atuação (apêndice XL); - Sensibilizar para o uso do protocolo; - Capacitar a equipa com métodos sistematizados de intervenção em situação de violência; - Avaliar posteriormente a implementação do projeto através de recolha de dados através de questionário GoogleForms (apêndice XLVI).

PLANO DA INTERVENÇÃO			
	Objetivos Específicos	**Intervenções**	**Duração**
1.º momento	- Identificar o tema; - Clarificar os objetivos da formação.	- Cumprimentos iniciais; - Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min.
2.º momento	- Contextualizar a temática tendo conta dados estatísticos nacionais externos e internos; - Identificar a génese dos comportamentos violentos; - Classificar e caracterizar tipos de violência; - Definir métodos de intervenção; - Esclarecer procedimento de notificação de eventos; - Definir indicadores de qualidade.	- Metodologia expositiva: Uso de método de formação gravada com exposição teórico-prática de conhecimentos e procedimentos relacionados com a atuação do enfermeiro em situação de violência no SUMC	40min.
3.º momento	- Operacionalizar protocolo através de exemplo prático	- Exercício prático de implementação do protocolo em situação simulada de comportamento violento no SU.	10 min.
4.º momento	- Divulgar cartaz de sensibilização e dossier do projeto	- Sensibilização através de cartaz dirigido a todos os utilizadores do SUMC (apêndice XLV); - Partilha de dossier do projeto disponibilizado no serviço com documentação de consulta de informação e de registo interno de eventos de violência.	5 min.
5.º momento	- Avaliar conhecimentos adquiridos na formação em serviço	- Questionário *GoogleForms* (apêndice XLVI)	À posteriori

Bibliografia de Apoio

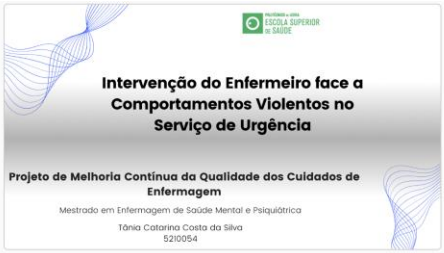
- Angelim, R. & Rocha, G. (2016). Produção científica acerca das condições de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. Journal of Research Fundamental Care Online, vol.(8), 3845-3859. http://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3845-3859.
- Batista, A. (2013). Aprender a Ser Feliz. Lisboa. Lidel.
- Despacho n.º 2102/2020 de 13 de fevereiro. Diário da República n.º 31/2020 – série II. Administração Interna e Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2018). Programa para a prevenção e gestão da violência no contexto de prestação de cuidados de saúde. Lisboa. Ministério da Saúde.

- Direção Geral da Saúde (2023). Indicadores acumulados 2022 e 1.º semestre 2023. Retrieved from: https://www.dgs.pt/prevencao-da-violencia-no-setor-da-saude/ficheiros/indicadores-acumulados-2022-e-1-semestre-2023-pdf.aspx
- Fernandes, A. & Passos, J. (2018). Delineamento da violência pela equipe de enfermagem na emergência hospitalar. Revista Enfermagem Uerj, vol.(26), 1-6. http://doi.org/10.12957/reuerj.2018.26877.
- International Council of Nurses (2009). Prevention and management of workplace violence. Geneva. ICN.
- Pagali, S., Noguez, P., Amestoy, S. & Porto, A. (2015). Violência no trabalho: visão de enfermeiros de um serviço de urgência e emergência. Revista de Enfermagem UFPE, vol.(9), 9706-9712. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i11a10759p9706-9712-2015.
- Sampaio, F. & Sequeira, C.(2020). Enfermagem em Saúde Mental: Intervenções e Diagnósticos. Lisboa. Lidel.

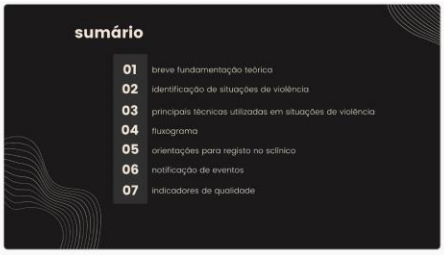
Avaliação

Para aumentar a adesão a formação interna foi utilizado o método de formação gravada com disponibilização de ficheiro a todos os membros da equipa do SUMC para que pudesse assistir em diferido A possibilidade de escolherem o dia e a hora para assistirem à formação constituiu um fator facilitador, contornado a forte possibilidade de baixa adesão à formação que foi de caracter voluntário e não obrigatório. Tendo em conta que os últimos meses tem sido de sobrelotação frequente do SUMC, com necessidade de carga horária acrescida em trabalho extraordinário foi percecionada a desmotivação relacionada com a adesão a programas facultativos.
Posteriormente à disponibilização do ficheiro de formação foi realizado em questionário (Apêndice XLVI) sobre a avaliação da implementação do projeto. Foi disponibilizado a toda a equipa (n=92) e 63 elementos responderam ao questionário. Não foi possível calcular a taxa de adesão à formação do grupo que respondeu ao primeiro questionário, mas relativamente à equipa total, 68,47% responderam ao questionário após terem assistido à formação, considerando-se esta a taxa de adesão.
Após uma abordagem informal, foram obtidas afirmações como “a metodologia da formação gravada permite uma melhor gestão do tempo dos profissionais”*sic,* “consegui assistir à formação numa altura que tinha mais disponibilidade para me concetrar e abstrair de outros estímulos que caso fosse presencial não conseguiria" *sic,* “devíamos ter mais formações na área da prevenção da violência, com espaço e tempo para a implementação presencial com treino de situações”*sic.*
De uma forma geral, apesar de ter sido alcançada uma taxa de adesão significativa, identificou-se com limitação desta formação a ausência de feedback em tempo real, com espaço para questões e discussões conjuntas que permitem clarificar conceitos e métodos de intervenção.
Projetando o trabalho no futuro, será uma mais-valia a organização de formação em serviço com recurso ao método presencial para dar resposta às questões mencionadas anteriormente.

