



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**PROMOÇÃO DA COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NUM
SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Vera Carina da Silva Cerejo Frazão

Leiria, 2025



ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZADA DE SAÚDE MENTAL COM RELATÓRIO FINAL

PROMOÇÃO DA COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NUM
SERVIÇO DE URGÊNCIA: RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Vera Carina da Silva Cerejo Frazão, nº 5230794

Docente Responsável: Prof. Doutor José Carlos Gomes

Orientação: Prof. Doutora Tânia Morgado

Coorientação: Prof. João Gomes

Leiria, 2025

“Mais importante que o destino, é a viagem.”

Eduardo Lourenço (no prelo)

AGRADECIMENTOS

Esta viagem teve início pela mão da minha amiga Débora Antunes. A ela devo a responsabilidade na escolha (tão acertada) desta especialidade. Foste o motor desta viagem.

Nesta só foi possível embarcar pelo apoio incondicional da minha família. Ao meu marido Miguel pelo incentivo constante e ao amor que nos une, o Simão e a Francisca.

Às minhas amigas Maíra, Lenita e Mónica pela compreensão da minha ausência e por terem sempre uma palavra de conforto nos momentos mais difíceis.

Na primeira paragem tive o prazer de conhecer os meus colegas da 4ª edição de Mestrado uma turma heterogénea, especial. Relações que permanecerão para o futuro.

Os diversos pontos turísticos possibilitaram conhecer destinos nunca antes visitados, aos meus orientadores de EC: Manuela Feliciano, Sandrina Cunha, Ana Silva, António Mota, Carla Marques e Marina Pereira, por me mostrarem lugares fantásticos, foram os guias principais desta viagem.

Aos meus colegas e amigos de trabalho por terem confiado e embarcado comigo nesta viagem fantástica em equipa e por me permitirem ser a nossa “Guia Turística”. E ao motorista Luís Salgueiro, pelo seu exemplo de liderança na excelência do exercício da profissão de enfermagem por todo o suporte e aconselhamento.

À Manuela Casaca que fez esta viagem comigo no coração.

Ao enfermeiro Daniel Carvalho por acreditar no meu potencial e não me deixar desistir perante ventos cruzados. E ao professor José Carlos Gomes, por quem tenho elevada estima, pelo exemplo de bondade e humildade.

O caminho iniciou-se ao lado do professor João Gomes, a quem agradeço pela sensibilidade com que conduziu a minha viagem, pela mestria na comunicação e pelo seu exemplo de verticalidade na profissão.

Para terminar a viagem entrou no último apeadeiro a professora Tânia Morgado. Foram os quilómetros mais entusiastas e importantes desta viagem. Com ela tive oportunidade de ver nascer o sol no topo de uma montanha, mergulhar nas águas quentes e transparentes de uma praia paradisíaca e terminar este destino numa esplanada, a comer deliciosos pastéis de Tentúgal...

A todos os que tornaram esta viagem inesquecível... imensa gratidão.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

PMCQCE – Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SU – Serviço de Urgência

CE – Competência Emocional

ST – Satisfação no Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

DM – Doença Mental

IE – Inteligência Emocional

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

EC – Ensino Clínico

APA – *American Psychological Association*

ULS – Unidade Local de Saúde

UIPA - Unidade de Internamento de Psiquiatria Agudos

ECSM - Equipa Comunitária de Saúde Mental

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CM – Contenção Mecânica

EIC - Equipa de Intervenção Comunitária

DMG – Doença Mental Grave

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

PEP – Primeiro Episódio Psicótico

HDP – Hospital de Dia de Psiquiatria

SIC – Segundo informação do cliente

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ESAG – Escala de Satisfação com o Grupo de Trabalho

EVCE – r33 – Escala Veiga de Competência Emocional-reduzida

TPP – Trabalho para Pensar

SPSS – *Statistical Package of Social Science*

RESUMO

O presente relatório, concretizado no âmbito do Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, visa apresentar as competências desenvolvidas para a obtenção do grau de Mestre e do Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). Apresenta-se dividido em três partes: a descrição dos contextos de aprendizagem; a análise crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas de forma a adquirir competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018); a descrição das etapas e os resultados obtidos no desenvolvimento do Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE): *BEmotions*.

Os serviços de urgência (SU) são setores desgastantes dos hospitais (Amaral et al., 2017) e a complexidade dos cuidados de saúde exige aos enfermeiros a mobilização de diversas competências. A competência emocional (CE) emerge como um fator de protetor em situações de elevado stress laboral (Pereira et al., 2022).

O PMCQCE procura promover a CE dos enfermeiros num SU face à satisfação o trabalho (ST) através da intervenção psicoeducacional intitulada “*BEmotions*”. Esta foi constituída por 5 sessões semanais, alusivas às cinco dimensões da CE do construto de CE de Veiga-Branco, com a duração de 90 minutos e a amostra foi composta por 10 enfermeiros.

Os resultados demonstram que os participantes apresentam um nível global de CE moderado. Foram apuradas melhorias, quer na CE, quer na ST após a intervenção psicoeducacional *BEmotions*. Sugere-se a sua replicação noutras unidades e/ou grupos profissionais no âmbito da saúde ocupacional e da promoção da saúde mental e bem-estar no local de trabalho.

Palavras-Chave: enfermeiros, competência emocional, satisfação no trabalho, saúde mental.

ABSTRACT

Developed within the Master Degree and Specialization in Metal Health and Psychiatric Nursing at the School of Health Sciences – Politécnico de Leiria, this report aims to present the acknowledgment acquired for the achievement of the title Master and the title Specialized Nurse in Metal Health and Psychiatric Nursing (SNMHN).

The report is structured into three main sections: a description of the learning contexts; a critical and reflective analysis of the activities undertaken to develop both the general competencies (Regulation No. 140/2019) and the specific competencies of the SNMHN (Regulation No. 515/2018); and a presentation of the stages and outcomes of the Continuous Quality Improvement Project in Nursing Care (CQIPNC), BEmotions.

Emergency departments (EDs) are among the most demanding hospital settings (Amaral et al., 2017), and the complexity of healthcare delivery requires nurses to mobilize a wide range of competences. Emotional competence (EC) has emerged as a protective factor in high-stress professional environments (Pereira et al., 2022).

The CQIPNC aimed to promote EC among nurses working in an ED by addressing job satisfaction (JS) through a psychoeducational intervention BEmotions. The intervention consisted on five weekly sessions, each lasting 90 minutes, based on the five dimensions of EC as defined by Veiga-Branco. The sample included 10 nurses.

The results indicate that participants demonstrated a moderate overall level of EC. Improvements were observed in both EC and JS following the BEmotions intervention. It is recommended that this intervention is to be replicated in other units and/or professional groups within the context of occupational health, and the promotion of mental health and well-being in the workplace.

Keywords: nurses, emotional competence, job satisfaction, mental health.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	iv
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE QUADROS.....	x
ÍNDICE DE TABELAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I - CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM.....	16
1. ENSINO CLÍNICO I - INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA AGUDOS.....	17
2. ENSINO CLÍNICO II - PSIQUIATRIA DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	21
3. ENSINO CLÍNICO III - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	24
PARTE II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	28
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	29
1.1 Domínio da responsabilidade ética e legal.....	29
1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	36
1.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	38
1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	38
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	40
2.1 Deter um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro.....	40
2.2 Assistir a pessoa ao longo do ciclo vital, familiar, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.....	44
2.3 Ajudar a pessoa ao longo do ciclo vital, integrado na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental.....	47
2.4 Prestar cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida.....	54
3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	63

PARTE III - PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	66
1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	67
2. PERCEÇÃO DO PROBLEMA	71
3. PROPOSTA DE MELHORIA	75
4. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS INICIAIS	79
5. PERCEÇÃO DAS CAUSAS DO PROBLEMA	80
6. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES	88
7. VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS.....	95
8. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA.....	104
9. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, EDUCAÇÃO E INVESTIGAÇÃO.....	107
CONCLUSÃO.....	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

ANEXOS I - Autorização de utilização das escalas: Escala de Satisfação com o Grupo de Trabalho/Escala Veiga da Competência Emocional-reduzida EVCE-r33

ANEXO II - Aprovação do estudo pela comissão de ética "Promoção da CE dos Enfermeiros num SU"

APÊNDICES

APÊNDICE I - Sugestão de melhoria parametrização CIPE do Sclenic numa UCC

APÊNDICE II - Formação em serviço "Intervenção em Crise"

APÊNDICE III - Estudos de caso I, II, III

APÊNDICE IV - Intervenção psicoeducacional PEP "Que realidade estou a viver agora?"

APÊNDICE V - Sessão de base psicoeducacional "Entender a Ansiedade"

APÊNDICE VI - Sessão de base psicoeducacional "Saúde Mental no Coração"

APÊNDICE VII - Póster "Promoção da Competência Emocional dos Profissionais de Enfermagem Estratégias de *Team Building*"

APÊNDICE VIII - Póster "A alimentação e a disfagia: dilema ético na prática clínica"

APÊNDICE IX - Intervenção Psicoeducacional *BEmotions*

APÊNDICE X - Descrição estatística completa (análise de dados, análise inferencial) da intervenção psicoeducacional *BEmotions*

APÊNDICE XI - Estudo Viabilidade da intervenção psicoeducacional *BEmotions* na promoção da Competência Emocional dos enfermeiros numa UCC

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Análise de conteúdo da questão aberta sugestões/críticas/comentários à intervenção psicoeducacional *BEmotions*.....101

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra em função das variáveis sociodemográficas.....86
Tabela 2 - Distribuição da amostra em função das variáveis profissionais.....86
Tabela 3 - Medidas descritivas da EVCE-r33 (pré-intervenção).....96
Tabela 4 - Medidas descritivas da EVCE-r33 (pós-intervenção).....96
Tabela 5 - Teste t de amostras emparelhadas para diferença de médias pré e pós-intervenção das Competências Emocionais Globais e suas Dimensões.....96
Tabela 6 - Medidas descritivas da ESAG (pré-intervenção).....98
Tabela 7 - Medidas descritivas da ESAG (pós-intervenção).....98
Tabela 8– Medidas descritivas do Desempenho Global da Equipa de Trabalho.....99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Média das respostas da EVCE-r33 Global e suas dimensões.....97
Gráfico 2 - Extremos e Quartis dos Scores Totais da EVCE-r33 Global e suas dimensões nos momentos Pré e Pós-Intervenção.....97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Ishikawa: identificação dos fatores que levam à insatisfação no trabalho dos enfermeiros (elaboração própria).....80
Figura 2 - Análise SWOT à intervenção psicoeducacional *BEmotions*.....106

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde mental não é recente e durante muito tempo foi visto apenas como um estado de ausência de doença mental. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) veio afirmar que ter saúde mental não corresponde apenas a ausência de doença mental, mas sim a “um estado de bem-estar no qual cada indivíduo realiza o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal do quotidiano, pode trabalhar de maneira produtiva e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (OMS, 2014). Dado o exposto na carta de Otawa (1986, p.1) “as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade”. Constata-se que os pré-requisitos para saúde ainda estão por cumprir nos dias de hoje o que agrava a vulnerabilidade das pessoas e as torna suscetíveis a processos não adaptativos no desenvolvimento do seu projeto de vida, o que as poderá conduzir à doença mental (Quaresma, 2025). Mais recentemente, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável adotados pelos Estados-Membros das Nações Unidas, destaca-se o terceiro, que visa reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento e promover a saúde mental e o bem-estar (Organização das Nações Unidas, 2019).

A doença mental (DM) é “a condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde” (Lei nº 35/2023 de 21 julho, p.3). O recente relatório realizado pela Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (Xavier et al., 2024) refere que é hoje reconhecido que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, especialmente nos países ocidentais industrializados. No mesmo documento é possível verificar que atualmente as perturbações psiquiátricas representam 12% da carga global de doenças em Portugal sendo apenas precedidas pelas doenças cerebrais e cardiovasculares.

A DM é transversal a todas as sociedades, culturas e estratos sociais e afeta o projeto de vida ou longos períodos da vida de uma pessoa. Intervir na doença mental exige profissionais técnica e eticamente qualificados (Quaresma, 2025). Uma vez que os utentes com DM não se restringem aos contextos de prestação de cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria, a motivação de ingresso nesta área de especialidade surgiu pela necessidade de

adquirir conhecimentos, como incremento de competências no desenvolvimento da profissão de enfermagem em contexto de SU.

Nem tudo o que leva os utentes a recorrer aos serviços de saúde é manifestamente “físico” e, na realidade, os enfermeiros são o primeiro elo de contacto na prevenção de situações de sofrimento e doença mental (Maravilha, 2023). Os SU são a porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde para as situações agudas de doença e os contextos privilegiados para o diagnóstico precoce da DM, possibilitando a referenciação atempada, e a prática da *advocacy*¹. “As pessoas com doenças mentais, devido à natureza da sua problemática e aos estereótipos que as rodeiam, têm mais dificuldade em serem reconhecidas a sua capacidade de representar os seus interesses” (Ornelas et al., 2005, p. 54) e, neste contexto, o EESMP poderá, através da *patient advocacy*², influenciar os cargos mais elevados e lutar pelos direitos dos doentes (Emrich et al., 2014), justificando a importância de dotar este contexto clínico de profissionais com competências diferenciadas na área da saúde mental e psiquiatria.

Os SU são considerados setores desgastantes dos hospitais, exigindo dos profissionais, rapidez e precisão nos procedimentos para o socorro e conforto atempado aos utentes e familiares, assim capacidade adaptativa para lidar com situações que englobam a vida, a doença e a morte o que resulta em desgaste físico e mental dos mesmos. A equipa de enfermagem tem elevado nível de envolvimento com o cliente, pela proximidade na prestação de cuidados o que desencadeia estados de ansiedade, tensão física e psicológica (Amaral et al., 2017).

O estudo *NursesMH#Survey2024* demonstrou que os enfermeiros portugueses enfrentam níveis devastadores de desgaste físico e mental. 74,3% percecionam negativamente a sua saúde mental, 30% apresentam sintomas de depressão grave e 45% reportam sofrer de pelo menos uma doença física ou mental. O mesmo revela que estes estão a atingir o limite da exaustão: 91,4% enfrentam disfunção social e quase 20% recorrem regularmente a ansiolíticos e antidepressivos. Metade dos enfermeiros trabalha mais de 70 horas semanais, e 50% não tem fins de semana livres. Em segunda instância estas condições não afetam apenas a saúde dos profissionais, como também comprometem a segurança e o bem-estar dos utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2025).

¹ O termo *Advocacy* não possui tradução em português de uso próprio e ainda existe dificuldade em esclarecer o seu conceito, no entanto este aproxima-se da definição de “defender” ou “advogar” por uma causa (Tahan, 2005).

² O *Patient advocacy* é visto como um processo ou estratégia que consiste numa série de ações específicas para preservar, representar e/ou salvaguardar os direitos dos doentes, os melhores interesses e valores nos serviços de saúde (Ronnebaum, 2015).

Os enfermeiros são considerados um grupo vulnerável ao *burnout*, dadas a exigências quantitativas associadas ao seu trabalho, o ritmo acelerado, sobrecarga de trabalho, sofrimento dos utentes, problemas de colaboração e comunicação na equipa, dificuldade na conciliação trabalho-família, falta de recursos humanos e materiais, entre outros (Hoff et al., 2019; Marôco et al., 2016).

Sendo a enfermagem a categoria profissional da área da saúde com mais expressividade e que vivencia a cultura organizacional hospitalar de forma muito específica, dadas as suas tarefas e interação contante com utentes e outros profissionais de saúde, importa reforçar a prevenção do *burnout* através da inteligência emocional, do *engagement* e do bem-estar no trabalho, com o objetivo de melhorar a saúde mental e a saúde ocupacional dos enfermeiros (Faria et al., 2019).

Face ao exposto a complexidade associada aos cuidados de saúde exige que estes profissionais mobilizem diferentes tipos de competências. Destas, a CE assume-se como um fator de proteção em situações de elevado stress laboral. Este tipo de competência encontra-se associada a outras como a empatia, a resiliência, o suporte social, o cuidar e à ST (Pereira et al., 2022).

A autora Veiga-Branco (2005), focada nos contextos de educação, desenvolveu o seu construto de CE com base no modelo misto de inteligência emocional (IE) de Goleman, contudo assume diferenciação entre os dois conceitos. A IE determina o potencial para aprender competências práticas, enquanto a CE revela até que ponto traduzimos esse potencial em competências profissionais, sendo que a mesma pode ser aprendida (Goleman, 1999). A mesma autora divide a CE em cinco domínios ou capacidades: autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão emocional em grupos (Veiga-Branco, 2005).

Dos indicadores de qualidade existentes na saúde, merece destaque a ST pela importância que tem na vida do trabalhador e no trabalho por ele executado. O conceito clássico de ST remete para uma resposta emocional positiva que resulta da avaliação que os indivíduos fazem do seu trabalho ou das experiências proporcionadas por este (Locke, 1976). Apesar dos estudos realizados por alguns autores demonstrarem que a IE não influencia a ST dos enfermeiros (Seyedi et al., 2021; Rocha et al., 2021), a literatura também evidencia o contrário, referindo existir um impacto direto e significativo da IE na ST dos profissionais de saúde (Güteryüz et al., 2008; Tagoe & Quarshie, 2017; Mohammed & Fekry, 2018; Mohammadi & Yekta, 2018; Jnaneswar, 2019; Gong et al., 2020).

Ao longo da vida, o ser humano confronta-se com diversos desafios e as suas capacidades adaptativas são a chave para a sua resolução. Neste sentido, existem pessoas que perante o seu percurso de vida e o processo de saúde-doença desenvolvem processos adaptativos eficazes, enquanto outros perante os mesmos desafios não os conseguem desenvolver, conduzindo a situações de doença mental, necessitando de ajuda e da intervenção de profissionais de saúde especializados (Regulamento n.º 356/2015). O EEESMP é o profissional que compreende as alterações e a perturbação mental do cliente, o seu sofrimento assim como as implicações decorrentes para o seu projeto de vida (Regulamento n.º 356/2015). A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) é uma área especializada dentro da disciplina e profissão de enfermagem que acresce à prática de cuidados gerais e evidencia maior profundidade de conhecimentos, complexidade de aptidões e intervenções direcionadas no sentido do aumento da autonomia dos clientes. Esta é sustentada na evidência científica, apoiada em teorias de enfermagem, seguindo elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados (PQCE). Alicerçada numa abordagem holística e na relação de ajuda tem em conta as necessidades dos indivíduos, família e comunidades (Regulamento n.º 356/2015).

No âmbito da 4ª Edição de Mestrado e Especialidade em ESMP, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria nos anos letivos 2023/2025, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Tânia Morgado e do Professor João Gomes, surge o presente relatório de estágio, inserido na unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional em ESMP e, que visa a obtenção do grau de mestre e do título de EEESMP, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Os objetivos definidos para este relatório são: a) caracterizar os contextos de aprendizagem da prática especializada em enfermagem de saúde mental; b) realizar uma análise crítico-reflexiva fundamentada sobre o desenvolvimento das competências especializadas definidas pela OE e, c) descrever as diversas fases de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMCQCE) na área de intervenção do EEESMP, evidenciando os resultados obtidos.

No sentido de dar resposta aos objetivos propostos, este relatório encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte é alusiva à descrição e caracterização dos contextos dos ensinamentos clínicos (EC) na sua ordem cronológica. A segunda parte refere-se à análise crítico-reflexiva sobre as atividades realizadas de forma a desenvolver e adquirir as competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e as competências específicas do EEESMP (Regulamento n.

°515/2018). A terceira parte é composta pela descrição do desenho, planeamento, implementação e dos resultados obtidos no âmbito de um PMCQCE sobre a promoção da CE e da ST, dos enfermeiros num contexto de urgência. Por fim, são apresentadas as conclusões e referências bibliográficas.

As fontes de informação utilizadas para a elaboração deste relatório foram obtidas a partir de documentos oficiais, normativos e reguladores da profissão de enfermagem, disponibilizados em repositórios científicos de acesso aberto em Portugal e de bases de dados disponíveis em diferentes motores de busca.

De forma a estruturar a análise crítico-reflexiva foi utilizado o método reflexivo proposto por *Gibbs*, sistematizado em seis etapas: descrição do acontecimento, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação (Ezezika & Johnston, 2023).

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

PARTE I - CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

Os contextos clínicos possibilitam aplicar conhecimentos e atitudes desenvolvidas no plano teórico. São cruciais no desenvolvimento de competências para a prática profissional, pois permitem o desenvolvimento da tomada de decisão em enfermagem, possibilitando ao enfermeiro desenvolver habilidades necessárias para exercer uma prática clínica com confiança, competência e segurança (Chu et al., 2024).

A prática especializada em ESMP decorreu ao longo de três EC, todos inseridos numa Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro de Portugal, mais especificamente, numa unidade de internamento de psiquiatria agudos (UIPA), no período compreendido de 29 abril a 12 julho de 2024; numa equipa comunitária de saúde mental (ECSM), de 9 setembro a 25 outubro de 2024 e numa unidade de cuidados na comunidade (UCC), de 18 novembro a 12 fevereiro de 2025.

Seguir-se-á a caracterização dos diversos contextos, descrição sumária do modelo de organização e funcionamento da unidade, assim como, os principais focos de atenção dos cuidados de enfermagem e âmbito de atuação do EEESMP.

1. ENSINO CLÍNICO I - INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA AGUDOS

O primeiro EC, referente ao internamento de psiquiatria agudos, decorreu numa UIPA - Ala Masculina, de uma ULS da Região Centro de Portugal.

A Lei nº 35/2023 de 21 julho preconiza “a existência de serviços de saúde mental coordenados abrangentes e integrados de forma a assegurar a proximidade e a continuidade de cuidados” e, desta forma, o serviço de psiquiatria e saúde mental está estruturado em várias unidades que incluem unidade de internamento para doentes agudos, consulta externa, equipa comunitária de saúde mental para a infância e adolescência, psiquiatria comunitária e a unidade de internamento de doentes de evolução prolongada de psiquiatria. Todas estas unidades se correlacionam permitindo o tratamento e acompanhamento dos utentes por uma equipa multidisciplinar.

O serviço de internamento de psiquiatria assegura o tratamento de curta duração nos casos em que não há respostas de âmbito comunitário, quer por motivos relativos à natureza ou sintomatologia, quer pela ausência de suporte social adequado, uma vez que, de acordo com a nova Lei de Saúde Mental, a prestação de cuidados de saúde mental deve ocorrer “no ambiente menos restritivo possível, devendo o internamento hospitalar ter lugar como medida de último recurso” (Lei nº 35/2023 de 21 julho, p.3).

No serviço onde foi realizado este EC o circuito de entrada dos utentes dá-se pelo SU, consulta externas de psiquiatria ou por transferência de outros hospitais. No ano de 2024 o número médio de dias de internamento foi de 23,7 dias. Dos 442 utentes internados, nesse ano, 4,3% sofreu reinternamento 30 dias após a alta, 15,6% são internamentos involuntários. Sendo que em 2024, 10 utentes solicitaram alta contra parecer médico. Os principais motivos de internamento foram: doenças depressivas e/ou outras não especificadas psicoses; perturbações bipolares; esquizofrenia; perturbações da personalidade e/ou controlo de impulsos e perturbações orgânicas da saúde mental (dados fornecidos pela instituição, não publicados).

Face à percentagem de reinternamentos no serviço pode perceber-se a possibilidade de existirem problemas na continuidade dos cuidados, indo ao encontro com o descrito no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Xavier et al., 2017). As metas de saúde 2020 relativas à intervenção prioritária na SM apontavam para a necessidade de aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos cuidados de saúde primários (CSP) devendo haver uma referenciação

mais fluida e articulada com os CSP e com as unidades integrantes da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde Mental.

A equipa multidisciplinar era composta por 15 médicos psiquiatras, 23 enfermeiros, um psicólogo, um técnico superior do serviço social, 14 técnicos auxiliares de saúde, um assistente técnico e um vigilante. Esta unidade é composta por duas alas, feminina e masculina e dispõe de 43 camas de internamento. Dos 23 enfermeiros, 9 tinham o título de especialista em ESMP.

Diariamente a equipa de enfermagem da ala masculina era composta por dois enfermeiros no turno da manhã (esporadicamente três), dois no período da tarde e um no período da noite, sendo que neste turno existia um vigilante em permanência e que dava apoio às duas alas, quando necessário.

A metodologia de trabalho era individual e o EEESMP desenvolvia intervenções de âmbito psicoterapêutico, psicoeducacional, socioterapêutico e psicossocial aos utentes que lhe são atribuídos diariamente, de acordo com o plano de cuidados decorrente do processo de enfermagem. O EEESMP realizava consultadoria perante a equipa de enfermagem e fazia coordenação da mesma.

Embora não existisse um plano semanal de atividades existia o esforço por parte da equipa, e de acordo com a disponibilidade da unidade e iniciativa do EEESMP, em realizar passeios terapêuticos ao exterior e treino de competências sociais nas saídas ao bar do hospital. Poderia ser dada resposta a esta lacuna com o incremento de um EEESMP nos turnos da manhã, o que possibilitaria a criação de um plano semanal de atividades terapêuticas, incluindo os utentes de ambas as alas, tendo em conta as necessidades mais prementes e de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados.

A unidade não se regia por nenhum referencial teórico de enfermagem. O sistema informático para documentação e consulta dos dados clínicos utilizado era o *SClinico* e a taxonomia de enfermagem utilizada era a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) recomendada pela OE. Os focos de enfermagem mais prevalentes na unidade, relativos aos diagnósticos de saúde mental eram ansiedade, uso de substâncias, *coping*, tentativa de suicídio, gestão do regime terapêutico, agitação, delírio, alucinação, autocontrolo, tristeza e insónia. No momento não existia na unidade um projeto estruturado de saúde mental, existia apenas uma proposta de um PMCQCE referente a uma intervenção psicoterapêutica no âmbito da esfera da prevenção dos comportamentos suicidários que poderá vir a ser implementado futuramente.

Os utentes poderiam ser internados de forma involuntária, pela aplicação do enquadramento legal específico (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho). O tratamento involuntário de urgência acontece quando há perigo eminente para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio ou de terceiros, nomeadamente por deterioração aguda do estado da pessoa com doença mental, sendo este “orientado para a recuperação integral da pessoa, mediante intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial”. E deve ser substituído “por tratamento em ambulatório logo que aquele deixe de ser a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito” (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho).

No âmbito dos cuidados da especialidade de saúde mental e psiquiatria a segurança dos utentes constitui-se como um desafio, uma vez que para além dos riscos conhecidos e partilhados com as restantes áreas de cuidados da saúde, há riscos próprios decorrentes de particularidades da especialidade que se prendem com a apresentação das suas patologias. Este risco afeta não só o indivíduo como outros utentes, profissionais de saúde, familiares/cuidadores. Neste contexto é de extrema importância a correta identificação de potenciais riscos e ações preventivas para garantir a segurança (Correia et al., 2020). Os riscos frequentemente identificados são a violência física (Briner & Manser, 2013; Gilbert et al., 2011; Rimondini et al., 2019), o risco de autoagressão e a tentativa de suicídio (Briner & Manser, 2013; Gilbert et al., 2011), os riscos associados à toxicod dependência e ao contrabando de drogas (Briner & Manser, 2013).

Face ao exposto, a unidade funcionava à porta fechada e a circulação dos utentes era condicionada mediante autorização dos profissionais. As saídas ao exterior ocorriam com a autorização da equipa multidisciplinar e, quando devidamente justificadas para licenças de ensaio, realização de exames complementares de diagnóstico ou saídas de âmbito terapêutico. Existiam regras e normas rígidas relativas aos pertences dos utentes, relativamente a objetos corto-perfurantes que pudessem ser autolesivos e os utentes apresentavam-se com roupa hospitalar, segundo os profissionais, de forma a minimizar o risco de fuga.

Na unidade eram utilizadas medidas coercivas “para prevenir ofensa grave e iminente ao corpo ou à saúde da pessoa carecida desses cuidados ou de terceiro” (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho). Incluía a contenção ambiental, física, mecânica ou química, que só poderiam ser utilizadas como último recurso, por um período limitado à sua estrita necessidade, sendo expressamente prescritas por um médico e que implicavam uma monitorização clínica contínua de forma a salvaguardar a segurança da pessoa (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho). Atendendo a que na unidade não existiam quartos de isolamento devidamente preparados para situações de agitação

psicomotora, a contenção ambiental seria uma medida alternativa interessante à contenção mecânica, como por exemplo investir numa “sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica” (Direção Geral da Saúde, 2011, p. 3).

Os equipamentos de contenção mecânica (CM) eram utilizados de forma personalizada tendo em conta as boas práticas de acordo com a orientação nº 021, de 06/06/2011 – “Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente”, documento que serviu de referência para elaboração do procedimento interno da unidade “Utilização de imobilizadores para contenção mecânica”. Foi interessante refletir sobre esta temática, tornando-se esta numa experiência positiva.

O uso de CM tem sido motivo de discussão e controvérsia entre os profissionais de saúde. Estudos inferem que alguns enfermeiros associam esta prática a algo desagradável, desafiante e com riscos associados, experienciando sentimentos de culpabilização ou discórdia quando as utilizam (Gandhi et al., 2018; Vedana et al., 2018). Os métodos tradicionais de contenção, da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, têm vindo a ser substituídos por medidas mais empáticas e abordagens menos coercivas sendo já frequente a prática de técnicas de *de-escalation* (Stubbe, 2023). Esta técnica requer a existência de uma relação terapêutica e de confiança entre o utente e o profissional de saúde, e pressupõe que o utente esteja verbalmente envolvido em todo o processo, de forma a que se consiga diminuir o estado de agitação e agressividade através das técnicas verbais de *de-escalation*.

Conclui-se que a contenção mecânica é vista como último recurso e que a equipa está desperta para este procedimento, tendo em conta que as atitudes e habilidades de comunicação terapêutica dos profissionais se evidenciam como primordiais neste contexto.

2. ENSINO CLÍNICO II - PSIQUIATRIA DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

O EC II foi realizado numa equipa de intervenção comunitária (EIC), integrada numa unidade de psiquiatria e saúde mental, de uma ULS da Região Centro de Portugal. Pensada no ano de 2011 esta EIC iniciou funções em 2018. Este foi um projeto financiado ao nível de recursos materiais e tem como principal objetivo a articulação com os cuidados de saúde primários (CSP). Esta equipa visa "desenvolver, melhorar e otimizar os cuidados prestados na área da Saúde Mental aos utentes adultos da área de influência do CHL, com especial incidência sobre a população com doença mental grave³ (DMG)" (Borges, 2019) e tratou-se de um programa de apoio "orientado para as necessidades do doente de psiquiatria e saúde mental, ao favorecer o retorno a uma vida o mais normal possível, longe do internamento hospitalar" (Laureano, 2019). As atividades desenvolvidas por esta equipa focaram-se na intervenção em crise, consultadoria aos CSP e consultas de enfermagem e/ou avaliações sociais, denominadas como intervenção multidisciplinar, no domicílio junto de utentes com DMG com potencial de recuperação. As referenciações eram realizadas por e-mail, tendo origem no SU, internamento, consulta externa ou dos CSP.

O Plano Nacional de Saúde Mental preconiza que a composição das equipas comunitárias de saúde mental sejam multidisciplinares com forte participação de enfermeiros e de outros técnicos não-médicos como assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros relevantes (Direção Geral da Saúde, 2017).

Estas devem partilhar com os CSP e com outras estruturas da comunidade a responsabilidade pelos cuidados às pessoas com doenças psiquiátricas mais comuns, baseando-se num regime de colaboração e consultadoria, cabendo a estas a responsabilidade pela prestação direta de cuidados à pessoa com doença mental grave através de terapeutas de referência ainda que com a colaboração dos profissionais dos CSP (Diário da República, 2008; Conselho Nacional para a Saúde Mental, 2009; Diário da República, 2009).

A distribuição dos casos ao EEESMP na EIC era realizada tendo em conta a área geográfica atribuída e o modelo gestor de caso na figura do terapeuta de referência ficando este responsável pela gestão de cuidados ao utente, tendo em conta a rede de saúde comunitária e o acesso aos serviços de saúde. Este EC possibilitou também a passagem pelas áreas de unidade de

³ DMG é definida como a “doença psiquiátrica que, pelas suas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou continua a funcionalidade da pessoa” (decreto lei nº 8/2010, p.258) esta compromete as capacidades e competências na realização de tarefas de subsistência, nas relações e na participação na vida em sociedade com repercussões na qualidade de vida (Guhne et al., 2015).

ambulatório da consulta externa e pela consulta de apoio domiciliário, promovendo o contacto com o maior número de situações, a avaliação do estado mental, a identificação das necessidades, a definição dos diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais e psicossociais e, intervenções farmacológicas incluindo a administração de injetáveis.

Esta equipa encontrava-se em reestruturação, dada a legislação sobre organização de serviços de saúde mental (Decreto-Lei nº 113/21), que define a reconfiguração da organização dos serviços de saúde mental baseada no princípio da setorização do território, com expansão das Equipas Comunitárias de Saúde Mental. A setorização desta EIC desenvolvia-se de forma faseada e a distribuição estava a ocorrer por quatro áreas geográficas, que abrangiam aproximadamente entre 50.000 a 100.000 habitantes cada, sendo que a equipa de enfermagem era constituída por 6,5 EEESMP e se mostrava insuficiente para dar resposta às necessidades desta população uma vez que teriam de ficar, no mínimo, 2 enfermeiros alocados a cada setor, perfazendo a necessidade de 8 EEESMP. Uma das estratégias a adotar passaria por transferir os utentes da consulta de enfermagem e domiciliária que se encontrem estáveis e sem potencial de recuperação funcional, para os CSP, deixando os utentes com situações mais complexas à responsabilidade da equipa comunitária de saúde mental.

Durante décadas, a DMG implicou longos internamentos e níveis de incapacidade elevados com impacto relevante sobre a pessoa, família e sociedade, destacando-se a esquizofrenia devido ao seu impacto funcional. Estima-se que 1% da população sofra de esquizofrenia, sendo esta responsável por um índice maior de anos vividos com incapacidade (OMS, 2008). Segundo estes dados e tendo em conta que a atividade da equipa comunitária de saúde mental é direcionada para intervenção nos contextos onde a pessoa se insere, quer na sua estabilização clínica, quer na maximização da sua autonomia, o papel do EEESMP tem como princípios o *recovery*⁴ e o *empowerment*, ambos com repercussões positivas na qualidade de vida da pessoa e da comunidade. Manter a pessoa integrada no seu meio, onde o EEESMP se destaca enquanto terapeuta de referência, é crucial para a prestação de cuidados de qualidade com ganhos efetivos em saúde (Martins et al., 2021).

O Coordenador Nacional das Políticas de Saúde Mental, Miguel Xavier, no Encontro Europeu das Equipas Comunitárias de Saúde Mental, que decorreu em novembro de 2024, realçou a

⁴ O processo de *Recovery* (reabilitação/recuperação) é definido como um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade, através da reaquisição de papéis sociais significativos ao nível do emprego, da educação ou da família (Duarte, 2007).

importância das equipas comunitárias, face à redução de internamentos e readmissões, garantindo que, até março de 2025, as 40 equipas previstas no Plano de Recuperação e Resiliência estariam todas no terreno (Xavier, 2024).

Segundo os dados apresentados sobre um estudo que analisou o trabalho de quatro equipas comunitárias de saúde mental de adultos (Chaves, Ourém, Viseu-Dão Lafões e Baixo Alentejo) conclui-se que estas equipas diminuíram o número de internamentos e readmissões (redução de 25,8% no número de dias de internamento hospitalar e de 13,2% na taxa de reinternamentos) (Gaudêncio, 2024). Apesar do impacto das mesmas gerar efeitos positivos adicionais para a sociedade “difíceis de quantificar” o retorno de cada euro investido nestas equipas (mudança ou benefício social obtido), alcança os 4,80 euros, no cenário-base real. Em cenários simulados, o benefício chega a alcançar 12,4 euros. Essa redução, referem os dados, gerou uma poupança de cerca de 3,4 milhões de euros no período analisado (Gaudêncio, 2024).

3. ENSINO CLÍNICO III - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O EC III decorreu numa UCC, integrada numa ULS da Região Centro de Portugal.

No ano de 2009 com a reforma dos CSP houve necessidade de reorganização dos serviços de saúde, criando novas estruturas, tendo como ponto de partida os serviços de saúde existentes e os profissionais que os integravam e com a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Destas unidades funcionais constam as unidades de saúde familiar, as unidades de cuidados de saúde personalizados, as unidades de cuidados na comunidade, as unidades de saúde pública. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (Ministério da Saúde, 2008).

Às UCC compete prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro). Na infraestrutura onde está implementada a UCC, está sediada a Unidade de Saúde Pública e duas Unidades de Saúde Familiar.

A UCC, onde foi realizado o EC III, tem como área geográfica de influência 626,15 Km² e era composta por 52 mil habitantes, num concelho dividido em 13 freguesias. O número de utentes abrangidos por esta UCC era de 51.316 indivíduos. Esta UCC tinha como visão ser uma unidade de referência, constituída por uma equipa multidisciplinar de intervenção comunitária, dinâmica e ambiciosa na prática de cuidados de saúde de excelência. Para tal, defendia como missão a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A equipa técnica multidisciplinar era constituída por enfermeiros das diversas áreas de especialidade (saúde mental e psiquiatria, médico-cirúrgica, reabilitação, saúde infantil e pediatria, saúde comunitária e enfermeiros generalistas), fisioterapeuta, assistente social, psicóloga, higienista oral e assistente técnico.

A carteira de serviços era definida tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade abrangida e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (Direção Geral da Saúde, 2022).

Tendo em conta que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e de morte prematura (Xavier et al., 2024) urge implementar medidas e modelos de intervenção que consigam dar resposta a estes novos desafios e necessidades para as sociedades, que durante muito tempo basearam a prestação de cuidados quase exclusivamente em hospitais psiquiátricos.

De acordo com Neves (2012) “na comunidade estarão os problemas todos, pois é na comunidade que as pessoas estão inseridas” (p.300). Grande parte da população que recebe cuidados de saúde mental fá-lo no âmbito dos CSP, sendo que nas últimas décadas têm havido esforços contínuos para melhorar a saúde mental dos portugueses e os CSP têm registado envolvimento considerável com impacto evidente na acessibilidade aos cuidados de saúde (Almeida, 2018). A saúde mental, no contexto comunitário é vista como uma estratégia global que incorpora um conjunto de intervenções, com o objetivo de valorizar fatores protetores da saúde mental e reduzir os fatores de risco. Este envolve toda a sociedade, grupos sociais, grupos de risco, indivíduos ou comunidades, intervindo na pessoa, família, grupo ou comunidade, ao longo do ciclo de vida. A intervenção poderá ser realizada na unidade de saúde, domicílio, estabelecimento de ensino, empresa, lar, centro de dia ou local comunitário (Marques et al, 2023).

A referenciação nessa UCC poderia ser realizada pelos profissionais dos CSP, por outras entidades da comunidade ou por iniciativa própria do indivíduo. A ferramenta informática utilizada de apoio à documentação era o *SCLínico* e a taxonomia de enfermagem utilizada era a CIPE. Relativamente ao projeto de Saúde Mental, este tinha como atividades:

- Consulta de Enfermagem a pessoas/famílias com problemas a nível de Saúde Mental;
- Intervenção em grupo para pessoas com necessidades em saúde mental;
- Intervenção no âmbito da saúde escolar;
- Intervenção de promoção de saúde mental e de aumento da literacia em saúde mental, na comunidade;
- Articulação com os recursos da comunidade/serviços de saúde da ULS;
- Intervenção de promoção de saúde mental no local de trabalho.

O modelo que sustentava a prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica era o de Hilgard Peplau, através da Teoria das Relações Interpessoais. Este enfatiza que a relação enfermeiro-utente deve ser baseada na empatia, no respeito, na confiança, na comunicação eficaz e na compreensão das necessidades e perspetivas do utente. Segundo Peplau, o enfermeiro deve atuar como um facilitador, ajudando o utente a lidar com sua situação de saúde e promovendo o seu autoconhecimento e autonomia (Peplau, 2016). Esta relação é dinâmica e pode mudar ao longo do tempo. São identificadas quatro fases na relação enfermeiro-utente: a fase de orientação, a fase de identificação, a fase de exploração e a fase de resolução. Cada fase tem suas próprias características e objetivos e a transição entre as fases é influenciada pela interação entre o enfermeiro e o utente (Peplau, 2016).

Esta teoria tem sido muito influente na enfermagem, especialmente na enfermagem psiquiátrica e na promoção do cuidado centrado na pessoa. A ênfase na importância da relação enfermeiro-paciente tem levado a um maior foco na comunicação eficaz, na empatia e no envolvimento dos utentes no seu próprio cuidado (Peplau, 2016).

Os critérios de referenciação para a consulta de enfermagem de saúde mental baseavam-se nos diagnósticos de enfermagem como ansiedade, humor deprimido, apoio ao luto, dificuldade na gestão do stress, stress do prestador de cuidados, *coping* ineficaz, dificuldade de adesão e gestão do regime terapêutico, dificuldade em adaptação à etapa do ciclo de vida/situações de crise, comunicação familiar alterada e os problemas ligados ao álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas.

No âmbito da saúde escolar, a intervenção dos EEESMP na UCC tinha particular relevância e destaque. A equipa de intervenção comunitária da UCC era responsável pela promoção da saúde na infância e adolescência, dando resposta ao Plano Nacional de Saúde Escolar emanado da Direção Geral da Saúde (2015).

Os projetos no âmbito da saúde mental em contexto escolar implementados na UCC eram:

- “+ **contigo**” – projeto (nacional) tem como finalidade a promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa;
- “**SerPositivaMente**” – projeto local – criado pelas EEESMP da UCC, tem como finalidade a promoção da literacia em saúde mental ao longo da escolaridade, capacitação e treino da comunidade educativa para estratégias de autoconsciência e de reconhecimento de necessidade de pedido de ajuda em problemática do foro ansioso;

- “# AMA_TE” – ação de literacia em Saúde, tem como finalidade a promoção da literacia para a saúde, na área da sexualidade e dos afetos;
- “**Dorme Bem. Vive Melhor!**” - projeto local – Equipa Local de Saúde Escolar da UCC tem como finalidade promoção da literacia na área dos hábitos saudáveis de sono e repouso, com estratégias para a adequação ao longo da escolaridade e a capacitação da comunidade educativa para estratégias de repouso e adoção de hábitos de sono saudáveis.

Relativamente aos indicadores de saúde mental o “stress do prestador de cuidados” era o único indicador contabilizado, ao nível nacional para esta área de especialidade na UCC. Para dar resposta a este indicador existia um projeto para prestadores de cuidados informais, intitulado “*CuidarMente*”, que tinha como objetivo ajudar os familiares das pessoas com doença crónica a melhorarem o seu conhecimento sobre saúde mental e a identificar e desenvolver estratégias de resolução de problemas. No período do EC, este projeto não estava a decorrer visto que o último terminou antes do início do EC.

Anterior à criação da ULS, da qual a UCC atualmente faz parte, existia o projeto intitulado “*CriativaMente*”, que tinha como objetivo geral a promoção da saúde mental e bem-estar no local de trabalho para todas as unidades funcionais do agrupamentos de centros de saúde e, é com pesar o abandono do mesmo, uma vez que são recordados bons momentos de partilha conjunta dada a possibilidade de interação entre os profissionais das diferentes unidades com ganhos na cooperação e relacionamentos positivos.

Por via da contratualização de 2024, foi definida a área da Satisfação dos Profissionais integrada na contratualização da tabela acordada dos indicadores institucionais nesta UCC. Assim, foi identificada a necessidade de dar resposta ao indicador “Monitorização da avaliação da Satisfação dos Profissionais”, tendo sido elaborado um PMCQCE na dimensão Satisfação dos Profissionais denominado “*AtivaMente*”, com os objetivos de promover a coesão da equipa e a satisfação profissional.

PARTE II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A autora e teórica de enfermagem Patricia Benner descreve cinco níveis de aquisição de competências na carreira dos enfermeiros, que vão desde iniciado a perito. A sua teoria fundamenta-se na aquisição de competências através do percurso formativo teórico aliado ao know-how do conhecimento prático. Esta afirma que os enfermeiros peritos desenvolvem os seus conhecimentos tendo em conta um conjunto de habilidades obtidas através de experiências vivenciadas ao longo do tempo, o que lhes proporciona mais confiança, aumento do pensamento crítico e por sua vez uma prestação de cuidados mais personalizado e holístico (Benner, 1989).

Considerando a enfermagem uma ciência humana prática (Meleis, 2012), os contextos de EC são cruciais para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, especificamente em Enfermagem de saúde mental, de acordo com o Regulamento n.º 515/2018.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Atualmente os cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de enfermagem, assumem cada vez maior importância pela sua exigência técnica e científica, sendo que a diferenciação através da especialização é uma realidade que abrange a maioria dos profissionais de saúde. Neste sentido, as competências dos enfermeiros especialistas incluem dimensões de educação ao cliente e aos pares, aconselhamento, liderança e a realização de investigação que permita melhorar a prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

Os domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas são: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal, b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

1.1 Domínio da responsabilidade ética e legal

O confronto com questões éticas e legais ao longo dos diversos ensinamentos clínicos conduziu a um questionamento frequente perante várias situações e a desconstrução de ideias preconcebidas, o que possibilitou o desenvolvimento do domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

A ética diz respeito ao sentido de “procura de uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas” (Ricoeur, 1990, p. 211). É através da análise ética com recurso a princípios, evidência científica e pareceres que podem ser suportadas determinadas decisões da prática clínica. “(...) os enfermeiros, a quem é pedido que cuidem da vida e da saúde das pessoas, vivem, no plano profissional, problemas éticos que são constantemente chamados a resolver, muitas vezes num curto espaço de tempo. Mesmo quando existem critérios de referência, permitindo a análise destas situações, a opção final será sempre e em última instância, uma decisão pessoal.” (Vieira citada por Marques, 2007, p. 46).

Existem diversos modelos de apoio à tomada de decisão ética o mais estudado foi o algoritmo de tomada de decisão ética em enfermagem proposto por Morgado e colaboradores (2019) e que se baseia no modelo de Janet Matthew. Este pretende constituir-se como um “instrumento de bolso” essencial à prática clínica dos enfermeiros.

Existem diversos mecanismos normativos que protegem os direitos da pessoa com doença mental, desde a constituição da OMS (1946); a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948); a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência (1975); os Princípios para a

Proteção dos Doentes Mentais e a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental (1991); a Lei de Saúde Mental n.º 36/98 (1998); a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006); os cuidados continuados integrados de saúde mental, Decreto-lei n.º 136/2015, de 28 julho (2015), entre outros, até à atualidade com a Lei de Saúde Mental, Lei n.º 35/2023 de 21 julho (2023). No entanto as violações dos direitos humanos de pessoas com doença mental são um fenómeno mundial, hoje considerado uma emergência de saúde global pela OMS, podendo ocorrer quer na comunidade, quer em hospitais e instituições de saúde mental (OMS, 2019). Estas podem estar relacionadas com a contenção física e mecânica, o internamento involuntário, a medicação excessiva ou sobredosagem e a existência de instituições sem estímulos, que promovem o tédio e o isolamento social (Quaresma, 2025).

A legislação que protege os cidadãos vulneráveis, entre os quais as pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, reflete uma sociedade desenvolvida em valores de respeito e cidadania que respeita e cuida do seu povo (OMS, 2005). Contudo a presença de legislação de saúde mental, em si mesma, não garante sempre o respeito e a proteção dos direitos humanos.

Dado o enquadramento legal atual, Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, os utentes com doença psiquiátrica podem ser internados de forma involuntária em serviços de internamento de psiquiatria. No âmbito do EC I os utentes eram também internados voluntariamente, num serviço de internamento de psiquiatria de agudos. Esse serviço funcionava “à porta fechada” para ambos os tipos de internamento, constatando-se que os limites ao princípio do respeito pela autonomia e à liberdade individual ainda imperam nos contextos de internamento.

Sendo o internamento de psiquiatria fundamental para o tratamento adequado de pessoas com perturbações mentais, garantindo um ambiente seguro e controlado, com a prestação de cuidados especializados e contínuos por parte das equipas multidisciplinares, estas pessoas respondem a um conjunto de normas e regras, nomeadamente o corte com o contacto com o exterior e a posse de bens pessoais, como a privação do telemóvel, de alguma forma contraditória no respeito pelos princípios da dignidade e autonomia.

De acordo com o parecer N.º 6/2013 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, relativo aos procedimentos de enfermagem na especialidade de saúde mental e psiquiátrica, a capacidade jurídica da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental mantém-se em situação de internamento em unidades de psiquiatria, assegurando que o utente internado mantém os mesmos direitos reconhecidos aos internados nos hospitais gerais (Parecer n.º 6/2013 da Ordem dos Enfermeiros, (2013).

Sendo que prevalecem os princípios da plenitude dos direitos fundamentais, assim como o princípio da não discriminação, assegurando-se a manutenção da cidadania do utente mesmo em situação de internamento/internamento involuntário. As limitações impostas restringem-se ao enquadramento da Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, relativa ao tratamento involuntário, sendo que este “cessa logo que cessem os pressupostos que o justificaram” (Lei n.º 35/2023, p.12).

Se por um lado a prestação de cuidados aos utentes numa fase aguda da sua doença pode implicar tomar decisões que interferem com a sua liberdade e autonomia, comprometendo a capacitação do utente (Correia, 2018; Rimondini et al., 2019), por outro lado, considera-se que a pessoa com doença mental internada deveria gozar de todos os direitos que as pessoas internadas noutros serviços gozam, (excetuando aqueles que estão condicionados pelo enquadramento legal da Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, no que respeita à saída ao exterior), o que pode configurar uma forma de discriminação e que é normalizada em saúde mental. Questionando-se a legitimidade destas regras e normas e, a sua influência na perpetuação do estigma.

Tendo em conta a segurança e a necessidade de cuidados de saúde mental que as pessoas internadas apresentam, muitas vezes condicionados por fatores inerentes à própria doença (como o baixo *insight* sobre a mesma), esta reflexão ética foi alicerçada nos princípios do respeito pela autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça, subjacentes ao Modelo Principlista (Beauchamp & Childress, 2019) e nos princípios do Modelo Principlista Europeu (Rendtorff & Kemp, 2019), que integra os princípios éticos da autonomia, dignidade, integridade e vulnerabilidade. Neste contexto, são sugeridas recomendações no sentido do equilíbrio entre a gestão do risco e a promoção da autonomia (Correia, 2018; Rimondini et al., 2019). Sendo de ressaltar que o internamento involuntário e as medidas compulsivas podem desempenhar um papel iatrogénico, contribuindo para o compromisso da futura adesão ao tratamento por parte do utente (Correia et al., 2020).

Conclui-se, pela análise dos estudos identificados no artigo de Correia e colaboradores (2020) que a gestão do risco em saúde mental difere da gestão do risco nos restantes serviços de saúde, apresentando riscos próprios no âmbito da segurança como é o caso do suicídio durante um internamento psiquiátrico, risco de fuga ou o de contrabando de substâncias psicoativas, nestes serviços de saúde. Torna-se necessário encontrar estratégias para a gestão da segurança das pessoas internadas em serviços de psiquiatria, nomeadamente a avaliação do risco na entrevista

de avaliação inicial, através de instrumentos específicos; a realização de uma anamnese aprofundada e a negociação de contratos terapêuticos (Briner & Manser, 2013).

Durante o EC I observou-se que existe preocupação por parte dos profissionais, associada ao uso da roupa hospitalar, pelo risco de fuga. Uma vez que uma fuga pode ter graves consequências como suicídio ou agressão (Briner & Manser, 2013). De acordo com o Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 03/2023 não existe evidência que o uso de roupa hospitalar reduza o risco de fuga ou risco de suicídio, sendo que manter o utente com roupa hospitalar parece interferir negativamente na avaliação clínica dos utentes, principalmente nos que apresentam diagnóstico de Perturbação Depressiva Major. Assim, apesar das justificações válidas dos profissionais sobre o baixo rácio de recursos humanos e a cultura organizacional como perpetuadora na mudança de opiniões relativa à utilização da roupa dos utentes, apesar desta não ser proibida poderia ser incentivada, não descuidando o direito à segurança (na triagem de vestuário sem adornos, peças metálicas, atacadores), uma vez que promove o direito à identidade pessoal e o autocuidado.

No local onde se desenvolveu o ECI, constatou-se que era permitido fumar dentro da unidade, para tal existia uma sala apropriada. De acordo com o Artigo 4.º da Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, a Lei prevê a possibilidade de a pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental fumar nos Serviços de Saúde Mental e Psiquiatria, uma vez que na ausência de prescrição médica de terapêutica de substituição de nicotina os utentes apresentam risco de apresentar sintomas de abstinência do tabaco (como irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, insónia, entre outros). Relativamente ao Parecer da Mesa do colégio da Especialidade de enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica n.º 07/2023 cabe aos enfermeiros dar uma resposta efetiva ao diagnóstico de Enfermagem “Abuso do Tabaco” e realizar as intervenções necessárias para prevenir o surgimento de sintomas de abstinência, garantindo o bem-estar e conforto dos utentes, devendo este salvaguardar o bem comum e a segurança dos demais.

Esta situação foi merecedora de reflexão. As pessoas com DMG apresentam vulnerabilidade biológica à adição da nicotina e têm juízo crítico diminuído para os malefícios do tabaco, além dos problemas económicos, do fraco apoio social e de maior probabilidade de desenvolverem perturbações de uso de substâncias, existindo também evidência de que estes utentes recebem menos aconselhamento e menor incentivo à cessação tabágica. Contudo, o sucesso das intervenções nestes utentes é semelhante aos fumadores da população geral.

Os profissionais partilham crenças erróneas sobre os utentes e perpetuam o hábito tabágico, uma vez que fumar funciona como uma forma de ocupar o tempo e de gerir a ansiedade e o stress, relativizado o uso do tabaco frente a outros problemas clinicamente significativos. Conclui-se que é importante responder ao diagnóstico “Abuso do Tabaco” como forma de respeito pela autodeterminação da pessoa e pelas características atribuídas à DMG, assim como implementar intervenções de enfermagem que promovam conforto e bem-estar. No entanto, deveria existir maior investimento na consulta de cessação tabágica, enquadrada nos serviços de saúde mental e psiquiatria, com recurso a psicoterapia cognitivo comportamental, entrevista motivacional e à terapêutica de substituição de nicotina, sendo que 70% a 80% das mortes de pessoas com DMG são atribuídas a doença física (Jackson et al., 2015; Šagud (2018). À semelhança de outros países europeus, as hospitalizações poderiam servir de força motora para a cessação tabágica, encorajando o utente a reduzir o consumo, mas tal exige uma mudança de mentalidade acerca da pessoa com DMG e do paradigma na psiquiatria em geral (Valido et al., 2021).

Relativamente ao contexto de intervenção comunitária, foi realizada reflexão no âmbito da nova Lei de Saúde Mental, nomeadamente sobre o internamento involuntário e sobre a transgressão de limites da relação terapêutica.

Das intervenções realizadas pelo EEESMP, a maioria são motivadas pelo abandono e não adesão ao regime terapêutico. Durante as intervenções em crise foi possível observar que os utentes após resolução do internamento involuntário pelo tribunal, segundo o enquadramento legal específico (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho) alegam o princípio da autonomia, não tendo o dever de cumprir com a medicação prescrita contra a sua vontade.

É certo que o novo modelo de tratamento involuntário aproximou Portugal da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, mas ainda divide opiniões. Se por um lado não basta o médico considerar que o utente não tem *insight*⁵ para aceitação do seu estado de saúde, e que isso está a deteriorar o seu estado clínico, há que esperar por uma situação de perigo, difícil calcular, levando a uma associação entre a DM e a perigosidade: “É como se só valesse a pena tratar os perigosos. Para mim, não tem sentido dizer a uma pessoa que está gravemente doente e não tem capacidade para decidir: vá lá, porque não constitui perigo.”, “Ficando para trás as

⁵ O termo *insight* é definido como uma menor ou maior consciência relativo ao fato de estar doente, apresentar sintomas ou algum prejuízo psicossocial, podendo influenciar significativamente a evolução da própria doença nomeadamente a adesão ao tratamento (Cely et al., 2011; Yen et al., 2005).

mulheres que normalmente não são tão agressivas” (Sofia Brisos, psiquiatra no Pólo Júlio de Matos da Unidade Local de Saúde de São José, em Lisboa, e perita do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses).

Já Miguel Xavier, coordenador nacional das políticas de saúde mental, discorda “totalmente”, “Os princípios fundamentais são a gravidade e a proporcionalidade”. Referindo que os conceitos mudaram, mas os critérios mantiveram-se (Pereira, 2024).

Paula Campos Pinto, coordenadora do Observatório da Deficiência e Direitos Humanos, lembra que “internacionalmente há um movimento de pessoas que se dizem sobreviventes dos serviços de psiquiatria que contesta vivamente o internamento involuntário”. A lei reforçou o respeito pela autonomia e pelos direitos dos utentes, mas “há ali coisas que continuam, embora mais moderadas, há um caminho a fazer”. Miguel Xavier atribui os problemas relacionados à saúde mental à falta de respostas, como as equipas comunitárias e não devido à lei de saúde mental “que está ao nível daquilo que se faz na Europa” (Pereira, 2024).

Neste contexto, observa-se uma atitude paternalista por parte dos profissionais de saúde, ancorada nos princípios da beneficência e da não maleficência. Sendo que a relação psicoterapêutica estabelecida com o utente é, na maioria das vezes, o único recurso que traz benefícios para a alteração desta situação.

Durante uma das intervenções multidisciplinares realizadas sentiu-se que poderia existir uma transgressão dos limites da relação terapêutica. Após a leitura mais aprofundada sobre as fronteiras da relação enfermeiro-cliente, conclui-se que uma fronteira indica um limite e determina os limites aceitáveis (Townsend, 2009). Existem diversas fronteiras materiais, sociais, pessoais, profissionais, sendo que as barreiras relacionadas com as fronteiras profissionais são as que mais colocam questões. Estas referem-se à autorrevelação, às oferendas, ao toque e à associação romântica ou amizade (Townsend, 2009).

Convidar um utente para partilhar uma mesa no café foi a abertura necessária para conseguir estabelecer relação com o mesmo e, deixar que nos receba numa próxima visita para cumprir com o seu plano terapêutico. Este comportamento profissional poderia ter sido avaliado como uma transgressão de limites, contudo constituiu-se como uma estratégia utilizada para manter a relação psicoterapêutica.

Através das características pessoais do profissional demonstradas pela sua amabilidade e disponibilidade e, tendo em conta as necessidades específicas do utente, foi implementado o

treino de competências sociais, com o objetivo de dar resposta ao diagnóstico de isolamento social e indo ao encontro do ambiente onde o utente se sentia confortável.

Numa revisão sistemática da literatura, realizada por Pereira & Botelho (2014), as autoras salientam que a relação terapêutica tem duas dimensões básicas, a profissional e a pessoal, havendo qualidades pessoais que favorecem a relação enfermeiro-utente. Segundo essas autoras, as relações terapêuticas eficazes caracterizam-se pela disponibilidade para ouvir, pela flexibilidade, pelo respeito, pela amabilidade e pela proximidade. Chalifour (2008) também valoriza a autenticidade do enfermeiro, o seu modo particular de estar e as suas capacidades individuais. Uma vez que esse comportamento dos profissionais foi realizado tendo em conta o bem-estar do utente e tendo-se mostrando facilitador da relação psicoterapêutica (tão relevante pelos motivos já citados), imperou o bom senso, enquadrado na necessidade de cuidados de saúde mental do utente e nas características pessoais de cada profissional.

No âmbito do EC numa UCC, foi realizada uma análise ético-legal sobre a consulta dos dados dos utentes na plataforma Registo de Saúde Eletrónico (RSE) durante a reunião de consultadoria com a equipa comunitária de saúde mental.

Em determinadas situações, como a supracitada existe a necessidade de consultar o RSE. Este visa reunir informação essencial de cada cidadão para a melhoria da prestação de cuidados de saúde. O RSE é construído por dados clínicos recolhidos eletronicamente para cada Cidadão e produzidos por entidades que prestam cuidados de saúde. Legalmente e de acordo com os requisitos da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Autorização n.º 940/2013) esta permite o registo e a partilha de informação clínica entre o utente, profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços de Saúde.

No âmbito do tratamento de dados de saúde são frequentes os equívocos quanto à necessidade de consentimento do utente. Na grande maioria das situações, os tratamentos de dados de saúde efetuados nos hospitais, clínicas de exames, laboratórios de análises, não carecem de consentimento do titular, apesar de se tratar de dados sensíveis, pois têm fundamento de legitimidade na própria lei, uma vez que se destinam à prestação de cuidados de saúde, diagnóstico médico e tratamento ou outras finalidades legalmente previstas (cf. artigo 9.º, n.º 2, alíneas h) e i) do registo geral de proteção de dados).

A deontologia deve garantir o bom exercício de uma prática profissional tendo em conta a inserção na sociedade, globalmente regulada pela moral, as leis e o direito (Esperança, 2013; Stirrat & Gill, 2005). De acordo com Beauchamp e Childress (2019), e recorrendo novamente

ao principialismo europeu, o princípio da beneficência prevê atitudes positivas para estimular o bem, agir de forma benéfica em prol de outrem e o princípio da não-maleficência visa não causar dano. O facto do utente não estar internado em regime de Equipa de Cuidados Continuados Integrados, poderá conduzir à consulta do processo de forma “avulso” e sem consentimento do utente. Apesar de se constituir como uma prioridade na garantia do bem-estar do utente, agindo sempre no sentido do bem maior, é útil refletir estas situações à luz do enquadramento ético-legal.

1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

A unidade de psiquiatria de internamento de agudos, situando-se no quarto piso de um Hospital distrital, considera-se que tem um acesso dificultado ao exterior. Relativamente às infraestruturas, apesar de se assemelhar às demais unidades do referido hospital, a unidade é despersonalizada em termos decorativos.

Diversos estudos levados a cabo pelo arquiteto Roger Ulrich verificaram que o desenho arquitetónico dos diversos espaços dos hospitais tem uma forte influência no sucesso do tratamento e cura dos utentes, na medida em que tem efeitos não só a nível físico, mas também a nível psíquico e emocional. Neste sentido, a funcionalidade e as exigências rigorosas dos edifícios hospitalares não invalidam que seja dada também especial atenção ao seu carácter estético e artístico, como prova o ex. Sanatório de Paimio localizado na Finlândia, onde foi dada cuidadosa atenção ao *design*. A beleza e a funcionalidade devem trabalhar em conjunto de modo a responder às necessidades dos seus utilizadores num ambiente acolhedor, positivo, familiar e não traumático, de sofrimento, isolamento, angústia, impessoal e distante (Coutinho, 2019), à semelhança do que acontece noutros serviços da mesma instituição.