APÊNDICE XLIII – APRESENTAÇÃO MULTIMÉDIA DE APOIO À FORMAÇÃO EM SERVIÇO NO ÂMBITO DO PMCQC



1 00:24

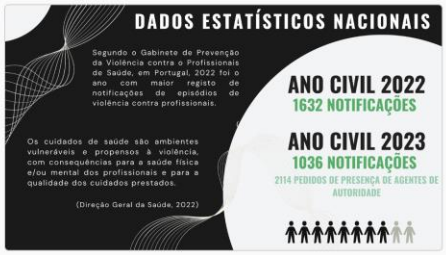


2 00:39

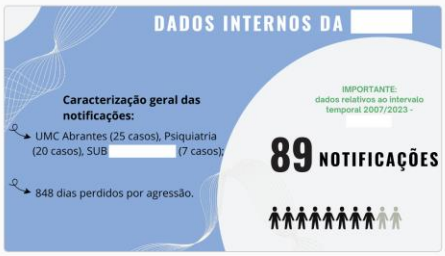
3 00:34

4 00:22

5 00:17



6 00:56



7 00:47

8 00:37

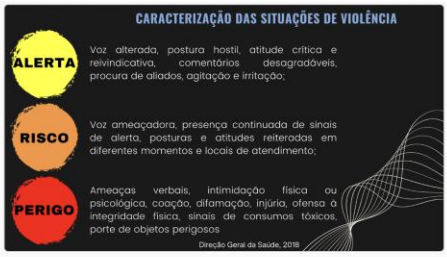
9 00:47

10 01:17

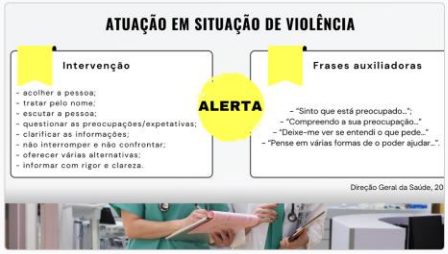
11 01:04

12 00:54

13 00:16

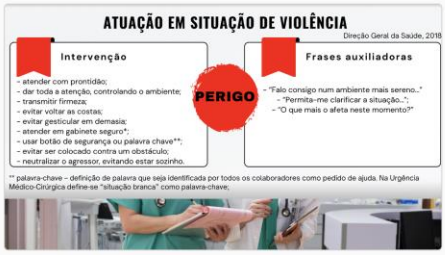


14 01:15



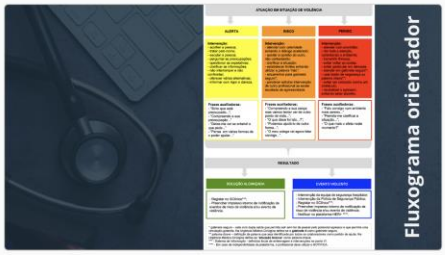
15 00:55

16 01:50



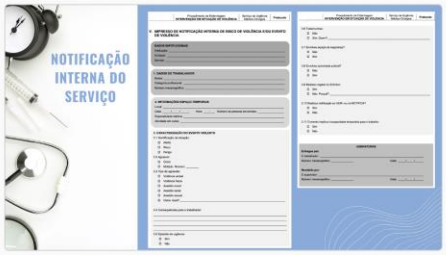
17 01:58

18 00:47



19 00:22

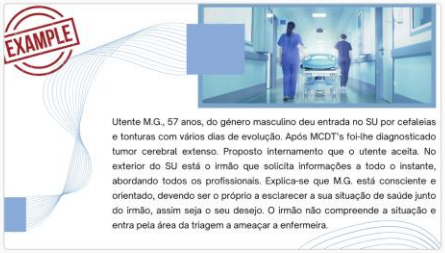
20 00:53



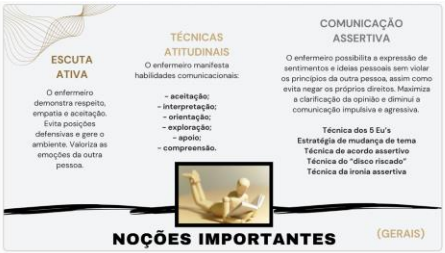
21 00:29

22 00:40

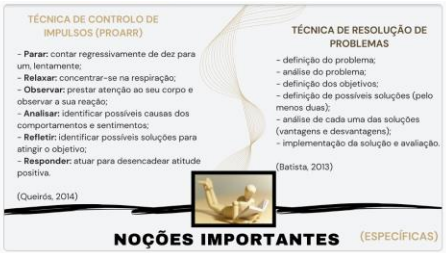
23 00:42



24 00:43



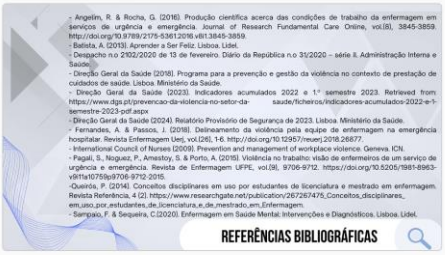
25 01:48



26 00:59

27 01:23

28 00:30



29 00:07

30 00:28

APÊNDICE XLIV – FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÃO DE COMPORTAMENTO VIOLENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA NO ÂMBITO DO PMCQC

ATUAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

ALERTA	RISCO	PERIGO
Intervenção: - acolher a pessoa; - tratar pelo nome; - escutar a pessoa; - perguntar as preocupações; - questionar as expetativas; - clarificar as informações; - não interromper e não confrontar; - oferecer várias alternativas; - informar com rigor e clareza.	**Intervenção:** - atender com celeridade evitando o diálogo acelerado; - aceitar a opinião do outro, não contestando; - clarificar a situação; - estabelecer limites evitando utilizar a palavra "não"; - encaminhar para gabinete seguro*; - ponderar solicitar intervenção de outro profissional se existe escalada de agressividade.	**Intervenção:** - atender com prontidão; - dar toda a atenção, controlando o ambiente; - transmitir firmeza; - evitar voltar as costas; - evitar gesticular em demasia; - atender em gabinete seguro*; - usar botão de segurança ou palavra chave**; - evitar ser colocado contra um obstáculo; - neutralizar o agressor, evitando estar sozinho.
Frases auxiliadoras: - "Sinto que está preocupado..."; - "Compreendo a sua preocupação..." - "Deixe-me ver se entendi o que pede..." - "Pense em várias formas de o poder ajudar...".	**Frases auxiliadoras:** - "Compreendo a sua zanga mas vamos tentar ver de outro ponto de vista..."; - "O que disse foi isto...?"; - "Podemos ajudá-lo de outra forma..."; - "O meu colega vai agora falar consigo...".	**Frases auxiliadoras:** - "Falo consigo num ambiente mais sereno..." - "Permita-me clarificar a situação..."; - "O que mais o afeta neste momento?"

RESULTADO

SOLUÇÃO ALCANÇADA	EVENTO VIOLENTO
- Registar no SClínico***; - Preencher impresso interno de notificação de eventos de risco de violência e/ou evento de violência.	- Intervenção da equipa de segurança hospitalar; - Intervenção da Polícia de Segurança Pública; - Registar no SClínico***; - Preencher impresso interno de notificação de risco de violência e/ou evento de violência

* gabinete seguro – sala com dupla saída que permita sair sem ter de passar pelo potencial agressor e que permita uma circulação giratória. Na Urgência Médico-Cirúrgica define-se o **gabinete 4** como gabinete seguro.
** palavra-chave – definição de palavra que seja identificada por todos os colaboradores como pedido de ajuda. Na Urgência Médico-Cirúrgica define-se "**situação branca**" como palavra-chave;
*** - Sistema de Informação - definidos focos de enfermagem e intervenções no ponto VI.

APÊNDICE XLV – CARTAZ DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE COMPORTAMENTOS VIOLENTOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO ÂMBITO DO PMCQC

VIOLÊNCIA NO SETOR DA SAÚDE

Prevenção da Violência contra Profissionais

O QUE É A VIOLÊNCIA PROFISSIONAL?

Ato de violência contra qualquer profissional de saúde a desempenhar funções numa instituição de saúde, com risco direto ou indireto para a sua segurança, bem-estar ou saúde.

Direção Geral da Saúde, 2018

VALORIZE E RESPEITE OS PROFISSIONAIS QUE CUIDAM DE SI E DOS SEUS!

Lembre-se que os profissionais compreendem as suas **emoções**, aceitam as suas **dúvidas** e apoiam nas suas **incertezas**.

COLABORE NA MELHORIA DOS CUIDADOS COMPREENDENDO A DINÂMICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- TRIAGEM DE PRIORIDADES
- GRAVIDADE DA SITUAÇÃO
- TEMPO DE ESPERA
- CAPACIDADE DE RESPOSTA PROFISSIONAL

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

MESTRANDA: TÂNIA CATARINA COSTA DA SILVA

PROFESSOR SUPERVISOR: JOÃO MANUEL FERREIRA GOMES

Referência bibliográfica:
-Direção Geral da Saúde (2018). Programa para a prevenção e gestão da violência no contexto de prestação de cuidados de saúde. Lisboa. Ministério da Saúde.

POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

APÊNDICE XLVI - QUESTIONÁRIO REALIZADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DO PMCQC (n.º2)

Estrutura do questionário aplicado à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica com recurso a aplicação *GoogleForms*

O presente questionário integra o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que se insere no Relatório Final do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com a finalidade da obtenção do grau de Mestre e Especialista, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

INVESTIGADOR: Tânia Catarina Costa da Silva, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. **PROFESSOR ORIENTADOR:** João Manuel Ferreira Gomes, professor adjunto da ESSLei, MNSc, RN.

O objetivo do trabalho é desenvolver, divulgar e implementar um protocolo orientador da "Intervenção do Enfermeiro face a Comportamentos Violentos no Serviço de Urgência". O projeto desenvolveu-se em três momentos distintos, encontrando-se neste momento na fase crucial de avaliação, assente no uso do modelo dinâmico do Ciclo de Deming, com as etapas Plan, Do, Check, Act.

A participação é voluntária, sob consentimento informado, esclarecido e livre, com garantia da confidencialidade dos dados obtidos, respeitando o dever de sigilo ético e profissional. O questionário será assente na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo para a Participação em Estudos de Investigação nos termos da norma n.º 015/2013.

Para esclarecimentos adicionais poderá ser utilizado o endereço eletrónico: tania.csilva@ulsmt.min-saude.pt ou atr elefónico 918899534.

No seu contexto de trabalho considera ter sofrido algum episódio de violência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Tendo em conta a estrutura do protocolo de intervenção e do fluxograma orientador, considera ser uma metodologia facilitadora da prática clínica?

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo, nem discordo
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

Desde a divulgação do protocolo, alguma vez orientou a sua prática clínica através deste método de intervenção?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Nos últimos dois meses notificou alguma situação de violência no SUMC?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Comentário/sugestão:

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE MORISKY DA ADESÃO À TERAPÊUTICA

ESCALA DE ADESÃO À TERAPÊUTICA

(*Morisky Scale* - versão de 10 itens validada para a população portuguesa)
(Vanelli et al, 2011)

Instruções: Assinale com um (X) a resposta que se adequada à sua perceção sobre o regime medicamentoso.

	Sim	**Não**
1. Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?		
2. Por vezes é descuidado(a) a tomar a sua medicação?		
3. Quando se sente melhor deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?		
4. Por vezes, quando se sente pior deixa de tomar a medicação?		
5. Só tomo a medicação quando me sinto doente?		
6. Não é natural para a minha mente e para o meu corpo ser controlado pela medicação?		
7. Os meus pensamentos são mais claros com a medicação?		
8. Por estar a fazer a medicação posso prevenir ficar doente?		
9. Sinto-me estranho ou como um *zombie* com a medicação?		
10. A medicação faz com que eu me sinta cansado e lento?		

ANEXO II – ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

	Inexistente	Ligeiro	Moderado	Severo	Muito severo
1. Sinais de ansiedade: preocupações, sofrer por antecipação, constante medo, irritabilidade.					
2. Tensão: sentir-se tenso, fadiga, sobressaltado, choro fácil, labilidade emocional, tremores, inquietação, incapacidade para relaxar.					
3. Medos: do escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não regenerativo associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos, terrores noturnos					
5. Intelectualmente: dificuldade em se concentrar, má memória.					
6. Sinais de depressão: falta de interesse em geral, pouco prazer na execução de hobbies, depressão, despertar muito cedo, alterações de humor durante o dia.					
7. Somático (muscular): dores e desconfortos, contrações, rigidez, espasmos mioclónicos, bruxismo, voz trémula, aumento do tónus muscular.					
8. Somático (sensorial): ruídos auditivos, visão turva, episódios de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de formigueiro.					

9. Sintomas cardiovasculares: taquicardia, palpitações, dor no peito, vasos latejantes, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas respiratórios: sensação de peito apertado, engasgamento, respirar fundo, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: dificuldade em engolir, flatulência, dor abdominal, azia, sensação de estômago cheio, náusea, vómitos, borborismo, diarreia, perda de peso, obstipação.					
12. Sintomas génito-urinários: frequência da micção, urgência da micção, amenorreia, menorragia, desenvolvimento de frigidez, ejaculação precoce, perda de libido, impotência					
13. Sintomas autonómicos: xerostomia, corar, palidez, sudorese, vertigens, cefaleias, arrepios.					
14. Comportamento durante a entrevista: tiques nervosos, inquietação ou agitação, mãos trémulas, testa franzida, rosto tenso, suspirar, palidez facial, engolir repetidamente.					

Pontuação	Interpretação
<17 pontos	Gravidade leve
18 – 24 pontos	Gravidade moderada
25 a 30 pontos	Gravidade severa

ANEXO III – ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA
(Autoria de Morris Rosenberg)

Leia atentamente o conjunto de afirmações sobre o que pensa sobre si próprio(a). Depois assinale quanto discorda ou concorda com cada uma delas. Pode responder desde Discordo Totalmente até Concordo Totalmente. Não existem respostas certas ou erradas.

1.	No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
2.	Às vezes, penso que não valho nada.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
3.	Acho que tenho várias boas qualidades.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
4.	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
5.	Acho que não tenho muito de que me orgulhar.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
6.	Às vezes sinto-me inútil.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
7.	Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos tanto quanto as outras pessoas.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
8.	Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
9.	No geral, penso que sou um fracasso (as coisas que faço correm-me mal).	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
10.	Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo(a).	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○

ANEXO IV – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

ESCALA DE AUTOIMAGEM CORPORAL

(Autoria de Pina-Neves e Pereira, 2012)

Esta escala é constituida por um conjunto de afirmações sobre a sua imagem e aparência física. Não é um teste, por isso não existem respostas certas ou erradas. Por favor, leia todas as afirmações cuidadosamente. Depois assinale quanto discorda ou concorda com cada uma delas. Pode responder desde Discordo Totalmente até Concordo Totalmente.

1.	Acho que sou bonito(a).	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
2.	Gosto da minha aparência física.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
3.	Sou um(a) rapaz (rapariga) com boa imagem / bom aspeto.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
4.	Estou satisfeito(a) com o meu corpo.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
5.	Gosto da minha cara.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
6.	Gosto do meu sorriso.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
7.	Estou satisfeito(a) com o aspeto dos meus dentes.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○
8.	Gosto de me ver ao espelho.	Discordo Totalmente ○	Discordo ○	Concordo ○	Concordo Totalmente ○

ANEXO V – ESCALA DE ZARIT

Inquérito ao familiar cuidador segundo a escala de Zarit

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga do familiar cuidador.
Leia atentamente cada uma das questões e indique de que modo reflecte a sua experiência enquanto prestador de cuidados colocando um círculo (0) no espaço que melhor corresponder á sua opinião.
Não existem respostas certas ou erradas.

Faça um círculo na resposta que mais se aproxima daquilo que sente relativamente ao seu familiar.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muito Frequentemente	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	0	1	2	3	4
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	0	1	2	3	4
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	0	1	2	3	4
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	0	1	2	3	4
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	0	1	2	3	4
6. Sente que o seu familiar afecta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	0	1	2	3	4
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	0	1	2	3	4
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?	0	1	2	3	4
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	0	1	2	3	4

10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	0	1	2	3	4
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
12. Sente que a sua vida social foi afectada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?	0	1	2	3	4
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	0	1	2	3	4
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	0	1	2	3	4
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0	1	2	3	4
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	0	1	2	3	4
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	0	1	2	3	4
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?	0	1	2	3	4
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0	1	2	3	4
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	0	1	2	3	4
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	0	1	2	3	4

ANEXO VI - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS)

Instrumento de avaliação publicado por Diener, E., et al (1985) validado para a versão portuguesa por Gouveia, V. et al, 2005.