O facto dos quartos não serem individualizados condiciona a privacidade e o sono dos utentes. Apesar das normas do serviço não o permitirem, alguns utentes circulavam em quartos que não os seus, o que levou um dos utentes a queixar-se, sendo necessária a intervenção no sentido da imposição de limites, do cumprimento de regras e da proteção da privacidade. Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o EEESMP procura elevados níveis de satisfação dos clientes, na promoção da melhoria das estruturas organizacionais, no que respeita ao ambiente de forma a promover a satisfação dos mesmos (Regulamento n.º 356/2015, 2015). A impossibilidade deste serviço se situar num piso térreo condiciona as saídas mais frequentes ao exterior e poderia ser procurada uma solução para aproximar estes utentes do contacto com

os jardins, melhorando os espaços existentes como a decoração do serviço, ornamentando-o com plantas, dando importância à escolha da cor da tinta para as paredes, no conforto do mobiliário de madeira, nos cadeirões forrados a tecido colorido. Uma vez que contribuir para a melhoria dos espaços é o caminho para a sua humanização.

Considerando uma aproximação ao espaço exterior poderiam ter sido proporcionados outros tipos de intervenções e atividades terapêuticas aos utentes internados, nomeadamente as caminhadas terapêuticas e o exercício físico ao ar livre.

Ao longo do EC numa UCC foi possível verificar que o *SCLínico* apresenta uma parametrização desajustada às necessidades e, deveria estar em consonância com o rigor científico, através de instrumentos validados para a população portuguesa. Aproveitando-se também o momento para em conjunto uniformizar a parametrização hospitalar e dos CSP. No âmbito do desenvolvimento desta competência, decidiu-se apresentar uma sugestão de melhoria ao grupo responsável pela parametrização do *SCLínico* (Apêndice I).

A enfermagem como disciplina do conhecimento tem vindo a desenvolver-se por áreas de intervenção autónomas e pela definição de uma linguagem classificada comum. Desde há 20 anos que existe em Portugal *software* de apoio à estrutura e documentação dos cuidados de enfermagem, no entanto a customização constante da taxonomia CIPE originou a multiplicação de sintaxes diagnósticos e de intervenções que tornaram o sistema incapaz de produzir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Bastos et al., 2021).

A Ontologia, é denominada pela Ordem dos Enfermeiros (2024) como “um marco significativo no garante do controlo interno da linguagem profissional usada pelos enfermeiros”. Esta taxonomia já vai na terceira versão e apresenta agora quatro pilares/classes de informação: dados que resultam da avaliação a partir do cliente, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem. A Ontologia de Enfermagem poderá constituir-se como um recurso fundamental ao desenvolvimento dos sistemas de informação em enfermagem, uma vez que suporta a descrição dos cuidados e o processo de tomada de decisão. E, poderá contribuir para a representação da ação do enfermeiro, do trabalho sobre os clientes, indivíduos e grupos, e o efeito dessa ação sob a forma de resultados em saúde, o que neste momento se torna difícil com a taxonomia atualmente implementada (Bastos et al., 2021). Sendo que ainda haverá um longo caminho burocrático e financeiro até à Ontologia de enfermagem surgir nas nossas unidades de Saúde.

1.3 Domínio da gestão dos cuidados

A metodologia “estudo de caso” contribuiu para desenvolver estas competências ao nível micro. Assim como, os casos abordados na equipa comunitária de saúde mental e durante a reunião de consultadoria, com a mesma equipa em contexto de EC numa UCC.

O enfermeiro especialista desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, neste âmbito e tendo em conta a área de especialidade em desenvolvimento, no EC na equipa comunitária de saúde mental foi desenhado e implementado um programa para utentes com primeiro episódio psicótico intitulado “Que realidade estou a viver agora”.

1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Tendo em conta o objetivo definido para o EC de UIPA “Integrar a equipa e contribuir para o seu desenvolvimento de conhecimentos, tendo em conta as suas necessidades”, as intervenções psicoterapêuticas foram diagnosticadas como necessidade formativa.

Decidiu-se realizar uma formação em serviço para os profissionais da equipa de enfermagem sobre uma intervenção psicoterapêutica “Intervenção em crise” (Apêndice II). Esta foi desenvolvida em conjunto com outra estudante do mesmo Curso de Mestrado. Participaram 6 enfermeiros. Esta foi realizada em formato presencial e on-line. De uma forma geral, a avaliação da sessão foi positiva, houve espaço para *feedback* relativo à pertinência da temática em diversos contextos com enfoque no internamento.

Ainda neste domínio foi possível desenvolver conhecimentos na participação em diversos eventos, tais como:

- Encontro de Saúde Mental da Região de Leiria “(PSICO) Humanizar: quando o invisível se torna essencial” e no Workshop: “Intervenção em crise na Comunidade 28 e 29 maio 2024;
- Participação nos Seminários: “*Scoping Review*” e “Escrita Científica” dinamizados em formato on-line pela ESSLei 6 e 20 maio 2024;
- Participação nas Tertúlias Psicodramáticas: “O Encontro com o teu Tesouro Templário” a plenitude interior, renascimento e evolução 31 maio 2024;

Em contexto de EC ECSM para o desenvolvimento da competência supracitada houve participação em diversos eventos, como:

- Simpósio Saúde Mental – Muralhas, Pontes e Aquedutos: Prevenção do Suicídio e Comportamentos Suicidário, realizado na casa da música de Óbidos, 10-14 setembro 2024;
- 12ª Jornadas sobre Comportamentos Suicidários e Workshop: Avaliação e Gestão do Risco de Suicídio integrado, realizado no Grande hotel do Luso, 10-11 outubro 2024;
- Participação na formação em serviço: “Prevenção da Depressão e do Suicídio”;

Ainda no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais em contexto no EC numa UCC foi possível fortalecer conhecimentos com participação em diversos eventos, tais como:

- Participação na formação em serviço “Neuropsiquiatria”;
- Acompanhamento e participação na reunião de serviço multidisciplinar e de consultadoria com a equipa comunitária de saúde mental.

Para além das aprendizagens desenvolvidas com estas atividades, como incremento de desenvolvimento profissional foi possível partilhar e refletir com as diversas equipas as diferentes temáticas abordadas.

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

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas nos processos de transição que, podem ser causadores de sofrimento. As pessoas que se encontram a viver estes processos têm ganhos em saúde quando cuidados por EEESMP, diminuindo o grau de incapacidade que estas perturbações comportam. As competências de âmbito psicoterapêutico permitem construir um juízo clínico singular e constituem a especificidade da prática clínica da ESMP permitindo uma prática distinta das restantes especialidades (Regulamento n.º 515/2018).

2.1 Deter um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro

“Uma das coisas mais impressionantes das nossas mentes é o fato de que quase não as conhecemos. Embora estejamos alojados em nós mesmos, quase nunca conseguimos dar conta de mais do que uma fração de quem somos. (...) Por sorte, há muitas ferramentas e práticas que podem no auxiliar no mergulho em nossa mente e nos levar de uma vagueza perigosa para uma clareza desafiadora, mas que valem a pena.” (Botton, 2024).

Promover autoconhecimento significa desafiar os nossos conceitos, ter coragem para colocarmo-nos em causa e conseguirmos efetuar as mudanças necessárias para o nosso bem-estar. Identificar as nossas capacidades e usá-las nas nossas relações, reconhecendo as nossas fragilidades, como reagimos quando estamos vulneráveis, reconhecer como lidamos com os erros. É tomar consciência e assumir que temos responsabilidade na forma como nos relacionamos com os outros (Palha, 2016).

Após 18 anos de profissão numa área de atuação distinta (num SU) sentiu-se frustração por não conseguir desempenhar funções com maior capacidade de decisão crítica e autonomia. No confronto com características pessoais mais vulneráveis, como o perfeccionismo e o criticismo sentiram-se períodos de tristeza, medo e angústia. E se por um lado o confronto com vulnerabilidades trouxe sofrimento, paralelamente também proporcionou proatividade, determinação e coragem, reconhecendo limitações e procurando ajuda e feedback constante, promoveu-se desenvolvimento pessoal e profissional.

Nesta fase de transição foi necessário existir um momento de adaptação, uma vez que as mudanças exigem flexibilidade para aceitar algo novo e capacidade para transformar o que já

existe. Este processo foi determinante, uma vez que identificou-se emoções, sentimentos e valores de forma contínua o que possibilitou a monitorização de reações emocionais que poderiam interferir na relação terapêutica.

A autoconsciência traduz o conhecimento de si e é possível incrementar o desenvolvimento pessoal do enfermeiro tanto na vida em geral como na profissão de enfermagem, em particular. Quanto melhor for a compreensão que o enfermeiro tem de si próprio, melhor será a sua comunicação, e maior facilidade terá em manter relações profissionais satisfatórias, permitindo-lhe gerir situações complexas (Goleman, 2016). É a capacidade para utilizar de forma consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar intervenções de enfermagem (Twonsend, 2009).

Nos dias que antecederam o início do primeiro EC em contexto de internamento de psiquiatria agudos sentiu-se ansiedade, medo, euforia e entusiasmo. Uma das preocupações intrínsecas relacionou-se com a segurança, nomeadamente associada à violência e à impossibilidade de fuga. Tendo-se esbatido no final do primeiro dia uma vez que não foi sentida ameaça relacionada com a segurança, principalmente relacionada aos hipotéticos comportamentos dos utentes. Estas reações são comuns entre os profissionais de saúde e estão em parte relacionadas com imaginário social e a falta de formação e conhecimento (Prado, Sá & Miranda, 2015). O enfermeiro parte de um sentimento de desconfiança face ao desconhecido, devendo lidar com esse receio de forma positiva, para além de deter conhecimento sobre como agir com estes comportamentos (Hammarström et al., 2019). Conclui-se que o medo associado à violência estaria provavelmente relacionado ao estigma, sendo que as novas experiências foram encaradas como uma folha em branco, não julgando sem as vivenciar.

A participação no workshop “Tertúlias Psicodramáticas” foi bastante impactante neste processo, tendo contribuído para o autoconhecimento na medida em que permitiu desenvolver *insight* sobre “expectativas”. E durante este EC sentiu-se necessidade de ajustar expectativas e clarificar a necessidade de ajuda dada a fase de iniciado na área.

Durante o encontro de Saúde Mental da Região de Leiria, (Psico) Humanizar, mais uma vez oiço a frase proferida pela professora Tânia Morgado, também ela professora da ética, na voz de Lucília Nunes: “A meta é a viagem, é o caminho que fazemos para chegar lá” (Nunes, 2024). Tendo sido particularmente importante para este percurso lembrar esta frase, uma vez que houve necessidade de desconstrução durante este caminho de aprendizagem, aceitando que o mais importante é o processo. O que se veio a relevar, mais tarde, muito apaziguador.

Durante o EC em contexto de equipa comunitária de saúde mental e, fazendo uma retrospectiva do EC anterior, onde se “sentiu frustração por não conseguir desempenhar funções com maior capacidade de decisão e autonomia”, houve espaço para reflexão diária sobre autoconhecimento.

Este caminho foi percorrido com ajuda dos orientadores, através de reflexões diárias, impulsionando a gestão da minha capacidade de autocrítica. Na medida em que é necessário baixar expectativas ao contexto e nível de aprendizagem, uma vez que estando no nível de iniciado, não poderia ter a expectativa de prestar cuidados como um perito.

Através do trabalho “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem” Benner (2001), desenvolveu um modelo de aquisição de competências identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. A autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial. O enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica, e este percurso é construído ao longo da sua vida profissional. E aqui, encontrou-se o equilíbrio necessário para a reconciliação profissional, entre dois níveis: iniciada na área da saúde mental e humildemente perita, no meu contexto profissional.

O desconhecimento da atividade da equipa comunitária de saúde mental trouxe alguma preocupação, nomeadamente a atuação em crise e, se estaria preparada para atuar num contexto diferente do internamento, com diferentes particularidades relativas ao confronto com as condições sociais e habitacionais dos utentes, à segurança e até o fato de exercer descaracterizada. Não se sentiu desconforto por estar a trabalhar noutra contexto, quer no domicílio do utente ou até na rua. Ter realizado voluntariado numa Associação Humanitária de Bombeiros durante 10 anos (desde adolescência até o início de funções como enfermeira), preparou o confronto com diversas situações precárias ao nível social e de cuidados saúde em crise, o que me possibilitou uma atuação isenta de juízo de valores ou preconceitos.

Nos primeiros turnos sentiu-se algum incómodo por estar descaracterizada, talvez pelo simbolismo atribuído à farda de enfermagem, contudo constatou-se que desta forma é privilegiada a privacidade dos utentes, relativa ao autoestigma e que tem relevo para o utente.

A utilização da farda acompanhou o trabalho dos enfermeiros na história da enfermagem. Essencialmente na sua função de proteção, mas também com o papel social importante na

identificação do grupo profissional influenciando a perceção do cliente quanto à competência e ao profissionalismo do enfermeiro, favorecendo o estabelecimento da relação terapêutica (Parecer n° 2016 da OE, 2009).

Uma vez que o principal instrumento terapêutico do EEESMP é utilizar-se a si mesmo, com recurso a estratégias de comunicação verbal e não verbal e, neste caso o uso de uniforme pode ser facilitador, como um recurso que potencia a capacidade de aumentar o *insight* ou suscitar o desenvolvimento de respostas humanas agressivas e de oposição ao internamento.

No contexto de ambulatório, na visita domiciliária e na consulta de enfermagem, a farda pode ser dispensável se a opção tomada for com fim terapêutico (Parecer n° 2016 - Ordem dos Enfermeiros, 2009). Na equipa comunitária de saúde mental, o intuito da não utilização do uniforme respeita a privacidade do utente, relacionado com estigma⁶ e autoestigma⁷ associados à doença mental.

As pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental que experienciam estigma e discriminação sofrem de maiores níveis de stress, sentimentos de angústia e diminuição do funcionamento psicossocial, sentindo raiva, tristeza e desencorajamento o que poderá levar depressão, ansiedade e baixa autoestima. Todos estes aspetos contribuem para um menor investimento por parte do próprio utente no seu processo de recuperação (Oliveira & Azevedo, 2014).

Nos enunciados descritivos dos PQCEE dos EEESMP, a relação psicoterapêutica, a redução do estigma e a promoção da inclusão social são diferenciadores das restantes áreas de especialidade. O EEESMP desenvolve processos para a redução do estigma e a promoção da inclusão social das pessoas, com especial relevância para aquelas que vivenciam situações de perturbação ou doença mental sendo elementos importantes face ao combate ao estigma e à exclusão social (Regulamento n.º 356/2015).

Durante uma consulta de enfermagem de saúde mental foi sentido o fenómeno de contratransferência⁸ causando algum desconforto pela identificação com a história de vida da utente. O enfermeiro deve entender a extensão à qual consegue efetivamente ajudar o utente e

6 O estigma resulta numa discriminação baseada em características, crenças ou comportamentos que não são aceites pelas normas da sociedade (Oliveira & Azevedo, 2014);

7 O autoestigma é considerado uma manifestação pessoal, é socialmente construído e, define-se como alguém que se sente mal consigo mesmo por causa das ideias negativas que a sociedade tem sobre eles. Isto acontece porque a visão que se tem sobre nós mesmos é influenciada pelas opiniões das outras pessoas e pela forma que interpretamos as nossas vivências (Siqueira; Cardoso, 2011);

8 Resposta comportamental e emocional do enfermeiro para com o cliente, relacionadas a sentimentos, mal resolvidos em relação a pessoas próximas do passado do enfermeiro (Townsend, 2009);

esta é influenciada pelo sistema de valores (Townsend, 2009). É por isso imprescindível que o enfermeiro se mantenha atento a estes pequenos sinais e que vá fazendo uma monitorização constante dos seus sentimentos, indiciadores de um fenómeno de contratransferência. Caso tal se verifique, é recomendável a discussão do caso com colegas mais experientes no sentido de ser trabalhado de forma positiva/construtiva (Prasko et al., 2010).

Posto isto, o EEESMP deverá ter a capacidade de gerir fenómenos de transferência, contratransferência, resistência, transgressão de limites e impasses terapêuticos (Regulamento n.º 356/2015).

Ainda sobre os impasses terapêuticos da relação, sentiu-se alguma resistência durante as intervenções com a utente alvo do estudo de caso, sendo notório o seu desagrado quando escrevia notas, olhava para o relógio ou quando era solicitado “trabalho para pensar”, mostrando relutância a quase todos. Esta foi uma experiência importante e necessária dado que o EEESMP deve ter como elementos importantes para a relação terapêutica, o autoconhecimento e a consciência de si através da reflexão de vivências nas diferentes modalidades psicoterapêuticas, assim como a capacidade de gerir emoções, sentimentos, valores e atitudes (Regulamento n.º 356/2015).

2.2 Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

A realização da metodologia de “estudo de caso” constituiu-se como incentivo à aquisição de novas estratégias facilitadoras no planeamento de cuidados, nomeadamente estudar intervenções e abordagens terapêuticas para os diferentes diagnósticos de enfermagem em saúde mental de acordo com os diversos Guias Orientadores de Boas Práticas em Saúde Mental: “Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem” (Sampaio et al., 2023), “Cuidados Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave” (Martins et al., 2021) e outras referências pertinentes no âmbito da saúde mental. Os estudos de caso I, II e III apresentam-se descritos em Apêndice III.

As colheitas de dados dos diversos estudos de caso foram realizadas através da observação participante, entrevista semiestruturada com os utentes e consulta do processo hospitalar, tendo estas servido de base à formulação dos planos de cuidados de enfermagem com recurso à taxonomia CIPE (2019) e à realização do exame do estado mental. Constitui-se o processo de enfermagem como “um instrumento utilizado em todas as áreas e níveis de desempenho de

enfermagem. É uma forma dos enfermeiros aprenderem a pensar sobre os utentes e sobre como organizar e executar os cuidados de modo sistemático e universal.” (Neeb, 2000, p.115).

Na unidade de psiquiatria agudos a colheita de dados foi realizada através de entrevista exploratória de enfermagem semiestruturada, de acordo com o Modelo Tidal, tendo em conta os itens: origem do problema, impacto do problema, contexto emocional anterior, relacionamentos, contexto emocional atual e conteúdo holístico (Querido et al., 2019).

Nos restantes contextos foi utilizada a entrevista semiestruturada FIFE (*Feelings, Ideas, Functioning e Expectations*), esta tem como objetivo geral a obtenção de dados subjetivos referentes à experiência de doença da pessoa, com o intuito de identificar as áreas de intervenção psicossocial. É uma técnica usada por profissionais de saúde que procura compreender a experiência de doença da pessoa na sua totalidade. Pode ser considerada como uma técnica de condução de entrevista que suporta a relação de ajuda na fase inicial, de modo a promover a relação terapêutica, identificar diagnósticos potenciais e validar esses mesmos diagnósticos (Sequeira & Sampaio, 2020).

Cabe ao EEESMP desenvolver o relacionamento terapêutico como base do processo de cuidar em saúde mental, com fundamentação em teorias de enfermagem durante a intervenção, uma vez que estas permitem enquadrar e perspetivar as intervenções dos enfermeiros.

Tendo em conta os diversos contextos, características e necessidades dos utentes, dos modelos que sustentam a prática de enfermagem foram utilizados (de forma cronológica): o Modelo Tidal de Phil Barker, concebido para fornecer uma estrutura de cuidados de enfermagem centrada na pessoa, promovendo a sua autonomia, o empoderamento e a sua recuperação (Barker, 2000). A Teoria das Transições de Afaf Meleis com ênfase nas transições, definidas como mudanças no ciclo de vida e que implicam uma readaptação de papéis (Meleis, 2010) e, por fim, a Teoria das Relações Interpessoais de Hilgard Peplau dando destaque na importância da relação enfermeiro-utente com maior foco na comunicação eficaz, na empatia e no envolvimento dos utentes no seu próprio cuidado (Peplau, 2016). No âmbito do PMCQCE *BEmotions* foi utilizada Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, esta assume o indivíduo como um sistema complexo e aberto em constante interação com o ambiente que o envolve, sendo este um fator de influência para o seu bem-estar (Neuman & Fawcett, 2011).

Numa primeira fase a preocupação sentida em cumprir guiões de entrevista pareceu condicionar a identidade profissional e a relação estabelecida com o utente. Sendo que em diversas situações de ajuda serão as qualidades humanas do profissional que se constituirão como os principais

utensílios (Chalifour, 2008, pp. 9-10). Ao tomar consciência deste facto deixaram-se fluir habilidades e qualidades pessoais como o interesse genuíno, a simpatia, a compreensão, confiança, sensibilidade e a disponibilidade o que veio a revelar-se facilitador na relação terapêutica.

A relação terapêutica é a base sobre a qual a enfermagem de saúde mental se desenvolve. Esta constitui-se como uma interação entre um profissional e um cliente e, tem como finalidade a promoção do crescimento e a prevenção da doença. Ambos devem decidir em conjunto qual vai ser o objetivo da relação. No geral, o objetivo da relação terapêutica baseia-se no modelo de resolução de problemas e é também uma relação na qual existe aprendizagem mútua. O *rapport*, a confiança, o respeito, a autenticidade e a empatia são características que aumentam o alcance da relação terapêutica (Townsend, 2009). Esta tem duas dimensões básicas, a profissional e a pessoa, havendo qualidades pessoais que favorecem a relação enfermeiro-utente. As autoras citadas revelam que alguns dos estudos consideram as relações terapêuticas eficazes se traduzem pela disponibilidade para ouvir, pela flexibilidade, pelo respeito, pela amabilidade e pela proximidade (Pereira & Botelho, 2014), bem como Chalifour (2008) que valoriza a autenticidade do enfermeiro, o seu modo particular de estar e as suas capacidades individuais.

A comunicação assume-se como uma ferramenta indispensável na prática clínica do EEESMP. Esta pode assumir a expressão verbal através da escuta ativa, tom, volume e ritmo da voz e através dos canais não verbais como as expressões faciais a postura os gestos, movimentos e o espaço pessoal sendo necessário congruência entre as duas (Sequeira & Sampaio, 2021). As técnicas de comunicação terapêutica (silêncio, aceitação, reconhecimento, repetição, exploração, clarificação e validação, entre outras) ajudam o enfermeiro numa interação benéfica com o utente (Townsend, 2009).

Ao EEESMP cabe a “implementação de programas de promoção de saúde mental em locais de trabalho (...) visando a redução de fatores de stress, gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência e o assédio moral (...), assim como projetos que promovam o bem-estar e a saúde mental dos clientes (...) ou em instituições” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428).

A saúde mental e bem-estar nos locais de trabalho é uma das medidas definidas pela OMS (2021) no plano de ação “*Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*” e constitui-se como uma ferramenta utilizar pelo EEESMP na promoção da saúde no contexto ocupacional.

Em virtude de esta ser uma das atividades na área da saúde mental na UCC e a satisfação profissional um objetivo, decidiu-se, implementar o PMCQCE *BEmotions* à equipa de enfermagem da mesma.

Esta oportunidade para além de permitir melhorar a confiança da investigadora, permitiu melhorar o desenho das sessões através do feedback dos participantes e das orientadoras de EC que se constituíram como peritas, para que fosse aplicado numa equipa de enfermagem de SU da região centro, como planeado.

2.3 Ajudar a pessoa ao longo do ciclo vital, integrado na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental

O EEESMP maximiza o bem-estar do cliente, de acordo com os Padrões de Qualidade de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, este elabora e implementa com o cliente um plano de cuidados individualizado com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, visando aumentar o bem-estar (Regulamento n.º 356/2015).

O EC em contexto de internamento de psiquiatria agudos permitiu o contacto com um jovem utente com diagnóstico de perturbação delirante de conteúdo erotomaniaco⁹. Este apresentava um delírio que poderia ser confundido com a realidade, uma vez que não sendo bizarro dificultou a sua compreensão. Através da avaliação subjetiva foi possível perceber que o utente, com *insight* parcial para o delírio, percebia que não o podia manifestar, uma vez que tinha a perceção de poder aumentar o tempo de internamento. Avaliação do impacto do problema de saúde do utente foi realizado tendo em conta o seu bem-estar dando ênfase à sua funcionalidade e prevenindo o isolamento social, uma vez que as consequências funcionais, embora diminutas comparadas com os outros transtornos psicóticos, incluem o funcionamento profissional insatisfatório e o isolamento social (American Psychiatric Association, 2013).

Os diagnósticos identificados segundo a CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2011) foram “ansiedade”, “deficit de conhecimento sobre ansiedade”, “deficit de conhecimentos sobre autocontrolo ansiedade”, “delírio” e “risco de isolamento social”.

⁹ Os delírios erotomaniacos acontecem quando o indivíduo crê falsamente que outra pessoa está apaixonada por ele. Características diagnósticas: apresentar pelo menos um mês de delírios, sem sintomatologia compatível com esquizofrenia, o impacto dos delírios, prejuízos do funcionamento psicossocial estão mais circunscritos do que em outros transtornos psicóticos e o comportamento não é tão bizarro, os episódios de humor concomitantes com o delírio são breves e não podem ser atribuídos a efeitos de substâncias (APA, 2013).

A intervenção de enfermagem especializada foi ancorada na relação de ajuda¹⁰. E, foi sobretudo necessário reconhecer e aceitar a perceção ou interpretação que o utente faz da realidade, evitando frustrar o utente com perguntas de orientação às quais este não consegue responder, evitando dar reforço às ideias delirantes. De acordo com a evidência a relação de ajuda profissional permite ultrapassar dificuldades, proporcionar alívio da ansiedade, promovendo serenidade e tranquilidade (Simões & Rodrigues, 2010).

As alterações na funcionalidade no emprego e o isolamento social (dados como prognóstico para esta patologia) foram foco de intervenção nesta situação, através do aconselhamento na aquisição de estilos de vida saudável, manutenção da prática de exercício físico e incentivo na participação em atividades lúdicas recreativos pós-alta, tendo o utente manifestado vontade em ser mais empenhado no emprego através de uma rotina diária mais consistente.

A família extremamente apoiante assumiu neste caso um relevante fator protetor, uma vez que deter conhecimentos sobre a psicopatologia deste transtorno possibilita a identificação de sinais e sintomas da doença no sentido de proporcionar tratamento atempado, além de suprimirem o comportamento direcionado ao objeto de delírio do utente, uma vez que quando separados do seu objeto amoroso evitam problemas judiciais e hospitalizações e podem apresentar melhoria do delírio, principalmente se tratados adequadamente.

A figura do terapeuta de referência surge pela primeira vez em Portugal no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, tendo sido preconizado no ano seguinte a generalização do terapeuta de referência no caso da DMG (Direção Geral da Saúde, 2012). Este modelo já era considerado standard, há várias décadas em diversos países, e já em 2011 essa função foi contemplada no regulamento de competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental (Brito, 2021).

Atendendo à natureza das dificuldades do impacto da DMG no indivíduo, família e sociedade são reconhecidas, internacionalmente, que as capacidades e competências profissionais do terapeuta de referência são essenciais. Para se obterem bons resultados, é necessário que o terapeuta de referência demonstre capacidade de estabelecer uma relação de ajuda que lhe permite uma avaliação das necessidades, bem como a capacidade de transmitir informação ao utente e às pessoas que participam nos cuidados nas várias estruturas da comunidade (Brito, 2021).

¹⁰ Relação de ajuda permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar *insight* sobre problemas e a capacidade para encontrar novas vias de resolução (Simões & Rodrigues, 2010).

Apesar da equipa de psiquiatria comunitária desenvolver trabalho como terapeuta de referência, numa pequena escala de 5/6 utentes, esta foi das experiências da prática clínica mais gratificante. Uma vez que é necessário possuir características pessoais e profissionais específicas, para trabalhar neste modelo em equipas de saúde mental e comunitária e nem todos os profissionais têm essa propensão (Singh, 2000). Esta implica estabelecer relações uma equipa multidisciplinar e instituições da rede de serviços de saúde e de apoio comunitário, ter competências na gestão de recursos, na rede social, bem como assessoria à comunidade e, para tal é necessário flexibilidade e disponibilidade face à mudança (Brito, 2021).

Constitui-se também como uma vantagem neste âmbito o *know-how* profissional noutras áreas distintas da profissão, sendo também essencial a participação regular em ações de formação contínua (Conselho Nacional Saúde Mental, 2009; Chang et al., 2013), o comprometimento ideológico com o modelo de cuidados e o conhecimento dos pressupostos éticos e legais (Singh, 2000), e por fim é fundamental ter um bom conhecimento dos recursos disponíveis na comunidade (Brito, 2021).

O papel do enfermeiro terapeuta de referência nas equipas de saúde mental comunitária é descrito no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e vai ao encontro das competências específicas do EEESMP, este pode coordenar programas de gestão de casos, no âmbito de programas integrados ou de apoio específico às pessoas com perturbação mental, DMG ou de evolução prolongada, e suas famílias (Regulamento n.º 515/2028).

Não existindo nenhum programa psicoeducacional que desse resposta à problemática “Primeiro Episódio Psicótico” (PEP), foi desenhado, planeado e implementado um programa de Intervenção psicoeducacional na transição de cuidados intitulado “Que realidade estou a viver agora?” (Apêndice IV).

O PEP é atualmente um tema muito investigado e os resultados indicam que a intervenção precoce e acompanhamento estruturado resulta numa melhoria do prognóstico.

Frequentemente são observados surtos psicóticos subsequentes, não adesão terapêutica, valorização dos efeitos secundários dos fármacos, incapacidade de esperar por efeito terapêutico dos medicamentos, desconhecimento da doença, desconhecimento dos objetivos terapêuticos, mecanismos de ação dos fármacos, relações familiares emocionalmente instáveis, elevado estigma sobre a doença mental e incapacidade de reintegração social.

A intervenção psicoeducacional constitui-se como uma das Competências Específicas do EEESMP uma vez que este coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e

treino em saúde mental, e mais concretamente: presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias (Regulamento n.º 515/2018).

Foram desenhadas e planificadas 5 sessões psicoeducacionais, e utilizados instrumentos de avaliação como, o Questionário Sociodemográfico (elaboração própria), a *Medication Adherence Rating Scale* (MARS) (Vannelli et al., 2011), a Escala de *Insight* Marková e Berrios (Vannelli et al., 2010) e o Questionário de Satisfação com o Programa (elaboração própria), com intuito de apurar resultados e ganhos em saúde.

Para a verificação dos resultados do programa, foram criados indicadores de estrutura (número de sessões psicoeducacionais realizadas) e indicadores de resultado (resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação antes e após as sessões psicoeducacionais):

- (número de utentes com melhoria no score do *insight*/número total de utentes com aplicação do Questionário sobre *Insight*) x 100;
- (número de utentes com melhoria no score de adesão à terapêutica/número total de utentes com aplicação do Questionário sobre adesão à terapêutica) x 100);
- Indicadores de qualidade (satisfação do utente com o programa).

Como medidas corretivas ao programa, a primeira sessão poderia acontecer no âmbito do internamento de psiquiatria agudos, proporcionando o início da relação psicoterapêutica e facilitando a transição de cuidados e, a criação de uma sessão de *follow-up*. A literatura recente tem demonstrado que a intervenção precoce na psicose apresenta resultados promissores na recuperação da pessoa (Gouveia et al., 2023), assim como a criação de uma sessão de *follow-up*. Este implica o acompanhamento de uma pessoa ou situação e poderá ser um procedimento benéfico, para auferir se a intervenção realizada teve o efeito esperado.

Este poderá constituir-se como um programa integrado na agenda de intervenções da psiquiatria comunitária, uma vez que se consideram especialmente necessárias respostas não hospitalares de apoio pós crise incluindo a reabilitação, nos aspetos físicos, psicológicos, familiares, profissionais, educacionais e culturais que diminuam o isolamento social e melhorem a qualidade de vida das pessoas com DMG (Conselho Nacional Saúde Mental, 2005).

O estudo de caso, neste contexto, foi relativo a um utente com alta recente do serviço de internamento de agudos após PEP. A intervenção de enfermagem especializada baseou-se no programa de intervenção psicoeducacional “Que realidade estou a viver agora?” referido

anteriormente, e orientado para a pessoa com o PEP, tendo o mesmo sido customizado ao utente deste estudo de caso. Tendo em conta as competências Específicas do EEESMP este, desenvolve, dirige e implementa programas de cuidados comunitários assertivos e integrado para pessoas com DMG (Regulamento n.º 515/2018).

Após a colheita de dados foram identificados os diagnósticos “aceitação do estado de saúde comprometido”, “não adesão ao regime terapêutico”, isolamento Social” (CIPE, 2019). De acordo com os diagnósticos identificados, foram realizadas 5 sessões psicoeducacionais com recurso ao método expositivo através da aplicação *power point*, com linguagem adaptada às capacidades e habilitações literárias do utente. E utilizados instrumentos mencionados anteriormente. Foi também realizado um folheto informativo sobre psicose e facultado ao utente.

O leque de intervenções relativas ao EEESMP foi sobretudo psicoterapêutico, psicoeducacional e psicossocial. Foram abordadas temáticas como o conceito de psicose, epidemiologia do PEP, sintomas positivos/sintomas negativos; gestão do regime terapêutico: informação sobre o plano terapêutico farmacológico: indicações terapêuticas, efeitos secundários e como lidar com os mesmos; informação sobre plano terapêutico não farmacológico: assiduidade às consultas; estilos de vida saudáveis (sono, exercício físico, alimentação, saudável abuso de substâncias); a crise e a prevenção de recaídas através de sinais de alerta.

Os resultados esperados basearam-se na avaliação subjetiva do utente, como o exame do estado mental, tendo mostrado melhorias nos itens: postura e expressão facial e mímica. Se na primeira sessão este apresentava uma postura rígida e expressão facial hipomímica a partir da terceira sessão o utente adotou uma postura menos rígida, movimentando mais os braços e sorrindo à interação da equipa.

Foi possível apurar a melhoria no *score* da escala *Medication Adherence Rating Scale* (MARS) (Vannelli et al., 2011). Já no instrumento Escala de *Insight* Marková e Berrios (Vannelli et al., 2010) na avaliação pós intervenção o utente terá mantido o mesmo *score*, que indica um baixo *insight*.

Ao nível do isolamento social, com prejuízo nas alterações na funcionalidade e no emprego foi proposto pela equipa a integração em hospital de dia de psiquiatria (HDP). Após a visita às instalações e à entrevista realizada pelo médico psiquiatra tanto o utente como a esposa recusam a integração em HDP, tal fato poderá estar associado ao autoestigma, uma vez que os utentes denominados “crónicos” partilham o mesmo espaço físico do HDP, tendo a esposa referido que

“isto não é para ele, não gostei do que vi” (sic). A esposa referiu que provavelmente este irá trabalhar em *part time* na área da jardinagem ou ingressar numa formação no Instituto de Emprego e formação profissional.

A família demonstrou ser apoiante, um relevante fator protetor, uma vez que deter conhecimentos sobre a doença possibilita a identificação de sinais e sintomas da doença no sentido de proporcionar tratamento atempado.

Apesar do utente não ter mostrado melhoria no seu *insight* e haver risco de isolamento social, há uma elevada taxa de adesão à terapêutica o que poderá manter a doença estabilizada. No entanto, as intervenções psicossociais são um complemento indispensável para complementar a terapia medicamentosa como a terapia individual, de grupo, terapia ocupacional, terapia familiar e a reinserção no mercado de trabalho.

Estudos apontam para as intervenções multidisciplinares como responsáveis para a redução dos sintomas, melhoria da qualidade de vida, funcionamento global, melhoria cognitiva, redução de reinternamentos, aumento de *insight*, satisfação com o tratamento e menores taxas de uso abusivo de substâncias assim como menor incidência de comportamentos autoagressivos (Gouveia, et al., 2014).

A participação nas reuniões multidisciplinares e de consultadoria, com objetivo da partilha, discussão de casos clínicos e planos terapêuticos dos utentes, proporcionaram momentos de manifesta aprendizagem, assim como, desenvolvimento de trabalho em equipa. De acordo com o Código Deontológico, o enfermeiro tem o dever de atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade de outras profissões, respeitando limites, impostos pela área de competência de cada uma (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O REPE explicita que no âmbito das suas qualificações profissionais os cuidados de enfermagem assentam em intervenções autónomas ou interdependentes, as últimas são realizadas em conjunto com outros profissionais, para atingir um objetivo comum de acordo com o planeamento previamente definido pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados (Ordem dos enfermeiros, 1998).

Assim, o objetivo é comum a todos os elementos, porém, todos contribuem com um olhar diferente sobre a mesma situação, proporcionando cuidados mais eficientes.

O estudo de caso relativo a uma utente internada em regime de ECCI, por acidente vascular cerebral (AVC), em contexto de UCC (fora do âmbito da pessoa com DMG) permitiu a

descoberta de outros diagnósticos de enfermagem ainda não explorados, como o “risco de cognição comprometida”, “aceitação do estado de saúde comprometido” e a “falta de esperança”. Tal como as intervenções psicoterapêuticas: promoção da esperança, terapia por reminiscência e a estimulação cognitiva.

Foi realizada entrevista semiestruturada FIFE, e aplicados os instrumentos de apoio à tomada de decisão como o Exame do Estado Mental, Genograma e Ecomapa e Escalas de Avaliação como o *Minimental* (Folstein et al., 1975); *Herth Hope Index – Versão Portuguesa (HHI-PT)* (Viana, et al., 2012) e os resultados NOC “Aceitação: Estado de Saúde” (Moorhead et al., 2010), através da aplicação da taxonomia CIPE.

Esta utente manifestou interesse no apoio de EEESMP dada a situação vivencial face à doença. A utente referiu que a sua maior preocupação se prendia com o fato de querer manter-se íntegra ao nível cognitivo, “não me consigo concentrar e a memória, às vezes, falha” (sic).

Apesar de ter sido o diagnóstico de enfermagem “risco de cognição comprometida” que motivou o pedido de apoio pela enfermagem de saúde mental, foi possível verificar, após a colheita de dados e o estabelecimento da relação psicoterapêutica que a utente apresentava os diagnósticos de enfermagem “aceitação: estado de saúde comprometido” relacionado com a sua condição de doença (neoplasia do pulmão e posterior AVC) manifestada pela preocupação pela perda de autonomia e “Falta de esperança”.

O primeiro contacto com a utente teve com objetivo primordial escutar a narrativa da mesma para estruturar um plano de cuidados em parceria. A escuta da narrativa permite uma decisão partilhada fundamentada nas crenças e valores da pessoa e na definição de metas, objetivas e subjetivas, como os resultados reportados pela pessoa (Britten et al., 2020). Assim, justifica-se o envolvimento da pessoa na fase mais preliminar do desenvolvimento da intervenção uma vez que a experiência da pessoa é diferente da do profissional acrescentando à mesma qualidade e relevância (Jackson et al., 2020).

Enquadra-se o Cuidado centrado na Pessoa, teoria desenvolvida por McCormack e McCance (2017) que se baseia no respeito mútuo e na cooperação conjunta de cuidados de saúde sendo o utente um parceiro ativo no mesmo (Rosengren et al., 2021). Para a sua implementação esta requer frequentemente uma mudança na cultura organizacional o que inclui alteração de conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde (Diepen et al., 2020).

Conclui-se que a realização dos diversos estudos de caso foram relevantes no processo de aquisição de competências do EEESMP, permitindo também identificar as limitações e

dificuldades dos serviços, tais como a falta de recursos humanos/materiais, e como estes podem determinar a evolução do estado de saúde dos seus utentes, o bem-estar e a qualidade de vida.

2.4 Prestar cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida

O EEESMP em conjunto com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação às situações de vida e condição de saúde mental através da utilização de técnicas psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento n.º 356/2015). Esta prática clínica permite estabelecer com o utente uma relação de confiança e parceria, assim como, aumentar o *insight* sobre problemas e encontrar novas vias de resolução para os mesmos (Regulamento n.º 515/2018).

A intervenção psicoeducacional foi uma das mais desenvolvidas neste processo de aquisição de competências. O EEESMP coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental, e mais concretamente: presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias (Regulamento n.º 515/2018).

De acordo com os PQCE especializados em enfermagem de saúde mental a intervenção psicoeducacional é:

“uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos (...)” (Regulamento n.º 356/2015, p.17039).

Esta deve centrar-se nos diagnósticos de enfermagem de saúde mental e a informação disponibilizada ao utente e familiares deve forçar-se no domínio não farmacológico, tais como estratégias utilizadas para facilitar a gestão de sinais e sintomas assim como processos de transição (Sampaio, et al., 2023). Não constitui um tratamento, mas é parte integrante do mesmo, uma vez que deter conhecimento sobre doença mental permite a elaboração de um plano de prevenção de recaídas e estratégias de gestão da doença (Regulamento n.º 356/2015).

Neste âmbito, foram desenvolvidas duas intervenções psicoeducacionais, uma em contexto de EC na psiquiatria comunitária intitulada “Que realidade estou a viver agora?” e outra que corresponde ao PMCQCE *BEmotions*, aplicado em contexto de EC numa UCC e num contexto de urgência.

No EC em contexto de internamento psiquiatria agudos foi trabalhada essencialmente a temática da ansiedade, uma vez que DM comporta um conjunto de sintomas ou comportamentos associados, na maior parte dos casos a ansiedade e com influência na funcionalidade, o facto da pessoa com doença mental se encontrar em regime de internamento constitui só por si um elemento gerador de grande ansiedade (Organização Mundial da Saúde, 1992). Face ao exposto, foi realizada uma sessão de grupo de base psicoeducacional intitulada “Entender a Ansiedade” (Apêndice V). Esta teve como objetivos, que o utente e família fossem capazes de compreender a ansiedade, compreender a importância da gestão da ansiedade, identificar as estratégias de autogestão da ansiedade, normalizar a ansiedade e utilizar as estratégias de autogestão da ansiedade perante situações concretas do dia a dia. Na exploração da temática foram dadas duas sugestões de autogestão da ansiedade, como a respiração diafragmática e a caminhada *Mindfulness*¹¹. Sendo que no final foi realizado um treino de respiração diafragmática, na qual todos demonstraram interesse e empenho.

Além da terapêutica farmacológica as técnicas de relaxamento podem ser benéficas no tratamento da ansiedade. A psicoterapia também está indicada nestas perturbações, a mais estudada e com melhores resultados terapêuticos alcançados é a terapia cognitivo comportamental (Figueira et al., 2014). E, mais recentemente, também são reconhecidos os benefícios das terapias de terceira geração. Estas, tal como na segunda geração, reconhecem a importância dos processos cognitivos e verbais para a psicopatologia, contudo, em vez de procurarem combater os processos desadaptativos com vista à mudança de pensamentos e sentimentos desconfortáveis, focam-se no cultivo de uma atitude de aceitação e não-julgamento em relação a todas as experiências humanas, de modo a aumentar o bem-estar psicológico (Herbert & Forman, 2011).

Estudos recentes demonstram que a meditação *Mindfulness* pode modelar a resposta fisiológica promovendo a ativação do sistema nervoso parassimpático, responsável pela redução da

9 *Mindfulness* é uma forma de meditação baseada na capacidade de trazer a atenção para o que se está a vivenciar no momento presente, aceitando-o sem julgamento, identificando as sensações, emoções e pensamentos associados (Jiménez-Picón et al., 2021).

frequência cardíaca e pela promoção do relaxamento, mecanismos que influenciam a mente e o corpo nomeadamente relacionado com a ansiedade e o stress (Holzel et al., (2021).

Neste contexto o relaxamento é considerado uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem que utiliza técnicas para incentivar e provocar relaxamento com intuito de diminuir sintomas como a dor, a tensão muscular ou a ansiedade (Sampaio et al., 2013). Neste âmbito, foi realizado Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, Relaxamento por Imaginação Guiada e Meditação com *Mindfulness* “Deixar ir os Pensamentos”, que foram replicadas semanalmente e avaliadas segundo o resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2018).

Como intervenção psicoterapêutica individual foi realizada a entrevista motivacional¹² “Eu Controlo”, face ao diagnóstico de enfermagem de saúde mental “Abuso de Álcool”, a um utente com perturbação por uso de álcool sendo possível desenvolver conhecimentos sobre a mesma, nomeadamente sobre as fases do ciclo motivacional: pré contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Esta tinha como objetivos identificar o motivo da necessidade da intervenção, estimular a motivação para a mudança, identificar a fase do ciclo de mudança em que o utente se encontrava, apoiar expressão de dúvidas e esclarecer e aumentar a perceção do utente sobre riscos e problemas relativamente ao seu problema, motivando-o a pensar em mudar. O utente manteve-se na fase de pré contemplação referindo que não tinha “problemas com álcool” (sic), uma vez que conseguia controlar-se “repare eu estou aqui internado e não tenho vontade de beber, porque consigo controlar” (sic). É pressuposto que a mudança seja da responsabilidade do utente, pois apenas assim será efetiva e duradoura (Sequeira, 2016). O enfermeiro deve fomentar a importância da adoção de um comportamento saudável, criando um contexto de exploração livre das preocupações por parte do utente, de forma que este inicie o seu processo de mudança (Sampaio, et al., 2023).

A intervenção psicoterapêutica de enfermagem está regulada desde 2011 no enquadramento de competências específicas do EEESMP. É necessário ter conta que esta e o exercício profissional de “psicoterapia” são conceitos distintos, apesar de na literatura internacional estes conceitos serem sobreponíveis. Para melhor contextualizar a intervenção de enfermagem é importante a distinção dos conceitos. A psicoterapia centra-se na formação e abordagem do terapeuta. Para o exercício da profissão de psicoterapeuta é necessária formação junto de uma sociedade

¹² Entrevista motivacional é caracterizada por uma conversação construtiva sobre a mudança de comportamento, alicerçada num sentido de compreensão da perspetiva do utente e minimização da resistência, (Sequeira & Sampaio, 2020). A sua utilização é recomendada segundo a orientação funcional das fases do ciclo do Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente (Sampaio et al. 2023).

científica o que implica o domínio conceptual da escola psicoterapêutica e um percurso de supervisão do trabalho e do desenvolvimento pessoal (Sampaio et al., 2023).

Outra temática desenvolvida em contexto de EC de internamento agudos foi a CE uma vez que grande parte dos indivíduos que enfrentam problemas de saúde mental, suportam desafios emocionais adicionais, tais como a solidão, a ansiedade, dificuldades no relacionamento, isolamento e ideação suicida. Deste modo é benéfico o incremento da CE, permitindo desenvolver funções significativas no que concerne à qualidade de vida e ao tratamento das pessoas que padecem de uma DM (Alves et al., 2012). À semelhança do que se defende no regulamento n.º 356/2015, a enfermagem possui um papel imprescindível na otimização de CE das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, pois são profissionais de saúde dotados de uma posição única, no que diz respeito, a cuidados de saúde e apoio emocional direto ao utente.

A CE envolve dois processos distintos, o reconhecimento das próprias emoções e as do outro e, paralelamente a compreensão das mesmas. Assim, realizou-se uma sessão com características aproximadas ao modelo de intervenção psicoterapêutica de enfermagem (dado que só foi realizada uma sessão neste âmbito e, para ser considerada teria que contemplar 3 a 12 sessões, assim como ter resultados avaliados com recurso a resultados classificados na classificação dos resultados de enfermagem NOC (Sequeira & Sampaio., 2021). Relativa ao domínio intrapessoal foi realizada sessão de grupo intitulada “Eu e as Minhas Emoções”. O processo de identificação das próprias emoções, quando se encontra deficitário, não promove no indivíduo ações conducentes à sua alteração, no caso de emoções negativas pode contribuir para o mal-estar. Por outro lado, a capacidade de compreender as emoções implica o conhecimento das respetivas causas e as relações existentes entre ambas. Assim, perante uma determinada situação é premente que se consiga identificar determinadas emoções desagradáveis e, tomando consciência das mesmas mobilizar recursos, tendo em conta as suas causas no sentido de promover alterações positiva nas mesmas (Bisquerra, & Pérez., 2007).

Esta teve como objetivos otimizar as CE através da identificação das emoções e do reconhecimento da emoção no corpo, e de criar *insight* para a necessidade de identificação e reconhecimento de emoções. Identificar emoções e nomeá-las é particularmente importante para a sua gestão. A frase proferida pelo psiquiatra Daniel Siegel “nomeia-a para dominá-la” (p.204) já mostra que o próprio ato de identificar uma emoção reduz a sua tensão. A incapacidade de reconhecer e verbalizar as próprias emoções e de reconhecer as emoções do

outro faz com que os indivíduos sejam menos empáticos e tenham dificuldade em criar vínculos sociais (Moreira, 2022).

No campo da reabilitação psicossocial, e mantendo a temática supracitada foi realizada intervenção de grupo relativa ao domínio interpessoal intitulada “Expressão Facial”. Esta tinha como objetivos: otimizar as competências emocionais na dimensão intrapessoal; desenvolver competências sociais; aumentar competências comunicacionais e criar *insight*. Sendo que a identificação das emoções existentes nos outros e a sua compreensão, pode evitar conflitos, pois ao avaliar o estado emocional dos outros indivíduos antes do estabelecimento de uma interação, o indivíduo poderá adequar o seu comportamento evitando a existência de conflitos e promover o estabelecimento de uma relação (Bisquerra & Pérez, 2007).

O que se revela importante, por exemplo na esquizofrenia, onde a expressão emocional diminuída e avolia são dois dos sintomas negativos proeminentes. A expressão emocional diminuída inclui reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contato visual, na entoação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso (American Psychiatric Association, 2013).

Pelo exposto, as emoções constituem a base da comunicação, pois são frequentemente expressas por meio das expressões faciais e quando corretamente identificadas pelo outro resultam em respostas adaptativas que fortalecem as interações sociais (Rua, 2012).

A reabilitação psicossocial oferece aos indivíduos debilitados ou incapacitados devido à perturbação mental a oportunidade de atingir o seu nível de potencial e funcionamento na comunidade. Tem como objetivos promover: a emancipação do utente; a redução da discriminação e do estigma e a melhoria da competência social individual. Intervêm em diversas áreas, como o treino de competências pessoais e sociais, formação profissional, emprego protegido, residências comunitárias, atividades ocupacionais, culturais e de lazer, grupos de autoajuda com utentes e famílias, *empowerment* e a luta contra o estigma (Regulamento n.º 356/2015).

No que se refere às intervenções socioterapêuticas, estas “(...) centram-se na interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interações familiares, sociais, profissionais ou outras. A melhor compreensão dos problemas de interação vividos em grupo, possibilita ao cliente desenvolver novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem nos diferentes grupos que integra ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar (Regulamento n.º 356/2015, p.17047).

Foi realizada uma atividade deste cariz, intitulada “Se eu fosse uma peça de um carro, seria...” através de metodologia utilizada no sociodrama como o jogo dramático¹³ e a ação sociométrica¹⁴, pela representação simbólica imaginada de “uma peça de carro” que representa a pessoa e o “carro” que representa a sua situação de vida. Após um jogo, o grupo mostra-se sempre mais participativo e criativo, permitindo frequentemente um salto qualitativo no processo terapêutico (Pio de Abreu, 1992). Apesar de serem atividades lúdicas, refletem aspetos pessoais que podem ajudar a passar do jogo à realidade (Rojas-Bermúdez, 1997).

A intervenção tinha como objetivos: criar *insight* para o seu problema; experienciar novos papéis sociais; diminuir sintomas; reduzir estado percebido como negativo pelo utente. Foi realizada avaliação qualitativa através da observação dos comportamentos dos diversos participantes relativos às suas narrativas de vida e expressão emocional. Foi visível manifestações de empatia através de expressões verbalizadas e comportamentos, como o toque. Sendo possível observar que os participantes mais tímidos se mostraram mais expansivos.

As intervenções socio terapêuticas permitem o desenvolvimento de autoconhecimento, a promoção da mudança de comportamentos em grupo e identificar e expressar sentimentos e pensamentos indesejáveis (Keltner et al., 2007). Possibilitando feedback na interação entre os diferentes elementos do grupo e uma maior partilha. O grupo favorece a cooperação como atitude que enfatiza pontos comuns, gera solidariedade, parceria e mudança (Stuart & Laraia, 2001).

Sentiu-se um ambiente seguro de partilha, uma vez que, todos quiseram revelar as suas histórias mais íntimas assim como ouvir-se uns aos outros com base no respeito e compreensão. A sessão permitiu aumentar o *insight* dos utentes relativo à doença, à sua posição face à mesma, aumentando respostas adaptativas expressas nas narrativas dos participantes.

No mesmo âmbito foram realizadas duas reuniões comunitárias. Esta é uma tipologia de reunião em que todas as pessoas de uma unidade terapêutica se reúnem. Na unidade de internamento

13 O jogo Dramático consiste numa dramatização, em que se joga e cria com os papéis escolhidos, através da criatividade e espontaneidade de cada participante, além da criação de um enredo e um desfecho para as cenas. Esse momento, caracterizado como a montagem das cenas com os personagens escolhidos tem como objetivo o desenvolvimento da espontaneidade em outro papel, a da personagem escolhida (Moreno, 2008).

14 Ação Sociométrica é usada para trabalhar uma questão comum ao grupo e constituir em si a fase da dramatização. Medir os relacionamentos interpessoais relativamente aos critérios de interesse para o investigador e como aquecimento para as interações grupais (Cruz, 2014). As diversas posições podem até constituir o tema para a dramatização (Blatner & Blatner, 1988).

tipologia agudos a reunião comunitária assumiu elevada importância, uma vez que eram admitidos utentes que nunca tinham tido experiências anteriores de internamento. Esta proporciona um momento onde são enumerados aspetos relevantes relativamente às regras de funcionamento, direitos e deveres, dinâmicas da unidade. Conferindo também um momento de reflexão grupal que facilita a interação e comunicação entre profissionais de saúde e pessoas internadas (Ornelas, 2008).

A sessão “Memorizando” teve como objetivo a estimulação cognitiva. A doença mental provoca frequentemente défices cognitivos, estes podem ser observados em pessoas com Esquizofrenia, Perturbação Afetiva Bipolar e com Perturbação Depressiva Major. Estudos defendem que o tratamento farmacológico potenciado pelo não farmacológico minimiza os efeitos da doença mental na sua capacidade funcional, nas relações sociais e na qualidade de vida (Silva & Seabra, 2020).

A ECSM contempla um programa de reabilitação cardíaca no âmbito da saúde mental. Numa revisão sistemática realizada em 2024, com o objetivo de analisar as implicações da depressão e ansiedade como fatores de risco para o enfarte concluiu-se que os mesmos têm significado clínico, podendo ser considerados como fator predisponente para o enfarte agudo do miocárdio. A incidência desses transtornos é maior no sexo feminino e com idade superior quando comparado aos homens. Além das intervenções médicas, o apoio social, terapia cognitivo-comportamental e alterações dos hábitos de vida influenciam de forma positiva no pós-Enfarte agudo do miocárdio, sendo que o tratamento precocemente possui bom prognóstico ao mesmo (Figueiredo et al., 2024).

Foi sugestão a realização de uma sessão de grupo aberto de cariz psicoeducacional intitulada “Saúde Mental no Coração” (Apêndice VI). A pertinência desta temática no projeto de reabilitação Cardíaca prende-se com a gestão das emoções, uma vez que a gestão das mesmas permite aumentar a tolerância à frustração e controlo da raiva, diminuir lutas ou perturbações nos contextos, menos comportamentos autodestrutivos ou agressivos, mais sentimentos positivos a respeito de si mesmo e maior capacidade de lidar com stress, diminuindo o isolamento social e a ansiedade (Goleman, 2020a; 2020b).

No âmbito psicossocial a participação nas visitas domiciliárias como terapeuta de referência, permitiu a observação e avaliação do estado da pessoa, contribuindo para antecipar situações de crise e avaliar a funcionalidade familiar e a adesão à terapêutica. Assim como, em equipa

multidisciplinar, ajudar a pessoa a reconstruir o seu projeto de vida tendo em conta a escolha de uma ocupação útil, emprego ou outras opções disponíveis na comunidade.

Nos estudos de caso acompanhados, no EC I e II foi privilegiada a intervenção psicoeducacional à pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, esta é uma intervenção focada na educação acerca dos desafios da vida, ajudando a pessoa a desenvolver estratégias de *coping* adaptativas, tendo também uma componente emocional, uma vez que ajuda a pessoa a diminuir o auto estigma e alterar as suas atitudes e crenças perante a doença, permitindo identificar e explorar sentimentos sobre este problema, desenvolver competências para a resolução problemas e de intervenção em crise (Walsh, 2016). E, face ao exposto, compreende três domínios de aprendizagem: cognitiva, afetiva e comportamental (Bloom, 1956).

E também psicoterapêutica uma vez que estas têm como objetivo assistir a pessoa na modificação positiva de comportamentos emoções e/ou características pessoais (Martins et al., 2021), possibilitando que “o cliente desenvolva novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar” (Regulamento n.º 356/2015, p.17039).

No EC III, com a utente estudo de caso, foi realizada intervenção psicoterapêutica individual, através das intervenções “Promoção da Esperança”, “Terapia de Reminiscência” e “História de Vida” (Sequeira & Sampaio., 2021).

No contexto da saúde escolar, a intervenção psicoeducacional no projeto “#AMA-TE” e no “+ contigo”. Neste último, cingiu-se à apresentação aos alunos e ao preenchimento de questionários. Nesta fase foi possível identificar as dificuldades emocionais de alguns alunos, quer pelas suas questões e reações, podendo aqui ser desencadeados mecanismos de primeira ajuda em saúde mental, consulta de enfermagem de saúde mental ou encaminhamento para outros profissionais.

Ao longo do desenvolvimento das sessões relativas à intervenção psicoeducacional *BEmotins* (implementada numa UCC e também num SU) foram identificadas algumas interrogações e também constatações sobre intervenções específicas do EEESMP, uma vez que, os conceitos são de difícil definição. Relativa a esta última apurou-se que, apesar da intencionalidade desta intervenção ser de cariz psicoeducacional, também demonstrou ser psicoterapêutica e socio terapêutica, verificada através da narrativa dos participantes e pelo feedback dado das orientadoras. Tendo em conta o que já foi supracitado “permite que todos os atores envolvidos

creçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados” (Sampaio et al., 2016, p. 12).

3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Após análise crítico-reflexiva realizada nos pontos anteriores, ao longo do percurso realizado neste mestrado foram desenvolvidas competências tanto de especialista como de mestre, no sentido da prestação de cuidados de excelência através da prática sustentada em modelos teóricos e na evidência científica mais recente.

O grau de mestre, segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, é conferido aos profissionais que demonstrem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (p. 4162).

Assim e no sentido de melhorar competências pessoais e profissionais surge a participação nos seguintes eventos:

- 1) II Jornadas Pedagógicas de enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica “Convergência(s) em saúde mental” do Instituto Politécnico de Leiria, 1 e 2 março de 2024

- a) Participação enquanto formanda permitiu a reflexão e discussão partilhada sobre os atuais desafios para os enfermeiros que trabalham em áreas dedicadas à saúde mental, assim como a partilha de trabalhos e debate sobre as intervenções especializadas na área.
 - b) Participação em coautoria do póster “Promoção da Competência Emocional dos Profissionais de Enfermagem Estratégias De *Team Building*” visou dar a conhecer o planeamento inicial do PMCQCE escolhido (Apêndice VII);
 - c) Participação em coautoria do póster “A alimentação e a disfagia: dilema ético na prática clínica”, visou dar visibilidade ao papel do EEESMP na resolução de um dilema ético, através da utilização do algoritmo de decisão ética de Morgado e colaboradores (2019) (Apêndice VIII).
- 2) Iº Encontro de Enfermagem da ULS-RL “Refletir o Passado, Integrar o Futuro”, realizado no HSA-Leiria nos dias 17 e 18 de outubro de 2024
- a) A participação como elemento da Comissão Organizadora do Iº Encontro de Enfermagem da ULS-RL permitiu a integração num grupo de trabalho que me possibilitou o estabelecimento de novas relações profissionais e a consolidação dos já existentes. Na ótica da saúde mental e tendo em conta o meu contexto atual de trabalho esta experiência proporcionou a criação de pontes e redes de suporte, com colegas da área dentro da ULS-RL;
 - b) Participação e coautoria no estudo retrospectivo intitulado “Utilizadores Frequentes e Muito frequentes: Diagnosticar Para Intervir” na ULS-RL” com divulgação no Iº Encontro de Enfermagem da ULS-RL, permitiu-me desenvolver competências na área da investigação.
- 3) III Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica “Convergência(s) em saúde mental” do Instituto Politécnico de Leiria, 14 e 15 março de 2025
- a) Participação como elemento da comissão organizadora destas Jornadas permitiu assumir papel como moderadora de mesa, para além da aprendizagem relativa a todo o processo burocrático de organização desta tipologia de evento;

- b) Participação como formanda pela aprendizagem continua relativa às temáticas sobre dignidade e autonomia da pessoa com necessidade de cuidados em saúde mental, terapias de terceira geração e a reorganização dos cuidados de saúde mental, assim como, a partilha e discussão de trabalhos académicos;
- c) Participação em coautoria da comunicação livre “Viabilidade da intervenção psicoeducacional *BEmotions* na promoção da Competência Emocional dos enfermeiros numa UCC”.

Terminada a análise e reflexão sobre as diversas competências adquiridas, segue-se a apresentação do PMCQCE desenvolvido.

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

Com este projeto pretende-se dar visibilidade ao trabalho desempenhado pelo EEESMP tendo em conta as suas competências específicas para a excelência da qualidade de cuidados e, segundo o enquadramento dos PQCE para a prática especializada em saúde mental. Sendo que a sua intervenção não é exclusiva dos contextos de saúde mental e psiquiatria e as competências deste profissional podem e devem traduzir-se em ganhos para todas as pessoas, equipas, instituições e comunidades.

Este projeto foi realizado tendo em conta o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros (2013).

Neste sentido, foi implementado um PMCQCE tendo por base o ciclo PDCA, ou ciclo de *Deming*¹⁵. Para tal foi necessário compreender o contexto onde este foi implementado, o que permitiu melhorar a prestação de cuidados ao utente, permitindo também melhorar os níveis de competências dos profissionais envolvidos (Pan et al.,2022).

¹⁵ É um método composto por quatro fases (*Plan, Desing, Check e Action*) que tem por base a identificação e análise de um problema, permitindo o planeamento da ação, desenvolvimento e implementação de soluções para resolução do mesmo (Junior., 2023).

1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Os SU são considerados setores desgastantes dos hospitais, exigindo da equipa procedimentos rápidos e precisos, para o socorro atempado e conforto dos utentes e os seus familiares. Isso resulta em desgaste físico e mental dos profissionais que ali atuam. A equipa de enfermagem nestes contextos atua efetivamente na assistência ao utente e está sujeita a lidar com situações que englobam a vida, a doença e a morte. Ao ter um elevado nível de envolvimento com o cliente desencadeia estados de ansiedade, tensão física e psicológica (Amaral et al., 2017).