Assinale com um círculo a opção que considera mais correta de acordo com a sua autoanálise.

LEGENDA:

(1) Discordo totalmente.
(2) Discordo.
(3) Discordo ligeiramente.
(4) Nem concordo nem discordo.
(5) Concordo ligeiramente.
(6) Concordo.
(7) Concordo totalmente.

QUESTÕES:

Questão n.º 1	Na maioria dos aspetos, a minha vida é próxima do meu ideal.	1	2	3	4	5	6	7
Questão n.º 2	As condições da minha vida são excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
Questão n.º 3	Estou satisfeito(a) com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
Questão n.º 4	Até hoje, tenho conseguido os aspetos importantes que quero na vida.	1	2	3	4	5	6	7
Questão n.º 5	Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5	6	7

Pontuação	Interpretação
30-35 pontos	Extremamente satisfeito
25-29 pontos	Satisfeito
20-24 pontos	Razoavelmente satisfeito
15-19 pontos	Razoavelmente insatisfeito
10-14 pontos	Insatisfeito
5-9 pontos	Extremamente insatisfeito

ANEXO VII – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota:____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota:____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota:____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peco-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota:____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota:____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:
Relógio ____
Lápis_____

Nota:____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota:____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.
Pega com a mão direita____
Dobra ao meio ____
Coloca onde deve____

Nota:____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.
Fechou os olhos____

Nota:____

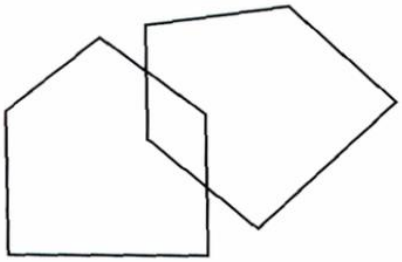
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:____

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota:____

TOTAL(Máximo 30 pontos):____

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

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

Nome _____ Data ___/___/___

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si ***durante a semana passada.*** Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:
0 – não se aplicou nada a mim
1 – aplicou-se a mim algumas vezes
2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
3 – aplicou-se a mim a maior parte 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

ANEXO IX – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA USO DA ESCALA VEIGA DA COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Exmª. Senhora Professora Doutora

Maria Augusta Romão da Veiga Branco,

Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança

Assunto: Solicitação de autorização para a divulgação do Instrumento de Recolha de Dados Escala Veiga de Competência Emocional r33 (EVCEr33).

Clara Patrícia Gomes Manso e Tânia Catarina Costa da Silva, alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, encontram-se presentemente a realizar o Ensino Clínico no Hospital de Dia de Oncologia do (sob tutoria da Senhora Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e sob orientação pedagógica do Senhor Professor Doutor Carlos António Sampaio de Jesus Laranjeira.

Um dos objetivos do Ensino Clínico é desenvolver uma Ação de Formação, de acordo com as necessidades identificadas em parceria com a tutora e o orientador. Partindo do pressuposto que a prestação de cuidados a doentes do foro oncológico, exige competências relacionadas com a gestão de emoções e o autocontrolo, que são intrínsecas à Competência Emocional dos enfermeiros, o tema da sessão de formação será "Competência Emocional no Trabalho".

Mais se informa que a formação, com duração de uma hora, não insere uma colheita de dados para investigação, e somente a divulgação do IRD, como divulgação do conhecimento. A escala que se pretende usar, após validação da solicitação da autorização para aplicação e ou divulgação, é a Escala Veiga da Competência Emocional, EVCEr33, pelo que solicitamos a V.Ex.ª, a autorização para a respetiva utilização durante a Sessão de Formação em serviço. Agradecendo a disponibilidade, ficamos ao dispor para qualquer esclarecimento adicional. Sem outro assunto, os melhores cumprimentos.

Leiria, 10 de outubro de 2022

Clara Patrícia Gomes Manso e Tânia Catarina Costa da Silva

Confirmo a autorização para utilização do IRD Escala Veiga da Competência Emocional r33, para os fins académicos supracitados.

Assinado por: **MARIA AUGUSTA ROMÃO DA VEIGA BRANCO**
Num. de Identificação: 07536703
Data: 2022.10.10 15:32:09+01'00'

Assinatura:

ANEXO X – ESCALA VEIGA DA COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Escala Veiga da Competência Emocional

As respostas, nesta fase do questionário, refletem a frequência temporal em que cada situação ocorre, variando num continuum entre "Nunca" e "Sempre". Na escala de Likert de 7 pontos os valores podem assumir:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre

Assinale as respostas, preenchendo apenas o círculo do valor da escala que traduza o número de vezes que cada situação ocorre. Todas as afirmações devem ser respondidas. Em cada situação apresentada, existe a possibilidade de escrever outro tipo de argumento em "outra".

I – PERANTE UMA SITUAÇÃO / RELAÇÃO NEGATIVA NA MINHA VIDA, SINTO QUE AO FICAR ENVOLVIDO (A) POR SENTIMENTOS DESAGRADÁVEIS	1	2	3	4	5	6	7
Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito; à medida que esses sentimentos me invadem.	○	○	○	○	○	○	○
Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	○	○	○	○	○	○	○
Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	○	○	○	○	○	○	○
Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem, por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo…consigo defini-los.	○	○	○	○	○	○	○
Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	○	○	○	○	○	○	○
Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	○	○	○	○	○	○	○
Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	○	○	○	○	○	○	○
Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.	○	○	○	○	○	○	○
Outra _____	○	○	○	○	○	○	○

II – EM SITUAÇÕES/ RELAÇÕES NEGATIVAS, RECONHEÇO QUE AO SER ENVOLVIDO POR SENTIMENTOS DESAGRADÁVEIS	1	2	3	4	5	6	7
Altera-se a minha capacidade de atenção.	○	○	○	○	○	○	○
Diminui o meu nível de raciocínio.	○	○	○	○	○	○	○
Altera-se o meu comportamento ao nível relacional / fico em mutismo; eufórico (a), etc.	○	○	○	○	○	○	○
Fico mentalmente retido (a) nesses sentimentos durante muito tempo.	○	○	○	○	○	○	○
Outra _____	○	○	○	○	○	○	○

III – RECONHEÇO QUE TENHO TENDÊNCIA A ATUAR, COMO UMA PESSOA:	1	2	3	4	5	6	7
Instável, com várias mudanças de humor	○	○	○	○	○	○	○
Observadora, consciente do que se passa à minha volta	○	○	○	○	○	○	○
Racional, no que respeita aos meus sentimentos	○	○	○	○	○	○	○
Positiva, encaro a vida pela positiva	○	○	○	○	○	○	○
Ruminativa, sempre a "matutar"	○	○	○	○	○	○	○
Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias	○	○	○	○	○	○	○
Azarada, não tenho sorte na vida	○	○	○	○	○	○	○
Autónoma, independente dos medos e outras opiniões	○	○	○	○	○	○	○
Outra _____	○	○	○	○	○	○	○

IV – IMAGINE UMA SITUAÇÃO DA SUA VIDA (PESSOAL OU PROFISSIONAL) EM QUE FOI INVADIDO POR UMA ONDA DE FÚRIA OU RAIVA. AO TENTAR FICAR MAIS SERENO (A), TOMA NORMALMENTE UMA ATITUDE:	1	2	3	4	5	6	7
Procurei "arrefecer", num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	O	O	O	O	O	O	O
Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.	O	O	O	O	O	O	O
Fiquei sozinho " a arrefecer" simplesmente.	O	O	O	O	O	O	O
Fiz exercício físico ativo (aeróbio).	O	O	O	O	O	O	O
Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.	O	O	O	O	O	O	O
Olhei para a situação/ facto, por outro prisma. Reavaliei a causa da ira.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O

V – QUANDO, NO QUOTIDIANO, SOU INVADIDO (A) POR EMOÇÕES E SENTIMENTOS NEGATIVOS (FÚRIA, CÓLERA) NORMALMENTE:	1	2	3	4	5	6	7
Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo (a).	O	O	O	O	O	O	O
Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/ pessoas/ atitudes que o causaram.	O	O	O	O	O	O	O
Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.	O	O	O	O	O	O	O
Consigo "ver" esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O

VI – QUANDO O MEU ESTADO DE ESPÍRITO É NEGATIVO E FOI ORIGINADO PELA ANSIEDADE, SINTO:	1	2	3	4	5	6	7
Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	O	O	O	O	O	O	O
Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	O	O	O	O	O	O	O
Perceção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	O	O	O	O	O	O	O
Angústia, mas tento "apanhar" os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	O	O	O	O	O	O	O
Que o meu corpo está a reagir, e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O

VII – QUANDO ME SINTO EM DEPRESSÃO, VERIFICO QUE:	1	2	3	4	5	6	7
Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/ situações ainda mais deprimentes.	O	O	O	O	O	O	O
Sinto alívio se praticar desporto intenso.	O	O	O	O	O	O	O
Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O

VIII – RECONHEÇO-ME COMO UMA PESSOA:	1	2	3	4	5	6	7
Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar.	O	O	O	O	O	O	O
Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	O	O	O	O	O	O	O
Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	O	O	O	O	O	O	O
Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	O	O	O	O	O	O	O
Derrotista (não tenho sorte na vida).	O	O	O	O	O	O	O
Capaz de deixar-me dominar pela ansiedade e pela frustração.	O	O	O	O	O	O	O
Capaz de sair de qualquer sarilho.	O	O	O	O	O	O	O
Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas.	O	O	O	O	O	O	O
Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O
IX – IMAGINE-SE NUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL (TRATAMENTO DE FERIDA, CATETERISMO VESICAL, ENSINAR CLIENTE / FAMÍLIA, ETC.). DURANTE A ATIVIDADE, NORMALMENTE SINTO QUE:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	O	O	O	O	O	O	O
Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	O	O	O	O	O	O	O
Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	O	O	O	O	O	O	O
Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?).	O	O	O	O	O	O	O
Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	O	O	O	O	O	O	O
Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	O	O	O	O	O	O	O
Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O
X – QUANDO VIVO UMA SITUAÇÃO DE REJEIÇÃO PESSOAL (A NÍVEL ÍNTIMO, SOCIAL, PROFISSIONAL), SINTO QUE:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Penso no facto e rumino a humilhação.	O	O	O	O	O	O	O
Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora.	O	O	O	O	O	O	O
Invade-me a autopiedade.	O	O	O	O	O	O	O
Invade-me o desprezo, o rancor.	O	O	O	O	O	O	O
Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O
XI – NAS RELAÇÕES (PESSOAIS, FAMILIARES, SOCIAIS) COM OS OUTROS, AO LONGO DA MINHA VIDA, FICA-ME A SENSAÇÃO DE QUE SOU CAPAZ DE:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
"Registar" / perceber os sentimentos dos outros.	O	O	O	O	O	O	O
Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	O	O	O	O	O	O	O
"Ler" os canais não-verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	O	O	O	O	O	O	O
Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O

XII – RECONHEÇO QUE NAS MINHAS RELAÇÕES, TENHO TENDÊNCIA A VALORIZAR MAIS:	1	2	3	4	5	6	7
A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	O	O	O	O	O	O	O
A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	O	O	O	O	O	O	O
O tom de voz.	O	O	O	O	O	O	O
A direção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima, a buscar outras direções).	O	O	O	O	O	O	O
Os gestos (mãos, corpo).	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O

XIII – NO QUOTIDIANO, E NUMA SITUAÇÃO DE CONFLITO DOU-ME CONTA QUE:	1	2	3	4	5	6	7
Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir.	O	O	O	O	O	O	O
Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável.	O	O	O	O	O	O	O
Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O

XIV – NO QUE RESPEITA AO MEU RELACIONAMENTO COM AS OUTRAS PESSOAS (RELAÇÕES PESSOAIS, SOCIAIS, PROFISSIONAIS), CONSIDERO COMO PROCEDIMENTOS QUE NORMALMENTE ME IDENTIFICAM:	1	2	3	4	5	6	7
Considero perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	O	O	O	O	O	O	O
Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que deteto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	O	O	O	O	O	O	O
Considero dar expressão verbal aos sentimentos colectivos.	O	O	O	O	O	O	O
Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	O	O	O	O	O	O	O
As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	O	O	O	O	O	O	O
Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.	O	O	O	O	O	O	O
Nas minhas relações com outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	O	O	O	O	O	O	O
Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O

XV – RELATIVAMENTE À COMUNICAÇÃO COM GRUPOS (PESSOAS E/OU COLEGAS DE EQUIPA), RECONHEÇO QUE ME ACONTECE:	1	2	3	4	5	6	7
Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los.	O	O	O	O	O	O	O
Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	O	O	O	O	O	O	O
Entrar em "sincronismo de estado de espírito".	O	O	O	O	O	O	O
Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa.	O	O	O	O	O	O	O
Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	O	O	O	O	O	O	O
Outra _____	O	O	O	O	O	O	O

ANEXO XI – AUTORIZAÇÃO DA GESTÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO PMCQC

DECLARAÇÃO

Através desta declaração venho manifestar o interesse em ver concretizado o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, "*Intervenção do enfermeiro face ao comportamento violento no serviço de urgência*", promovido pela Sra. Enfermeira Tânia Silva.

A violência dirigia aos profissionais de saúde é um tema bastante atual e a implementação deste projeto procura melhorar a intervenção dos enfermeiros em situações de violência dirigidas aos profissionais, aumentando a segurança nos cuidados através da promoção de ambientes seguros baseados em evidência científica ao invés da tomada de decisão intuitiva.

Consideramos que a violência dirigida aos profissionais de saúde tem impacto no seu desempenho diário junto dos seus doentes, pelo que manifestamos a total disponibilidade do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica em colaborar na implementação deste projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

11 de dezembro de 2023

Enfermeiro responsável do
Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

ANEXO XII – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA PARA ADULTOS (QSM+)

Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)

Criado por Teresa Lluch (1999) validado para a população portuguesa por Sequeira et al (2014)

Assinale com um X a opção que considera mais correta de acordo com a sua autoanálise.