Dos indicadores de qualidade existentes na saúde, merece destaque a satisfação no trabalho (ST) pela sua amplitude e importância que este tem na vida do trabalhador e no trabalho por ele executado.

A definição de ST, segundo o entendimento clássico do conceito, proposta por Locke (1976), pode ser entendida como uma resposta emocional positiva, que resulta da avaliação que os indivíduos fazem do seu trabalho ou das experiências proporcionadas por este. Esta remete para a articulação entre o trabalho, num sentido amplo (envolvendo os seus diversos aspetos) e a avaliação que cada indivíduo faz dele, nomeadamente ao nível do seu significado e valor, com base nas suas características, expectativas e necessidades específicas.

A satisfação no local de trabalho passou por um caminho de contínua evolução e tem sido enfoque em diversos estudos. Apesar de existir uma multiplicidade de perspetivas, pode afirmar-se que a ST é uma atitude relativamente ao trabalho, que inclui dois aspetos. O primeiro é que a ST se forma de três componentes: os cognitivos, os afetivos e os comportamentais. Os primeiros, que refletem a perspetiva cognitiva da ST, associam-se aos pensamentos e julgamentos em redor do trabalho. Os segundos, intrinsecamente ligados à perspetiva afetiva deste mesmo conceito, traduzem as emoções e sentimentos que os indivíduos podem sentir e expressar em relação ao seu trabalho. Finalmente, os componentes comportamentais, relativos aos comportamentos que uma qualquer pessoa poderá adotar face ao seu contexto de trabalho. Estes, relacionam-se com a natureza do trabalho, salários, oportunidades e evolução na carreira e as condições de trabalho e, por outro lado, as necessidades pessoais, sociais, interpessoais dos colaboradores (Judge et al., 2020).

E, se para alguns investigadores, estamos perante um construto multidimensional, para outros, a satisfação é um construto unidimensional, medido de forma global. Sendo que o nível de satisfação grupal é entendida nesta última perspetiva. É uma atitude que resulta de uma

avaliação feita pelos indivíduos que, embora envolva diferentes aspetos, os agregam num construto global.

No contexto dos grupos de trabalho, a satisfação com o grupo de trabalho é definido como uma resposta afetiva dos membros face ao grupo, as suas características e funcionamento. Assim, pode dizer-se que satisfação dos membros do grupo engloba aspetos relacionados com a realização do trabalho e aspetos relacionados com o sistema afetivo do grupo, por exemplo, o clima de trabalho em equipa (Dimas et al., 2018).

A complexidade associada aos cuidados de saúde exige que os profissionais mobilizem diferentes tipos de competências. Dentro destas, a CE assume-se como um fator de proteção em situações de elevado stress laboral. Sendo que este tipo de competência se encontra positivamente associada a outras como a empatia, a resiliência, o suporte social, o cuidar e à ST. Estas constituem-se elementos essenciais no desempenho profissional dos profissionais de saúde (Pereira et al., 2022).

O estudo das emoções é relativamente recente tendo surgido no final do século do XX. Daniel Goleman (1995, p. 54) define IE como:

“(…) a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugue a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança”.

Moreira (2023, p. 20) corrobora e simplifica a definição considerando que IE é “(…) a forma como conhecemos e gerimos as nossas emoções, como formulamos os pensamentos com base nelas, e como conseguimos melhorar o nosso comportamento.” Esta pode ser medida, aprendida e desenvolvida ao longo do tempo (Freshwater & Sticklely, 2004).

Seguindo esta linha de pensamento, Veiga-Branco (2005), desenvolveu o conceito de CE, com base no modelo teórico inicial de IE de Goleman. E assumiu uma clara diferenciação entre conceitos:

“A CE existe, quando alguém atinge um nível desejado de realização, e diz respeito ao pós-facto. Só pode ser apreciada simultaneamente ou após a exibição de comportamentos e ou atitudes, através da observação, ou através das memórias expressas, pelos sujeitos executores ou por observadores” (Veiga-Branco, 2005, p.171).

Para a autora “uma pessoa com elevada CE é aquela que tem também uma alta percepção do que pode ou não controlar, a partir da energia emocional que implode dentro de si.” (Veiga-Branco, 2005, p.168). A mesma divide a CE em cinco capacidades: Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão Emocional em Grupos. As três primeiras referem-se a capacidades intrapessoais e as duas últimas a capacidades interpessoais que representam diferentes dimensões do ser humano.

Autoconsciência é a primeira capacidade, determinante para as restantes destrezas. Esta significa identificar alterações neurofisiológicas, definir emoções, fazer-lhes apreciação e dar-lhes nome é o que fundamenta a maioria das outras capacidades emocionais (Goleman, 1995, 1999).

A autoconsciência diz respeito ao reconhecimento destas alterações assim como a sua localização e intensidade. Ter percepção do que acontece no corpo interfere no que respeita a dar nome à emoção desencadeadora. Esta envolve corpo e mente, emoção-razão (Veiga-Branco, 2005).

Gestão de Emoções definida por Goleman como autorregulação em 1999, significa gerir os próprios estados internos, impulsos e recursos. É a capacidade que emerge do autoconhecimento, da capacidade autoconsciência. Quem não reconhece como o corpo reage e o que sente conscientemente no momento dessas reações dificilmente consegue identificar as alterações no seu corpo e como consequência não se consegue gerir, traduz incapacidade em se controlar (Veiga-Branco, 2005).

Automotivação, ou motivar-se a si mesmo, significa ter esperança, ser capaz de utilizar a energia das emoções em função de objetivos próprios e acreditar que serão levados a cabo (Veiga Branco, 2005).

Empatia, para Goleman (1995) é ter “consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações dos outros” (p. 35) emerge da percepção das próprias emoções. “Ter a percepção do que os outros sentem sem que o digam, capta a essência da empatia” (Goleman, 1999, p. 143).

Gestão de Emoções em Grupos, última capacidade da CE diz respeito ao “conjunto de todas as capacidades anteriores e traduz a aptidão para gerir emoções no grupo. Esta significa criar e cultivar relações, reconhecer conflitos e de os solucionar, encontrando o tom adequado de perceber o estado de espírito dos intercultores” (Veiga-Branco, 2005, p.190).

Esta temática está presente em todas as fases da vida dos indivíduos e influencia o modo como estes se expressam e se relacionam com o ambiente em seu redor. Torna-se fulcral a compreensão do que são emoções e do processo de desenvolvimento de CE para os profissionais na área da saúde que têm como alvo de cuidados a pessoa, a família, grupos ou comunidades (Almeida, 2021). Em profissões onde as relações interpessoais assumem papel primordial, como a enfermagem, é fundamental que os profissionais possuam conhecimentos e saberes nas áreas do relacionamento e da CE, pois só assim poderão desempenhar as suas funções com base no paradigma humanista.

Caruso (1999) defende que:

“a inteligência emocional é especialmente importante para as profissões que nos põem em contacto com outras pessoas, nos fazem trabalhar informalmente em equipas ou requerem empatia e compreensão do outro... sem inteligência emocional a profissão pode tornar-se difícil, mas podemos aprendê-la.” (Caruso, 1999, p.121).

Da lista de profissões apresentada por este a enfermagem é uma das que mais requer inteligência emocional (Caruso, 1999) e esta implica a “capacidade de cuidar de si próprio, de cuidar do seu mundo interior e de nutrir o seu meio interior, tudo na procura de cuidados holísticos para o mundo exterior”. O autocuidado é talvez o primeiro indicador de qualidade que os enfermeiros devem seguir (Branco et al., 2023, p. 79).

Face ao exposto, pretende-se que o enfermeiro, no seio de uma equipa de trabalho, seja capaz de gerir as suas emoções junto dos seus pares, desta forma, este projeto está centrado nos enfermeiros de um SU.

2. PERCEÇÃO DO PROBLEMA

Face ao problema identificado, é necessário perceber e identificar quais os estudos já desenvolvidos perante esta problemática e quais as estratégias de sucesso utilizadas.

A ST tem sido alvo de diversificados estudos, principalmente fora de Portugal.

Staempfli e Lamarche (2020) elaboraram uma revisão sistemática de literatura sobre a ST de enfermeiros em SU e encontraram conclusões discrepantes, uma vez que as dimensões da amostra e os instrumentos de medição eram diferentes e nem sempre de elevada fiabilidade. Os resultados obtidos nestes estudos obtiveram percentagens de 72% quanto ao nível de satisfação em enfermeiros nos Estados Unidos da América e 46 % quanto à percentagem de enfermeiros satisfeitos em Espanha. Esta discrepância é também notória pela percentagem de insatisfação de 11% em enfermeiros holandeses para 56% na Grécia.

Nas variações associadas às características sociodemográficas Erdoğan e colaboradores (2020) e Yew e colaboradores (2020) concluíram que a ST aumentava com idade, uma vez que os enfermeiros mais velhos mostraram mais ST. Li e Lambert (2008) referem que a ST aumenta proporcionalmente com os anos de experiência profissional.

No que diz respeito ao nível de formação académica dos enfermeiros, Erdoğan e colaboradores (2020) afirmaram que esta característica não exercia qualquer influência na ST. Contrariamente, o estudo de Salahat e Al-Hamdan (2022) revelou que os enfermeiros que detinham o grau de mestre se encontravam menos satisfeitos do que os enfermeiros que eram, unicamente, licenciados. Os mesmos autores encontraram também diferenças na ST entre enfermeiros que exerciam a sua profissão em hospitais públicos, privados e que ensinavam enfermagem nas universidades. Sendo que os enfermeiros de hospitais públicos foram os elementos com menor satisfação. Kovner e colaboradores (2006) sublinharam que os enfermeiros ligados ao ensino apresentavam uma maior ST do que os que trabalhavam em hospitais. Dentro destes últimos, os que prestavam cuidados diretos aos utentes estavam mais satisfeitos com o seu trabalho do que aqueles que exerciam funções de gestão.

Será importante perceber o que está identificado na literatura que contribui para a ST dos enfermeiros ou que, inversamente, causa a sua insatisfação. O fator mais abordado nos diferentes artigos em análise é a influência da recompensa monetária auferida pelos enfermeiros (Yew et al., 2020; Erdoğan et al., 2020; Salahat & Al-Hamdan, 2022).

Os salários auferidos pelos enfermeiros de SU são repetidamente mencionados na insatisfação destes profissionais de saúde e não sendo adequados contribuem para a insatisfação profissional. No mesmo raciocínio enquadram-se as necessidades de segurança. Neste contexto inserem-se episódios de violência ocorridos no SU, cortes governamentais no âmbito da saúde, o stress sentido e as dificuldades na conciliação entre a vida familiar e o trabalho devido às exigentes horas em serviço (Staempfli & Lamarche, 2020). Os mesmos autores referem a importância da coesão grupal e do apoio social vivido nestes contextos (nos quais se podem experienciar momentos de trabalho traumáticos) assim como a comunicação adequada entre a equipa de trabalho.

O stress é mencionado devido ao impacto que este poderá ter nos enfermeiros uma vez que este afeta a ST na proporção do seu aumento. Sendo que este sentido de dignidade pode ser afetado por ações desrespeitosas levadas a cabo por colegas ou superiores que desprezem, envergonhem e ofendam os enfermeiros e o seu respetivo trabalho (Sturm & Dellert, 2016).

A elevada carga de trabalho também é percecionada como um fator que acarreta insatisfação. Esta tem implicações para a vida social dos enfermeiros pela sua extensa durabilidade (por exemplo, devido à realização de horas extras) tendo impacto negativo (Erdoğan et al., 2020).

Na análise de Salahat e Al-Hamdan (2022) as férias e os benefícios são motivo de insatisfação, juntamente com a dificuldade de equilibrar a vida pessoal com a profissional e as características de agendamento da carga horária.

Relativo ao ambiente social no local de trabalho Geese e colaboradores (2022) constatou que os enfermeiros que mantivessem relações interpessoais positivas, com os seus pares, poderiam obter maiores níveis de satisfação. Mais ainda, sublinharam o papel da troca de conhecimentos e apoio de outros profissionais no seu trabalho como benéfico para a ST dos enfermeiros.

Na mesma perspetiva, Kovner e colaboradores (2006) sublinharam a importância para a elevada coesão grupal e elevado apoio do líder. Finalmente, Yew e colaboradores (2020) argumentaram que, dentro dos fatores que mais contribuíram para a ST, encontrava-se também a interação, ou seja, a relação de suporte e cooperação mantida entre pares.

Relativamente ao trabalho em si desenvolvido pelos profissionais de enfermagem o maior responsável pela ST dos profissionais de saúde em análise foi o seu estatuto profissional. Este, deriva do orgulho e importância que os enfermeiros atribuíam à sua profissão, assim como a autonomia que obtinham na realização do seu trabalho (Yew et al., 2020). Os autores Kovner e

colaboradores (2006) também explicavam a variação da ST recorrendo a fatores como a elevada autonomia, oportunidades de progressão na carreira e o trabalho diversificado.

Por fim, Ayalew e colaboradores (2021) relevaram a importância dos fatores intrínsecos para o alcance da ST dos enfermeiros. Nesta investigação, os profissionais de saúde encontravam-se mais satisfeitos com o seu crescimento e melhoria no trabalho. No que diz respeito ao reconhecimento, este é associado ao *feedback* positivo que obtêm das suas realizações e conquistas a nível profissional.

Após a exposição dos fatores influenciadores da ST para a profissão de enfermagem de uma forma geral, e em particular para os enfermeiros que trabalham em contexto de SU, pretende-se compreender a relação que pode ser estabelecida entre a ST e a CE (sendo que o conceito de IE está estritamente ligado ao de CE) mantendo o foco na profissão de enfermagem.

Como conclusão geral do trabalho de Seyedi e colaboradores (2021), não foi encontrada uma correlação de relevo entre os conceitos, demonstrando que a IE não influencia a ST dos enfermeiros. Rocha e colaboradores (2021), num estudo realizado em Portugal também concluiu que não existam correlações significativas entre a ST e a CE dos enfermeiros.

Contudo a literatura também evidencia estudos que comprovam um impacto direto e significativo da IE na ST dos profissionais de saúde (Güleryüz et al. 2008; Tagoe & Quarshie, 2017; Mohammed & Fekry, 2018; Mohammadi & Yekta, 2018; Jnaneswar, 2019; Gong et al. 2020, Bhore & Dhanawade., 2025).

No trabalho desenvolvido por Mohammadi e Yekta (2018) os enfermeiros realizaram formação em IE tendo as avaliações demonstrado que os participantes haviam aumentado não só o nível de IE, mas também a sua ST. Para este resultado os autores enfatizaram a importância do uso e controlo de emoções. Também foi por estes sublinhado que a aprendizagem destas capacidades se reflete na forma de comunicar, uma vez que se torna mais adequada às diferentes situações e atenta a sinais verbais e não verbais dos outros. Por sua vez, tornam-se capazes de avaliar o estado emocional daqueles com quem se relacionam, bem como de se colocar na sua posição. Em conjunto, estas habilidades fazem com que os indivíduos desenvolvam o conhecimento sobre si mesmos, bem como dos outros, o que lhes eleva a autoestima. Numa perspetiva interpessoal, indivíduos emocionalmente inteligentes tendem a adotar uma postura compreensiva e tolerante para com os outros, compreendendo as suas emoções. Desta forma, conseguem relacionar-se eficaz e facilmente com um vasto leque de pessoas, o que se reflete na ST.

Numa publicação intitulada “Emoções na Saúde” concluiu-se que cultivar comportamentos emocionalmente competentes poderá ajudar a adquirir a confiança e a motivação necessárias para se ser um melhor profissional, além disso, aumenta a ST e o afinho no trabalho e, por conseguinte, diminui o esgotamento. Sendo que a IE contribui para um ambiente de trabalho mais agradável e afeta positivamente a satisfação no mesmo. E por isso, associa-se à possibilidade de sucesso profissional, pessoal, afetivo e económico. A inteligência emocional poderá também diminuir o nível de stress profissional e melhorar a relação do indivíduo na equipa profissional (Machado et al., 2021).

Ao analisar um estudo realizado no Perú, concluiu-se que uma combinação de elevada IE na gestão de conflitos, pode ser a chave para melhorar a satisfação profissional na enfermagem. As habilidades intrapessoais e interpessoais que a IE proporciona permite aos indivíduos reconhecer e regular as suas próprias emoções assim como as dos outros. A adaptabilidade na gestão do stress, antecipar situações de confronto e a autorregulação emocional são característica inerente à IE que facilitam a resolução de conflitos. A gestão adequada dos conflitos promove um ambiente de trabalho harmonioso e fortalece as relações interpessoais (Soriano-Vázquez et al., 2023).

Relativamente às estratégias que promovem inteligência emocional dos enfermeiros, as atividades de reflexão em grupo sobre situações da prática são a estratégia mais referida (Marcelino et al., 2021). Apura-se que é evidente que a análise em conjunto permite reconhecer as situações problemáticas, mas também entender diferentes opiniões e pontos de vista, sendo que esta reflexão auxiliada pela discussão em grupo permite desconstruir e reconstruir o significado da situação prática (Pokorná & Knight, 2015; Taylor et al., 2014).

3. PROPOSTA DE MELHORIA

A equipa de enfermagem de um de SU de hospital da Região Centro do país é composto por vinte enfermeiros sendo que a maioria trabalha nesta equipa há largos anos. Nos últimos cinco anos tem sido referido por estes a diminuição da ST.

Será expectável supor que uma equipa composta por profissionais com ampla experiência e trabalho em comum terão um relacionamento harmonioso. Contudo no trabalho desenvolvido diariamente existe uma perceção notória de insatisfação no trabalho e isso reflete-se nos conflitos frequentes com impacto nas relações interpessoais e consequentemente na qualidade dos cuidados ao utente. Nas reuniões de serviço é frequente ser solicitado por estes profissionais formações direcionadas para a coesão de equipa, *Team Building*, atividades de relaxamento e formação em literacia emocional.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde na organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde devem ser garantidas as condições ambientais de trabalho, que promovam a satisfação e desenvolvimento profissional, tal como, a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar (Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, Base 22) também os auditores da *Joint Commission International* e ACSA recomendam a avaliação anual do grau de satisfação dos profissionais de saúde.

Tendo em conta o relatório de 2024 sobre “Avaliação da Satisfação dos Profissionais dos Cuidados de Saúde Hospitalares” nesta ULS, após uma análise global dos resultados obtidos assim como as sugestões apresentadas pelos profissionais nas respostas abertas, constata-se que é emergente o desenvolvimento efetivo de medidas que promovam a motivação e a satisfação individual dos profissionais, contribuindo para uma melhoria do clima organizacional.

Uma vez que não existe uma resposta eficaz neste serviço para contornar esta problemática decide-se com este projeto ir ao encontro das necessidades identificadas por estes profissionais e desenhar um programa psicoeducacional de grupo que aumente a ST através da promoção da CE, segundo o construto da autora Veiga-Branco (2023).

Para tal, este projeto será alicerçado tendo por base a intervenção psicoeducacional, esta incorpora o regulamento de competências específicas do EEESMP, de acordo com o regulamento n.º 515/2028. O EEESMP “coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental (F4.1)” assim como projetos de promoção e proteção em saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos “implementa

programas de promoção da saúde mental em locais de trabalho (...)”(F2.3.4) (regulamento n.º 515/2028).

A psicoeducação é uma forma específica de educação nas dimensões mental, psicológica, cognitiva e emocional, com uma relação direta com as atitudes, competências e comportamentos (Morgado, Loureiro & Rebelo Botelho, 2022) e pode ser utilizada em diferentes contextos e diversas áreas da saúde. Ao nível emocional é uma ferramenta de aprendizagem que atua de forma preventiva auxiliando os indivíduos a identificar e reconhecer as suas emoções e, as do outro, assim como, saber utilizá-las de forma produtiva. O que favorece a promoção de estilos de vida saudáveis, no contexto de trabalho dos enfermeiros. Indo ao encontro da dimensão cognitiva, a psicoeducação integra uma componente educativa que visa dar conhecimentos acerca de um problema/doença e uma componente de suporte abordando a gestão de emoções e expectativas (Amaral et al., 2020).

Num grupo a psicoeducação possibilita a criação de espaços nos quais as pessoas podem reconhecer as suas dificuldades, pensamentos, emoções e comportamentos. O que permite lidar com questões intrapessoais e interpessoais num ambiente terapêutico (Sequeira & Sampaio, 2020).

Para a fundamentação, alicerçada nas teorias de enfermagem, recorreu-se à Teoria dos Sistemas de Betty Neuman (1979). Nesta o indivíduo é um sistema aberto, complexo e em constante interação recíproca com o ambiente que o envolve, sendo que este influencia o seu bem-estar (Neuman & Fawcett, 2011). A pessoa é um todo, influenciada por fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais de desenvolvimento e espirituais. Reconhece-se o efeito que os fatores stressores podem representar na capacidade de ajuste e adaptação do indivíduo ao sistema, causando tensão. Quando o sistema está em desarmonia por longo período ocorre o conceito de doença pelas falhas das linhas de defesa e resistência do indivíduo (Neuman & Fawcett, 2011).

A enfermagem, em conjunto com o cliente, atua aos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, diminuindo a probabilidade do mecanismo se deparar com o stressor ou permitir que este se fortaleça de forma a reduzir a sua reação perante o mesmo, após a interação do sistema com o stressor, recuperar a homeostasia e fortalecer as linhas de resistência, diminuindo os efeitos da interação e por fim, prevenir o reaparecimento da reação (Neuman & Fawcett, 2011).

Tendo em conta o projeto em causa, assume-se que o enfermeiro, num ambiente complexo como os SU pode estar sujeito a diversos fatores stressores, como a gestão frequente de situações penosas emocionalmente, gestão de prioridades, elevada afluência, a multitarefa, a violência, entre outros. Para além de promover a sua insatisfação no local de trabalho poderá implicar processo de doença.

Neste contexto, promover a CE poderá demonstrar-se uma habilidade fundamental para os enfermeiros, permitindo que estes se fortaleçam de forma a reduzir o impacto do contexto onde se desenvolve a sua atividade profissional. Promovendo melhor ambiente de trabalho, pela capacidade de se relacionar de forma positiva, tanto com os utentes como com os colegas de equipa, e em última instância na prestação de cuidados de excelência.

Tendo em consideração os PQCE dos Cuidados especializados ESMP, os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, “visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão”, são um instrumento importante para dar voz ao papel do enfermeiro junto da sociedade e “visão fornecer orientações para a definição de programas de melhoria contínua da qualidade” (regulamento n.º 356/2015, p. 17035).

Compreende-se que este PMCQCE dá resposta aos seguintes enunciados descritivos:

- a) **Satisfação do cliente:** o EEESMP tem em conta a melhoria das estruturas organizacionais no que respeita à criação de ambientes favoráveis à saúde mental, como o ambiente de trabalho, de forma a promover a satisfação dos enfermeiros do SU;
- b) **Promoção da saúde:** na participação e construção de ambientes saudáveis e promotores de saúde mental no local de trabalho através das competências sociais. Tendo em conta a perspetiva holística, a componente formativa promotora de saúde sobre educação emocional deve estar subjacente à formação dos enfermeiros de acordo com Pérez e colaboradores (2020).
- c) **A prevenção de complicações:** colaboração na minimização de situações patológicas, já que incapacidade de reconhecer e verbalizar as próprias emoções e de reconhecer as emoções do outro faz com que os indivíduos sejam menos empáticos e tenham dificuldade em criar vínculos sociais o que aumenta também a probabilidade de perturbações como anorexia nervosa, bulimia, depressão, fobia social, abuso de substâncias, hipertensão, distúrbios sexuais, alergias entre outras (Moreira, 2022).

Prevenindo o desenvolvimento de patologias psiquiátricas nos enfermeiros com menor entendimento emocional;

- d) Bem-estar e o autocuidado:** maximizando o bem-estar através da diminuição do impacto do contexto de trabalho destes enfermeiros pela aprendizagem sobre autoconsciência emocional, estratégias de autorregulação emocional e gestão de relacionamentos em grupos e na utilização da comunicação como ferramenta para a gestão de conflitos promovendo um ambiente de trabalho mais saudável o que contribui para a coesão grupal;
- e) Organização dos cuidados de enfermagem especializados:** na implementação de um PMCQCE no exercício da ESMP com impacto na satisfação dos profissionais de um SU, relativa à qualidade do exercício profissional especializado. Sentir-se emocionalmente competente, traduz harmonia interior o que trás também disponibilidade para o exterior, para o outro, e que se pode revelar um indicador sensível da qualidade dos cuidados e, portanto, da qualidade em saúde, que como defende Donabedian (2003) citado por Branco e colaboradores (2023).

Este PMCQCE foi conceptualizado tendo em conta a taxonomia CIPE (2019) e os seguintes focos de enfermagem: “Emoção” – “Processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença”; “Autoconsciência” – “Crença comprometida: opinião que cada um tem de ser uma pessoa separada e distinta das outras; com fronteiras pessoais; ser um indivíduo com experiências; desejos e atos”; “Comunicação” – “Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”; “Relacionamento” - “estrutura psicossocial”.

Relativamente ao core de indicadores sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem da saúde mental e psiquiátrica, este projeto enquadra-se na denominação “outros indicadores de enfermagem”. Estes indicadores são transversais a qualquer diagnóstico na área de intervenção da enfermagem de saúde mental e têm como oportunidade evidenciar a dimensão autónoma dos cuidados especializados, bem como a segurança a qualidade que responda à necessidade de todos os intervenientes no processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Dá-se destaque ao indicador de resultado: “Taxa de satisfação do cliente com os cuidados especializados do EEESMP”.

4. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS INICIAIS

Este projeto tem como objetivo geral: Promover a CE dos enfermeiros num SU da região centro do país, face à ST através da intervenção psicoeducacional intitulada “*BEmotions*”.

Como objetivos específicos:

- Efetuar a caracterização sociodemográfica da amostra;
- Desenhar e implementar um programa psicoeducacional de grupo, baseado na CE da autora Veiga-Branco;
- Determinar o perfil de CE e o de satisfação com o grupo de trabalho dos enfermeiros antes da aplicação da intervenção psicoeducacional *BEmotions*;
- Melhorar o perfil de CE e o nível satisfação com o grupo de trabalho dos enfermeiros, após a aplicação da intervenção psicoeducacional *BEmotions*;
- Melhorar o desenho da intervenção psicoeducacional *BEmotions* em função da monitorização da sua implementação.

5. PERCEÇÃO DAS CAUSAS DO PROBLEMA

Através de um brainstorming realizado com a equipa de enfermagem durante reunião de serviço no final do ano de 2023, entrevista individualizada e observação direta, foi efetuado um Diagrama de Ishikawa que se pudesse aproximar o máximo da realidade destes profissionais.

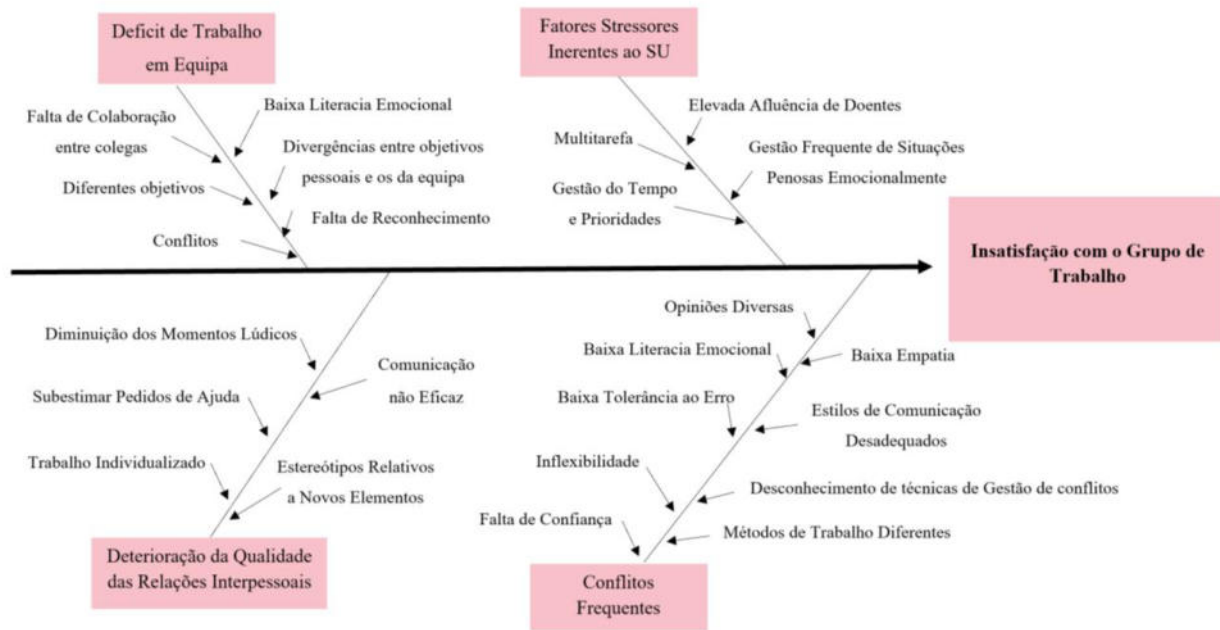


Figura 1 - Diagrama de Ishikawa: identificação dos fatores que levam à insatisfação no trabalho dos enfermeiros (elaboração própria).

No diagrama efetuado foram mencionados quatro fatores que contribuem para insatisfação no trabalho:

O défice de trabalho em equipa é referido pelos profissionais devido aos conflitos, à falta de reconhecimento dos pares, falta de colaboração com preferência pelo trabalho individualizado e o deficit de literacia emocional relacionada com a empatia;

Os conflitos são tidos como frequentes, e estão relacionados com métodos de trabalho e opiniões distintas. Sendo a equipa pouco flexível e até resistente a customizar os diferentes métodos de trabalho e os estilos de comunicação;

A deterioração da qualidade das relações interpessoais: com a integração de novos elementos (mais jovens e com menos experiência profissional) percebeu-se que os diversos elementos da equipa não conseguem estabelecer relações efetivas no local de trabalho, devido em grande parte à diminuição dos momentos lúdicos que foram sendo

cada vez menos frequentes com a saída de alguns elementos carismáticos que organizavam os convívios;

Fatores stressores inerentes ao SU derivados da multitarefa, devido à elevada afluência de utentes e à dificuldade na gestão de tempo e prioridades, assim como a gestão frequente de situações penosas emocionalmente, como a dor, o sofrimento e a morte num curto espaço de tempo.

Como constatado na revisão da literatura efetuada, existem diversas causas que contribuem para a insatisfação no trabalho. No âmbito da saúde trabalhar em equipa pode ser encarado como uma rede de relações entre pessoas, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais. Este é o meio mais adequado para que se possa obter melhores resultados (Laccort & Oliveira, 2017).

São identificadas como barreiras dificultadoras do trabalho em equipa: a falta de reconhecimento do trabalho pelos colegas, a falta de colaboração dos colegas, gerando insatisfação e distanciamento dos integrantes da equipa, conflito gerados no dia a dia, a falta de clareza dos objetivos e a divergência entre os objetivos pessoais e os da equipa (Valentim et al., 2020).

A comunicação, as relações interpessoais, as relações de poder, o planeamento, a tomada de decisão e a cultura organizacional são referidos como fatores que também podem interferir no trabalho de equipa (Laccort & Oliveira, 2017).

Por sua vez, a confiança e o respeito estabelecido entre líderes e respetivos colaboradores desempenham também um papel importante. A existência de equipas de trabalho unidas e o apoio gerado entre pares, são vistos como aspetos influenciadores de um maior nível de ST (Cunha et al., 2007). E é através das relações estabelecidas no trabalho, que os indivíduos se podem sentir-se apoiados social e afetivamente, e neste sentido contribuem para a satisfação. Contudo, no sentido inverso, se nestas relações surgirem conflitos estes poderão afetar, negativamente a ST (Judge et al., 2020).

O stress tem sido referido pela Organização Mundial da Saúde como uma epidemia do século XXI com efeitos devastadores na saúde física e emocional das pessoas (Lima et al, 2020). E, são os enfermeiros que trabalham em SU, com horários intensos de trabalho, sobrecarga das funções e desvalorização salarial que estão mais suscetíveis aos efeitos negativos do stress (Pinho et al, 2020). Neste sentido, o stress inibe os indivíduos de se desenvolverem e cumprirem

as suas necessidades de realização no trabalho, por circunstâncias que estes não podem controlar, tendo este um efeito negativo esperado na ST (Judge et al., 2020).

CHECK LIST HEATHER PALMER

Para avaliação da qualidade do projeto recorreu-se à *Check List* de Heather Palmer. Esta é constituída por dez itens: a) identificação das dimensões em estudo, b) unidades de estudo, c) tipo de dados, d) fontes de dados, e) tipo de avaliação, f) critérios de avaliação, g) colheita de dados, h) relação temporal, i) definição da população e seleção da amostra, j) medidas corretivas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

a) IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES EM ESTUDO

- **Satisfação e aceitabilidade dos profissionais** – perceção dos enfermeiros sobre a pertinência do projeto, entendida como a diferença entre as expectativas relativas ao projeto e a perceção final relativa aos ganhos com o mesmo;
- **Efetividade** - capacidade para atingir objetivos (eficácia) da melhor forma possível (eficiência);
- **Adequação técnico científica** – recurso a conhecimentos e com características técnicas capazes de favorecerem, otimizarem os cuidados prestados;
- **Acessibilidade** – obtenção de cuidados de qualidade.

b) UNIDADES DE ESTUDO

As unidades de estudo correspondem aos enfermeiros em funções num SU de um hospital da região centro de Portugal, tendo em conta que a enfermagem é umas das profissões que mais requer inteligência emocional, pelo relacionamento constante, o trabalho em equipa e necessidade de compreensão do outro, através da empatia (Caruso, 1999).

O estudo respeitou os aspetos éticos previstos na declaração de Helsínquia. Tendo tido a aprovação pelo centro de investigação, por parte da comissão de ética n.º 48/2024, aplicado consentimento informado livre e esclarecido e assegurada a privacidade e a confidencialidade dos dados dos participantes.

c) TIPO DE DADOS

Indicadores de estrutura: Planeamento das sessões e materiais de apoio;

Indicadores de processo: Taxa de presença (% de enfermeiros envolvidos) e taxa de adesão (% de enfermeiros que completaram o projeto);

Indicadores de resultado: resultados obtidos pela implementação do projeto no âmbito da CE e na satisfação com o grupo de trabalho;

Indicadores de qualidade: refletem a satisfação da amostra pelo preenchimento dos questionários aplicados em cada sessão e no final da intervenção.

d) FONTES DE DADOS

- Atas de reuniões de serviço;
- Mapas de registo de construção própria através de brainstorming, entrevista individual e observação direta;
- Questionário sobre dados sociodemográficos (Género, idade, estado civil, habilitações literárias) e dados profissionais (experiência profissional, tempo de exercício na equipa, vínculo laboral, título de especialista pela ordem, qual a especialidade, formação em IE/CE);
- Escala de Satisfação com o Grupo de Trabalho (ESAG) (Dimas, 2018): Esta escala tem como objetivo caracterizar o grau de satisfação dos membros com a equipa à qual pertencem. É uma escala de tipo *Lickert* com 7 opções de resposta (1 = totalmente insatisfeito, 2 = bastante insatisfeito, 3 = moderadamente insatisfeito, 4 = nem satisfeito nem insatisfeito, 5 = moderadamente satisfeito, 6 = bastante satisfeito, 7 = totalmente satisfeito). Constituída por 7 itens que cobrem vários aspetos relacionados quer com o sistema socioafetivo quer com o sistema tarefa do grupo de trabalho: 3 itens medem a satisfação com aspetos do domínio afetivo, como a satisfação com as relações existentes entre os membros da equipa de trabalho, e 4 itens avaliam a satisfação com o sistema tarefa, nomeadamente com a forma de trabalhar da equipa e com o papel desempenhado por cada membro. Trata-se de uma escala unidimensional, pelo que se obtém o score de satisfação com a equipa através da média das respostas a todos os itens;
- EVCE-r33 - Escala Veiga da Competência Emocional-reduzida (Veiga-Branco, 2023): Versão reduzida da “Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), (Veiga-Branco, 2005)”. Esta escala é composta por 33 itens/enunciados, de forma a permitir a operacionalização das cinco dimensões da CE: autoconsciência - 8 itens;

gestão de emoções - 7 itens; a automotivação - 7 itens; empatia - 5 itens; gestão de emoções em grupos - 6 itens. Todos os itens foram concebidos como variáveis ordinais, medidas por uma escala de frequência temporal do tipo Likert (1 a 7, com 1 - "nunca", 2 - "raramente", 3 - "pouco frequente", 4- "por norma", 5 - "frequente", 6 - "muito frequente" e 7 - "sempre"), podendo os participantes escolher a frequência temporal com que vivenciam as situações descritas. Tem como itens invertidos na subescala "autoconsciência" (a,c,d,e,f,g,h) na sub escala "gestão de emoções"(c,d,e,g) na subescala automotivação (a,d,e,f,g) na sub escala "empatia" (e), e, por fim na sub escala "gestão de emoções em grupos" – (nenhum item invertido). Esta escala prevê a medição do perfil de CE global segundo 3 níveis: o nível baixo entre 1 e 3,49; o nível moderado entre 3,50 e 5,45, e o nível alto entre 5,46 e 7;

- Questionário de satisfação aplicado no final de cada sessão: uma pergunta fechada tipo likert de 10 níveis (1-nada satisfeito, 10-muito satisfeito) sobre a satisfação global da sessão e uma pergunta aberta diretiva sobre a importância/pertinência de cada capacidade da CE no dia a dia de trabalho;
- Questionário de satisfação adequação da intervenção psicoeducacional *BEmotions* aplicado no fim do projeto, Avaliação dos itens: 1) Conteúdos Programáticos e Metodologia, 2) organização, 3) Avaliação Global e a 4) Satisfação Global com o projeto e uma questão aberta sobre sugestões/críticas/comentários ao projeto.

e) TIPO DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos dados obtidos foi realizada em auditoria interna (pela dinamizadora do projeto) tendo por base o impacto descrito pelos participantes. A avaliação externa foi realizada pelas enfermeiras orientadoras do EC numa UCC, ambas EEESMP sem vínculo ou subordinação às clínicas onde decorre a implementação do projeto (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

f) CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Os Critérios de avaliação são explícitos, **na primeira sessão**, a todos os participantes:

- Aplicação do questionário sociodemográfico,
- Aplicação da Escala de Satisfação com o Grupo de Trabalho (Dimas, 2018);
- Aplicação EVCE-r33 - Escala Veiga da Competência Emocional-reduzida (Veiga-Branco, 2023);

Em todas as sessões:

- Questionário de satisfação aplicado no final de cada sessão:

Na última sessão, a todos os participantes:

- Aplicação da Escala de Satisfação com o Grupo de Trabalho (Dimas, 2018);
- Aplicação EVCE-r33 - Escala Veiga da Competência Emocional-reduzida (Veiga-Branco, 2023);
- Questionário de satisfação aplicado no final de cada sessão;
- Questionário de satisfação e adequação da intervenção psicoeducacional *BEmotions*.

g) COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada pela enfermeira preponente do projeto, antes, durante e após a intervenção através dos instrumentos de colheita de dados.

h) RELAÇÃO TEMPORAL

O projeto tem uma relação temporal prospetiva, na medida em que as intervenções são construídas no presente e avaliadas no final do programa.

i) DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

A população, teve uma base institucional, que corresponde à totalidade dos enfermeiros a exercer funções no SU de um hospital da região Centro do País. Foram excluídos os enfermeiros em funções de gestão, enfermeiros de baixa médica ou em período de férias ou que recusassem participar no programa.

A amostra é intencional uma vez que é constituída pelo grupo de enfermeiros que, de entre a população, aceitaram participar no projeto e que foram assíduos em pelo menos três das cinco sessões planeadas. Dos 20 enfermeiros da equipa, aceitaram participar 10, compondo a amostra.

Relativamente às variáveis sociodemográficas da amostra, alusiva ao género, 8 dos participantes são do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com uma média de idades de 45,3 anos, 9 são casados/união de fato e 1 divorciado/solteiro, 9 têm licenciatura e um tem mestrado (tabela 1).

Variável	N	%	
Género	Feminino	8	80,0
	Masculino	2	20,0
Idade (Anos)	30 - 40	4	40,0
	41 - 50	4	40,0
	>50	2	20,0
	(\bar{x}, s; x_{\min}-x_{\max})	$\bar{x}= 45,30$ $s= 7,07$	x_{\min} - $x_{\max} = 38 - 59$
Estado Civil	Casado / União de Fato	9	90,0
	Divorciado / Solteiro	1	10,0
Habilitações literárias	Licenciatura	9	90,0
	Mestrado	1	10,0

Tabela 1 - Distribuição da amostra em função das variáveis sociodemográficas

Tendo em conta as variáveis profissionais, experiência profissional 2 têm entre 5 a 15 anos, 5 têm entre 16 a 25 anos, e superior a 25 anos 3 elementos. Relativamente ao tempo de exercício profissional na equipa, 4 elementos têm até 10 anos e 4 têm entre 11 e 20 anos e 2 superior a 20 anos. Cinco elementos têm um contrato sem termo e 5 têm contrato em funções públicas. Apenas um detém título de especialista pela OE de enfermagem comunitária, 1 dos participantes tem formação na área da IE/CE (tabela 2).

Variável	N	%	
Experiência profissional (Anos)	5 - 15	2	20,0
	16 - 25	5	50,0
	>25	3	30,0
	(\bar{x}, s; x_{\min}-x_{\max})	$\bar{x}= 20,80$ $s= 5,90$	x_{\min} - $x_{\max} = 14 - 29$
Tempo Exercício na Equipa (Anos)	0 - 10	4	40,0
	11 - 20	4	40,0
	>20	2	20,0
	(\bar{x}, s; x_{\min}-x_{\max})	$\bar{x}= 14,20$ $s= 8,68$	x_{\min} - $x_{\max} = 1 - 29$
Vínculo laboral	Contrato sem Termo	5	50,0
	Contrato em FPTI	5	50,0
Título Especialista pela OE	Não	9	90,0
	Sim	1	10,0
Qual Especialidade	Enfermagem Comunitária	1	10,0
Formação em Comportamento Emocional	Não	9	90,0
	Sim	1	10,0

Tabela 2 - Distribuição da amostra em função das variáveis profissionais

j) MEDIDAS CORRETIVAS

As medidas corretivas incluem: a) medidas educacionais, através da intervenção psicoeducacional de grupo *BEmotions*, de acordo com os domínios das competências específicas do EEESMP; b) medidas estruturais, decorrentes da elaboração de documentos de apoio e guiões de suporte ao desenvolvimento das sessões; c) medidas disciplinares de acordo com o enquadramento ético-legal da disciplina e profissão.

6. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

No que diz respeito ao tempo de duração intervenção psicoeducacional *BEmotions*, optou-se por considerar um programa de cinco sessões de grupo fechado, o que se revelou facilitador na construção de confiança, na coesão grupal permitindo abertura entre os participantes (Sampaio, et al., 2023). Foram realizadas semanalmente, distribuídas ao longo de seis semanas, dado que o espaço temporal promove a reflexão e a integração de novas aprendizagens e também oportunidade de testar novas competências e procedimentos (Azeiteiro & Carvalho, 2013). As sessões iniciam-se com o resumo e a sistematização das conclusões da sessão anterior e terminam como a sistematização das ideias-chave abordadas na própria sessão e a apresentação dos trabalhos para pensar (TPP) solicitadas aos participantes para desenvolver, em casa, entre sessões.

Recorreu-se à metodologia experiencial, em que a aprendizagem se desenvolve através da reflexão de uma experiência prática, e a forma como esta se vivencia é influenciada através de uma componente interna (do próprio) e externa (dadas as condições externas), de base cognitivo-comportamental, tendo o foco no pensamento como influenciador nas emoções e como estas modelam o comportamento para a resolução eficaz de problemas (Bread & Wilson, 2018). Em cada sessão foram explorados os domínios ou capacidades segundo o construto de CE da professora Augusta Veiga Branco: autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão emocional em grupos.

Cada sessão foi planeada para ter uma duração de aproximadamente 60 minutos, contudo e após o estudo realizado sobre a viabilidade da intervenção psicoeducacional *BEmotions* na promoção da CE dos enfermeiros numa UCC (Apêndice XI), decidiu-se aumentar a duração de cada sessão para 90 minutos.

1ª Sessão: “Autoconsciência”

Fase inicial: Realizada contextualização da temática, abordagem aos conceitos IE e CE, a sua diferenciação, assim como o problema identificado a da ST e a relação desta com a CE. Apresentada a intervenção psicoeducacional *BEmotions* com recurso a *PowerPoint*. Preenchimento do Consentimento livre e esclarecido, Questionário sociodemográfico, EVCE-r33 - escala Veiga da Competência Emocional-reduzida (Veiga-Branco, 2023), escala de Satisfação com o grupo de trabalho (Dimas, 2018) e o questionário de satisfação com a sessão, aplicado no final da mesma.

A dinâmica de quebra gelo foi inspirada pela Professora Doutora Lucília Nunes, nas suas palavras, “A melhor e mais importante fonte de autocuidado é a relação que os profissionais estabelecem entre si” (Nunes, 2024), através da identificação das qualidades do participante ao seu lado, escritas num balão. Os participantes teriam que manter os colegas (balões) no ar e não os deixar cair, protegendo-os. Após troca de balões teriam que identificar a quem pertencia o balão de acordo com as qualidades identificadas. Já que a capacidade de receber feedback permite ter maior consciência do que os outros sabem e veem em cada um e, que por vezes o indivíduo não vê em si próprio (Bassot, 2016).

Para dar início à sessão foram introduzidos os conceitos: emoção, Emoção vs sentimento, funções das emoções, emoções básicas: tristeza, alegria, raiva, nojo, medo.

Para terminar, a dinâmica “Eu e as minhas emoções”, com recurso à ação sociométrica e à estátua, de forma aos participantes identificarem emoções e a sua manifestação fisiológica tendo em conta situações do contexto de trabalho. O que permitiu a reflexão sobre situações da prática, esta é uma das estratégias que aumentam a autoconsciência pelo auxílio na identificação de necessidades de aprendizagem (Younas et al., 2020),

Como TPP Identificar no decorrer na semana uma situação que tenha desencadeado uma emoção (qual) e a sua manifestação fisiológica.

2ª sessão: “Gestão de emoções”

Dotar os profissionais de saúde de estratégias de autorregulação emocional pode ter efeito positivo na cidadania organizacional, no desempenho profissional, na eficácia na equipa e na satisfação profissional (Yordanova & Dineva, 2022). Esta constitui-se como uma estratégia de autocuidado uma vez que atenua as emoções negativas associadas à exposição do sofrimento experienciado pelo outro no contexto de trabalho (Meneghini et al., 2024).

Abordado o conceito autorregulação emocional, *Brainstorming* sobre uma situação fictícia e ensinadas estratégias de autorregulação emocional utilizadas a longo prazo e no imediato (Modelo Modal). Neste âmbito foram dadas a conhecer aos participantes algumas técnicas que podem ser realizadas no seu dia a dia explicando o seu enquadramento e vantagens.

Foi realizado ensino e treino de respiração diafragmática, ensinadas estratégias de atenção plena como caminhada *Mindfulness* e realizada meditação do chocolate (*Midfulness eating*). Numa revisão sistemática sobre a relação entre *Mindfulness* e IE como fator protetor nos profissionais de saúde conclui-se que a meditação *Mindfulness* é uma forma eficaz de treinar a IE. A

meditação *Mindfulness* reduz os níveis de ansiedade, depressão e stress, aliviando sintomas físicos como a dor, bem como vulnerabilidade devido a doenças psiquiátricas (Jiménez-Picón et al., 2021).

Foram trazidas e partilhadas entre os participantes fotografias relativas a momentos de convívio do grupo e solicitado que recordassem esses momentos, trazendo o Savoring¹⁶ para a sessão através da reminiscência, possibilitando a recordação de diversos momentos positivos importantes para a equipa. Dado que não devem só regular-se as emoções negativas como também desenvolver e otimizar as nossas emoções positivas. A evidência mostra que as emoções positivas têm impacto positivo na confiança, autoeficácia, redução de stress e na longevidade (Moreira, 2022).

Por fim uma sessão de Relaxamento por Imaginação Guiada¹⁷, a evidência sugere efeitos positivos do relaxamento, designadamente na tranquilidade na realização das atividades de vida diárias, na vitalidade, no bem-estar emocional, na capacidade de concentração, no controlo da dor, entre outros (Dias, 2007).

Foi solicitado como TPP, trazer um objeto/adereço/mensagem, etc. para a próxima sessão com o objetivo de construir um “KIT de sobrevivência - Gestão de Emoções” tendo em conta uma estratégia de gestão emocional.

3ª sessão: “Auto-motivação”

Para que uma instituição tenha elevados PQCE nos cuidados prestados é necessário que os seus profissionais sejam qualificados, dedicados e motivados. Ressalva-se a importância dos mesmos na prática de enfermagem avançada uma vez que estes enfermeiros trazem aumento de qualidade e de segurança nos cuidados prestados e relação custo-eficácia dos cuidados de saúde (Laranjeira & Querido, 2021).

Veenstra e colaboradores (2020) infere que a motivação dos profissionais é crucial para a qualidade dos serviços, como os incentivos monetários relativos à denominada motivação extrínseca (recompensas externas ou ambição). Embora esta seja uma forma de melhorar o desempenho dos profissionais também podem eliminar a motivação intrínseca (interesse

¹⁶ Savoring, capacidade de apreciar o prazer de qualquer experiência, saborear momentos da vida, sejam eles grandes ou pequenos (Moreira, 2022).

¹⁷ Pretende-se que a pessoa utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da sua imaginação ou da memória para alcançar o efeito terapêutico desejado. Durante a imaginação guiada a vivência da experiência é tão intensa que o cérebro responde como se fosse uma experiência real produzindo efeitos psicossomáticos benéficos (Sequeira & Sampaio, 2020).

pessoal, satisfação ou paixão), sendo a evidência limitada sobre se os incentivos monetários aumentam a qualidade dos cuidados.

Para introduzir a temática da motivação foi lançada a questão “O que te motiva?” respondida anonimamente através do smartphone (*Mentimeter*) assim como os mitos sobre motivação através de opções de escolha múltipla (*Kahoot!*).

Ensinados conceitos de motivação, tipos de motivação, automotivação assim como a influência das emoções como o otimismo e esperança na motivação e na resiliência no local de trabalho através de situações da prática clínica.

De acordo com Veiga-Branco (2004) a esperança e otimismo são formas a exponenciar a motivação intrínseca já que estes são exemplos auto motivacionais de vida, constituem-se como estados de espírito que refletem grande expectativa nas relações, fatos ou coisas da vida em geral são conseguidas e ultrapassadas apesar das dificuldades ou frustrações.

Realizada atividade com intuito de traçar objetivos realistas através da mnemónica SMART¹⁸, já que traçar objetivos é o primeiro passo para alcançar o sucesso e manter a motivação. Ao traçar objetivos ganha-se mais clareza sobre a nossa vida, canalizando tempo, energia e esforço para coisas que nos interessam realmente. Os dias vão parecer melhores porque ganham um propósito. Traçar objetivos aumenta a taxa de sucesso (Moreira, 2023).

E conseqüentemente a apresentação e preenchimento do instrumento “Roda da Vida” esta que é uma forma excelente de aumentar a motivação. Permitindo olhar para as diversas áreas da vida individualmente e de forma geral, possibilita ganhar consciência de como está a satisfação na nossa vida e ajuda-nos a ver onde estamos agora e para onde queremos ir, conseguindo desta forma traçar objetivos mais concretos (Moreira, 2023).

Como TPP foi distribuída a roda da vida e solicitado aos participantes que escrevessem para cada um dos 4 domínios (Pessoal, Relacionamentos, Profissional, Qualidade de vida), um objetivo que gostariam de alcançar através da metodologia SMART.

4ª sessão: “Empatia”

A empatia refere-se à capacidade de perceber, com precisão, o quadro de referência interno de outra pessoa como se fosse a outra pessoa, sem perder jamais tal condição. Através da consideração positiva e incondicional, isto é, aceitar a pessoa tal como ela se expressa, livre de

¹⁸ SMART – (S-Específico, M-Mensurável, A-Atingível, R-Realista, T-Temporal). Mnemónica criada de forma a facilitar a definição de objetivos (Moreira, 2023).

juízos e avaliações. E com congruência, equiparando a experiência vivenciada e o que está a ser expresso (Gambarelli & Taets, 2018). Esta é uma habilidade que pressupõe ser capaz de ler, a maioria das vezes os sinais e mensagens transmitidas nos canais não verbais, no tom de voz, os gestos a mímica facial e a expressão corporal (Goleman 2020a; Veiga Branco 2004) Face ao exposto deu-se início à sessão com a realização das dinâmicas: “Sou bom observador” e “Perceções”.

Embora exista consenso sobre a importância da empatia são identificadas algumas lacunas formativas no que diz respeito à capacitação dos profissionais para desenvolver o comportamento empático. Ficando-se apenas pela componente afetiva da empatia, que expressa uma tendência para a simpatia além da preocupação genuína com o bem-estar do outro (Gambarelli & Taets, 2018).

No entanto, a empatia é compreendida como uma habilidade de interação social, é um fenómeno multidimensional que engloba componentes cognitivos, afetivos e comportamentais.

Assim, foram recordados conceitos através da visualização de filme sobre empatia e Empatia vs simpatia, tipos de empatia, benefícios da empatia nas relações interpessoais e no ambiente da equipa através da dinâmica “Círculo de Histórias”, dado que esta melhora a tolerância, promove aceitação da diferença e do respeito e diminui a formação de estereótipos (Goleman 2020b).

Como TPP os participantes foram encorajados a praticar empatia, estando mais atentos e observadores, assim como a praticarem dicas aprendidas.

5ª sessão: “Gestão de relacionamentos em grupo”

Iniciou-se a sessão pelo conceito de competências sociais. Em 1999, Goleman desenvolve o conceito de Gestão de Emoções em grupos e substitui-o pelo conceito de Competências sociais. Na sua perspetiva significa “capacidade de induzir respostas favoráveis nos outros” (Goleman, 1999, p.35), esta exige como plataforma de base a Autoconsciência (Veiga-Branco, 2005).

São as relações estabelecidas no trabalho, que levam a que os profissionais se sintam apoiados social e afetivamente, contribuindo para a sua satisfação. Já os conflitos aumentam a insatisfação dos mesmos (Judge et al., 2020).

Com a visualização do filme “Agir pela emoção” deu-se introdução ao conceito de conflito, tipos, níveis e dicas para a sua gestão. A gestão adequada dos conflitos promove um ambiente de trabalho harmonioso e fortalece as relações interpessoais (Soriano-Vázquez et al., 2023). A

comunicação e as relações interpessoais são fatores que podem interferir no trabalho de equipa (Laccort & Oliveira, 2017). O desenvolvimento de uma comunicação assertiva, aliada à capacidade de influenciar os outros através da transmissão de sinais emocionais, assim como, lidar com as emoções dos outros de forma eficiente através da empatia, potencia a criação de laços importantes na esfera pessoal e profissional que demonstram ser preciosos no estabelecimento da cooperação, lealdade e colaboração (Vilela, 2006). Neste contexto, apresentou-se a comunicação como ferramenta para gestão de conflitos, estilos de comunicação (identificação do estilo de comunicação predominante através de preenchimento de questionário), conceito de comunicação assertiva: vantagens e treino de assertividade.

Seguidamente, foi realizado um *role play* sobre a comunicação assertiva e a gestão de conflitos, sobre casos vivenciados na prática clínica, quer com utentes, quer com colegas. Uma vez que ao representar diversos papéis sobre situações-caso permite ao profissional a resolução de problemas através dos *debriefings* estruturados (Martins & Miyabara, 2023).

Para finalizar a sessão foi realizado um jogo dramático “Se fosse uma peça de um autocarro, seria...” este vai ao encontro da primeira capacidade da CE, através da autoconsciência emocional e autoconfiança tendo em conta o contexto de trabalho, permitindo identificar “quem sou eu dentro da equipa, qual o meu papel e os meus valores”. Segundo Goleman (1999) significa reconhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e instituições.

Fase final: aplicação do questionário EVCE-r33 - escala Veiga da Competência Emocional-reduzida (Veiga-Branco, 2023), escala de Satisfação com o grupo de trabalho (Dimas, 2018) e o questionário de satisfação com a sessão, aplicado no final da mesma assim como o questionário de satisfação e adequação da intervenção psicoeducacional *BEmotions*.

Para alinhamento do interesse à equipa de enfermagem, foi oferecido um convite para uma viagem de autocarro em Portugal, através de um roteiro de viagem em forma de marcador de livro para que possa ser lembrado. Sendo que as cinco sessões planeadas têm o nome dos locais a visitar e o roteiro foi explanado tendo em conta as capacidades de CE, indo ao encontro dos pontos turísticos de cada local assim como sugestões de atividades a desenvolver em cada um deles. Na sala de trabalho foi colocado um infográfico relativo ao mesmo.

Esta viagem será uma metáfora à intervenção psicoeducacional - *Building Emotions (BEmotions)*. É uma viagem exclusiva e pioneira, por isso os lugares foram limitados apenas aos elementos da equipa de enfermagem. A viagem de autocarro representa o *setting* desta equipa, onde as relações interpessoais e o espírito de equipa é colocado à prova face aos fatores

stressores e aos conflitos, que se assemelham a uma longa viagem de autocarro. Onde, um grupo de pessoas está confinada a um espaço físico e o respeito e a compreensão mútua têm que imperar (apesar das diferentes personalidades e vontades individuais) para que a viagem seja agradável as paragens são inevitáveis para descansar, relaxar, conviver e refletir.

A frase de Eduardo Lourenço (no prelo) “Mais importante que o destino, é a viagem” foi o mote desta viagem que pretende manter uma convivência agradável entre elementos, apesar da equipa ter os seus objetivos criados pela motivação de um trabalho.

Para o desenvolvimento da CE recorreu-se a uma metodologia prática com dinâmicas de grupo, tecnologia como vídeos e aplicações *mobile*, técnicas sociodramáticas (ação sociométrica, estátua e o jogo dramático), técnicas de respiração e relaxamento, *Mindfulness*, reminiscência, *role-play*, *brainstorming* e *debriefings*.

Relativamente à avaliação antes, durante e após a intervenção psicoeducacional *BEmotions*, foi ainda planeado um *follow-up*, após três meses.

O planeamento e cronograma das sessões, o roteiro de viagem e o infográfico *BEmotions* apresentam-se no Apêndice IX.

7. VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

Para realizar a análise estatística dos dados obtidos através da colheita de dados utilizou-se o programa *Statistical Package of Social Science* (SPSS), versão 26.0 para Windows® (procedimento de análise de dados, análise descritiva e inferencial completa, em Apêndice X).

Para sistematizar a informação obtida com a aplicação do questionário elaborado utilizaram-se técnicas da estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (variância, desvio padrão, amplitude interquartis, intervalo de variação, valor mínimo e valor máximo). Os resultados são apresentados em Tabelas e Gráficos de acordo com a natureza das variáveis e estatísticas adequadas.

Definiram-se as seguintes hipóteses:

- H1 – Há diferenças significativas na CE dos enfermeiros após a intervenção psicoeducacional *BEmotions*;
- H2 – Há diferenças significativas entre a satisfação com o grupo de trabalho nos enfermeiros após a intervenção psicoeducacional *BEmotions*;
- H3 – Há diferenças significativas no desempenho global da equipa de trabalho após a intervenção psicoeducacional *BEmotions*.

H1 – “Há diferenças significativas na CE dos enfermeiros após a intervenção psicoeducacional *BEmotions*”

A CE dos enfermeiros foi maior no momento pós-intervenção ($\bar{x}=5,01 \pm 0,83$) do que no momento pré-intervenção ($\bar{x}=4,79 \pm 0,69$) (tabela 3 e 4). Como podemos observar na tabela 5 e gráficos 1 e 2, a Gestão das Emoções foi a dimensão onde se verificou uma maior diferença média (0,26) e a Automotivação onde se verificou a menor diferença média (0,11).

Com base nestes resultados, conclui-se que a intervenção psicoeducacional *BEmotions* teve efeitos positivos no sentido do aumento da CE global dos enfermeiros.

Dimensões e Global	Pré-Intervenção			
	\bar{x}	S	Min	Máx
Autoconsciência	5,29	0,87	3,50	6,25
Gestão das Emoções	4,61	0,85	2,43	5,29
Automotivação	4,99	1,10	2,57	6,14
Empatia	4,94	0,81	4,00	6,20
Gestão Emocional em Grupos	3,98	0,76	2,50	5,33
Competência Emocional Global	4,79	0,69	3,24	5,61

Tabela 3 – Medidas descritivas da EVCE-r33 (pré-intervenção)

Dimensões e Global	Pós-Intervenção			
	\bar{x}	S	Min	Máx
Autoconsciência	5,51	1,04	3,00	6,50
Gestão das Emoções	4,87	1,12	1,86	5,86
Automotivação	5,10	1,00	3,00	6,43
Empatia	5,18	0,69	4,20	6,20
Gestão Emocional em Grupos	4,22	0,69	3,33	5,33
Competência Emocional Global	5,01	0,83	3,15	6,09

Tabela 4 – Medidas descritivas da EVCE-r33 (pós-intervenção)

Pós-Intervenção - Pré-Intervenção	Teste t de amostras emparelhadas							
	Diferenças emparelhadas					t	gl	Sig. (bilateral)
				95% Intervalo de Confiança da Diferença				
	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da Média	Inferior	Superior			
Autoconsciência	0,225	0,432	0,137	-0,084	0,534	1,646	9	0,134
Gestão das Emoções	0,257	0,456	0,144	-0,069	0,583	1,784	9	0,108
Automotivação	0,114	0,563	0,178	-0,288	0,517	0,642	9	0,537
Empatia	0,240	0,375	0,119	-0,028	0,508	2,025	9	0,074
Gestão das Relações	0,233	0,742	0,235	-0,297	0,764	0,994	9	0,346
Competência Emocional Global	0,215	0,274	0,087	0,019	0,411	2,481	9	0,035

Tabela 5 – Teste t de amostras emparelhadas para diferença de médias pré e pós-intervenção das Competências Emocionais Globais e suas Dimensões

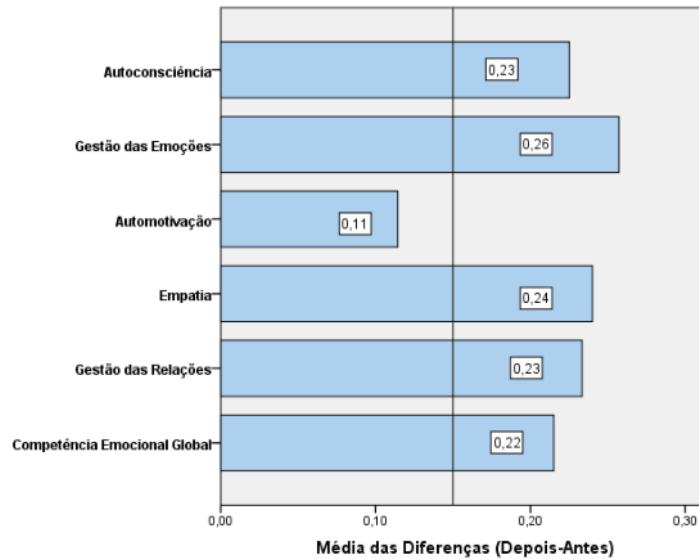


Gráfico 1 – Média das respostas da EVCE-r33 global e suas dimensões

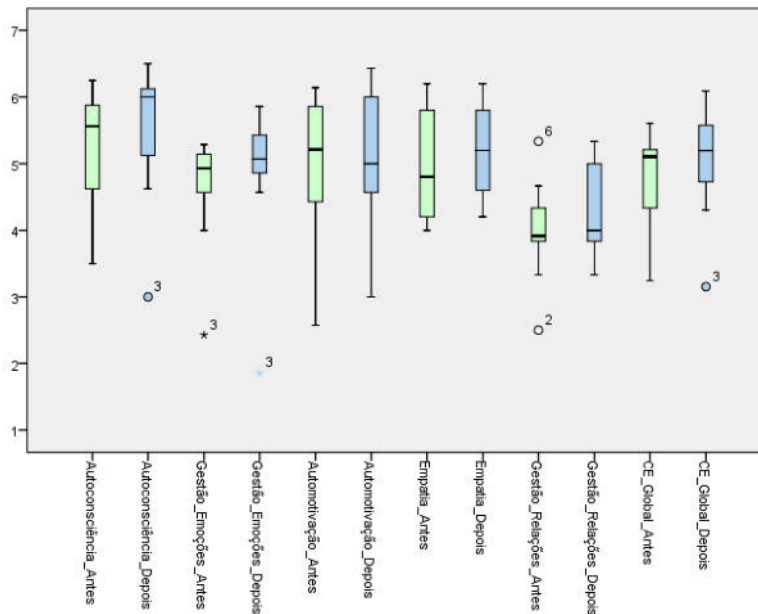


Gráfico 2 - Extremos e Quartis dos Scores Totais da EVCE-r33. Global e suas dimensões nos momentos Pré e Pós-Intervenção

H2 – Há diferenças significativas entre a satisfação com o grupo de trabalho nos enfermeiros após a intervenção psicoeducacional *BEmotions*

A satisfação com a equipa a que pertencem os enfermeiros desta amostra foi superior no momento pós-intervenção ($\bar{x}= 5,39 \pm 0,45$) quando comparada com o momento *baseline* ($\bar{x}= 5,00 \pm 0,48$) (tabela 6 e 7).

Itens	Pré-Intervenção				
	\bar{x}	Md	S	Min	Máx
1. Clima existente na equipa de trabalho.	4,90	5,00	0,88	3	6
2. Forma de trabalhar da equipa.	4,60	5,00	0,70	3	5
3. Forma como o líder organiza e coordena as atividades da equipa.	5,20	5,00	0,63	4	6
4. Resultados alcançados pela equipa de trabalho.	5,10	5,00	0,32	5	6
5. Relações entre os membros da equipa e o líder.	5,50	5,50	0,53	5	6
6. Relações entre os membros da equipa de trabalho.	5,00	5,00	1,05	3	6
7. Papel que cada membro desempenha na equipa.	4,70	5,00	1,06	3	6
Satisfação Grupal Global	5,00	5,07	0,48	4,43	5,71

Tabela 6 – Medidas descritivas da ESAG (pré-intervenção)

Itens	Pós-Intervenção				
	\bar{x}	Md	S	Min	Máx
1. Clima existente na equipa de trabalho.	5,40	5,00	0,52	5	6
2. Forma de trabalhar da equipa.	5,10	5,00	0,57	4	6
3. Forma como o líder organiza e coordena as atividades da equipa.	5,50	5,50	0,85	4	7
4. Resultados alcançados pela equipa de trabalho.	5,40	5,00	0,52	5	6
5. Relações entre os membros da equipa e o líder.	5,70	6,00	0,67	5	7
6. Relações entre os membros da equipa de trabalho.	5,40	5,00	0,52	5	6
7. Papel que cada membro desempenha na equipa.	5,20	5,00	0,63	4	6
Satisfação Grupal Global	5,39	5,21	0,45	5,00	6,14

Tabela 7 – Medidas descritivas da ESAG (pós-intervenção)

H3 – Há diferenças significativas no desempenho global da equipa de trabalho após a intervenção psicoeducacional *BEmotions*.

Os resultados obtidos evidenciam, do ponto de vista estatístico, existirem diferenças suficientes para afirmar que a intervenção psicoeducacional *BEmotions* melhorou a perceção do

desempenho global dos enfermeiros, relativamente ao trabalho em equipa ($\bar{x}= 7.30$ vs $\bar{x}=8.20$) (tabela 8).

Verificou-se que nenhum enfermeiro piorou a sua classificação do desempenho global, 6 enfermeiros melhoraram e 4 mantiveram a mesma perceção global do trabalho em equipa após intervenção psicoeducacional *BEmotions* (tabela 9).

Conclui-se assim, que a perceção global do desempenho dos enfermeiros na sua equipa de trabalho, teve um efeito significativo após a participação intervenção psicoeducacional *BEmotions*.

Desempenho Global da Equipa de Trabalho	\bar{x}	S	Md	AIQ	Min	Máx
Pré-Intervenção	7,30	0,82	7,50	1,00	6	8
Pós-Intervenção	8,20	1,14	8,00	2,00	7	10

Tabela 8– Medidas descritivas do Desempenho Global da Equipa de Trabalho

Desempenho Global da Equipa de Trabalho		Descritivas		Estatística do Teste	
		N	MR _k	Z	Sig.
Pré-Intervenção	Postos Negativos	6 ^a	3,50	-2,264 ^d	0,024
	Postos Positivos	0 ^b	0,00		
Pós-Intervenção	Empates	4 ^c	-		

^aDesempenho Global Antes < Desempenho Global Depois

^bDesempenho Global Antes > Desempenho Global Depois

^cDesempenho Global Antes = Desempenho Global Depois

^dCom base nos postos positivos

Tabela 9 – Medidas Descritivas e Teste de Wilcoxon para duas amostras emparelhadas do Desempenho Global da Equipa de Trabalho

Com base nos resultados verifica-se que perfil de CE global dos enfermeiros de um SU é moderado, conivente com outros estudos como os de Soeima e Neto (2020), Fernandes e Anastácio (2022), Arguelles e Laranjeira (2024) e Carreira e laranjeira (2024), tendo-se mantido após a intervenção.

A dimensão Autoconsciência ($\bar{x}=5.29$ vs $\bar{x}=5.51$) foi a que mais contribuiu para a CE global da amostra sendo os dados semelhantes a estudos anteriores desenvolvidos por Soeima e Neto

(2020), Marques e Coelho (2020), Moreira e colaboradores (2022), Fernandes e Anastácio (2022) e Arguelles e Laranjeira (2024).

As capacidades Gestão de Emoções e Gestão Emocional em Grupos demonstraram ser as menos desenvolvidas, sendo por isso necessário continuar a investir em conteúdos sobre educação emocional.

Face ao exposto, é enfatizada a importância de os profissionais de saúde fazerem uso e controlo de emoções, sendo que a aprendizagem destas capacidades se reflete na forma de comunicar, tornando-os mais adequados às diferentes situações e atentos aos sinais verbais e não verbais dos outros. Por sua vez, permite que sejam capazes de avaliar o estado emocional do outro, bem como de se colocar na sua posição. Estas habilidades, em conjunto, promovem o autoconhecimento e como consequência a elevação da autoestima (Mohammadi & Yekta, 2018).

Relativamente à satisfação com a equipa de trabalho esta demonstrou ser superior no momento pós-intervenção quando comparada com o momento *baseline*, o que permite inferir que a intervenção psicoeducacional *BEmotions* teve um efeito grande na satisfação com a equipa de trabalho. Os resultados evidenciam que a intervenção psicoeducacional *BEmotions* melhorou a perceção do desempenho global dos enfermeiros, relativamente ao trabalho em equipa, concluindo-se que a participação na intervenção psicoeducacional *BEmotions* teve um efeito significativo na perceção global do desempenho dos enfermeiros na equipa de trabalho.

Os resultados também demonstram que o que mais influencia a satisfação com o grupo de trabalho são os itens relacionados ao líder "3. Forma como o líder organiza e coordena as atividades da equipa; 5. Relações entre os membros da equipa e o líder.", seguido de "6. Relações entre os membros da equipa de trabalho.", corroborando os resultados encontrados por Kovner e colaboradores (2006) que sublinharam a influência do elevado apoio do líder e a elevada coesão grupal na ST (Yew et al., 2020) na ST.

Conclui-se assim que promover a CE nos profissionais de saúde tem influência na ST (Güteryüz et al. 2008; Tagoe & Quarshie, 2017; Mohammed & Fekry, 2018; Mohammadi & Yekta, 2018; Jnaneswar, 2019; Gong et al. 2020).

Relativamente à avaliação das sessões, a sessão com nível de satisfação global mais elevado foi a nº 1- Autoconsciência, com um *score* médio de 9.82 em 10. Da avaliação da satisfação e adequação da intervenção *BEmotions* dos itens: 1) Conteúdos Programáticos e Metodologia, 2)

Organização, 3) Avaliação Global, todos pontuaram entre valores 4 e 5 sendo que a satisfação global com o projeto obteve um *score* médio de 9.3 em 10.

De forma a analisar a questão aberta relativa a sugestões/críticas/comentários à intervenção psicoeducacional *BEmotions* foi realizada uma análise de conteúdo, segundo Bardin (2013) (Quadro 1), de acordo com as três etapas de pré-análise, exploração e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Da análise resultou 1 categoria, 5 subcategorias, 14 códigos e 25 unidades de significado.

Categoria	Subcategoria	Códigos	Unidades de significado
Avaliação do projeto	Caracterização	Expectativas	“Projeto inspirador” (P1) “não me fazia prever que iria gostar tanto dos conteúdos como da interação ao longo das sessões” (P6) “Espero pelo <i>follow-up</i> ” (P6)
	Reflexão	Autoconsciência	“Ajudou a uma auto consciencialização e deu estratégia para melhorar comportamentos” (P7) “A importância da reflexão interna e o que transmitimos externamente e o impacto que isso tem em nós e no grupo de trabalho, e até o impacto naqueles que se cruzam connosco. Consciencialização do benefício de pequenas mudanças para um bem melhor.” (P5)
	Planeamento	Divulgação	“A forma entusiástica, atempada e organizada como foi apresentado o projeto à equipa foi de logo do meu agrado” (P6)
		Estratégias	“Formação muito dinâmica” (P7) “deu estratégias para melhorar comportamentos” (P7) “foram sempre dados exemplos direcionados à nossa área de atuação (o que considero ser uma mais-valia), os métodos utilizados foram diversos e muito bem traçados e aplicados.” (P3)
		Qualidade	“Sessões muito bem planeadas e preparadas” (P10) “Penso que o projeto foi bem delineado” (P3) “Boa formação” (P8)
		Limitações	“muita informação para o limite temporal do mesmo” (P2)
	Sugestões	Replicação	“seria interessante alargar o projeto a toda a equipa e a outras equipas da ULS” (P9) “Seria muito pertinente alargar este tipo de projetos a outras equipas de enfermagem e a outros grupos profissionais” (P4) “Seria interessante alargar-se o projeto para outras classes profissionais, nomeadamente, classe médica e de técnicas auxiliares de saúde para que desta forma os comportamentos dentro do seio da equipa de saúde fossem de facto melhorados e adequados, levando a um ganho efetivo dos cuidados.” (P2)

			“Projeto com potencial de ser executado em outros serviços” (P9);
		Melhoria	“Sugiro que pudessem ser mais sessões num intervalo de tempo mais alargado para que o grupo pudesse assimilar e debater melhor cada temática. Poderia ser realizado um teste final de avaliação de conhecimentos para cada um ter uma maior noção de onde residem as suas dificuldades na gestão das emoções, levando-o à procura de mais conhecimento que leve de facto a uma mudança comportamental efetiva, levando, assim, a uma mudança comportamental em equipa, bem como, uma melhoria das relações interpessoais e profissionais” (P2)
	Utilidade	Estratégias para o dia a dia	“Trás estratégias para o dia a dia” (P8)
		Uma mais valia	“Foi uma mais valia.” (P6)
		Melhorar o trabalho em Equipa	“Óbvio que qualquer destes conteúdos ou até todo o projeto será pertinente apresentar a qualquer grupo profissional que tenha de trabalhar em equipa e que procure melhorar.” (P6)
		Torna-nos melhores pessoas e profissionais	“Tudo aquilo que nos torna melhores pessoas e por acréscimo melhores profissionais é sempre gratificante.” (P5)
		Melhorar relacionamentos na equipa e com utentes	“Gostei muito deste projeto, acho que foi muito importante a nível pessoal e a nível do relacionamento entre os membros da equipa. É importante manter este tipo de projetos para melhorar o relacionamento nas equipas e com os utentes” (P4)
		Gestão de emoções	“Este projeto foi uma mais valia para o bom funcionamento da nossa equipa. Temática muito relevante na atualidade para estimular o trabalho de e em equipa, melhorando a relação interpessoal dos elementos desta.” (P3)
			“temáticas são muito pertinentes para a gestão das emoções” (P3)

Quadro 1 – Análise de conteúdo da questão aberta sugestões/críticas/comentários à intervenção psicoeducacional *BEmotions*

A avaliação realizada pelos participantes caracteriza a intervenção psicoeducacional *BEmotions* como inspiradora, permitindo refletir sobre comportamentos e a forma como estes impactam a equipa. Do planeamento os participantes gostaram da forma entusiasta com que foi apresentada a intervenção, sessões bem planeadas e delineadas. Como limitações foi apontada muita informação para o limite temporal. Sugerem a sua replicação noutras equipas e/ou grupos

profissionais, aumentar o número de sessões num intervalo de tempo mais alargado e incluir um teste de avaliação de conhecimentos, de forma a identificar pontos a melhorar.

A intervenção Psicoeducacional *BEmotions* mostrou ser útil através das estratégias apresentadas (uma vez que podem ser utilizadas no dia a dia), na possibilidade de tornar-se melhor pessoa e profissional, na melhoria dos relacionamentos entre elementos da equipa e utentes, assim como, para o bom funcionamento e melhoria do trabalho em equipa.

8. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

No sentido de perceber a viabilidade da intervenção psicoeducacional *BEmotions* realizou-se um estudo de viabilidade¹⁹ intitulado “Viabilidade da intervenção psicoeducacional *BEmotions* na promoção da Competência Emocional dos Enfermeiros numa UCC”, realizado em âmbito de EC numa UCC (Apêndice XI), tendo em conta que a problemática era transversal à equipa de enfermagem nesta unidade. O estudo foi exploratório descritivo, de natureza qualitativa. Como técnica de colheita de dados recorreu-se a questionários com questões abertas aplicados aos participantes e foram também realizados *debriefings* parcelares, entre as sessões e final. Consequente procedeu-se à análise de conteúdo dos achados, segundo Bardin (2013).

As melhorias sugeridas pelos participantes nos *debriefings* parcelares e final passaram por:

- Incluir o conceito de reminiscência²⁰, na sessão de gestão emocional, trazendo à sessão uma atividade através da técnica de reminiscência (fotografias da equipa);
- Aprofundar a temática sobre automotivação, trazendo mais exemplos práticos do contexto de trabalho;
- Remoção técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, por ser muito extensa e excluir a utilização de colchões para o relaxamento (sessão ser realizada após refeição);
- Na sessão final considerou-se pertinente incluir um jogo dramático com o objetivo do reconhecimento das forças e limitações de cada um e as suas implicações para a equipa (capacidade de autoconsciência), foi sugerida a alteração do título desta dinâmica para “se eu fosse uma peça de um comboio/autocarro...seria” indo ao encontro da “viagem” que deu o mote a este projeto);
- Reforçada a importância de tempo para momentos de reflexão sobre situações da prática clínica, já que a análise em conjunto permite reconhecer as situações problemáticas, mas também entender diferentes opiniões e pontos de vista, sendo que esta reflexão auxiliada pela discussão em grupo permite desconstruir e reconstruir o significado da situação prática (Pokorná & Knight, 2015; Taylor et al., 2014);

¹⁹ Um estudo de viabilidade “é uma pesquisa pré-estudo que é feita para reunir informações necessárias para formular o plano para o estudo principal” (Giangregorio & Thabane, 2015, p. 128)

²⁰ A reminiscência pode fomentar a adaptação a transições de vida e os sentimentos de pertença, amplificar a flexibilidade no funcionamento quotidiano e prevenir o surgimento de conflitos na equipa (Hallford et al., 2022).

- Aumentar o tempo de sessão de 60 para 90 minutos já que as atividades de reflexão em grupo sobre situações da prática é a estratégia que mais promove inteligência emocional dos enfermeiros (Marcelino et al., 2021) e para tal é necessário disponibilizar mais tempo;
- No final de cada sessão promover a reflexão informal e a confraternização livre entre os participantes durante um *coffee break*.

Os resultados deste estudo foram partilhados na III Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria-Convergências em Saúde Mental, realizado na Escola de Enfermagem de Leiria nos dias 14 e 15 março de 2025, sob a forma de comunicação livre, tendo obtido menção honrosa de 1º classificado.

Tendo-se verificado elevada aceitabilidade e exequibilidade da intervenção psicoeducacional *BEmotions* no estudo de viabilidade, seguiu-se o estudo piloto, quasi-experimental sem grupo de controlo, com avaliação antes e depois que possibilitou a implementação da intervenção psicoeducacional *BEmotions*, com os enfermeiros de um SU, anteriormente descrito.

Para a avaliação interna do programa, com vista à melhoria contínua, também foi realizada uma análise SWOT²¹ (figura 2). Esta é amplamente utilizada para analisar os ambientes internos e externos das organizações durante os períodos de indecisão, tendo-se tornado uma ferramenta fundamental para as organizações avaliarem a sua posição no mercado (Benzaghta et al., 2021). Uma análise dos pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças, pode ser útil para perceber a viabilidade de um determinado projeto, ajudando a definir alternativas para os pontos fracos e para as ameaças.

²¹ Análise SWOT é amplamente utilizada para analisar os ambientes internos e externos das organizações durante os períodos de indecisão, tendo-se tornado uma ferramenta fundamental para as organizações avaliarem a sua posição no mercado (Benzaghta et al., 2021).

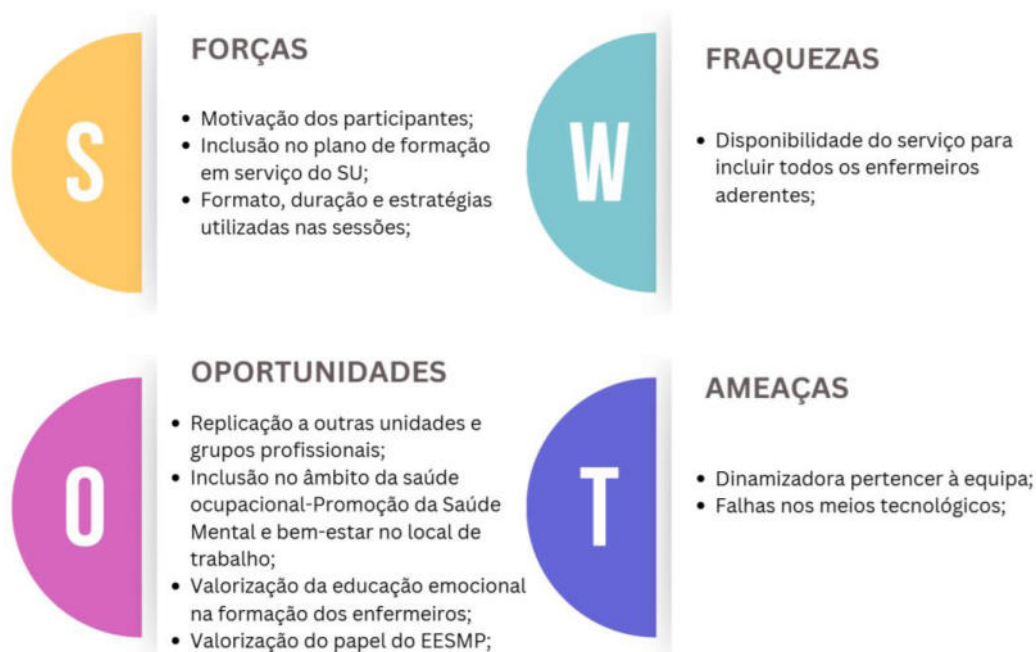


Figura 2 – Análise SWOT à intervenção psicoeducacional *BEmotions*

Dado o curto intervalo de tempo após a implementação da intervenção psicoeducacional *BEmotions* para a verificação de resultados e a entrega deste relatório, não foi possível fazer a sua divulgação formal. Contudo, perante a equipa de enfermagem de um SU os resultados foram partilhados informalmente, durante os momentos de passagem de turno e no grupo de *WhatsApp* criado para a mesma. Futuramente pretende-se realizar a divulgação de resultados sob a forma de comunicação livre.

A partilha de resultados tem implicações no envolvimento dos elementos e constitui-se como fator de mudança, “O enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas, em função de resultados, eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria continua” (p. 4747), assim como a divulgação de experiências avaliadas como sendo de sucesso (Regulamento nº 140/2019, p. 4747).

9. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, EDUCAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Na vertente prática a implementação da intervenção psicoeducacional *BEmotions* tem implicações na Promoção da Saúde Mental e Bem-estar no local de trabalho. Já que a IE demonstra influenciar positivamente o bem-estar biopsicossocial dos profissionais de saúde, aumentando a sua resiliência, a sua perceção de apoio social, a empatia, o seu desempenho e a satisfação no trabalho, reduzindo o stress (Nightingale et al. (2018). A OMS considera a IE uma das dez habilidades de vida que apoiam as pessoas a agir de forma adaptável e positiva (Ruíz, 2014).

Face ao exposto, e para que os projetos no âmbito CE e ST sejam implementados é premente que os decisores institucionais proporcionem condições para a sua execução em contexto laboral, nomeadamente a da inclusão destes projetos no âmbito da saúde ocupacional.

Sugere-se integrar os profissionais de saúde mental, incluindo os EEESMP como elos dinamizadores da intervenção *BEmotions*, assim como a sua replicação noutras equipas de enfermagem e/ou noutros grupos de profissionais de saúde.

Numa perspetiva global do sistema de ensino superior, nomeadamente relacionado com cursos académicos na área da saúde, o desenvolvimento da CE poderá trazer desafios no sentido da integração destes conteúdos nos planos curriculares dos enfermeiros e/outros profissionais de saúde. A autora Veiga-Branco (2004) propõe a inclusão da educação emocional como tema transversal ao longo de todo o percurso formativo e curricular para o desenvolvimento intra e interpessoal dos futuros profissionais de saúde em geral e, de enfermagem em particular.

Na perspetiva da enfermagem de saúde mental tem implicações para a formação académica dos EEESMP, já que na sua prática clínica é o profissional que se mobiliza a si mesmo como instrumento terapêutico na excelência relacional (Regulamento n.º 356/2015) devendo conhecer-se a si mesmo, ter perceção de si e do que sente, durante a sua intervenção. E deve conseguir ler o seu próprio referencial de consciência, relativo a fenómenos emocionais já experienciados, além da capacidade de gerir o seu comportamento e a perceção do que mostra aos outros, quer estes sejam seus utentes ou colegas de equipa (Veiga-Branco, 2004).

Na vertente da investigação, será pertinente o desenvolvimento de estudos de natureza experimental avaliar a efetividade deste tipo de projetos, com recurso a amostras de maiores dimensões.

CONCLUSÃO

O presente relatório relata a experiência do percurso formativo realizado nos diversos contextos de EC de prática especializada do EEESMP. Numa análise retrospectiva permitiu caracterizar os diversos EC e o desenvolvimento de competências comuns e específicas EEESMP através de reflexões pessoais e profissionais na procura de boas práticas, baseadas na evidência, para a prestação de cuidados de qualidade.

Numa unidade de internamento de psiquiatria agudos, foram realizadas intervenções afetas ao EEESMP dando ênfase à temática ansiedade, transversal a todos os utentes internados, e na promoção da CE uma vez que identificar, reconhecer e gerir emoções permite aumentar o bem-estar e a empatia o que facilita a criação de vínculos sociais.

Através dos diversos princípios éticos do modelo principialista Europeu, proporcionou-se reflexão ética e legal sobre questões relacionadas à dignidade e autonomia do utente internado, nomeadamente afetos à “porta fechada” e à utilização da roupa hospitalar, o que demonstrou que apesar das diversas leis existentes no que concerne à dignidade da pessoa estas continuam a não ser cumpridas, nomeadamente em instituições de saúde mental. Perpetuando o estigma associado à pessoa com necessidade de cuidados em saúde mental, quer pela e/ou cultura organizacional da instituição e/ou pela insuficiência de recursos. Também afeta à insuficiência de recursos o tratamento dos mesmos no serviço público, é em muitos casos, limitado à prescrição de medicamentos.

Na equipa comunitária de psiquiatria desenvolveram-se competências como terapeuta de referência na pessoa com DMG e foi trabalhada a temática do PEP, pela implementação de um programa psicoeducacional na transição de cuidados, assente no modelo *recovery*, possibilitando enriquecer a prática de intervenções psicossociais.

Por fim, é na comunidade que estão as pessoas e os CSP têm demonstrado a sua importância na sua proximidade às mesmas. As UCC são unidades estratégicas no que respeita à promoção da saúde, nomeadamente no âmbito da saúde mental através da saúde escolar e na intervenção aos cuidadores informais.

A aplicação da intervenção psicoeducacional *BEmotions* à equipa de enfermagem numa UCC permitiu a realização de um estudo de viabilidade, que mostrou que a intervenção psicoeducacional *BEmotions* era viável, através de melhorias ao seu desenho preliminar.

Relativamente ao PMCQCE “Promoção da CE dos enfermeiros num SU” foram atingidos os objetivos propostos: aumentar a CE dos enfermeiros e a satisfação com o grupo de trabalho através da intervenção psicoeducacional *BEmotions*. Sendo que à semelhança de outros estudos a amostra apresenta um nível de CE global “moderado” e, a capacidade Autoconsciência foi a mais desenvolvida.

Pelas afirmações dos participantes, conclui-se que a intervenção psicoeducacional *BEmotions* é uma mais valia para as equipas de saúde ao nível dos relacionamentos interpessoais e no trabalho em equipa. Recomenda-se a sua replicação noutras equipas de enfermagem e/ou noutros outros grupos de profissionais de saúde.

Como pontos fortes salienta-se a realização de um estudo de viabilidade, com a intervenção psicoeducacional *BEmotions*, e os seus contributos significativos para o seu desenho, através das sugestões dos participantes. Também é realçada a motivação dos participantes, em ambos os estudos realizados numa UCC e num SU. Foi encontrada como limitação o tamanho da amostra, de forma a avaliar a efetividade deste tipo de intervenções, e igualmente como limitação ao estudo, a ausência de monitorização de *follow-up*, fruto da limitação temporal.

Tendo em conta a individualidade e dignidade da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental tem de existir um equilíbrio entre o desejo da mesma e as necessidades identificadas. Nomeadamente nos cuidados centrados na pessoa onde esta é parceira nos mesmos e na identificação das necessidades da ajuda prestada pelo EEESMP uma vez que este utilizando-se como instrumento terapêutico, ancorado na relação de ajuda, desenvolve relação terapêutica no sentido de construir um projeto de vida adequado às reais necessidades de saúde da pessoa. Tendo em conta o seu potencial máximo, dentro das condições que possui, à luz dos princípios éticos como a beneficência, não maleficência, autonomia e justiça assim como a vulnerabilidade.

Ao EEESMP a utilização de si como instrumento terapêutico não se restringe à relação profissional desenvolvida com o utente, mas também no seu desenvolvimento pessoal. Este deve ser realizado de forma contínua o que lhe confere uma bagagem de disciplina, coragem, justiça e sabedoria. E, para que este possa ser digno de cuidar do outro deve mobilizar os seus conhecimentos na área de especialidade de forma implementar estratégias de autocuidado a si próprio, tornando esta bagagem num fator protetor para o mesmo.

Como futura EEESMP, sugere-se a inclusão de profissionais diferenciados na área da saúde mental, noutras unidades que as específicas de saúde mental e psiquiatria, no SU em particular.

Pelo papel que o EEESMP poderá desempenhar na deteção precoce da doença mental e na prestação de *advocacy*, à pessoa com necessidade de cuidados em saúde mental pela sua vulnerabilidade. Sendo que a área de saúde mental ainda é muito vulnerável ao estigma e a ideias preconceituosas de várias naturezas, ainda mais, em ambientes complexos com os SU.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E. J. (2021). Competência Emocional dos Enfermeiros no Contexto dos Cuidados de Saúde primários. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Saúde do Porto.
- Alves, J.; Ribeiro, C. & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*, III série (7). <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966003.pdf>
- Amaral, A.C., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In Carlos Sequeira & Francisco Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e Intervenções* (p.174-176) Lisboa: Lidel enfermagem
- Amaral, E. M. S., Contim, D., Vieira, D. da S., Chavaglia, S. R. R., & Ohl, R. I. B. (2017). Perceções sobre o trabalho da equipe de enfermagem em serviço hospitalar de emergência de adultos. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 21. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170033>
- American Psychiatric Association (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-5 (5a edição). Climepsi.
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style (7th ed). American Psychological Association.
- Arguelles & Laranjeira., (2024). Promoção da competência emocional nos enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida: intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Capítulo 24 - *Enfermagem na prática e na ciência*. 1ª Edição. Editora Science. <https://doi.org/10.56001/22.9786500444650.24>
- Ayalew, E., Workneh, Y., Abate, A., Zeleke, B., Semachew, A. & Woldegiorgis, T. (2021). Intrinsic motivation factors associated with job satisfaction of nurses in three selected public hospitals in Amhara regional state, 2018. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 15, pág.1-6.
- Azeiteiro, C., & Carvalho, D. E. (2013). Team Building e equipas de sucesso? Estudo exploratório através de uma empresa especialista [Mestrado Gestão e Recursos Humanos]. Lisboa School of Economics & Management.
- Bardin, L. (2013). Content analysis. University of France Press
- Barker, J. (2000). The Tidal Model: Theory and Practice. University of Newcastle, Newcastle.
- Bassot, B. (2016). The reflective Practice Guide – Na Interdisciplinary approach to critical reflection. New York, Routledge
- Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Suplemento digital Rev ROL Enfermagem nov.-dez*.
- Beard, C., & Wilson, J. P. (2018). *Experiential Learning: A Practical Guide for Training, Coaching and Educations* (4ª edition). Kogan Page
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American journal of bioethics: AJOB*, 19(11), 9–12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Benner, P. (1989). From novice to expert. *The American Journal of Nursing* 82, (3). 402-407. <http://www.medicalcenter.virginia.edu/therapy-services/3%20-%20Benner%20-%20Novice%20to%20Expert-1.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benzaghta, M. A., Elwalda, A., Mousa, M., Erkan, I., & Rahman, M. (2021). SWOT analysis applications: An integrative literature review. *Journal of Global Business Insights*.
- Bhore & Dhanawade. (2025.) Inteligência Emocional e Satisfação no Trabalho entre Enfermeiros: Uma Pesquisa Descritiva. *Cureus* 17(4): e81810. doi:10.7759/cureus.81810
- Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Blatner, A., & Blatner, A. (1988). *Uma Visão Global do Psicodrama: Fundamentos históricos, teóricos e práticos*. Ágora: São Paulo.

- Bloom, B.S. (1956) Taxonomy of Educational Objectives, Handbook: The Cognitive Domain. David McKay, New York.
- Borges, A. (2019). Centro Hospitalar de Leiria cria Unidade de Saúde Mental Comunitária. 16 abril (JustNews). <https://justnews.pt/noticias/centro-hospitalar-de-leiria-cria-unidade-de-saude-mental-comunitaria>
- Botton, A. (2024). Pesquisa Inteligência Emocional & Saúde Mental no Ambiente de Trabalho. The school of life + Rh robert half, 4ª edição
- Branco, Gomes, Cainé, Novais, Pereira & Soares., (2023). Capítulo 6-Escala VEIGA de Competência Emocional (ECVS), in Manual de Competência Emocional, Primeira Edição. ISBN: 978-989-35409-2-3, DOI: 10.21814/1822.87373. <https://hdl.handle.net/1822/87373>
- Briner, M., & Manser, T. (2013). Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. BioMedical Center Health Services Research, 13(44). Doi: 10.1186/1472-6963-13-44
- Brito, M. (2021). O enfermeiro Como Terapeuta de Referência nas Equipas de Saúde Mental Comunitária. Ordem dos Enfermeiros ISBN: 978-989-8444-56-1.
- Britten, N., Ekman, I., Naldemirci, Ö., Javinger, M., Hedman, H., & Wolf, A. (2020). Learning from the Gothenburg model of person centred health care, BMJ, 370, m2738.
- Carreira & Iaranjeira., (2024). Competência Emocional dos enfermeiros e a cultura de segurança dos cuidados - prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Capítulo 23- *Enfermagem na prática e na ciência*. 1ª Edição. Editora Science. <https://doi.org/10.56001/22.9786500444650.25>
- Carta de Ottawa. (1986). Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa. (P.1)
- Caruso, D. (1999). Feedback booklet for the multifactorial emotional intelligence scale. Simsbury: Charles J. & Wolfe Associates, LLC Publisher.
- Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica - Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Chang, L.R. et al. (2013) – Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. Journal of Formosan Medical Association. 112, 208-215.
- Chu, G., Pitt, V., Cant, R., Johnson, A. & Inder, K. (2024). Students evaluation of professional experience placement quality in a pre-registration nursing programme: a cross-sectional survey. Nurse education in practice. 75:103877. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.103877>
- CIPE. (2019). ICN – International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Conselho Nacional Saúde Mental. (2005). Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental: situação atual e recomendações. https://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio_CNSM.pdf
- Conselho Nacional Saúde Mental. (2009). Programa de Formação Proform-Cuidados Integrados e Recuperação.
- Correia, T. S. P. (2018). Percepções, atitudes e emoções dos doentes submetidos a internamento psiquiátrico-compulsivo: Revisão integrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (20), 81-90. Doi:10.19131/rpesm.0230
- Correia, T., Martins, M. M., & Pinho, L. (2020). Gestão do risco em saúde mental: Revisão integrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (spe 8), 51-58.
- Coutinho, J. (2019). A Arquitetura e os equipamentos hospitalares. Dois Hospitais modernos em Portugal. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Arquitetura. Lisboa: Instituto Superior Técnico.
- Cruz, A. S. (2014). Perspectivas Integradoras Sobre o Psicodrama Moreniano: os teóricos, os terapeutas e os clientes. Porto: Tese de doutoramento - Universidade Fernando Pessoa.
- Cunha, M.P., Rego, A., Cunha, R.C., (2007). As equipas nas organizações. Manual de Comportamento Organizacional e Gestão, Lisboa: RH Editora, 5ª Edição.
- Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro da Presidência do Conselho de Ministros (2021). Diário da República Série n.º 240/2021 páginas 104 – 118. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>

- Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República. Série I de 2015-07-28, páginas 5081 – 509. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/136-2015-69879425>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República. n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22, páginas 1182 – 1189. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro do Ministério da Saúde (2009). Diário da República n.º 205/2009, Série I de 2009-10-22, páginas 7933 – 7941. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/304-2009-483170>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, páginas 4147 – 4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Demény, E. (2016). The principle of vulnerability and its potential applications in bioethics. *Ethics & Bioethics*, 6(3–4), 181–186. <https://doi.org/10.1515/ebce-2016-0017>
- Dias, M., I. (2007). O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Dimas, I. D., Lourenço, P. R., & Rebelo, T. (2018). Escala de satisfação com o grupo de trabalho (ESAGT): construção e estudos de validação. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(1), 197-210. doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5400>
- Direção Geral da Saúde. (2011). Orientação da Direção Geral da Saúde n.º 021/2011. A prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente, p. 1-4
- Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde. Portugal.
- Direção Geral da saúde. (2017). Programa nacional para a saúde mental 2017. Lisboa: ministério da saúde. Direção-geral da saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012) – Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental. Programa Nacional para a Saúde Mental – 30/03/2012.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2030 “Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s”
- Emrich IA, Fröhlich-Güzelsoy L, Bruns F, Friedrich B, Frewer A. (2014). Clinical ethics and patient advocacy: The power of communication in health care. *HEC Forum*. 26(2):111–24.
- Erdoğan, C., Doğan, C., Çakmak, R., Kizilaslan, D., Hizarci, B., Karaaslan, P. & Öz, H. (2020). Assessment of job satisfaction, work-related strain, and perceived stress in nurses working in different departments in the same hospital: a survey study. *Ain-Shams Journal of Anesthesiology*, 12(34), pág. 1-10.
- Esperança, P. (2013). Ética, Deontologia e Direito Médico. Lisboa: Lidel
- Ezenzika O. & Johnston N. (2023). Development and implementation of a Reflective Writing Assignment for Undergraduate students in a Large Public Health Biology Course. *Pedagogy in Health Promotions*, 9 (2):101-115. <https://doi.org/10.1177/23733799211069993>
- Faria, S., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde mental dos enfermeiros: Contributos do burnout e engagement no trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (22), 09-18.
- Fernandes & Anastácio. (2022). Perfil de competência emocional dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia*, Nº2 - Volumen 1, 2022. ISSN: 0214-9877. pp:127-136
- Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: Lidel. Edições técnicas.
- Figueiredo, A., Saab, M., & Silva, D. (2024). Implicações Da Depressão E Ansiedade No Infarto. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 3, 2024. ISSN 2447-0961 DOI: 10.56083/RCV4N3-062
- Freshwater, D., Stickley, T. (2004). The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11(2). Pág. 91-98. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.000198.x>
- Gabinete da qualidade ULS-RL. (2024). Relatório “Avaliação da Satisfação dos Profissionais dos Cuidados de Saúde Hospitalares”

- Gambarelli, S. & Taets, G. (2018). A importância da empatia no cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* 17(4):394-400. DOI: 10.33233/eb.v17i4.1258
- Gandhi, S.; Poreddi, V.; Palaniappan, M.; Reddy, N.; Sai, S.; BadaMath, S. (2018). Indian Nurses' Knowledge, Attitude and Practice towards Use of Physical Restraints in Psychiatric Patients. *InvestEducEnferm.* 2018;36: e10. doi: 10.17533/udea.iee.v36n1e10.
- Gaudêncio, R. (2024). Saúde Mental: Equipas comunitárias baixam internamentos e readmissões. Entrevista a Miguel Xavier, Diretor do Programa Nacional de Saúde Mental da Direção-Geral de Saúde. *Jornal "Público"*. <https://www.publico.pt/2024/11/25/sociedade/noticia/saude-mental-equipas-comunitarias-baixam-internamentos-readmissoes-2113266>
- Geese, F., Zwakhalen, S., Lucien, B., & Hahn, S. (2022). Job satisfaction of advanced practice nurses in cancer care: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, 56, pág. 1-9.
- Gilbert, E., Adams, A., & Buckingham, C. D. (2011). Examining the relationship between risk assessment and risk management in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), 862-868. Doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01737.x
- Goleman, D. (1016). *Trabalhar com Inteligência Emocional (5a)*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional. (17ª ed.)*. Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar com a Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2020a). *Trabalhar com Inteligência Emocional (9ª ed.)*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2020b). *Inteligência Emocional (26ª ed.)*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gong Y., Wu Y., Huang P., Yan X., Luo Z. (2020). Psychological empowerment and work engagement as mediating roles between trait emotional intelligence and job satisfaction. *Front Psychol.* 11, pág. 1–7. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00232.
- Gong Y., Wu Y., Huang P., Yan X., Luo Z. (2020). Psychological empowerment and work engagement as mediating roles between trait emotional intelligence and job satisfaction. *Front Psychol.* 11, pág. 1–7. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00232.
- Gouveia, E., Noto, C., Bonadia, B., Gardelha, A., Bressan, R., & Cordeiro, Q. (2014). Primeiro Episódio Psicótico: Atendimento de Emergência. *Revista debates em psiquiatria*.
- Gouveia, M.; Costa, T.; Morgado, T.; Sampaio, F.; Rosa, A.; Sequeira, C. (2023). Intervention Programs for First-Episode Psychosis: A Scoping Review Protocol. *Nurs. Rep.*, 13, 273-283. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010026>
- Güleryüz G, Güney S, Aydın E.M, Aşan Ö. (2008). The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 45:1625–35. doi: 10.1016/J.IJNURSTU.2008.02.004
- Güleryüz G, Güney S, Aydın E.M, Aşan Ö. (2008). The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 45:1625–35. doi: 10.1016/J.IJNURSTU.2008.02.004
- Hammarström, L., Häggström, M., Devik, S. A. & Hellzen, O.(2019). Controlling emotions—nurses' lived experiences caring for patients in forensic psychiatry. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, v. 14, n. 1, p. 1682911. doi.10.1080/17482631.2019.1682911
- Herbert, J.D. & Forman, E.M. (2011). *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*. Berlin: John Wiley & Sons Inc
- Hoff, T., Carabetta, S., & Collinson, G.E. (2019). Satisfaction, burnout, and turnover among nurse practitioners and physician assistants: A review of the empirical literature. *Medical Care Research and Review*, 76(1), 3–31. Doi: 10.1177/1077558717730157
- Holzel, B. K., lueke, F., jenkins, J. et al. (2021). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, v. 191, n. 1, p. 36-43. DOI: 10.1016/j.psychresns.2010.08.003.

- Jackson, J.G., Diaz, F.J., Lopez, L., & de Leon, J. (2015). A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord.* 17:575-97. doi:10.1111/bdi.12319
- Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ponce-Blandón, J., Ramirez-Baena, L., Palomo-Lara J. & Gómez-Salgado, J., (2021). The Relationship between Mindfulness and Emotional Intelligence as a Protective Factor for Healthcare Professionals: Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* <https://doi.org/10.3390/ijerph18105491>
- Jnaneswar, K. (2019). Predictive power of emotional intelligence on job satisfaction: A study amongst nurses. *Review of Professional Management*, 17(2), pág. 1-9.
- Judge, T. A., Zhang, S., & Glerum, D. R. (2020). Job satisfaction. In V. I. Sessa, & N. A. Bowling (Eds.), *Essentials of job attitudes and other workplace: psychological constructs* pág. 207-241. New York: Routledge.
- Junior, (2023). Modelo de Deming e Ciclo PDCA: Alcançando resultados, gerando conhecimento e incrementando a qualidade. *Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gestão*, v. 6, n. 1, 2023, e32482 CC BY 4.0 | ISSN 2675-8512
- Kelley, K. & Preacher, K. (2012). On Effect Size. *American Psychological Association* Vol. 17, No. 2, 137–152 1082-989X/12/\$12.00. DOI: 10.1037/a0028086
- Keltner, N. & Schwecke, L. & Bostrom, C. (2007). *Psychiatric Nursing* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Kovner, C., Brewer, C., Wu, Y., Cheng, Y., & Suzuki, M. (2006). Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *Health Policy & Systems*, 38(1), 71-79
- Laccort, A. & Oliveira, G. (2017). A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. *Revista Uningá Review*, n.º 29 (3), pág. 6–10.
- Laranjeira, C., & Querido, A. (2021). The multidimensional modelo of hope as a recovery-focused practice in mental health nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75 (supl. 3), 1-6 <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0474>
- Laureano, L. (2019). Centro Hospitalar de Leiria cria Unidade de Saúde Mental Comunitária. 16 abril (JustNews) <https://justnews.pt/noticias/centro-hospitalar-de-leiria-cria-unidade-de-saude-mental-comunitaria>
- Lei n.º 35/2023 de 21 de julho da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Diário da República* n.º 141/2023, Série I de 2023-07-21, páginas 2 – 23. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro da Assembleia da República. (2019) *Diário da República* 1ª Série, n.º 169, p. 55. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Li, J., & Lambert, V. A. (2008). Job satisfaction among intensive care nurses from the People’s Republic of China. *International Nursing Review*, 55(1), pág. 34-39.
- Lima, M. A., Rodrigues, S. R., Sanches, R. S. & de Souza, A. R. (2020). Estresse, Burnout e Hardiness entre Profissionais de Enfermagem Atuantes em Cuidados Intensivos e Emergenciais. *RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 17 (3), pág. 82-96. <https://doi.org/10.21450/rahis.v17i3.6260>.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, pág. 1297–1349, Chicago: Rand McNally.
- Machado, D., Brás, M., Almeida, A., Costa, L., Anes, E. (2021). Emoções na saúde. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, n.º 1, pág. 199–204.
- Maravilha, A. (2023). “Enfermeiro? De saúde Mental? A sério!?” Entrevista a André Maravilha, Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. *Observador*. <https://observador.pt/opiniao/enfermeiro-de-saude-mental-a-serio/>
- Marcelino, T., Pontífice-Sousa, P., Marques, R. (2021). Estratégias promotoras da inteligência emocional nos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (25), pág. 25-31.
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30. Doi:10.20344/amp6460

- Marques & Coelho., (2020). Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica. In: VEIGA-BRANCO, A. d.; SUAREZ, A.; ALVES, P. (org.). I Congresso Internacional Inteligência Emocional: livro de atas. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, p. 104-110
- Marques, C, Neto, F. Gaspar, M. & Rolo, P. (2023). Unidade de Cuidados na Comunidade Pombal – Manual de Acolhimento.
- Marques, P. & Vieira, M. (2007). Princípios éticos ferais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em unidades de cuidados intensivos. *BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo* – 1(2):45-55
- Martins, A., & Miyabara, R. (2023). Role-playing como estratégia no desenvolvimento de habilidades para o atendimento em saúde mental na medicina. *Brazilian Journal of Development*, 9(1), 3616-3621. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-249>
- Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P., & Renca, P. (2021). Guia Orientador de boas práticas de cuidados de Cuidados de Enfermagem Especializados na recuperação da pessoa com doença Mental Grave. Ordem dos Enfermeiros ISBN: 978-989-8444-57-8.
- McCance, T. & McCormack, B. (2017). The development and testing of the Person- centred Practice Inventory– Staff (PCPI-S). *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 541-547
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. The Use Of A Middle-Range Theory In Research And Care Of Individuals, Families, And Communities*. Springer Publishing Company. ISBN:9780826105349
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing. Development and Progress*. (Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins (ed.); 5th ed.).
- Meneghini, M.; Colledani, D.; Morandini, S.; France, D. & Hollenstein, T. (2024). Emotional engagement and caring Relationships: The Assessment of emotion Regulation Repertoires of Nurses. *Psychological Reports* 127 (1), <https://doi.org/10.1177/00332941221110548>
- Ministério da Saúde. (2008). *Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22*, páginas 1182 – 1189
- Mohammadi, S., & Yekta, P. (2018). The effect of emotional intelligence on job satisfaction among staff nurses in intensive care units. *UCT Journal of Social Sciences and Humanities Research*, 6(4), pág. 24-30.
- Mohammed, M. M., & Fekry, N. E. (2018). Relationship between head nurses emotional intelligence and staff nurses job satisfaction. *The Medical Journal of Cairo University*, 86 (7), pág. 4065-4072.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M & Maas, M.L. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC) (6ª edição)*. Elsevier, Inc.
- Moreira, Laranjeira & Gomes., (2022). Competência emocional do enfermeiro e a comunicação terapêutica face à pessoa com manifestações de perturbação mental: estudo num hospital geral português. In: Silva Praxedes, M. D.; *Qualidade da Prática de Enfermagem no Processo de Cuidar*. Atena Editora, p. 49-61.
- Moreira, P. (2022). *Gerir Emoções - um guia prático*. Idioteque, 1ª edição. ISBN 978 989 54718-5-0
- Moreira, P. (2023). *Inteligência emocional-uma abordagem prática*. Idioteque, 7ª Edição. ISBN 978-989-54008-5-0
- Morgado T, Simões C, Seabra S. & Mendes AT. (2019) Tradução, adaptação e validação transcultural do algoritmo de tomada de decisão ética de enfermagem: contributos de um painel de peritos [Internet]. In: II Simpósium de Investigação em Enfermagem: da visão à implementação. Coimbra, Portugal. DOI: 10.13140/RG.2.2.27446.31045
- Morgado, T. M. M., Loureiro, L. M. J., & Rebelo Botelho, M. A. M. (2022). Psychoeducational interventions to promote adolescents' mental health literacy in schools: Identifying theory for the development of a complex intervention. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 35(4), 331–340. <https://doi.org/10.1111/jcap.12386>
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neves, M., (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem: Referencia*; III(8).

- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K. & Slade, P., (2018). O Impacto da Inteligência Emocional em Profissionais de Saúde no Comportamento de Cuidado em relação aos Pacientes em Ambientes Clínicos e de Cuidados de Longo Prazo: Descobertas de uma Revisão Integrativa. *Int. J. Nurs. Stud.*, 80, 106–117.
- Nunes, L. (28 e 29 maio 2024). O papel dos afetos na intervenção em saúde mental – A vinculação. Encontro de Saúde Mental da Região de Leiria, (Psico) Humanizar: Quando o invisível se torna essencial. Cine-Teatro Alcobaça
- Oliveira & Azevedo. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 30(4), 227-34. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>
- Ordem dos Enfermeiros (2023). Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem-Versão 2. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul Da Ordem Dos Enfermeiros, 1–11. [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião para elaboração projetos qualidade SRS.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião%20para%20elaboração%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei no 156/2015 de 16 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). Aprovada terceira versão da Ontologia de Enfermagem. Homepage notícias <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/3%C2%AA-vers%C3%A3o-ontologia/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2025, jan 11). A saúde mental e as condições de trabalho dos enfermeiros. Comunicado. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/comunicado-saude-mental-enfermeiros/>
- Organização das Nações Unidas. (2019). Agenda 2030 - Desenvolvimento Sustentável. <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
- Organização Mundial da Saúde. (2014). In: Mental health: a state of well - being. <https://www.who.int/whr/2001/en/whr01po.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 ISBN 978-92-4-003102-9 (electronic version)
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2008) – Alto Comissariado para a Saúde - Coordenação Nacional para a Saúde Mental – Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários – uma perspetiva global. Recuperado de https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2005). livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. ISBN 92 4 856282 5
- Ornelas J., Monteiro F., Moniz, M., Duarte T., (2005). Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares. AEIPS Edições. ISBN: 972-99904-0-9
- Ornelas, J. (2008). Psicologia Comunitária. Fim de século Edições, ISBN 9789727542567
- Palha, M. (2016). Uma Caixa de Primeiros Socorros das Emoções. Barcarena Manuscrito, ISBN:978-989-8818-23-2.
- Pan, N., Luo, Y.Y., & Duan, Q.X. (2022). The influence os PDCA Cycle Management Mode on the Enthusiasm, Efficiency, and Teamwork Ability of Nurses. *BioMed Research International*. 2022:9352735. <https://doi.org/10.1155/2022/9352735>
- Parecer n.º 03/2023 da Ordem dos enfermeiros. (2023). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Vestuário dos(as) clientes em contexto de internamento de psiquiatria e saúde mental.

- Parecer n.º 07/2023 da Ordem dos Enfermeiros. (2023). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Papel da/o enfermeira/o face ao consumo de tabaco em serviços de internamento de saúde mental e psiquiatria.
- Parecer n.º 6/2013 da Ordem dos Enfermeiros. (2013). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Procedimentos de Enfermagem na Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer_6_2013_ProcedimentosDeEnfEESMP.pdf
- Parecer n.º 216/2009 da Ordem dos enfermeiros. (2009). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Farda de enfermagem em internamento de Psiquiatria Agudos.
- Peplau, H. (2016). *Interpersonal relationships in nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer publishing company. ISBN 9780826197863
- Pereira, A.C. (2024). Tratamento involuntário. Lei mudou, mas ainda “há um caminho a fazer”. Entrevista a Sofia Brissos, psiquiatra no Pólo Júlio de Matos da Unidade Local de Saúde de São José, em Lisboa, e perita do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses; Miguel Xavier, coordenador nacional das políticas de saúde mental e Paula Campos Pinto, coordenadora do Observatório da Deficiência e Direitos Humanos. <https://www.publico.pt/2024/08/20/sociedade/noticia/tratamento-involuntario-lei-mudou-ha-caminho-2101244>
- Pereira, P., & Botelho, M. R. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61- 73.
<https://doi.org/10.56732/pensarenf.v18i2.96>
- Pereira, R., Martins, S., Gomes, L., Cainé, J. & Macedo, A. P. (2022). Competência emocional dos profissionais de saúde num contexto de uma unidade de cuidados coronários: estudo de abordagem qualitativa com recurso a tecnologias online. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, n.º 8 (1), pág. 1–12. <https://doi.org/10.31211/rpics.2022.8.1.228>
- Pinho, C., Fonseca, B., Cabral, L., Maia, T., Cipriano, A., Silva, S. & Silva, J. (2020). Aspetos associados ao Estresse em Enfermeiros que Atuam em Serviços de Urgência e Emergência. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, n.º 5, (1). Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20200011>.
- Pio de Abreu, J. (1992). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Coimbra: Edições de Psiquiatria Clínica.
- Pokorná, A. & Knight, A. (2015). Development opportunities of emotional intelligence with reflective strategies using video-based training. *Mefanet Journal*, (2), 43. Pág. 43-47. Retrieved from: http://eprints.bournemouth.ac.uk/26823/3/PSA-blind_20.12_POK.pdf
- Prado, M., Sá, M. & Miranda, L. (2015). O Paciente com Transtorno Mental Grave no Hospital Geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 320–337.
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tBSnFh3BpD8xGZQH98zPb5M/abstract/?lang=pt>
- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., Slepecky, M. & Vysko J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical, Papers*, 154 (3), 189-19
- Quaresma H. (14 março 2025). Individualidade e a saúde mental: muito mais do que um *soundbite*. Escola Superior de Saúde de Enfermagem de Leiria. III Jornadas de Saúde Mental e Psiquiatria - Convergências em Saúde Mental. Instituto politécnico de Leiria.
- Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto da Ordem dos enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República* n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, páginas 21427 – 21430.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Rendtorff, J.D., Kemp, P. (2019). Four Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. In: Valdés, E., Lecaros, J. (eds) *Biolaw and Policy in the Twenty-First Century*. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, vol 78. Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-05903-3_3

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março da Presidência do Conselho de Ministros (2008). Diário da República n.º 47/2008, Série I de 2008-03-06, páginas 1395 – 1409. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/49-2008-247255>
- Ricoeur, P. (1999). *Soi Memê Comme um Autre*. Paris: Editions du Seuil, p. 211.
- Rimondini, M., Busch, I. M., Mazzi, M. A., Donisi, V., Poli, A., Bovolenta, E., & Moretti, F. (2019). Patient empowerment in risk management: a mixed-method study to explore mental health professionals' perspective. *BioMedical Center (BMC) Health Services Research*, 19(1), 382. Doi:10.1186/s12913-019-4215-x
- Rocha, I., Pinto, C., & Carvalho, A. (2021). Job Satisfaction and Emotional Competence of Nurses at Inpatient Hospital Services. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, 2021(16), pág. 103–110. <https://doi.org/10.29352/mill0216.24955>.
- Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoria e Técnica Psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.
- Rosengren, K., Brannefors, P., & Carlstrom, E. (2021). Adoption of the concept of personcentred care into discourse in Europe: a systematic literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 265-280
- Ruíz., (2014). *Habilidades para a Vida: Uma Proposta de Formação Humana*. Itinerário. Educ., 28, 61.
- Ronnebaum ED, Schmer C. (2015). Patient Advocacy and the Affordable Care Act: The Growing Need for Nurses to Be Culturally Aware. *Open J Nurs* 5(3):237–45.
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 – 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 356/2015, de 25 junho da Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República n.º 122/2015, Série II de 2015-06-25, páginas 17034 – 17041. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Šagud, M., Vuksan Čusa, B., Jakšić, N., Mihaljević—Peleš, A., Rojnić Kuzman, M., & Pivac, N. (2018). Smoking in Schizophrenia: an Updated Review. *Psychiatr Danub*. 30:216 -23
- Salahat, M. F., & Al-Hamdan, Z. M. (2022). Quality of nursing work life, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses: A descriptive study. *Heliyon*, 8(7), pág. 1-10
- Sampaio, F., Martins, a., Marques, j., Barreto, M., Seabra, P., & Lopes, S. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica. Ordem dos Enfermeiros, ISBN:978-989-8444-64-6.
- 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), 11-18. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0152>
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de ajuda*. ed. 1, ISBN:9789897521683. Lisboa: Lidel.
- Seyedi, P., Beiranvand, A., Fereidouni, H., & Qolami, M. (2021). Investigating the relationship of emotional intelligence with job satisfaction and burnout in nurses. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 23(2), pág. 149-153
- Silva, V., & Seabra, P. (2020). Estimulação Cognitiva em Pessoas com Doença Mental na Comunidade: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem* n° 73 (1), <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0192>
- Simões, R. & Rodrigues, M. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *ESC. Anna Nery*, 485-489
- Sinhg, S.P. (2000) – Running an effective community mental health team. *Advances inPsychiatric Treatment*. 6: 414-422
- Soeima, s. & neto, H. (2020). Emotional competence in occupational nursing practice. *International journal on working conditions*, v. 20, p. 91–110. doi.10.25762/gjmh-fz58

- Soriano-Vázquez, I., Castro Cajachagua, M. & Moraes-García, W. C. (2023). Emotional Intelligence as a predictor of job satisfaction: the mediating role of conflict management in nurses. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1249020>
- Staempfli, S., & Lamarche, K. (2020). Top ten: A model of dominating factors influencing job satisfaction of emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 49, pág. 1-6
- Stirrat & Gill (2005). Autonomy in medical ethics after O'Neill. *J Med Ethics*.
- Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e prática (6ªEd.)*, Porto Alegre: Art Med Editora
- Stubbe E. (2023). Psychiatric Emergencies: Empowering Connections to De-escalate Aggression. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 21(1), 54-57. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220079>
- Sturm, B. A., & Dellert, J. C. (2016). Exploring nurses' personal dignity, global self-esteem and work satisfaction. *Nursing Ethics*, 23(4), pág. 384-400
- Tagoe, T., & Quarshie, E. N. (2017). The relationship between emotional intelligence and job satisfaction among nurses in Accra. *Nursing Open*, 4(2), pág. 84-89
- Tahan H a. (2005). Essentials of advocacy in case management. *Lippincotts Case Manag.* 10(3):136-45-7
- Taylor, B., Roberts, S., Smyth, T., Tulloch, M. (2014). Nurse managers' strategies for feeling less drained by their work: an action research and reflection project for developing emotional intelligence. *Journal of Nursing Management*, 23(7), pág. 879-887. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/jonm.12229>
- Townsend, M. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Sexta Edição: lusociência*
- Valentim, L. V., de Luz, R. A., Santos, L. S. C., da Silva Noca, C. R. (2020). Perceção dos profissionais de Enfermagem quanto ao Trabalho em Equipe. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. Retrieved from: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37510>
- Valido, R., Caldas, f., & Santos, G. (2021). O Paradigma da cessação Tabagica na Doença Mental Grave: Um Olhar Crítico. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 140-142. <https://doi.org/10.51338/rppsm.281>
- Vanelli, Chendo, Levy, Figueira, Góis, Santos & Marcová, (2010). Adaptação para Português da Escala de Insight Marková e Berrios, *Acta Med Port.* 23(6):1011-1016
- Vanneli, Chendo, Góis, Santos & Levy. (2011). Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica, *Acta Med Port.* 24(1):017-0
- Vedana, M., Ventura, C., Zanetti, I., et al. (2018). Physical and Mechanical Restraint in Psychiatric Units: Perceptions and Experiences of Nursing Staff. *Arch PsychiatrNurs.* 2018; 32:367-72. doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.027.
- Veenstra, G., Dabekaussen, K., Molleman, E., Heineman, E., & Welker, G. (2022). Health care professional motivations, their behaviors, and the quality of hospital care: a mixed-methods systematic review. *Health Care Management Review*, 47 (2), 155-167. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000284>
- Veiga-Branco, A. (2005). *Competência emocional em professores - um estudo em discursos do campo educativo.* (Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto). <http://hdl.handle.net/10198/5311>
- Veiga-Branco, M.A.R., Cainé, j., Gomes, L., Pereira, R.P.G. (2023). Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE). In Gomes, L., Bagnasco, A., Chircop, D., Catania, G., Aleo, G., Cainé, J., Veiga-Branco, M.A.R., Cassar, M., Bugeja, R., Pereira, R.P.G. (Eds.). (2023). *Manual de Competência Emocional.* Universidade do Minho. Capítulo 6. Pp. 76-109. 978-989-35409-2-3. <http://doi.org/10.21814/1822.87373>
- Veiga-Branco. (2004). *Auto-Motivação.* Quarteto Editora. ISBN: 972-8787-92-X
- Vilela, A. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida.* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/4946>
- Walsh, J. (2016). *Psychoeducation in Mental Health.* Oxford University Press.

- World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: WHO. Mudo para Portugêses?
- Xavier M., Barreto H., Cruz M.C., Domingos P., Gago J., Maia Correia T., Marques C., Marques M.J., Matos Pires A., Morgado P., Narigão M., Pereira S., Redondo J., Santos T., Vieira F., Sena e Silva F. (2024). A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. ISBN 978-989-99480-6-8
- Xavier, M., Paixão, I., Mateus, P., Goldschmidt, T., Pires, P., & Narigão, M. (2017). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/RelAvPNSM2017_compressed.pdf
- Yew, S., Yong, C., Tey, N., Cheong, K., & Ng, S. (2020). Work satisfaction among nurses in a private hospital. *International Journal of Healthcare Management*, 13(1), pág. 156-163.
- Yordanova, D., & Dineva, Y. (2022). Emotion Regulations at Work: Employee and Leader Perspectives. Em D. s. Harper, *Advancing Interpersonal Emotion Regulation na social Regulation* (p. 113-114). Pennsylvania, USA: IGI. Doi: 10.4018/978-1-668-2478-0.ch006
- Younas, A., Rasheed, S.P., Sundus, A., & Inayat, S. (2020). Nurses perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 1-8. <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>