N.º/ Questão		Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
1	Para mim é difícil aceitar os outros quando têm atitudes diferentes das minhas.				
2	Os problemas bloqueiam-me facilmente.				
3	Para mim é difícil escutar os problemas dos outros.				
4	Gosto de mim como sou.				
5	Sou capaz de me controlar quando tenho emoções negativas.				
6	Sinto-me capaz de explodir.				
7	Para mim, a vida é aborrecida e monótona.				
8	Para mim, é difícil dar apoio emocional.				
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas.				
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam sobre mim.				
11	Acredito que tenho muita capacidade para me colocar no lugar dos outros e compreendê-las.				
12	Vejo o meu futuro com pessimismo.				
13	As opiniões dos outros influenciam as minhas decisões.				
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras que me rodeiam.				
15	Sou capaz de tomar decisões por mim mesmo(a).				
16	Procuro retirar os aspetos positivos das coisas “más” que me acontecem.				
17	Procuro melhorar como pessoa.				
18	Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a).				
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem.				
20	Considero-me uma pessoa sociável.				
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos.				
22	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida.				
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança.				
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros.				
25	Penso nas necessidades dos outros.				
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior, sou capaz de manter o equilíbrio pessoal.				
27	Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me.				
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação.				
29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me.				
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus superiores.				
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada.				
32	Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes.				
33	Tenho dificuldade em ter opiniões pessoais.				
34	Quando tenho de tomar decisões importantes sinto-me inseguro(a).				
35	Sou capaz de dizer “não” quando quero dizer.				
36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis.				
37	Gosto de ajudar os outros.				
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a).				
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico.				

ANEXO XIII – ESCALA DE GRAFFAR

Escala de Graffar Adaptada *

Seleccione em cada uma das colunas **(com fundo a cinza)** o grau correspondente à situação em análise, **considerando apenas o elemento do agregado familiar que tem o maior vencimento.**

Graus	Profissão		Nível de instrução		Fonte do rendimento familiar		Conforto do alojamento		Local de residência		Pontos
1	• Grandes empresários • Gestores de topo do sector público e privado (> de 500 empregados); • Profissionais com títulos universitários; • Militares de alta patente; • Altos dirigentes políticos; • Profissões liberais (curso superior)		• Ensino universitário ou equivalente - Licenciatura -Mestrado -Doutoramento		• Fortuna herdada ou adquirida.		• Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto.		• Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.		
2	• Médios empresários; • Dirigentes de empresas (≤ de 500 empregados); • Agricultores e proprietários; • Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado; • Oficiais das forças armadas; • Professores do ensino básico e secundário.		• Bacharelato.		• Altos vencimentos ou honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) • Lugares bem remunerados		• Casa ou andar que sem ser tão luxuoso é espaçoso e confortável.		• Zona residencial boa, de ruas largas com casa confortáveis e bem conservadas.		
3	• Pequenos empresários (≤ de 50 empregados); • Empregados e operários qualificados; • Quadros médios; • Médios agricultores; • Sargentos e equiparados.		• 12º ano; • Nove ou mais anos de escolaridade.		• Vencimento mensal fixo.		• Casa ou andar modesto, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminado, arejado, com cozinha e W.C.		• Zona antiga • Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto em geral menos confortável.		
4	• Operários especializados com ensino primário completo; • Operários semi-qualificados; • Técnicos administrativos; • Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas; • Pequenos agricultores e rendeiros.		• Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos.		• Vencimentos incertos • Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional • Pensionistas ou reformados.		• Com cozinha e W.C., mas: - Degradado e/ou - Sem electrodomésticos essenciais.		• Bairro operário/social, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.		
5	• Trabalhadores manuais, operários não especializados/indiferenciados; • Assalariados agrícolas.		• Escolaridade <4 anos; • Analfabetos.		• Assistência/Beneficiência pública ou privada (não se inclui subsídio de desemprego ou de incapacidade para o trabalho).		• Barraca ou andar sem ventilação/iluminação, ou onde moram demasiadas pessoas. • Alojamentos impróprios.		• Bairro de lata.		
											Pontos totais

A preencher pelo autor do trabalho:

Classe I (classe alta) - pontuação entre 5 e 9
Classe II (classe média alta) – pontuação entre 10 e 13
Classe III (classe média) – pontuação entre 14 e 17
Classe IV (classe média baixa) – pontuação entre 18 e 21
Classe V (classe baixa) – pontuação entre 22 e 25

ANEXO XIV – PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA E CONSELHO DE ADMINSITRAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PMCQC

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

COMISSÃO DE ÉTICA

OBTENÇÃO DE PARECER PARA ESTUDOS NÃO ENVOLVENDO EXPERIMENTAÇÃO HUMANA

ESTE IMPRESSO DEVE SER PREENCHIDO ELETRONICAMENTE, ASSINADO DIGITALMENTE E ENVIADO POR CORREIO ELETRÓNICO PARA O SECRETARIADO DA DIREÇÃO TÉCNICA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO, COM TODA A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA À INSTRUÇÃO DO PEDIDO DE APROVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.

PEDIDO DE ESTUDO Nº _____-_____

1. **Identificação do Projeto**

a. Título do projeto (do estudo, investigação, etc.)

Intervenção do Enfermeiro face a Comportamentos Violentos no Serviço de Urgência: Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados

b. Autores / Promotor

i. Promotor (Indivíduo ou entidade responsável pela execução do estudo):

Tânia Catarina Costa da Silva

ii. Investigador Principal (juntar resumo CV):

Tânia Catarina Costa da Silva, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

iii. Colaboradores (juntar resumo CV):

João Manuel Ferreira Gomes, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (orientador de projeto)

iv. Há algum Investigador/Colaborador pertencente ao

Sim ☒ Não ☐

Se sim, identificar:

Enfermeira Tânia Catarina Costa da Silva, n.o mecanográfico do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica,

v. Contatos do promotor (Indivíduo ou entidade responsável pela execução do estudo):

E-mail: tania.csilva@
Telef./Telem.: 918899534

vi. Contatos do Investigador Principal

E-mail: tania.csilva@
Telef./Telem.: 918899534

c. Natureza do estudo:

☐ Inquérito isolado
☐ Estudo observacional
☐ Estudo retrospetivo com colheita de dados pessoais

☐ Inquéritos seriados

☒ Outro, qual?

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

d. Local onde decorre o estudo (Departamento, Instituto, Laboratório, etc):

1. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da

e. Existem outros centros, onde a mesma investigação será feita?

☐ Sim, nacionais.

☐ Sim, internacionais.

☒ Não.

Em caso afirmativo indique-os:

f. Descreva sucintamente o(s) objectivo(s) da investigação.

4. O objetivo principal do projeto é o desenvolvimento e implementação de um protocolo de prevenção e atuação em situações de violência sobre profissionais de saúde no serviço de Urgência Medico-Cirúrgica do) que permita sistematizar a atuação dos enfermeiros, evitando uma prática assente em comportamentos intuitivos e impulsivos.

Mediante a análise situacional dos conhecimentos e experiência dos elementos que integram a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), estabelecem-se ainda os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a perceção da equipa de enfermagem sobre a atuação em situações de violência no serviço de urgência;
- Caracterizar as situações de agressividade e violência sobre profissionais no SUMC;
- Elaborar e divulgar pela equipa de enfermagem o protocolo de atuação em situação de violência no serviço de urgência;
- Realizar formação aos enfermeiros sobre medidas preventivas de violência e estratégias de gestão de conflito;
- Divulgar o sistema de registo de eventos HER+ (RISI);
- Incentivar os enfermeiros a registar os eventos de violência no serviço de urgência;

Este projeto baseia-se no documento das "Orientações para a Prevenção e Gestão da Violência em Contexto de Prestação de Cuidados de Saúde" de 2018 elaborado pela Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e na Resolução do Conselho de Ministros n.o 1/2022 de 5 de janeiro, que aprova o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS). Reconhece-se, assim, a

importância do investimento numa política de recursos humanos da saúde que reflita a atenção a organizações saudáveis e seguras, melhorando o desempenho dos profissionais e a satisfação laboral.

g. Encargos e situações especiais (se a investigação proposta envolve):

i. Envolvimento de profissionais do - indique o tipo, frequência e duração prevista. Especifique se o tempo ocupado com a sua colaboração se destina especialmente para esta investigação ou se seria executado no âmbito dos cuidados assistenciais habituais a prestar ao utente.

A colaboração da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de iniciar-se-á com o preenchimento de questionário online, sob anonimato, que visa realizar um diagnóstico situacional sobre os conhecimentos relativos a situações de violência contra profissionais de saúde, abordando aspetos relacionados com a atuação do enfermeiro na prevenção de situações de risco e na intervenção em situações de violência. Será utilizada a ferramenta GoogleForms e terá a duração aproximada de 10 minutos.

Posteriormente será divulgado pelos profissionais o protocolo de atuação em situação de violência. A sua implementação será sustentada por ações de formação interna sobre violência no trabalho, com treino de técnicas comunicacionais, técnica de resolução de problemas e técnicas de autocontrolo, com a duração prevista de 120 minutos.

Cerca de um mês após a formação, será aplicado um segundo questionário online, também sob anonimato, para avaliação da aquisição de conhecimentos da equipa face aos comportamentos violentos. Neste questionário, com a duração aproximada de 10 minutos, serão recolhidas sugestões ou dúvidas que serão utilizadas como contributos para a melhoria do projeto.

ii. Consultas/entrevistas de seguimento – Especifique se as consultas são feitas especialmente para esta investigação ou se seriam executadas no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar ao utente.

Especifique se os entrevistadores estão obrigados ao segredo médico ou - em alternativa - se assinaram um acordo de confidencialidade com a Instituição.

Não se aplica ao projeto.

h. Recolha de dados:

i. Como serão recolhidos os dados? (Nota: junte um exemplar do caderno de recolha de dados)

Os dados serão recolhidos em dois momentos distintos:

- Aplicação inicial de questionário online através da plataforma GoogleForms para definição do diagnóstico de situação sobre conhecimentos no âmbito da intervenção de enfermagem em caso de violência no trabalho;

- Aplicação de questionário online, através da plataforma GoogleForms, cerca de um mês após a sessão de formação em serviço sobre o tema da violência no serviço de urgência, para avaliação dos resultados.

Será também disponibilizado um formulário de registo de eventos violentos no SUMC para obtenção de dados que permita analisar as necessidades do serviço.

ii. Como será mantida a confidencialidade nos registos?

Os dados recolhidos neste projeto serão somente utilizados para fins académico- científicos e/ou publicações futuras. Todas as informações terão a garantia da confidencialidade, respeitando o dever de sigilo ético e profissional. A participação é voluntária, sob consentimento informado, livre e esclarecido, e em qualquer momento do projeto, o enfermeiro participante poderá solicitar não participar nas restantes etapas. Não serão utilizadas plataformas de registo clínico oficiais para obtenção de dados, nem qualquer outra fonte diferente da recolha voluntária de dados.

Respeitando a Declaração de Helsinquia, será promovida e protegida a saúde dos participantes no processo de investigação, compreendendo as causas, evolução e efeitos das intervenções desenvolvidas. São ainda garantidos os padrões éticos que asseguram o respeito pelos direitos de todos os seres humanos.

ATENÇÃO: Não serão facultados dados completos de identificação dos utentes ou profissionais, nomeadamente nome completo, morada, contatos, número de identificação de utente, fiscal ou de cartão de cidadão.

2. Justificação Científica da Investigação

Descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação. Indique em particular:

- Se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos;
- Qual o motivo que justifica a sua repetição;
- No caso da investigação nunca ter sido realizada em seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental em animais de modo a otimizar os aspetos analíticos e técnicos e avaliar os possíveis danos.

Do ponto de vista psicodinâmico, a violência é um comportamento primário influenciado por vários fatores (Organização Mundial de Saúde, 2006). De acordo com International Council of Nurses (ICN), a violência no setor da Saúde são todas as situações em que um profissional a desempenhar funções numa instituição de cuidados de saúde é submetido a qualquer tipo de violência em condições relacionadas com a sua atividade profissional, havendo risco direto ou indireto para a sua segurança, bem-estar ou saúde. Os atos de violência no local de trabalho são um problema generalizado nos ambientes de prestação de cuidados e têm causas multifatoriais relacionadas com fatores situacionais, organizacionais, estruturais e sociais que podem desencadear ou agravar os atos de violências (ICN, 2009).

Os processos de saúde-doença com necessidade de assistência hospitalar podem gerar nos utentes e acompanhantes sentimentos negativos como medo, revolta, frustração e insegurança, que podem ser propulsores de tensão e contribuir para atitudes violentas (Fernandes, A. & Passos, J., 2018). De acordo com Bordignon e Monteiro (2021), os enfermeiros e os médicos são as vítimas mais frequentes de atos violentos, especificando os serviços de psiquiatria e os serviços de urgência como os setores onde mais se verificam estes eventos. Pagali et al (2015) referem que os princípios do cuidar em enfermagem exigem ao enfermeiro uma interação mais prolongada com o utente e acompanhante, face a outras categorias profissionais, tornando-o mais exposto ao risco de violência no desenvolvimento das suas atividades. Vários estudos internacionais revelam a falta de incentivo para notificar os eventos (Harthi et al (2020); Bordignon e Monteiro (2021)).

Segundo Fernandes e Passos (2018), foram identificados dois tipos de fatores que estão na génese dos episódios de violência, os fatores humanos e os fatores organizacionais. Os fatores humanos dizem respeito aos fatores individuais do profissional e do utente. A forma como o enfermeiro reage pode repercutir-se de forma positiva ou negativa no comportamento do utente ou acompanhante, podendo minimizar ou agravar a situação de violência. Compreende-se que uma resposta inadequada através de palavras rudes, em tom de voz elevado, com ironia ou cuidados sob ameaças podem ser percebidas pelos utentes como desprezíveis gerando frustração e revolta. Também a resposta agressiva com irritabilidade contribui para aumentar o risco de situações de violência. Assim, quanto maior é o estímulo por meio de comportamentos agressivos por parte do enfermeiro, maior é o risco de violência ou agressão. Pelo contrário, um profissional com respostas seguras e empáticas, com atitude cooperativa e de confiança constitui formas atenuantes do risco de atos violentos.

Segundo dados divulgados pelo Gabinete de Prevenção da Violência contra o Profissionais de Saúde, em Portugal, 2022 foi o ano com maior registo de notificações de episódios de violência contra profissionais, contando com 1632 notificações.

A criação de metodologias de atuação através de protocolos permite sistematizar a intervenção do profissional. Destaca-se também a necessidade de garantir um ambiente seguro e de facultar formação aos profissionais, capacitando-os com estratégias preventivas e protetoras. (Bordignon, M. & Monteiro, M., 2021) De acordo as autoras Angelim e Rocha (2016), a organização dos cuidados de saúde deve desenvolver medidas que procurem melhorar as condições de trabalho dos profissionais, visando promover saúde, prevenir doenças e, controlar, reduzir e eliminar riscos/problemas para os enfermeiros. Face à literatura, é crucial desenvolver intervenções multidimensionais e comportamentais através da formação da equipa de enfermagem, contribuindo para uma redução dos incidentes violentos com aumentado da eficácia de intervenções estruturadas (Wirth et al, 2021).

3. **Sujeitos**
   a. Número de indivíduos previstos incluir: Equipa de enfermagem da UMC (94 enfermeiros).
   b. Critérios inclusão/exclusão:
      As mulheres grávidas são excluídas? Sim ☐ Não ☒

As crianças são excluídas? Sim ☒ Não ☐

Os utentes com perturbações psíquicas são excluídos? Sim ☒ Não ☐

Os indivíduos com compreensão comprometida são excluídos? Sim ☒ Não ☐

4. Descrição resumida do plano da investigação

a. Data prevista do início: dezembro de 2023

b. Data prevista da conclusão: agosto de 2024

5. Risco/Benefício

a. Potenciais benefícios para o utente pela participação no estudo:

Promoção do comportamento adaptativo face a comportamentos violentos; Promoção de ambiente profissional seguro; Prevenção de comportamentos violentos no serviço de urgência.

b. Precauções que julga deverem ser observadas na realização do estudo:

Todos os participantes terão acesso ao consentimento informado, livre e esclarecido para participação no projeto.
Os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins académicos ou publicações científicas que deles decorram, garantindo o anonimato, a confidencialidade e o sigilo ético-profissional.
Será assegurada a confidencialidade dos relatos relativos a experiências anteriores de comportamentos violentos que existirem no decurso do projeto.

c. Questões previsíveis:

Não identificadas.

d. Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do utente?

Sim ☐ Não ☒

Em caso afirmativo, indique que medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade.

e. Pagamento aos utentes:

Pelas deslocações: Sim ☐ Não ☒

Pelas faltas ao serviço: Sim ☐ Não ☒

Por danos resultantes da sua participação no estudo: Sim ☐ Não ☒

6. Consentimento esclarecido

a. A investigação ou estudo envolve:

i. Menores: Sim ☐ Não ☒

ii. Inimputáveis: Sim ☐ Não ☒

Em caso afirmativo, **juntar folha de consentimento** para os representantes legais. Caso o menor disponha de capacidade de entendimento e manifestação de vontade é necessário também o seu consentimento (recomendável a partir dos 7 anos, obrigatório a partir dos 14 anos).

7. Benefícios para o investigador/instituição

a. Que tipo de benefícios resultarão do estudo, para o investigador e/ou instituição? Especifique.

O investigador principal benificiará da possibilidade de desenvolver o projeto de investigação operacionalizado num Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no âmbito do curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, desenvolvendo Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para atribuição do título de mestre e especialista. Acrescenta-se a importância de desenvolver um papel proativo na formação da equipa de enfermagem através da promoção de comportamentos promotores de ambientes de trabalho saudáveis e seguros.
elativamente à instituição, Centro Hospitalar Médio Tejo, fomentar-se-á a promoção de uma atuação técnico-científica padronizada face à intervenção de enfermagem em situações de violência no serviço de urgência, prevenindo possíveis riscos e/ou complicações, tanto para os utentes como para os profissionais. Após a implementação do protoloco no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, unidade de Abrantes, mediante os resultados obtidos, poderá disponibilizar-se o protocolo aos Serviços de Urgência Básica que integram o centro hospitalar. O desenvolvimento do projeto exclui todas e quaisquer contrapartidas financeiras para as partes integrantes da investigação.

Se apropriado junte cópia do acordo financeiro.

b. Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva do promotor? Sim ☒ Não ☒

Se não, que outras entidades têm acesso aos dados?

c. A publicação dos resultados do estudo será da exclusiva responsabilidade do promotor?

Sim ☒ Não ☐

8. Termo de Responsabilidade

Data do pedido de submissão: **18 de dezembro de 2023**

Eu abaixo assinado,

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

COMISSÃO DE ÉTICA

OBTENÇÃO DE PARECER PARA ESTUDOS NÃO ENVOLVENDO EXPERIMENTAÇÃO HUMANA

na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia a de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante Lei n.º 21/2014, de 16 de abril.

Assinatura Digital[1]

Tânia Catarino Costa da Silva

[1] Excecionalmente, em caso de impossibilidade de recurso à assinatura digital, poderá utilizar-se a assinatura autógrafa, devendo o documento ser digitalizado e remetido por correio eletrónico e o original remetido por correio interno.

ANEXO XV – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA E CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PMCQC

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: **Presidente do Conselho de Administração** N.º: **27/PCA/CA** Data: **21-02-2024** Pág.:

Para: **Conselho de Administração**

C.c.:

Assunto: **Estudo "Intervenção do Enfermeiro face ao Comportamento Violento no Serviço de Urgência" – Enfermeira Tânia Silva**

Com base na nota interna da Coordenadora Executiva do CIIC e nos pareceres do Encarregado de Proteção de Dados e da Comissão de Ética, em anexo, coloco à consideração do Conselho de Administração a proposta de estudo subordinada ao tema "Intervenção do Enfermeiro face ao Comportamento Violento no Serviço de Urgência", tendo como Investigadora a Enfermeira Tânia Catarina Costa da Silva.

O Presidente do Conselho de Administração

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: **Presidente do Conselho de Administração** N.º: **27/PCA/CA** Data: **21-02-2024** Pág.:

Para: **Conselho de Administração**

C.c.:

Assunto: **Estudo "Intervenção do Enfermeiro face ao Comportamento Violento no Serviço de Urgência" – Enfermeira Tânia Silva**

Com base na nota interna da Coordenadora Executiva do CIIC e nos pareceres do Encarregado de Proteção de Dados e da Comissão de Ética, em anexo, coloco à consideração do Conselho de Administração a proposta de estudo subordinada ao tema "Intervenção do Enfermeiro face ao Comportamento Violento no Serviço de Urgência", tendo como Investigadora a Enfermeira Tânia Catarina Costa da Silva.

O Presidente do Conselho de Administração

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

NOTA INTERNA

De: **Rita Reis – Coordenadora Executiva do CIIC** N.º: 2 Data: 06/02/2024 Pág.: 1

Para: **Diretor do Centro de Investigação e Inovação Clínica (CIIC)**

C.c.:

Assunto/Subject: Pedido de estudo: Intervenção do Enfermeiro face ao Comportamento Violento no Serviço de Urgência

O Centro de Investigação e Inovação Clínica (CIIC) informa que o estudo "**Intervenção do Enfermeiro face ao Comportamento Violento no Serviço de Urgência**" proposto pela Investigadora Tânia Silva, obteve os seguintes pareceres: - Parecer do Encarregado da Proteção de Dados: *"Considerando que da documentação remetida e da informação prestada, o estudo não envolve o acesso/tratamento e divulgação de dados pessoais, no âmbito da legislação sobre a matéria de proteção de dados, não se verifica constrangimentos para a realização do mesmo."* - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde: *"Depois de analisados todos os documentos a CE deliberou emitir parecer favorável à realização do estudo."* Relembramos que ao abrigo do Artigo 19.º da Lei da Investigação Clínica, Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, a Investigadora terá de comunicar a conclusão do estudo, assim como disponibilizar os resultados finais sob a forma de relatório final, de publicações ou apresentações. **A Coordenadora Executiva do CIIC**	DESPACHO

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

PARECER TÉCNICO Nº 01 /24

COMISSÃO DE ÉTICA

Para: Centro de Investigação e Inovação Clínica .

Assunto: Estudo 24.2023 – Intervenção do Enfermeiro face a Comportamentos Violentos no Serviço de Urgência - Proponente – Enfª Tânia Catarina Costa da Silva.

Trata se de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e tem como objetivo principal o desenvolvimento e implementação de um protocolo de prevenção e atuação em situações de violência sobre os profissionais de saúde no serviço de Urgência Médico Cirúrgica do

Depois de analisados todos os documentos a CE deliberou emitir parecer favorável à realização do estudo.

P'la Comissão de Ética

Presidente da Comissão de Ética

Data: 30/01/2024

Comissão de Ética: