

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**Impacto de uma intervenção promotora da comunicação
terapêutica eficaz em enfermeiros de uma Unidade de
Hemodiálise**

Elaborado por:

Erica Vanessa de Oliveira Frazão Vieira

Leiria, março de 2024

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório

Impacto de uma intervenção promotora da comunicação terapêutica eficaz em enfermeiros de uma Unidade de Hemodiálise

Relatório de Estágio

Orientador:

Professor Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Elaborado por:

Erica Vanessa de Oliveira Frazão Vieira

Leiria, março de 2024

“E quando a tempestade tiver passado, mal te lembrarás de ter conseguido atravessá-la, de ter conseguido sobreviver. Nem sequer terás a certeza de a tormenta ter realmente chegado ao fim. Mas uma coisa é certa. Quando saíres da tempestade já não serás a mesma pessoa. Só assim as tempestades fazem sentido”

Haruki Murakami (2014, p.8)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Gomes, por toda a dedicação, empenho, disponibilidade e conhecimento. Pela orientação baseada na exigência e rigor profissional, mas acima de tudo no respeito e empatia, transmitindo-me a confiança e tranquilidade nos momentos mais difíceis. Foi um privilégio fazer este percurso com a sua orientação.

À minha família pelo suporte e apoio incondicional. Ao Ricardo, pelo companheirismo, amizade, paciência e altruísmo demonstrado, ao assegurar as condições necessárias para poder dedicar-me à concretização de um sonho.

A todos os colegas de turma pelos momentos vividos ao longo deste percurso. Em especial à Maria João, pela amizade e pelas horas, dias e noites de companhia, partilhas de angústias e sucessos, e pelo suporte emocional nos momentos mais difíceis. Que surpresa boa que foste na minha vida!

Aos enfermeiros cooperantes dos ensinamentos clínicos, pelo conhecimento transmitido e pelas experiências proporcionadas, sendo promotores do meu desenvolvimento profissional e pessoal.

A todos os intervenientes no Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, pela disponibilidade, colaboração e interesse no projeto.

A todos os profissionais que contribuíram para que este percurso fosse uma construção permanente de competências e evolução profissional e pessoal.

A todos, Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

Art. – Artigo

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CLDS – Contratos Locais de Desenvolvimento Social

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CS – Centros de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

Dr. Doutor

EC – Ensino Clínico

ECSM-IA - Equipa Comunitária de Saúde Mental da Infância e Adolescência

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EIES – Escala de Inteligência Emocional de Schutte

EMAT – Equipas Multidisciplinares de Apoio Técnico aos Tribunais

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HDS – Hospital Distrital de Santarém

IE - Inteligência Emocional

INE - Instituto Nacional de Estatística

M1 – Momento 1

M2 – Momento 2

M3 – Momento 3

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Perturbação Afetiva Bipolar

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PIC – Plano Individual de Cuidados

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

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Sr. - Senhor

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidades Locais de Saúde

UPIA – Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para obtenção do grau de mestre e do título de especialista em ESMP, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE). O relatório objetiva a caracterização dos contextos da prática clínica especializada (internamento, respostas diferenciadas e comunitário), onde se desenvolveram os ensinamentos clínicos, a reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências especializadas, definidas pela OE tendo por base a evidência científica disponível, bem como o processo e os resultados obtidos com o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Na Parte I apresentam-se os referenciais teóricos nos quais se baseou a minha prática, na Parte II são caracterizados os contextos da prática clínica, na Parte III são analisadas de forma crítico-reflexiva as atividades desenvolvidas relacionando-as com as competências comuns e específicas adquiridas, e na Parte IV detalha-se o projeto de melhoria contínua desenvolvido.

Este último, seguiu a metodologia de projeto e tinha como objetivos: obter indicadores relativos às competências comunicacionais dos enfermeiros; promover a capacidade de gestão das emoções nos enfermeiros; e promover uma comunicação terapêutica eficaz entre os enfermeiros, submetidos ao plano de intervenção, e os utentes com insuficiência renal crónica sob hemodiálise, numa perspetiva de um cuidado centrado no doente. Foi definido um programa de intervenção de base socioterapêutica, com recurso a algumas atividades psicoterapêuticas e psicoeducacionais, composto por 8 sessões, que procurou responder à questão de investigação “Quais as competências comunicacionais promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz num grupo de enfermeiros em Hemodiálise?”. Com a implementação do programa, em duas clínicas de hemodiálise, foram avaliadas dimensões da agressividade e da inteligência emocional, assim como observadas as competências comunicacionais dos enfermeiros, aquando do momento de conexão dos utentes. A intervenção resultou numa melhoria da componente sociocognitiva das emoções, mantendo-se a homogeneidade observada inicialmente em relação à agressividade. Apurou-se também uma maior utilização de técnicas de comunicação verbal e não verbal e verificou-se uma melhoria no valor terapêutico autónomo da comunicação. Atesta-se a influência da inteligência emocional nos processos comunicacionais. Verifica-se que enfermeiros com a componente sociocognitiva das emoções mais desenvolvida, e com maior empatia, estabelecem mais facilmente uma comunicação terapêutica eficaz.

Palavras-chave: Comunicação; Hemodiálise; Inteligência Emocional; Cuidado Centrado no Doente.

ABSTRACT

This report appears within the scope of the curricular unit Professional Internship with Report, integrated into the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, to obtain the master's degree and the title of specialist in ESMP, recognized by the order of nurses (OE). The report aims to characterize the contexts of specialized clinical practice (inpatient, differentiated responses and community), where clinical teaching was developed, critical reflection on the development of specialized skills, defined by the OE based on available scientific evidence, as well as the process and results obtained with the development of a project to continuously improve the quality of nursing care. In Part I, the theoretical references on which my practice was based are presented, in Part II, the contexts of clinical practice are characterized, in Part III, the activities developed in relation to the common and specific skills acquired with the same, and in Part IV the continuous improvement project developed is detailed.

Part IV followed the project methodology and aimed to: obtain indicators relating to nurses' communication skills; promote the ability to manage emotions in nurses; and promote effective therapeutic communication between nurses, subject to the intervention plan, and users with chronic renal failure undergoing hemodialysis, from the perspective of patient-centered care. A sociotherapeutic-based intervention program was defined, using some psychotherapeutic and psychoeducational activities, consisting of 8 sessions, which sought to answer the research question "What communication skills promote effective therapeutic communication in a group of Hemodialysis nurses?" With the implementation of the program, in two hemodialysis clinics, dimensions of aggressiveness and emotional intelligence were evaluated, as well as the communication skills of nurses observed, when connecting patients. The intervention resulted in an improvement in the socio-cognitive component of emotions, maintaining the homogeneity initially observed in relation to aggressiveness. There was also a greater use of verbal and non-verbal communication techniques and an improvement in the autonomous therapeutic value of communication. the influence of emotional intelligence on communication processes is attested. It appears that nurses with a more developed socio-cognitive component of emotions, and with greater empathy, more easily establish effective therapeutic communication.

Keywords: Communication; Renal Dialysis; Emotional Intelligence; Patient-Centered Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA.....	25
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	25
1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DE UMA ULS DA REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO.....	26
1.2. UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DE UMA ULS DA REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO.....	28
1.3. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA ULS MÉDIO TEJO, E.P.E.....	30
PARTE III – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	34
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	34
1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	34
1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	37
1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	39
1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	40
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	47
2.1. DETÉM UM ELEVADO CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO, MERCÊ DE VIVÊNCIAS E PROCESSOS DE AUTOCONHECIMENTO, DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL.....	48
2.2. ASSISTE A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	52
2.3. AJUDA A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, INTEGRADA NA FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE A RECUPERAR A SAÚDE MENTAL, MOBILIZANDO AS DINÂMICAS PRÓPRIAS DE CADA CONTEXTO.....	58
2.4. PRESTA CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SOCIOTERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS, À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, MOBILIZANDO O CONTEXTO E DINÂMICA INDIVIDUAL, FAMILIAR DE GRUPO OU COMUNITÁRIO, DE FORMA A MANTER, MELHORAR E RECUPERAR A SAÚDE.....	67
PARTE IV – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	76
1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	76

2. PERCEÇÃO DO PROBLEMA.....	80
3. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS INICIAIS	85
4. PERCEÇÃO DAS CAUSAS DO PROBLEMA.....	86
5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES	94
6. VERIFICAR OS RESULTADOS.....	102
7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, <i>STANDARDIZAR</i> E TREINAR A EQUIPA.....	113
8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO.....	117
CONCLUSÃO	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DAS JORNADAS PEDAGÓGICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA 2022

ANEXO II – CERTIFICADO DO SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL: LISBOA 2023- A PRÁTICA ESPECIALIZADA

ANEXO III – CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “*SNOEZELEN* – ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL”

ANEXO IV – CERTIFICADO DO WEBINAR “RUMO AO FUTURO: A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES”

ANEXO V – CERTIFICADO DA CONFERÊNCIA “MODELO ULS NO CENTRO DA MUDANÇA DO SNS”

ANEXO VI – CERTIFICADO DAS JORNADAS PEDAGÓGICAS “CONVERGÊNCIA(S) EM SAÚDE MENTAL”

ANEXO VII - PARECER N.º CE/IPLEIRIA/58/2023

ANEXO VIII – ESCALA DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE SCHUTTE (EIES)

ANEXO IX – QUESTIONÁRIO DE AGRESSIVIDADE DE BUSS PERRY

ANEXO X – TESTE DE ASSERTIVIDADE

ANEXO XI – MAPA DA ASSERTIVIDADE

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMAÇÃO DE SERVIÇO “COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA: UMA ABORDAGEM CENTRADA NO DOENTE”

APÊNDICE II – FORMAÇÃO DE SERVIÇO “*SNOEZELEN*: UMA ABORDAGEM CENTRADA NO DOENTE”

APÊNDICE III – ATIVIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

APÊNDICE IV – VIAGEM SENSORIAL

APÊNDICE V – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE UMA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EFICAZ (CONTEXTO DE INTERNAMENTO)

APÊNDICE VI - INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL PROMOTORA DA LSM NOS IDOSOS

APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

APÊNDICE VIII – KIT DA SAÚDE MENTAL

APÊNDICE IX – POSTER “A SAÚDE MENTAL NÃO SE REFORMA” DIRIGIDO À POPULAÇÃO REFORMADA

APÊNDICE X – POSTER “A SAÚDE MENTAL NÃO SE REFORMA” DIRIGIDO À POPULAÇÃO ATIVA

APÊNDICE XI – RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK

APÊNDICE XII - INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL SOBRE PAB E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

APÊNDICE XIII - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

APÊNDICE XIV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO

APÊNDICE XV – AUTOCONSCIENCIALIZAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA

APÊNDICE XVI - GUIÃO DE ENTREVISTA DE *FOLLOW-UP*

APÊNDICE XVII– INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL

APÊNDICE XVIII – INTERVENÇÃO SOCIOTERAPÊUTICA EM CONTEXTO ESCOLAR

APÊNDICE XIX – INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

APÊNDICE XX – “TERMÓMETRO DAS EMOÇÕES”

APÊNDICE XXI – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA INDIVIDUAL

APÊNDICE XXII – HISTÓRIAS SOCIAIS

APÊNDICE XXIII – PLANO DE SESSÃO DE RELAXAMENTO COM RECURSO A EXERCÍCIOS DE *MINDFULNESS*

APÊNDICE XXIV – MONITORIZAÇÃO DE PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

APÊNDICE XXV - REGISTOS DE CRENÇAS NUCLEARES E DE CRENÇAS NUCLEARES ADAPTATIVAS

APÊNDICE XXVI - INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL EM GRUPO SOBRE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

APÊNDICE XXVII – RESULTADOS DA INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL

APÊNDICE XXVIII – PLANO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA INDIVIDUAL – TREINO DE AUTOCONTROLO

APÊNDICE XXIX – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM GRUPO SOBRE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

APÊNDICE XXX – CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE
APÊNDICE XXXI – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
DA AMOSTRA
APÊNDICE XXXII – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE INTERVENÇÕES PROMOTORAS
DE UMA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EFICAZ (PMCQCE)
APÊNDICE XXXIII – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A REALIZAR
APÊNDICE XXXIV – PLANOS DE SESSÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DO
PMCQCE
APÊNDICE XXXV – REFLEXÃO PÓS-VISUALIZAÇÃO DE FILME
APÊNDICE XXXVI – ANÁLISE DE CONTEÚDO DA REFLEXÃO PÓS-VISUALIZAÇÃO

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da Amostra	92
Tabela 2 - Teste de Normalidade	102
Tabela 3 - Teste de wilcoxon relativo aos diferentes momentos de avaliação	106
Tabela 4 - Resultados da observação de intervenções/técnicas promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz	108
Tabela 5 - Análise de conteúdo da reflexão pós-visualização, segundo Bardin (2008).....	112
Tabela 6 - Novo padrão comunicacional a adotar.....	115

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Subescalas e respectivos itens da EIES	90
Quadro 2 - Subescalas e respectivos itens do Questionário de Agressividade de Buss-Perry	90
Quadro 3 – Critérios de avaliação explícitos.....	91
Quadro 4 - Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.....	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Causa-Efeito de Ishikawa.....	87
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da variável 'Inteligência Emocional'	107
Gráfico 2 - Evolução da variável 'Agressividade'	107
Gráfico 3 - Resultados da observação do grupo de caso (n=11)	110
Gráfico 4 - Resultados da observação do grupo de controlo (n=13)	111

INTRODUÇÃO

As organizações de saúde são estruturas dinâmicas e complexas e os serviços de saúde, também eles “cada vez mais complexos, tendem a evoluir no sentido de se adaptarem às mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas” (Reis, 2021, p. 26). Evolução essa que, induz uma constante mudança nas necessidades de saúde, e consequentemente na alteração das expectativas que os utentes passam a querer ver satisfeitas (Reis, 2021). Como elementos fundamentais destes serviços, os profissionais de saúde enfrentam a necessidade de se reinventar, de modo a responder às necessidades daqueles que são alvo dos seus cuidados, e de procurar a formação contínua com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A Ordem dos Enfermeiros (OE) aponta a formação profissional como determinante para dotar os profissionais de competências e conhecimentos que os capacitem para um exercício profissional de excelência, capaz de responder aos desafios emergentes (Regulamento n.º 656/2021, p. 73). Nesse âmbito, e com o interesse crescente nos processos internos inerentes ao ser humano, assim como no impacto dos comportamentos/attitudes dos profissionais de saúde nos utentes, assente numa visão humanista, surgiu a necessidade de aprofundar os conhecimentos e competências em enfermagem, na área de especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

Na prestação de cuidados diária desenvolvida nos diferentes contextos profissionais, importa atender a todas as dimensões do ser humano, de uma forma holística. No entanto, assiste-se ainda a um predomínio do modelo biomédico de saúde, de carácter reducionista, em que “a doença é explicada meramente como um fenómeno anátomo-fisiológico” e, “tendendo-se para a especialização e fragmentação”, “perde-se a visão holística do homem nas suas dimensões psicológicas e sociais” (Valente, Sequeira & Sampaio, 2021, p.19).

Segundo o modelo biomédico, os doentes são “(...) seres físicos, dando pouca atenção às características mais latas da natureza humana” (Pearson & Vaughan, 1992, p.17) e são considerados como “alguém que se deve submeter a determinado esquema e seguir a rotina estabelecida pelas normas”, em geral associada a um diagnóstico médico (Pearson & Vaughan, 1992, p.18), constituindo-se como objetivo principal dos cuidados, o “despachar tarefas”. Neste sentido, o ênfase está “(...) na realização de tarefas visíveis associadas aos cuidados físicos e às rotinas”, valorizando-se os enfermeiros que “são capazes de completar certas e determinadas tarefas” e não havendo muito tempo dedicado aos aspetos personalizados dos cuidados (Pearson & Vaughan, 1992, p. 19). A par do foco no modelo biomédico, há que relevar o desenvolvimento tecnológico e o notório “(...) desvio da atenção dos cuidadores, da pessoa doente para a eficiência técnica” (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008, p.98).

Os enfermeiros assumem um estilo comunicacional orientado para as tarefas e não para as vivências das pessoas (como por exemplo, o medo e a ansiedade), estabelecendo relações superficiais e funcionais. As empresas, por sua vez, tendem, a valorizar as competências técnicas em detrimento das competências relacionais, “pela alta visibilidade que estas têm nos indicadores de resultado” (Sequeira, Pinho & Llobet, 2016, p. 144).

“O movimento pela humanização dos cuidados, adverte para a urgente necessidade de equilíbrio entre tecnologia e humanismo” (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008, p.98), conduzindo a uma mudança de paradigma. McCormack e McCance, defendem um cuidado centrado na pessoa, que reflete os ideais humanistas, tendo na sua base uma intencionalidade terapêutica que se traduz em relações contruídas sobre processos interpessoais eficazes (McCormack & McCance, 2017). Mais do que a realização de tarefas, pretende-se que haja uma abordagem holística que engloba conhecimentos, habilidades e atitudes (McCormack & McCance, 2006).

Um dos pré-requisitos para o cuidado centrado na pessoa é a capacidade do profissional em desenvolver uma comunicação eficaz, tendo em consideração o que sabe das pessoas, influenciando o que se diz e como se diz, uma vez que uma comunicação ineficaz poderá aumentar a vulnerabilidade dos utentes (McCormack & McCance, 2017).

Sequeira (2016, p.183), menciona que “toda a comunicação tem impacto” e “todos os profissionais devem saber utilizá-la para maximizar o seu potencial terapêutico” e há que considerar que “cada pessoa tem uma história de vida e cada estímulo tem um significado diferente”, pelo que a comunicação adotada deve ser respeitadora, individualizada e adequada às particularidades dos utentes. Em contextos de prestação de cuidados, onde “os aspetos emocionais, psicológicos, culturais, sociais e familiares são de grande importância” (Sequeira & Coelho, 2016a, p.101), a comunicação assume um papel ainda mais decisivo. O *Institute for Healthcare Communication* realça ainda a forte relação entre as competências comunicacionais dos profissionais de saúde e a capacidade de o utente adotar comportamentos preventivos em saúde e de adesão ao plano terapêutico (Sequeira, 2021a). Nesse sentido, é necessário o desenvolvimento de competências avançadas de comunicação, estando também elas diretamente relacionadas com a inteligência emocional (IE) dos enfermeiros (McCormack & McCance, 2017). As características individuais e experiências pessoais dos enfermeiros determinam os seus comportamentos na relação terapêutica e a forma como gerem os processos comunicacionais.

Nesse sentido, foi desenvolvido um projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMQCCE), intitulado “Impacto de uma intervenção promotora da comunicação terapêutica eficaz em enfermeiros de uma Unidade de Hemodiálise”, que visa

responder à questão de investigação “Quais as competências comunicacionais promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz num grupo de enfermeiros em Hemodiálise?”.

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrada no Mestrado em ESMP, para obtenção do grau de mestre e do título de especialista em ESMP, reconhecido pela OE. Assim, tem como objetivo geral: Elaborar o relatório final, que reflete as aprendizagens e o desenvolvimento de competências ao longo do mestrado em ESMP, posteriormente submetido a apreciação e discussão pública, para obtenção do grau de mestre e do título de especialista em ESMP. E tem como objetivos específicos:

- Caracterizar os contextos da prática clínica especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, onde se desenvolveram os ensinamentos clínicos;
- Refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências especializadas, definidas pela OE e tendo por base a evidência científica disponível;
- Evidenciar os resultados obtidos com o desenvolvimento de um PMCQCE intitulado “Impacto de uma intervenção promotora da comunicação terapêutica eficaz em enfermeiros de uma Unidade de Hemodiálise”.

Por forma a organizar os conteúdos presentes no relatório, este encontra-se estruturado em quatro partes. Na parte I é feito um enquadramento teórico, com referência a conteúdos e teorias que serviram como referenciais teóricos ao longo de todo o processo. Na parte II estão caracterizados os contextos da prática clínica especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, onde decorreram os ensinamentos clínicos, com referência à sua organização e funcionamento. Na parte III é feita uma análise crítico-reflexiva das aprendizagens e competências desenvolvidas ao longo do processo formativo, correlacionando as atividades realizadas com o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019), assim como das competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP (Regulamento n.º 515/2018). Na parte IV encontra-se descrito o PMCQCE realizado, detalhando cada uma das suas etapas e evidenciando os resultados obtidos com a sua implementação. Por fim, são apresentadas algumas considerações finais com sugestões de melhoria do processo de desenvolvimento de competências.

Ao longo do documento seguiu-se a metodologia de análise crítico-reflexiva, contribuindo assim para a construção do pensamento em enfermagem (Pereira-Mendes, 2016) e para uma praxis clínica baseada em evidência (Regulamento n.º 140/2019). A reflexão será baseada no ciclo reflexivo de Gibbs, que confere uma estrutura à reflexão e é sistematizado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação (Afonso & Loureiro, 2018).

O documento cumpre as regras definidas pelo guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Leiria, e encontra-se redigido segundo as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a Norma da *American Psychological Association* (APA) – 7ª edição.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A enfermagem de saúde mental adota uma abordagem holística, suportada na relação de ajuda, que se centra na individualidade, vulnerabilidade, necessidades e capacidades do indivíduo, grupo, família ou comunidade, procurando novas vias de resolução e desenvolvimento de respostas adaptativas (Regulamento n.º 356/2015).

A prática clínica em ESMP

“engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital” (Regulamento n.º 356/2015, p.17034).

Nesse sentido, para promover o desenvolvimento de respostas adaptativas eficazes há que estabelecer uma relação terapêutica, na qual se mobiliza o Eu de forma terapêutica e as competências profissionais adequadas à pessoa e ao contexto. A relação terapêutica é descrita, por Travelbee (1971) *as cited in* (Townsend, 2011, p.74), como uma experiência “mutuamente significativa” em que todos veem as suas necessidades satisfeitas, tanto o enfermeiro como o indivíduo que recebe os cuidados “vê o outro como um ser humano único”, não como uma doença ou como todos os outros enfermeiros em geral, estabelecendo-se uma “relação ser humano - ser humano”. Esta é uma relação que se caracteriza “pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (Regulamento n.º 356/2015, p. 17040). Townsend (2011, p. 75) refere-se ainda a Travelbee (1971) que define o uso terapêutico do Eu como “a capacidade de usar a própria personalidade conscientemente e em plena lucidez na tentativa de estabelecer um relacionamento e de estruturar as intervenções de enfermagem”. No âmbito das competências profissionais mobilizadas na relação terapêutica, a comunicação assume um papel fundamental “na medida em que a comunicação é o contexto no qual se desenvolve a relação” (Sequeira, 2021a, p.73). Esta pode ser “uma ação terapêutica *per se* ou complementar à ação terapêutica de outra intervenção” (Sequeira, 2021a, p.73).

Hildegard Peplau na sua Teoria das Relações interpessoais, descreve a enfermagem como um processo interpessoal, uma vez que envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com um objetivo comum em que todos os envolvidos aprendem e crescem como resultado dessa interação (Howk, 2004). Como interação mutuamente significativa, Peplau considera que cada encontro terapêutico influencia o desenvolvimento pessoal e profissional tanto do enfermeiro como do utente (Belcher & Fish, 2000). Peplau destaca ainda que as

características individuais dos enfermeiros influenciam diretamente a sua capacidade de estabelecer uma relação interpessoal (Belcher & Fish, 2000).

Peplau descreve quatro fases do relacionamento interpessoais e independentes, podendo sobrepor-se durante o tempo de relação, sendo elas as fases de orientação, identificação, exploração e resolução. Na fase de orientação, a pessoa sente uma necessidade e o enfermeiro ajuda-a a compreender e reconhecer o problema e a determinar quais as suas necessidades; na fase de identificação, ocorre uma identificação da pessoa com quem a pode ajudar e há exploração e reorientação de sentimentos e de forças positivas da personalidade com o auxílio do enfermeiro; na fase de exploração a pessoa retira as mais valias do que lhe é oferecido através da relação, e o enfermeiro pode projetar novos objetivos a atingir através do esforço pessoal e de deslocações do seu poder para a pessoa alvo de cuidados; e na fase de resolução a pessoa liberta-se da identificação com o enfermeiro e substitui os objetivos antigos por novos (Howk, 2004).

No decorrer da relação, o enfermeiro pode desempenhar vários papéis nas diferentes fases, identificados e descritos por Peplau. O enfermeiro pode assumir os papéis: de pessoa estranha (o enfermeiro recebe o utente como pessoa estranha, proporcionando-lhe um clima de aceitação); de professor (podendo ser educativo ou empírico, com transmissão de informação independentemente dos conhecimentos do utente ou partindo das generalizações e apreciações que este faz das suas experiências, respetivamente); de pessoa de recurso (o enfermeiro determina qual o tipo de resposta adequado às necessidades do utente); de conselheiro (o enfermeiro ajuda a integrar e a entender as circunstâncias atuais e fornece orientação e incentivo para a mudança); de líder (o enfermeiro ajuda o utente a responsabilizar-se pelas metas definidas); de especialista técnico (o enfermeiro transporta para a relação as suas competências técnicas); e de substituto (os comportamentos do enfermeiro criam modelações de sentimento no utente e reativa sentimentos gerados numa relação anterior, colocando-se num papel de substituto) (Howk, 2004; Belcher & Fish, 2000; *Current Nursing*, 2020).

McCormack & McCance (2017) destacam o impacto positivo que um cuidado centrado no utente tem na qualidade dos cuidados através de relações interpessoais saudáveis. Sendo a comunicação o meio onde se desenvolve a relação, a adoção de uma comunicação terapêutica eficaz contribuirá para que se estabeleçam relações saudáveis e consequentemente o utente se sinta o centro dos cuidados. A comunicação terapêutica consiste num método de comunicação utilizado intencionalmente, estabelecendo uma relação efetiva e de confiança com o utente, de modo a responder às suas necessidades e ajudá-lo a enfrentar os seus problemas (Sequeira & Coelho, 2016a). Este é um tipo de comunicação que

tem como objetivos: o utente sentir que é o centro dos cuidados, sentir que a sua experiência de doença é valorizada pelo profissional, sentir-se acompanhado, sentir que tem poder decisório sobre a gestão da doença (o que mudar e como mudar) e o utente conseguir identificar e mobilizar as suas estratégias de *coping* (Sequeira & Coelho, 2016a).

Para que a comunicação seja considerada terapêutica têm de se verificar alguns requisitos como: ter um objetivo bem definido, desenrolar-se num *setting* adequado, o utente ser considerado o centro dos cuidados (sendo para isso necessário demonstrar disponibilidade e evitar interrupções), haver uma intencionalidade na comunicação (com utilização de técnicas de comunicação verbal e não verbal) e por último, ter um valor terapêutico (autónomo – no sentido de capacitar, tranquilizar; complementar – para aumentar a eficácia de outra intervenção) (Sequeira & Coelho, 2016a). Podem ainda ser usadas um conjunto de técnicas que visam a estimulação da relação terapêutica enfermeiro-utente (Townsend, 2011). Entre elas: a informação, aceitação, acentuação, questionamento, clarificação, focalização, confrontação, assertividade, empatia, humor, validação, síntese, anamnese associativa, reformulação, exploração, interpretação, orientação, feedback e escuta ativa (Sequeira & Coelho, 2016b; Sequeira, 2014; Coelho, 2015).

Não obstante do cumprimento dos requisitos para uma comunicação terapêutica e da adoção das técnicas promotoras da mesma, há que considerar a influência da IE dos enfermeiros no processo comunicacional. Mayer e Salovey, em 1997, definem a IE como “a capacidade para sentir e avaliar a emoção com exatidão, a capacidade para identificar e/ou criar sentimentos quando estes facilitam o pensamento, a capacidade para compreender a emoção e o conhecimento emocional, e a capacidade para regular as emoções que incentivam o crescimento emocional e intelectual” (Valente & Lourenço, 2020, p.13).

O modelo de Mayer e Salovey contempla quatro componentes da IE: a perceção emocional, a facilitação emocional do pensamento, a compreensão emocional e a gestão emocional (Pinto, 2017). A perceção emocional diz respeito à “capacidade para identificar, avaliar e expressar as emoções com precisão” e “envolve aptidões como a habilidade para identificar emoções em si próprio, bem como decifrar mensagens emocionais expressas em expressões faciais, tom de voz, imagens entre outras” (Pinto, 2017, p.10). A facilitação emocional do pensamento consiste na “capacidade para utilizar as emoções para facilitar o pensamento” e “envolve aptidões como a habilidade para aceder e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento” (Pinto, 2017, p.10). A compreensão emocional “refere-se à capacidade para compreender e analisar as emoções e usar o conhecimento emocional” e “envolve aptidões como a habilidade para denominar as diferentes emoções, identificar as suas causas e efeitos, compreender as emoções e compreender a transição entre os diferentes estados emocionais”

(Pinto, 2017, p.10). Por último, a gestão emocional faz alusão à “capacidade para regular reflexivamente as emoções em si próprio e nos outros, de modo a promover o desenvolvimento emocional e intelectual” e “envolve a aptidão para estar aberto às informações que as emoções contêm, de modo a utilizá-las para tomar decisões eficazes” (Pinto, 2017, p.11).

PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

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

O processo de desenvolvimento de competências requer, segundo Benner (2001), um cruzamento entre os conhecimentos adquiridos na prática, em contextos específicos, e os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, devendo ainda ser reforçados com a evidência científica disponível. Para o desenvolvimento de competências especializadas procedeu-se a um processo de aprendizagem experiencial em contextos particulares, aplicando os conhecimentos teóricos, em casos clínicos reais, e retirando os contributos que surgem dessa interseção.

Os contextos da prática clínica sofreram uma reestruturação recentemente, devido à criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), constituindo-se como um momento rico de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, naquilo que é a reflexão e o conhecimento das estruturas de saúde existentes e particularmente, na área da saúde mental.

“O aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença, assim como às suas crescentes exigências e expectativas, exige que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) continue a aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde, fomentando modelos organizacionais que promovam a gestão integrada de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, assegurando o foco nas pessoas.” (Decreto-lei n.º 102/2023 de 7 de novembro, p. 4)

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), remete-nos para a necessidade de haver uma integração dos cuidados, com estruturas articuladas entre si e com um funcionamento em rede. Decorrente das alterações dos estatutos do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022), determina-se que “os estabelecimentos e serviços do SNS devem orientar o respetivo funcionamento pela proximidade da prestação, pela integração de cuidados e pela articulação das respostas” (Decreto-lei n.º 102/2023, p.4), visando a centralidade na pessoa. As ULS vêm implementar um modelo integrado de cuidados, em que ocorre a integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), possibilitando uma resposta de proximidade e continuidade dos cuidados prestados mais eficiente.

Na área de intervenção do enfermeiro especialista em ESMP, são prestados “cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na

comunidade”, que têm como finalidade “ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Regulamento n.º 356/2015, p.17035). Com a existência de ULS com estruturas integradas, também elas centradas na pessoa, será possível potenciar os recursos existentes, aumentando a eficiência dos cuidados e conseqüentemente, os ganhos em saúde obtidos.

De modo a possibilitar o desenvolvimento de todas as competências especializadas definidas pela OE, a prática clínica decorreu num contexto de internamento, num contexto de respostas diferenciadas e num contexto de cuidados comunitários. Os locais de ensino clínico (EC) onde foi realizada a aprendizagem experiencial foram, o serviço de internamento de psiquiatria de uma ULS da região Lisboa e Vale do Tejo, a Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA) da mesma ULS e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da ULS Médio Tejo, E.P.E, que se encontram caracterizados neste capítulo. No decorrer dos EC procurei realizar atividades dirigidas a pessoas em diferentes fases do ciclo vital, desenvolvendo competências a esse nível.

1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DE UMA ULS DA REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO

O EC em contexto de internamento foi realizado no serviço de internamento de psiquiatria de uma ULS da região de Lisboa e Vale do Tejo, entre 02 de maio e 14 de julho de 2023. O Departamento de Psiquiatria, ao qual pertence o serviço de internamento, nasceu em 1992 e serve uma população de 182738 habitantes, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes a 2021 (INE, 2023a). O serviço de internamento de psiquiatria integra este departamento, juntamente com os serviços de: Consultas Externas de Psiquiatria, Pedopsiquiatria e Hospital de Dia. À semelhança dos restantes serviços do hospital, o serviço de internamento de psiquiatria tem como missão “Prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, qualidade e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre os princípios da ética e da humanização e promovendo a diferenciação e a realização profissional dos seus colaboradores” (HDS, 2023).

O serviço de internamento de psiquiatria situa-se no piso 1 do edifício e, atualmente, tem capacidade para receber 20 utentes, sendo eles distribuídos por sete enfermarias. Quanto às infraestruturas, para além das enfermarias, o serviço é constituído por uma sala de trabalho, uma sala de enfermagem, um vestiário, uma casa de banho reservada ao pessoal, uma zona de sujos, uma sala de reuniões, uma arrecadação, um gabinete médico, uma sala de estar para os utentes, uma sala de atividades, uma rouparia, uma copa e uma zona de refeições. No que concerne à organização funcional e ao seu suporte em modelos teóricos, o serviço de internamento de psiquiatria não se rege por um modelo específico.

A equipa multidisciplinar do serviço de internamento é constituída por 14 enfermeiros, dos quais 5 especialistas na área da saúde mental, 2 médicos psiquiatras, 1 médico pedopsiquiatra, uma terapeuta ocupacional, 9 assistentes operacionais e 1 técnico de serviço social. Semanalmente, são realizadas reuniões de equipa para discussão de casos clínicos. A prestação de cuidados é dirigida a pessoas com doença mental aguda, com idades superiores a 18 anos, podendo os utentes ser internados de forma voluntária ou involuntária, ao abrigo da Lei de Saúde Mental n.º 35/2023, de 21 de julho.

No serviço fazem-se respeitar regras e horários aplicados aos utentes, sendo eles: existência de horários predefinidos para as refeições (o pequeno-almoço tem início às 9h00, o almoço às 13h00, o lanche às 16h00, o jantar às 19h00 e a ceia às 22h00); as refeições são realizadas na zona de refeições; os utentes independentes devem fazer a sua cama; as visitas decorrem num de três períodos existentes com uma duração de 30 minutos, na zona de refeições, onde pode entrar apenas uma pessoa por cada utente. Caso não haja visitas, os utentes podem efetuar uma chamada para um familiar no período das visitas e vice-versa. As crianças com menos de doze anos apenas podem visitar os utentes em horário específico no hall de acesso ao serviço, mediante autorização e vigilância da equipa.

Segundo a Lei de Saúde Mental, os cuidados de saúde mental devem ser prestados num meio o menos restritivo possível (Lei de Saúde Mental n.º 35/2023, 2023). No entanto, sendo a segurança, dos utentes e dos profissionais de saúde, uma preocupação constante, existem no serviço medidas específicas nesse sentido, que devem ser cumpridas. A saber: as entradas e saídas do serviço são bastante controladas, estando a porta de saída do mesmo fechada à chave; as janelas encontram-se fechadas e trancadas com sistemas específicos que só os profissionais de saúde manipulam; os utentes não têm consigo quaisquer objetos pessoais, sendo realizado o espólio no momento da admissão e ficando a cargo dos profissionais de saúde; apenas podem sair do serviço, após o pequeno-almoço, aqueles que tiverem indicação médica e uma condição clínica que o permita, sendo acompanhados pela assistente ocupacional; e os utentes podem fumar, após as refeições, em espaços dedicados e supervisionados por um profissional de saúde, sendo que em cada momento apenas lhes são fornecidos 2 cigarros.

A proveniência de um utente para o serviço de internamento pode ser através de encaminhamento do médico de família, das Consultas Externas de Psiquiatria, outros serviços de internamento (psiquiatria de ligação), do serviço de Hospital de Dia e Serviço Social. No momento, não existe serviço de Urgência Psiquiátrica, pelo que, em situações de urgência, os utentes são encaminhados para a ULS São José, sendo posteriormente encaminhados para o internamento da área de residência. Com a inexistência do Serviço de Urgência

Psiquiátrica, os profissionais de saúde vivenciam um momento de incerteza e instabilidade quanto à dinâmica organizacional do serviço.

Quanto aos projetos em curso no serviço, atualmente não existem projetos a serem desenvolvidos por enfermeiros especialistas em ESMP, o que por um lado constituiu um desafio no planeamento de atividades durante o ensino clínico, mas por outro aumentou o leque de possibilidades de intervenção procurando responder às necessidades dos utentes.

No contexto de internamento de psiquiatria surge, por vezes, a dificuldade em comunicar com os utentes com doença mental em situação aguda, pelas características dos utentes, do próprio contexto e pela necessidade de autorregulação dos profissionais de saúde, assim como de terem competências comunicacionais desenvolvidas. O EEESMP, através do desenvolvimento de competências comunicacionais e, havendo uma tomada de consciência de si durante a relação terapêutica, tem a capacidade de manter a integridade do processo terapêutico, gerando um ambiente igualmente terapêutico, o que permite obter melhores resultados no cuidado ao utente com doença mental (Regulamento n.º 515/2018).

1.2. UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DE UMA ULS DA REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO

O EC em contexto de respostas diferenciadas foi realizado na UPIA de uma ULS da região de Lisboa e Vale do Tejo, entre 05 de setembro e 20 de outubro de 2023. A UPIA desta ULS está integrada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, assegurando a prestação de cuidados diferenciados na área da saúde mental à população em idade pediátrica dos 0 aos 17 anos. Tem como missão a prestação dos melhores cuidados especializados em saúde mental a crianças e adolescentes, e articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS e na comunidade (estruturas comunitárias da ULS; Autarquias; Agrupamentos Escolares; EMAT – Equipas Multidisciplinares de Apoio Técnico aos Tribunais; CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens; e CLDS – Contratos Locais de Desenvolvimento Social). Assim, visa a promoção da saúde mental e prevenção e tratamento de perturbações mentais a nível individual e familiar, nos diferentes contextos (HDS, 2022). A área de influência da UPIA corresponde a nove concelhos, servindo uma população infanto-juvenil de, aproximadamente, 29000 habitantes (HDS, 2022).

A unidade situa-se no piso 0 do edifício e é composta por uma equipa multidisciplinar, cujos elementos estão distribuídos por três valências: Consultas Externas (onde se insere a primeira consulta ou consulta de triagem), Hospital de Dia e Equipa Comunitária de Saúde Mental da Infância e Adolescência (ECSM-IA). A proveniência de um utente para a UPIA pode ser através de encaminhamento do centro de saúde ou das consultas externas de

pedopsiquiatria. As patologias mais frequentes são Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), Perturbações do Comportamento Alimentar, Depressão, Ansiedade, Comportamentos Autolesivos, entre outros.

Quanto às infraestruturas, a unidade tem um gabinete de enfermagem, gabinetes de psicologia, gabinetes médicos, uma sala de reuniões, uma sala do hospital de dia, casas de banho e uma copa. No que concerne à organização funcional e ao seu suporte em modelos teóricos, a UPIA da ULS da região de Lisboa e Vale do Tejo não se rege por um modelo específico.

A equipa multidisciplinar alocada ao Hospital de Dia é constituída por: 1 médica, 1 enfermeira, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente técnica. A ECSM-IA está afeta a 4 Centros de Saúde (CS) e tem alocados os seguintes recursos humanos: 1 médica, 1 psicóloga, 2 enfermeiras (pelo menos 1 especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sendo o recomendado no Despacho n.º 8455/2022 de 11 de julho), 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente técnica. Os enfermeiros, enquanto elementos integrados na equipa multidisciplinar, intervêm em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrente de planos de ação previamente definidos, participando na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em regime de ambulatório ou domiciliário (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015, p.103).

As equipas comunitárias de saúde mental são responsáveis por assegurar, em articulação com os utentes e respetivas famílias e com os elementos significativos da comunidade, de modo contínuo, todas as funções necessárias num nível de atendimento especializado e diferenciado. Funções essas que passam pela “avaliação de necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliárias e intervenções de reabilitação, tendo como objetivo a recuperação global da pessoa com doença mental” (Decreto-Lei n.º 113/2021, 2021, p. 113). Todos os utentes acompanhados pela ECSM-IA têm um Plano Individual de Cuidados (PIC), elaborado por todos os elementos da equipa multidisciplinar, onde consta a identificação dos problemas/necessidades, o plano de ação/resposta, os técnicos envolvidos na resposta/intervenção, a data de início de seguimento da criança ou adolescente e as datas de reavaliações. Atualmente, embora não estejam definidos os terapeutas de referência nesta ECSM-IA, o que representa um dos objetivos a atingir, os enfermeiros estão divididos por área de intervenção e cada área tem um enfermeiro responsável. Quanto ao papel do enfermeiro especialista em ESMP nas equipas comunitárias, está previsto no Regulamento n.º 515/2018, o desempenho de funções de terapeuta de referência e de coordenação de programas de

gestão de casos, “(...) no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias” (Regulamento nº. 515/2018, p.21429).

A equipa multidisciplinar da UPIA, estabelece uma planificação semanal para responder à população, pela qual é responsável, onde constam triagens de enfermagem (primeiras consultas de pedopsiquiatria), consultas de enfermagem domiciliárias, intervenção grupal no Hospital de Dia, intervenções individuais realizadas pelos diferentes profissionais, reuniões semanais da ECSM-IA, reuniões comunitárias e outras atividades previamente definidas em articulação com os parceiros.

Nas consultas de triagem, os utentes e cuidadores têm consulta com a pedopsiquiatra e de seguida têm consulta com a enfermeira e assistente social. O objetivo destas consultas é conhecer os utentes, validar a informação descrita no encaminhamento, perceber se é necessário o seguimento do utente pela equipa da unidade e se for, quais os profissionais que o irão acompanhar.

No hospital de dia, são constituídos grupos terapêuticos no início do ano letivo e é realizado um planeamento das atividades a desenvolver durante esse ano. Atualmente serão dois grupos, com sessões quinzenais e com crianças e adolescentes com PHDA. Nos dias das sessões, dois elementos da equipa multidisciplinar desenvolvem atividades com as crianças e adolescentes e outros dois elementos realizam outras atividades com os grupos de pais (como por exemplo, psicoeducação).

As reuniões comunitárias têm como objetivos: discussão de casos clínicos de crianças referenciadas por CS, escolas, ATL's (atividades de tempos livres) ou outros; dinamização de formações dos profissionais nos CS (sobre temas propostos por eles); e planificação de atividades da equipa no CS, como a colaboração em ações de prevenção e promoção da saúde mental (por exemplo, o projeto “*Influencers*”, que teve início no ano letivo anterior, nas turmas de 7º ano, com vista a ter continuidade nos dois anos seguintes, contribuindo para a diminuição do desenvolvimento das patologias do foro de saúde mental). Após avaliação e discussão dos casos clínicos, se houver critérios, os casos são transferidos para a Pedopsiquiatria da mesma ULS, e deixam de ser seguidos pela ECSM-IA.

1.3. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA ULS MÉDIO TEJO, E.P.E

O EC em contexto comunitário foi realizado numa UCC da ULS Médio Tejo, E.P.E., entre 23 de outubro de 2023 e 19 de janeiro de 2024. A UCC em questão, iniciou atividade em 01/04/2011 e a sua área de influência corresponde a um concelho ao qual pertencem 7

freguesias, servindo uma população de 12538 habitantes, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes a 2022 (INE, 2023a).

As UCC prestam “cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo”, e atuam também, “na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Despacho n.º 10143/2009). A proximidade existente entre os cuidados de saúde primários e a população, torna este nível de cuidados um meio determinante para, durante a intervenção junto das comunidades e famílias ao longo do ciclo vital, prevenirem a doença mental e promoverem a saúde mental, encaminhando precocemente para os recursos locais (Carvalho, Pombal, Santos & Oliveira, 2021). No sentido de melhorar os cuidados prestados e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, o Plano Nacional de Saúde Mental define como uma das áreas de ação estratégica, a área da Saúde Mental e os Cuidados de Saúde Primários. Destaca a necessidade de definir com “clareza o âmbito de atuação que é da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e aquele que é da responsabilidade dos cuidados psiquiátricos especializados”, com o desenvolvimento de projetos no âmbito do acompanhamento em centros de saúde, dos indicadores pertinentes à caracterização da saúde mental das populações, da aplicação de instrumentos de avaliação de utentes/famílias/profissionais e da articulação entre os diferentes contextos (Diário da República [DR], 2008, p.1403).

Nesse âmbito, a UCC onde decorreu o EC tem como missão

“contribuir para a melhoria do estado de saúde da população residente no concelho de Alcanena, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa e na comunidade (local de trabalho, escolas, instituições, entre outros), a indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência” (Ministério da Saúde, 2017, s.p.).

Esta unidade visa assegurar “respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de proximidade às necessidades da população” (Ministério da Saúde, 2017, s.p.), na procura de uma melhoria contínua dos cuidados prestados. Como valores centrais esta UCC, destacam-se: o “respeito pela individualidade da pessoa (crenças, etnia, idade, sexo, etc)”, a salvaguarda dos direitos da pessoa, através do reconhecimento de que a saúde individual é da sua responsabilidade e que esta é responsável pelo seu projeto de saúde, a “articulação e cooperação entre todos os elementos da equipa, com outras unidades funcionais do ACES Médio Tejo e com as estruturas da comunidade” e a “autonomia assente na organização

funcional e técnica, visando o cumprimento do Plano de Ação” (Ministério da Saúde, 2017, s.p.).

A UCC supramencionada está localizada no piso 1 do Centro de Saúde e o seu horário de funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira das 8h às 20h e sábados, domingos e feriados das 9h às 17h (sempre que necessário). A equipa da UCC é composta por 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária (sendo um deles, o Enfermeiro Coordenador da unidade), 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Familiar e 1 Assistente Técnico. Para além dos profissionais mencionados, a UCC conta também com a colaboração de 1 Fisioterapeuta e 1 Terapeuta Ocupacional, em tempo parcial. O recomendado no Decreto-lei n.º 28/2008, no artigo 11º, é a existência de uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, e outros profissionais mediante as necessidades e disponibilidade de recursos. Os enfermeiros, enquanto elementos integrados na equipa multidisciplinar, intervêm em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrente de planos de ação previamente definidos, participando na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em regime de ambulatório ou domiciliário (OE, 2015, p.103).

A nível de intervenção, os cuidados de saúde prestados pelas Unidades de Cuidados na Comunidade devem ter por base o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias definidas pelo Plano Nacional de Saúde, estabelecendo uma articulação com as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a Unidade de Saúde Pública (USP) e com a equipa coordenadora local no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Despacho n.º 10143/2009). Nesse sentido, e no que concerne à intervenção do EEESMP na referida UCC, esta contempla uma intervenção no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção de doença na comunidade, integrada por exemplo, no Programa Nacional de Saúde Escolar, com a realização de sessões nas escolas com temas diversos, assim como uma intervenção em contexto domiciliário aos utentes e famílias em situação de vulnerabilidade e um acompanhamento individual num contexto de prestação de cuidados de saúde. Em articulação com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e o EEESMP realiza ainda sessões integradas no curso de preparação para a parentalidade. Em articulação com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a intervenção do

EEESMP tem como foco maioritário a identificação e intervenção no *Stress* do Prestador de Cuidados. Podem ainda ser realizadas outras atividades ao nível da comunidade, em articulação com os parceiros. No Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESMP, as competências, assim como os critérios de avaliação, contemplam não só a intervenção relativa à pessoa, família ou grupo, mas também à comunidade (Regulamento n.º 515/2018).

Os utentes acompanhados pela equipa da UCC são utentes inscritos no centro de saúde ou com inscrições esporádicas. A sua proveniência pode ser através de encaminhamento pelo médico de família, pelo hospital ou através de contacto do utente ou família/cuidadores com a UCC.

Quanto às infraestruturas, o piso da unidade tem gabinetes de enfermagem, gabinetes de consulta, uma sala de reuniões, casas de banho e uma copa. No que concerne à organização funcional e ao seu suporte em modelos teóricos, a UCC da ULS Médio Tejo E.P.E não se rege por um modelo específico.

PARTE III – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, partindo de uma consolidação e uniformização dos processos implementados, a OE define um perfil de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019), assim como um perfil de competências especializadas em ESMP (Regulamento n.º 515/2018), que devem ser desenvolvidas para atribuição do título de enfermeiro especialista numa determinada área de especialidade.

Ainda com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados em ESMP, e contribuindo para o desenvolvimento de competências especializadas, há que promover práticas que vão ao encontro dos enunciados descritivos patentes no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMP (Regulamento n.º 356/2015).

Seguindo uma metodologia de análise crítico-reflexiva, importa refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas no decorrer deste processo de aprendizagem, e de que modo estas contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas. Benner (2001) destaca a importância de refletir sobre a aprendizagem experiencial e fazer uma análise sobre as competências adquiridas quer através da experiência em si, como da relação com aquilo que é a evidência científica existente. Richert (1994, p. 116) citado por Pereira-Mendes (2016), destaca ainda a importância de analisar os resultados, relativamente ao que poderia ser alcançado, para uma prática reflexiva.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, integra competências em quatro domínios de competências, sendo eles: domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Segue-se uma breve referência às atividades desenvolvidas que contribuíram para o desenvolvimento e consolidação de competências em cada um dos domínios.

1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista rege a sua prática profissional, na sua área de especialidade, “de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, garantindo o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746).

Durante a prática clínica podem surgir situações ou dilemas cuja resolução é mais complexa devido a questões éticas, deontológicas e legais a elas inerentes, tornando a tomada de decisão em enfermagem um desafio para os profissionais de saúde, com “incerteza quanto à decisão para agir” (Paço & Deodato, 2021, p. 97). Nora, Deodato, Vieira & Zoboli (2016), mencionam alguns dos fatores envolvidos na tomada de decisão ética, sendo eles: fatores externos (organizacionais, sociais e legais) e fatores pessoais que abarcam as características pessoais, o conhecimento do profissional e o seu modo de comunicação. Um enfermeiro que seja claro e objetivo na informação transmitida aos utentes, relativamente à sua situação de saúde e às decisões a tomar, e que estabeleça uma relação terapêutica centrada no utente e no respeito, promove decisões eticamente responsáveis (Nora, Deodato, Vieira & Zoboli, 2016).

Uma vez que os problemas éticos em enfermagem surgem perante a incerteza quanto à decisão a tomar e sendo basilar “a ponderação de inúmeros fundamentos” (Paço & Deodato, 2021, p.97), torna-se impreterível a capacitação dos enfermeiros para a tomada de decisão na sua prática profissional, através do desenvolvimento de competências a esse nível, e a sua sensibilização para as questões éticas, deontológicas e legais que daí emergem (Nora et al., 2016). O desenvolvimento de um pensamento crítico, sensibilidade ética e competência ética promove a consciencialização dos enfermeiros relativa aos problemas que podem surgir, assim como aos modelos éticos e o enquadramento ético, legal e deontológico em que se podem basear na tomada de decisão, o que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Nora et al., 2016; Paço & Deodato, 2021).

“Quanto mais ética for a nossa postura profissional, mais sucessos terapêuticos serão conseguidos, e mais nos aproximaremos da plenitude da Vida: o doente a caminho da sua realização plena e o profissional enriquecido pela aprendizagem sofrida em cada relação realmente estabelecida.” (Ricou, 1998, p.78).

Assim, é fundamental aprofundar os conhecimentos ético-deontológicos para realizar uma avaliação sistemática das melhores práticas em saúde mental, refletindo sobre os princípios éticos e deontológicos envolvidos na tomada de decisão na prática clínica. Nesse âmbito, o desenvolvimento da competência A1, iniciou-se com o corpo de conhecimentos adquiridos na unidade curricular Ética e Deontologia em Enfermagem durante a componente teórica do mestrado, integrando “elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem” (A1.1.6) (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746).

No decorrer dos EC, o contacto com diferentes enfermeiros cooperantes, com diferentes perspetivas, assim como com os restantes profissionais dos serviços onde estes foram realizados, contribuiu para uma maior reflexão, individual e em equipa, acerca das questões

éticas e deontológicas envolvidas, com promoção do “exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde se está inserido”, na qual assenta a tomada de decisão (A1.1.3, A1.1.5, A1.1.7 e A1.2) (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746). O acompanhamento pelos enfermeiros cooperantes contribuiu ainda para uma maior autoconfiança na intervenção e para o desenvolvimento de competência ética, permitindo posteriormente, suportar a tomada de decisão no conhecimento adquirido e selecionar as respostas mais adequadas para a pessoa cuidada, envolvendo-a nessa mesma decisão (A1.1.1, A1.1.2 e A1.1.4). “A supervisão clínica contribui para a autoconfiança, desenvolvimento de competências e conhecimentos e proporciona uma maior capacidade ao enfermeiro para assumir responsabilidade e apoiar o utente” (Paço & Deodato, 2021, p.5).

A par do contacto com os enfermeiros cooperantes, participei nas reuniões da ECSM-IA em contexto de respostas diferenciadas, onde se discutem casos clínicos em equipa multidisciplinar, percebendo a área de intervenção de cada profissional e a forma como se interligam as diferentes abordagens de intervenção. Em contexto comunitário, participei em sessões realizadas nas escolas, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), em sessões do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, no âmbito do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, e nos acompanhamentos individuais em consulta. Essas experiências contribuíram para o desenvolvimento das competências A1 e A2, participando na tomada de decisão em equipa e na seleção das respostas mais apropriadas para cada utente. Na discussão de casos em equipa e na intervenção comunitária tem de haver ainda um respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais, garantindo a “segurança, privacidade e dignidade do cliente” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746).

Na garantia de “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (A2) (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746), para promover a autonomia e o direito à autodeterminação das pessoas alvo de cuidados nos EC, estas foram previamente informadas acerca dos objetivos das intervenções a realizar, cumprindo o dever de informação patente no código deontológico dos enfermeiros (CDE) no Art. 105º (OE, 2015), e foi solicitado o seu consentimento para a sua execução. O Art. 3º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março de 2014, refere-se à necessidade de o consentimento ou a recusa da prestação de cuidados de saúde serem declarados de forma livre e esclarecida. Ao respeitar e promover a capacidade decisória dos utentes e as suas “vulnerabilidades, crenças, valores e desejos”, obtêm-se níveis de satisfação mais elevados com mais ganhos em saúde (Regulamento n.º 356/2015, p. 17035).

Também no desenvolvimento do PMCQCE foram cumpridos requisitos éticos, tendo sido obtido o parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria, assim como solicitado o consentimento informado, esclarecido e livre, para participação no estudo de investigação, onde foi garantida a confidencialidade, o anonimato e o uso exclusivo dos dados recolhidos durante o estudo no contexto do mesmo (assegurando a privacidade dos utentes). Foi assegurado assim, o cumprimento do dever de sigilo, mencionado no Art. 106º do CDE, utilizando a informação relativa às pessoas alvo de cuidados, assim como às suas famílias, apenas no âmbito das intervenções e das partilhas com as pessoas implicadas no plano terapêutico, usando como “critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (OE, 2015, p. 84).

No que toca à privacidade dos utentes, foi sempre assegurado um ambiente seguro e privado, nas dimensões éticas e deontológicas, em *settings* adequados às intervenções, adotando uma conduta antecipatória (A2.2.3), na reserva da privacidade e intimidade dos mesmos, descrita no Art. 107º do CDE (OE, 2015, p. 85).

Aquando da sessão psicoeducacional dirigida a familiares, realizada em contexto de internamento, dentro do próprio serviço, foi necessário antever possíveis conflitos, entre alguns dos utentes e respetivos familiares, e agir em conformidade, desenvolvendo competências ao nível respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais (A2), mas também ao nível da adaptabilidade individual e organizacional, no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1.2) (Regulamento n.º 140/2019).

1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista garante um papel dinamizador colaborando em projetos na área da governação clínica, reconhece a importância de avaliação das práticas clínicas e da sua revisão desenvolvendo projetos de melhoria contínua e considera a “gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de acidentes” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747).

Para Hesbeen (2001), uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a pessoa doente e os que a rodeiam, demonstrando respeito por si e tendo em vista a saúde. A prestação de cuidados de qualidade implica a utilização dos recursos disponíveis e a integração num “contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente definidos” (Hesbeen, 2001, p.52).

Cabe a cada uma das instituições garantir processos de governação clínica, através dos quais se responsabilizam “pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia

de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos” (Roland & Baker, 1999 *as cited in* Santos & Sá, 2010, p.606). Os mesmos autores referem-se aos pilares da governança clínica que são: “a focalização na pessoa e bem-estar da pessoa; o envolvimento de todos, a todos os níveis; a orientação para resultados entendendo-se estes como ganhos em saúde” (Santos & Sá, 2010, p.607). De destacar, que importa garantir a efetividade dos resultados, assim como a transparência a nível comunicacional, garantindo as questões associadas à confidencialidade.

Assente nos pilares da governança clínica e com vista à melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental, centrados nos utentes e nas suas necessidades, as atividades desenvolvidas procuraram envolver os profissionais de saúde proporcionando uma maior consciencialização do impacto das suas intervenções (com noções de risco/segurança) e motivando-os para a mudança. Nesse sentido, no EC em contexto de internamento realizei uma formação de serviço, intitulada “Comunicação Terapêutica: uma abordagem centrada no doente” (APÊNDICE I), que surgiu na sequência da construção e aplicação de uma grelha de observação de intervenções promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz, e que teve como principais objetivos a sensibilização da equipa para o impacto da comunicação na pessoa com doença mental e divulgação dos resultados obtidos à equipa de enfermagem, com posterior reflexão acerca das práticas passíveis de serem melhoradas. Na perspetiva de Peplau, “as situações de enfermagem fornecem um campo de observações do qual podem derivar conceitos de enfermagem únicos” que contribuem posteriormente para a melhoria contínua dos cuidados prestados (Howk, 2004, p. 429). Nesse sentido, partindo das observações realizadas, com recurso à grelha de observação como instrumento adequado para avaliação das práticas clínicas, construído com base em evidência científica, foi possível identificar oportunidades de melhoria naquele contexto específico e estratégias de melhoria em conjunto com a equipa (B2.1 e B2.2) (Regulamento n.º 140/2019). A divulgação dos resultados obtidos com a aplicação da grelha, proporcionou à equipa um momento, em que, com uma atitude reflexiva perante os resultados apresentados, equacionou possíveis mudanças nas suas práticas, pelo que os objetivos da formação foram cumpridos. Essa divulgação e envolvimento dos profissionais contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência B1 (Regulamento n.º 140/2019). Ainda com o foco num cuidado centrado no doente e partindo da evidência científica existente, desenvolvi, em contexto de respostas diferenciadas, a formação “*Snoezelen*: um cuidado centrado no doente” (APÊNDICE II). As formações dinamizadas, assim como a estruturação dos projetos de aprendizagem nos EC e o planeamento de cada atividade realizada no decorrer dos mesmos, a partir da identificação de prioridades e seleção de estratégias, contribuiu para o desenvolvimento de competências neste domínio.

No que diz respeito ao PMCQCE desenvolvido, descrito na parte IV deste documento, partiu-se da identificação de uma necessidade e, com os contributos da evidência científica e de instrumentos adequados para avaliar as práticas clínicas, delineou-se um programa de intervenção que visa, melhorar a qualidade dos cuidados prestados, assim como gerar indicadores de qualidade na área em questão. Foram ainda utilizados instrumentos de avaliação da qualidade no mesmo, como a *check list* de Heather Palmer (competência B2 do Regulamento n.º 140/2019).

1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista "gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde", adequando os recursos às situações e ao contexto, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748).

No decorrer dos EC foi necessário gerir o planeamento das atividades desenvolvidas no âmbito dos mesmos, em articulação com as equipas. Em contexto de respostas diferenciadas, colaborei com a equipa no planeamento das atividades do hospital de dia daquele ano letivo, intervindo ao nível da tomada de decisão (C1.1). Também nos restantes EC, foram sendo discutidos os casos clínicos procurando adequar os recursos às situações e contextos, tendo por base as prioridades de cuidados identificadas. Ao realizar o diagnóstico de situação, em contexto comunitário, por exemplo, procurei identificar as estratégias adequadas para aquela população, desenvolvendo competências ao nível da avaliação de necessidades e na otimização da resposta da equipa à mesma.

A tomada de decisão em equipa multidisciplinar implica reconhecer "os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa" (C2) e quando se deve referenciar para outros prestadores de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4748-4749). O trabalho em equipa multidisciplinar, no decorrer dos EC, conduziu-me a uma reflexão sobre a importância do EEESMP nas equipas multidisciplinares e sobre a necessidade de reconhecer as nossas competências na área de especialidade, para liderar "de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746). Havendo diferentes profissionais com domínios de competências distintos, pode tornar o trabalho em equipa mais desafiante. No entanto, dominando a nossa área de competências, tendo uma noção da área de intervenção dos restantes profissionais e com uma boa comunicação em equipa o desafio será superado, evitando conflitos, e será potenciada a área de intervenção de cada um dos profissionais. Sequeira & Cruz (2016) descrevem a comunicação com os diferentes tipos de autoridade, a clarificação de mensagens e a adequação das mesmas às funções e tipo de relação com cada elemento,

como requisitos para uma boa comunicação em equipa, o que contribui para uma maior satisfação dos profissionais e aumento da qualidade dos cuidados. Importa também conhecer as diferentes entidades da comunidade envolvidas no cuidado ao utente, a forma como se articulam e respetivas leis/decretos, para uma maior facilidade de encaminhamento e articulação, uma vez que se conhecem os recursos disponíveis e cada uma da sua área de intervenção.

1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No domínio das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e assertividade, aumentando a consciência de si, enquanto pessoa e profissional, e toma consciência do impacto que pode ter nas relações terapêuticas e relações profissionais. O autoconhecimento permite uma posterior melhoria na capacidade de gestão de emoções e sentimentos, adequando as respostas ao outro e à situação de modo congruente (Regulamento n.º 140/2019).

Os ensinamentos clínicos tiveram uma grande componente reflexiva, o que contribuiu para a continuação do processo de desenvolvimento pessoal, já antes iniciado. No decorrer dos ensinamentos clínicos procedeu-se a uma reflexão diária com recurso a diários de aprendizagem relativos às experiências vivenciadas em EC, após cada turno, podendo assim organizar e sistematizar ideias e consciencializar-me das emoções e dificuldades sentidas e possíveis alternativas de reação/resposta face às diferentes situações, promovendo um autoconhecimento. Com este exercício pretende-se que haja uma “ativação do córtex pré-frontal, responsável pelo pensamento lógico e planeamento das ações” (Freitas & Mendes, 2021, p.197). É expectável que, em situações futuras, haja a capacidade de regular as “emoções negativas através de respostas positivas (autocontrolo) a situações stressantes” permitindo reagir não com impulsividade, mas com assertividade” (Freitas & Mendes, 2021, p.197). Este é um “aspecto crucial do desenvolvimento pessoal, pois capacita a pessoa para agir em grupo, atingindo melhores resultados na sua comunicação e, por conseguinte, nas suas relações” (Freitas & Mendes, 2021, p.196).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, foi também sendo realizada a autoanálise que promoveu uma maior consciência de mim, não só enquanto pessoa, mas também enquanto profissional. A nível pessoal, em contexto de pedopsiquiatria, foi possível identificar fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica, nomeadamente o facto de ser mãe, experienciando fenómenos de contratransferência. A minha perceção daquilo que deve ser a maternidade, dos valores a ela associados e das atitudes a adotar na relação emocional e de parentalidade com os filhos, levou-me a estabelecer, em diversos momentos, comparações com o modelo educacional adotado pelos pais (por exemplo, castigos versus

parentalidade positiva). Senti que, esta é uma área, em que se torna mais difícil de silenciar o meu Eu pessoal, tendendo para o julgamento do outro, o que obriga a um exercício constante de empatia e a recentrar-me no Eu profissional, percebendo onde está a necessidade de intervenção naquela criança/família e indo ao encontro dessas necessidades. “A empatia permite perceber o estado do outro, fornecendo uma resposta ou reagindo de forma adequada à sua situação” (Sequeira & Coelho, 2016b, p.115). É, assim fundamental, a capacidade de me silenciar para desenvolver efetivamente uma escuta ativa e consequentemente aumentar o *rapport*. Travelbee (as cited in Townsend, 2011, p.125-126) menciona que:

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

No sentido de compreender verdadeiramente o outro, há que adotar a escuta ativa, como técnica de comunicação, tornando possível o entendimento do outro “através de uma atitude de interesse, respeito e aceitação incondicional”, com a capacidade de o enfermeiro se abster de julgamentos (Coelho & Sequeira, 2021, p.177). Não obstante, se por um lado a maternidade pode trazer essa fragilidade, por outro considero que é uma experiência pessoal promotora de uma maior empatia com o outro e do estabelecimento da relação terapêutica e comunicação com as crianças, uma vez que a empatia exige algum envolvimento emocional, embora com o distanciamento necessário (Sequeira & Coelho, 2016b).

No que concerne à autoconsciência a nível profissional, o facto de nos três ensinamentos clínicos conhecer diferentes enfermeiros cooperantes, com diferentes perspetivas e formas de abordagem, contribuiu, juntamente com o meu desenvolvimento de competências, para a construção da minha identidade profissional. Albuquerque (2021, p.36) refere-se à visão de Pimentel, Afonso & Monteiro (2019) relativamente ao conceito de identidade. Segundo os autores, este é um conceito “estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural” que resulta “dos diversos processos de socialização que, em conjunto constroem os indivíduos e definem as instituições. Foi possível refletir sobre as diferentes práticas e identificar com que abordagens me identifico mais, quais fazem sentido para mim, quem sou e o que quero ser enquanto enfermeira especialista.

A identificação de fatores pessoais que influenciam a relação terapêutica, a consciencialização da influência pessoal na relação profissional e a capacidade de gerir respostas de adaptabilidade individual e organizacional, tendo por base os recursos e limites

peçoais e profissionais identificados, contribuiu para o desenvolvimento das unidades de competência D1.1 e D1.2 (Regulamento n.º 140/2019). Também como promotores dessa capacidade de adaptabilidade individual, com uma gestão de sentimentos de frustração e uma consequente gestão adequada dos cuidados prestados “em ordem a uma resposta eficiente” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749), destacam-se os jogos “Relógio das Emoções” e “Amigo Emocionado” (APÊNDICE III) realizados no âmbito de uma atividade de promoção da saúde mental, em contexto de pedopsiquiatria.

O “Relógio das Emoções” tinha como objetivo o desenvolvimento do reconhecimento e gestão emocional. Consistia em lançar um cubo, com as cores das emoções nas faces, e consoante a cor selecionada, a criança tinha de identificar a expressão facial correspondente e rodar o ponteiro do relógio. De seguida, retirava uma carta de perguntas do jogo PlayMento® (Duarte, 2021), à qual tinha de responder. Durante o jogo, acabou por não se recorrer muito aos cartões com questões, devido ao número elevado de crianças em simultâneo, com idades entre 2 e 4 anos, e ao tempo disponível para os jogos. Houve, assim, a necessidade de adaptar o jogo às condições e público-alvo, apelando à capacidade de adaptabilidade individual.

O jogo “Amigo Emocionado” tinha como objetivo o desenvolvimento da empatia nas crianças. Consistia em escolher uma cor, identificar a emoção e responder à questão: “Se tiveres um amigo com essa emoção, o que lhe dizes ou fazes?”. Este foi um jogo que exigiu a adaptação da linguagem e comunicação em função das idades e capacidades cognitivas das crianças. Das estratégias a adotar na comunicação com crianças, destaco o respeito pela mesma, a utilização de estratégias mais interativas, o incentivo à comunicação respeitando o seu tempo, o reforço positivo e o recurso à clarificação, adaptando a comunicação ao estado de desenvolvimento, à situação de saúde/doença e contexto em que se encontra (Sequeira & Sequeira, 2016).

Também no âmbito deste domínio, o enfermeiro especialista “baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica”, sendo que para isso, “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

Nesse sentido, e como facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, desempenhei o papel de formadora nos contextos de internamento e de respostas diferenciadas, partindo da evidência científica disponível. Em contexto de internamento, a realização da formação de serviço sobre comunicação (APÊNDICE I), contribuiu para o desenvolvimento da competência “Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica”, e unidade de competência

D2.1, uma vez que se realizou uma formação em contexto de trabalho, a partir de necessidades previamente identificadas, promovendo o “desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). Dado o período limitado do EC não foi possível avaliar o impacto da formação nas práticas de enfermagem. Tendo, a construção da grelha de observação, sido suportada por evidência científica, e havendo divulgação de resultados que emergem do cruzamento entre aquilo que foram os resultados da aplicação da grelha e os resultados provenientes da evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem e da prática clínica especializada, permitiu o desenvolvimento da unidade de competência D2.2 (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). Seria interessante, futuramente, aplicar a grelha durante um período mais prolongado, com nova divulgação de resultados, formação e reavaliação dos cuidados prestados, assim como noutro contexto de prestação de cuidados de saúde mental, que não internamento, para comparação de resultados. Durante a formação, a equipa demonstrou uma atitude reflexiva perante os resultados apresentados, equacionando possíveis mudanças nas suas práticas, pelo que os objetivos da formação foram cumpridos.

À semelhança do EC em contexto de internamento, também no EC em contexto de respostas diferenciadas, e tendo como linha orientadora a comunicação e o cuidado centrado no doente, realizei uma formação de serviço intitulada “*Snoezelen*: uma abordagem centrada no doente” (APÊNDICE II). A identificação do interesse por parte da equipa multidisciplinar após abordagem sobre o tema de modo informal, em concomitância com o facto de não haver uma sala de *snoezelen* na instituição em questão, e com um interesse pessoal na área, deu origem a esta formação de serviço. A sala de *snoezelen*, possibilita a estimulação multissensorial e ainda um apelo ao funcionamento cognitivo. É possível a realização de intervenções psicoterapêuticas em contexto *snoezelen*, recorrendo a uma diversidade de técnicas de *snoezelen* de acordo com a problemática observada no utente (Madeira, 2016). A formação contou com 13 participantes (auxiliares, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pedopsiquiatra e assistente social), dos quais 8 eram enfermeiros, que demonstraram o seu interesse no tema, com uma participação ativa, manifestando a vontade de ter uma sala *snoezelen* no hospital. Durante a sessão, foi proporcionada uma experiência sensorial aos participantes (APÊNDICE IV), promovendo a reflexão sobre o impacto dos mesmos estímulos em cada um deles. Para alguns, o algodão transmitia calma enquanto para outros lembrava a água oxigenada, houve quem considerasse o barulho dos sacos irritante e quem associasse as conchas do mar às férias. No final da formação foi entregue um folheto informativo sobre a temática. Tal como a anterior, esta atividade contribuiu para o desenvolvimento das unidades de competência D2.1 e D2.2 (Regulamento n.º 140/2019).

O PMQCCE, detalhado na parte IV deste documento, contribuiu para a implementação de padrões e procedimentos para uma prática especializada no ambiente de trabalho (D2.3). Este projeto possibilitou a translação de conhecimentos da prática especializada em saúde mental para a área dos cuidados de enfermagem em nefrologia (D2.3.1). Partiu-se da identificação de um problema e, recorrendo a métodos de pesquisa adequados (D2.3.4), estruturou-se um programa de intervenção, da qual resultou um novo padrão de comunicação, com algumas ações passíveis de serem adotadas na prática clínica.

Numa perspetiva de formação contínua, numa busca de evidência científica onde basear a minha prática clínica, e como contributo para o desenvolvimento de competências, enquanto futura enfermeira especialista, no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019), frequentei ao longo deste percurso, as seguintes formações:

- Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em dezembro de 2022, pela Escola Superior de Saúde de Leiria (ANEXO I);
- “Seminário de Enfermagem de Saúde Mental: Lisboa 2023 – A prática especializada”, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ANEXO II);
- Formação “*Shoezelen* – Estimulação Multissensorial”, pela Evolui.com (ANEXO III);
- Webinar dinamizado pela OE, intitulado “Rumo ao Futuro: A importância da Promoção da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes” (ANEXO IV);
- “Encontro Nacional 2023 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros”;
- Conferência “Modelo ULS no centro da mudança do SNS”, pela Escola Superior de Saúde de Leiria (ANEXO V);
- Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Convergências em Saúde Mental, em março de 2024, pela Escola Superior de Saúde de Leiria (ANEXO VI);

A “formação contínua dos enfermeiros especialistas em saúde mental, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados especializados”, é um dos elementos face à organização dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 356/2015).

Nas Jornadas Pedagógicas de 2022, no Seminário “Lisboa 2023 – A prática especializada” e nas Jornadas Pedagógicas de 2024 houve uma partilha de conhecimento especializado em saúde mental e de experiências, nos diferentes contextos de saúde, tendo como objetivo principal gerar discussão e partilha de experiências.

Ao longo da formação “*Snoezelen* – Estimulação Multissensorial”, fui sendo surpreendida pelo facto de esta abordar temas como o cuidado centrado no doente e o cuidar em Humanidade. É curiosa a forma como, ao longo do nosso percurso, vamos seleccionando caminhos que, mesmo sem saber, estão interligados fazendo com que no final tudo faça sentido. Este foi um aspeto que, conduzindo à reflexão sobre as minhas características pessoais e interesses profissionais, e o modo como estão relacionados, permitiu também ele o desenvolvimento da unidade de competência D1, com consciencialização da influência pessoal na relação profissional (Regulamento n.º 140/2019). As opções tomadas são condicionadas pelas nossas vivências, interesses e características pessoais.

No webinar refletiu-se sobre a prevalência da doença mental nas crianças, mencionaram-se alguns dos programas existentes no âmbito da promoção da saúde mental e reforçou-se a importância dos recursos na comunidade e da articulação entre os diferentes profissionais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “cerca de 20% das crianças manifesta pelo menos um episódio de perturbação mental ao longo do seu desenvolvimento” (Almeida, 2021, p.13). Sendo estas consideradas agentes ativos da sociedade e podendo surgir problemas de saúde mental como resultado da interação da criança com a família e o meio sócio-cultural (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013), é fundamental o “desenvolvimento prioritário de intervenções de articulação com a comunidade” (DR, 2008, p.1402).

No Encontro Nacional 2023 do colégio da Especialidade de ESMP, foram abordados temas como a gestão em ESMP, a reforma da saúde mental em Portugal e a investigação e o ensino em ESMP. Destaco a reflexão que se gerou em torno da necessidade de haver mais investigação em ESMP e envolvimento da sociedade civil. É necessário que haja mais evidência científica, investigação com utilidade clínica, reflexão das práticas adotadas e identificação de oportunidades de melhoria, assim como relatos de implementação de boas práticas. E no sentido de aumentar o impacto das intervenções, a sua complexidade e posterior divulgação, o envolvimento da sociedade civil assume um papel relevante.

A conferência “Modelo ULS no centro da mudança do SNS” foi relevante neste percurso, trazendo contributos para uma maior reflexão e análise crítica sobre os novos desafios que advêm da criação das ULS. É fundamental que os enfermeiros especialistas tenham um conhecimento abrangente das estruturas de saúde existentes para uma prática especializada e de que forma é feita a articulação entre elas.

No âmbito da divulgação das atividades realizadas e conhecimento científico produzido, contribuindo para novo conhecimento e para o desenvolvimento da enfermagem e da prática clínica especializada (unidade de competência D2.2), foram apresentados posters em três dos eventos científicos anteriormente mencionados (Jornadas Pedagógicas 2022, Lisboa

2023 – A prática especializada e Jornadas Pedagógicas 2024). Os posters intitulavam-se, respetivamente:

- Análise Crítico-Reflexiva de Caso Clínico;
- Trabalhar para uma Reforma Saudável;
- Impacto de uma intervenção promotora da comunicação terapêutica eficaz em enfermeiros de uma Unidade de Hemodiálise.

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

A Saúde Mental está integrada no conceito de saúde, que segundo a OMS, é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (World Health Organization [WHO], 2021, p.2). Os determinantes da saúde mental incluem não só “atributos individuais, como a capacidade de gestão dos próprios pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros, mas também sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais, como políticas nacionais, proteção social, padrões de vida, condições de trabalho e apoios sociais comunitários” (WHO, 2021, p.2).

Nesse sentido, a área de intervenção de um enfermeiro especialista em ESMP deve também ela ser abrangente de modo a manter, melhorar e recuperar a saúde mental das pessoas alvo de cuidados, focando-se “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21427).

O perfil de competências específicas do EEESMP contempla “o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar”, e integra as seguintes competências específicas:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento n.º 515/2018, p. 21427).

Segue-se uma referência às atividades desenvolvidas ao longo de todo o percurso, que contribuíram para o desenvolvimento e consolidação de cada uma das competências.

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

O desenvolvimento pessoal e o autoconhecimento são elementos fundamentais para “a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428).

O estabelecimento de uma relação psicoterapêutica pressupõe “autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mediante processos de reflexão desenvolvidos a partir da prática clínica” (Regulamento n.º 356/2015, p. 17038). Para essa tomada de consciência, torna-se necessária a capacidade de identificação de fatores pessoais ou circunstanciais que possam interferir na relação terapêutica, a capacidade de gerir fenómenos de contratransferência e estabelecer limites profissionais e de monitorizar as suas “reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428). As atividades desenvolvidas neste âmbito contribuíram para a unidade de competência F1.1.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, dei continuidade ao meu processo de desenvolvimento pessoal, anteriormente iniciado, a partir da reflexão sobre as situações vivenciadas, promovendo assim o meu autoconhecimento e aumentando a consciência de mim, enquanto pessoa e profissional, e do impacto das características pessoais no Eu profissional. Este processo de autoconhecimento tem vindo a fortalecer-me, a contribuir para uma melhor autoestima e para uma maior consciencialização de quem sou individualmente e na relação com o outro, com maior capacidade de autoaceitação. “Ter autoestima significa aceitar-se, apreciar as suas qualidades, valorizar os seus esforços e relativizar as críticas” (Estanqueiro, 2012, p. 24). De modo transversal, foi sendo feita uma reflexão diária com recurso a diários de aprendizagem, ao longo dos ensinamentos clínicos, assim como uma autoanálise das situações vivenciadas em EC.

No primeiro EC, a minha baixa autoestima e falta de confiança, associadas à inexperiência na área da saúde mental, revelaram-se, numa fase inicial, um obstáculo ao meu desenvolvimento de competências, tendo tido a necessidade de refletir diariamente sobre as minhas características pessoais, formas de reagir perante pessoas e situações, interligando com o contexto onde me encontrava e com as características da pessoa com doença mental em fase aguda. Souza e Paiano (2011) citado por Vagos (2021), referem que em início de carreira, surge a insegurança para iniciar determinados procedimentos e o medo de errar, podendo

causar alguma angústia e ansiedade. As minhas dificuldades centravam-se na comunicação com utentes mais agressivos e incisivos na forma de comunicar, adotando por vezes uma comunicação mais direta ou até evitativa com esses utentes, uma vez que poderia não saber como responder. Senti à partida, que embora pudesse ser o meu maior entrave, poderia também transformar-se numa oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal.

Estanqueiro (2012) refere-se ao desenvolvimento de competências como um dos processos que contribui para reforçar a autoconfiança. Assim, com a continuação do ensino clínico procurei adotar algumas estratégias que contribuíssem para aumentar a autoconfiança e ultrapassar as dificuldades, sendo elas: desenvolver as minhas competências comunicacionais, conhecer melhor as dinâmicas do serviço, recorrer, sempre que pertinente, a técnicas de assertividade, estabelecendo os limites necessários à preservação da integridade do processo terapêutico e preparar previamente as intervenções, para uma maior segurança durante as mesmas. Procurei ainda, centrar-me no outro e não em mim, durante a comunicação, adotar pensamentos positivos, assim como uma postura de segurança, e não pensar tanto nas consequências do que iria responder, uma vez que isso me poderia condicionar ainda mais. A monitorização das minhas reações corporais, emocionais e comportamentais, durante a relação terapêutica, foi também fundamental, permitindo um ajustamento no momento da interação, aumentando o autocontrolo e melhorando a relação terapêutica assim como a confiança durante essa interação, que será transposta para situações futuras (Regulamento n.º 515/2018). “O autodomínio é uma forma de inteligência emocional que favorece o bem-estar pessoal e a relação com os outros.”, permitindo uma comunicação construtiva (Estanqueiro, p. 61).

Ainda no mesmo EC, foi vivenciada uma situação de contratransferência com uma doente, que considero ter sido interessante e importante para o desenvolvimento de competências na gestão deste tipo de fenómenos. Enquanto a doente relatava a sua história, sentimentos e emoções experienciadas, parecia estar a descrever a minha história pessoal. Por um lado, ao ouvi-la, exigiu de mim um maior esforço em centrar-me nela e em silenciar-me, não verbalizando essa semelhança (o que noutra contexto faria de imediato), desenvolvendo também uma maior perceção da dificuldade em manter uma relação terapêutica perante estes fenómenos. Por outro lado, considero que, de alguma forma, contribuiu para o meu autoconhecimento, pela identificação com a situação, assim como com algumas atitudes e afirmações, que noutra altura, poderiam ser as minhas. A gestão deste fenómeno de contratransferência permitiu preservar o processo terapêutico, através da manutenção dos limites da relação profissional (Regulamento n.º 515/2018).

No segundo EC, em contexto de respostas diferenciadas, por se constituir como uma segunda experiência na área da saúde mental, e já ter desenvolvido algumas competências no primeiro EC, senti uma maior autoconfiança na realização de atividades e na relação estabelecida com os utentes. Não obstante, o facto de se tratar de um contexto de pedopsiquiatria e de me enquadrar num funcionamento mais organizado/controlador, embora também analítico e emocional, e de ser menos criativa, segundo o Modelo de dominância Cerebral Ned Herrmann (*Employment Pro Limited*, n.d.), torna a construção de jogos e planeamento de atividades dirigidos a crianças, um desafio ainda maior. No entanto, essa dificuldade foi atenuando com a experiência.

Ainda no que concerne às minhas características pessoais, enquanto nos ensinamentos clínicos já mencionados, a reflexão incidiu mais na autoconfiança e autoestima, no terceiro EC, embora relacionado, o foco foi essencialmente o perfeccionismo e a forma como contendo as emoções e de que forma isso pode condicionar. Nós agimos com base nos nossos esquemas cognitivos que vão sendo formados desde a infância, podendo ser positivos ou negativos (Knapp, 2004). O autocontrolo que me foi inculcado em criança, foi-me retirando espontaneidade e autenticidade, o que me moldou enquanto pessoa e me tornou mais contida na relação com o outro. A autenticidade pressupõe uma consistência entre o comportamento verbal e não-verbal, bem como um certo grau de exposição pessoal permitindo que os enfermeiros se relacionem com os doentes de forma humanizada e que estes os vejam como pessoas humanamente semelhantes (Pereira & Botelho, 2014). Conforme demonstrado no teste de autodiagnóstico da janela de Johari (Fritzen, 2000), o meu quadrante mais reduzido é o aberto e o maior é o oculto. E para que a relação terapêutica possa ser estabelecida adequadamente, tenho de aumentar o espaço livre (aumentando o meu nível de autoconhecimento), o que permitirá reduzir o espaço oculto e o espaço cego, ou seja, aumentar a disponibilidade para os outros. Importa ainda que haja um equilíbrio nessa revelação ao outro, podendo ser utilizada intencionalmente enquanto instrumento terapêutico. Ainda associado ao autocontrolo está a baixa autoestima com o receio do julgamento e a necessidade de reconhecimento que tentam ser combatidas com o perfeccionismo. No entanto, embora valorize o respeito pelas regras e mantenha a necessidade de obter feedback positivo pelos outros (*Employment Pro Limited*, n.d.), fui-me tornando mais flexível ao nível do planeamento, o que me permite quebrar um pouco o perfeccionismo, aceitar as imperfeições e libertar-me do controlo excessivo, assim como desenvolver competências no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Ainda no âmbito do terceiro EC, após uma das sessões psicoeducacionais realizadas, e no que se refere a essa necessidade de reconhecimento, a necessidade de aprovação externa

deixou-me vulnerável e dependente do juízo do outro. Embora tenha terminado satisfeita com o resultado da sessão e com o *feedback* positivo dos utentes, quando a enfermeira cooperante mencionou que me tinha sentido contida durante a sessão, foi algo que me deixou triste e irritada no momento. Apesar de eu compreender e concordar com o que me estava a ser dito, e embora não estivesse diretamente relacionado com o desempenho na sessão, naquele momento, fez-me sentir que, contrariamente à minha perceção, não tinha corrido bem. Adotando uma atitude positiva perante a crítica construtiva, como reflexo do processo de autoconhecimento realizado até então e na continuidade do mesmo, refleti acerca do motivo da crítica me ter magoado, tentando estabelecer uma ligação com situações semelhantes que possam ter-me feito sentir de igual forma, nomeadamente na minha infância. Reflexão essa que me remeteu para momentos em que, a obtenção dos resultados era mais valorizada comparativamente ao ser. Fui assim construindo um autoconceito assente no valor profissional e não pessoal. São as pessoas mais significativas para nós, que numa fase precoce do desenvolvimento mais contribuem para o autoconceito, e se formos alvo de atitudes negativas e se as sentirmos como tal, é provável que seja construído um SELF desvalorizado (Fachada, 2012). Mendes & Vieira (2023, p.14) referem-se às diferentes componentes do autoconceito, reforçando a ideia de que a sua formação resulta da “experiência vivida pelo sujeito, nos vários contextos de vida em que se move, e na leitura que este faz dessa vivência. Nesta situação, senti que, mais uma vez, me estavam a ser apontadas características pessoais a melhorar, não se referindo à atividade realizada, mas sim à pessoa que sou, o que me remeteu para uma desvalorização a nível pessoal, tal como na minha infância. Esta experiência e posterior reflexão foi importante para o meu autoconhecimento e como treino de uma autoanálise em situações que possam deixar-me desconfortável, colocando a centralidade em mim e não nos outros.

Este último EC trouxe-me uma maior consciencialização da necessidade de libertar as minhas emoções, estando já com uma atitude mais proativa nesse sentido. Ao longo do tempo senti ainda que esta componente reflexiva mais profunda, juntamente com o facto de estar em observação em muitos momentos, fez com que estivesse mais centrada em mim, havendo uma maior ocorrência de contratransferências, com alguma dificuldade em me distanciar, o que se torna incompatível com o estabelecimento de uma relação terapêutica. Estabeleci algumas vezes uma relação entre as situações dos utentes e a minha história pessoal, não só pela componente reflexiva, mas por o meu próprio processo de autoconhecimento estar em resolução. Considero que quebrei um pouco a minha rigidez ao nível do desenvolvimento das sessões, despertando para uma abordagem mais flexível, centrada na disponibilidade para o outro.

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

Numa perspetiva de otimização da saúde mental, o EEESMP deve identificar as necessidades em saúde mental das pessoas alvo de cuidados ao longo do ciclo vital, a partir das quais desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença mental, dirigidos a pessoas, famílias, grupos ou comunidade (Regulamento n.º 515/2018). Para uma avaliação precisa dessas necessidades, é fundamental a “mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos”, assim como uma avaliação da pessoa e sistemas relevantes (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428). Amendoeira et al. (2003) refere-se à comunicação, observação, entrevista, aos registos, entre outros, como saberes instrumentais da disciplina de enfermagem.

Alinhada com a necessidade de mobilização de competências a esse nível, desenvolvi atividades durante os EC que contribuíram para o meu desenvolvimento das mesmas, enquanto futura enfermeira especialista, assim como nos enfermeiros integrados nos respetivos serviços, capacitando-os para a realização de projetos de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença mental. Foram também realizadas atividades promotoras da otimização da saúde mental, numa perspetiva salutogénica. O modelo salutogénico considera como saudável, a pessoa que, estando consciente dos seus recursos (individuais e coletivos), consegue mobilizá-los, potenciando os seus fatores salutogénicos para manter a saúde e o bem-estar (Figueiredo & Amendoeira, 2019). Nesse sentido, os projetos visam a identificação e promoção dos fatores protetores, melhorando a saúde mental e prevenindo ocorrência de doença mental (F2.1) (Regulamento n.º 515/2018).

No EC em serviço de internamento de psiquiatria, com vista à promoção de uma comunicação terapêutica eficaz no cuidado à pessoa com doença mental, foi construída uma grelha de observação de intervenções promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz (APÊNDICE V), aplicada posteriormente no serviço, durante 3 turnos, visando a observação da comunicação adotada pelos enfermeiros nas interações com os utentes. A grelha foi ainda utilizada como instrumento de colheita de dados no PMCQCE detalhado na quarta parte deste documento. Segundo Amendoeira et al. (2003), numa perspetiva paradigmática de orientação para o mundo, “a observação sistemática permite uma visão do fenómeno de enfermagem, integrando a pessoa e o contexto ou ambiente de observação” que remete para o paradigma da transformação segundo Kérouac.

A construção e aplicação da grelha contribuiu para uma avaliação abrangente das necessidades de intervenção no âmbito da comunicação (F2.1) (Regulamento n.º 515/2018),

sendo para isso imprescindível o desenvolvimento das minhas competências comunicacionais e aptidões de observação do comportamento, enquanto observadora. Em contexto de prestação de cuidados, a comunicação adotada deve ser respeitadora e adequada às particularidades dos utentes. Quando se trata de pessoas com doença mental, na presença de “fatores predisponentes de perturbação mental” (F2.1.2) (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428) como as incapacidades resultantes da doença, o seu impacto no desempenho dos papéis sociais, a baixa integração social, a diminuição da probabilidade de desenvolver relacionamentos significativos, o desemprego e a dependência de terceiros (para resolução de assuntos pessoais, realização de tarefas domésticas e gestão do dinheiro), verifica-se um aumento da vulnerabilidade, pelo que a comunicação assume um papel ainda mais determinante na relação terapêutica (Jorge & Carvalheiro, 2021).

Recorrendo à comunicação terapêutica, e com um cuidado mais humanizado, centrado na individualidade, vulnerabilidade e necessidades da pessoa, esta sente que é o centro dos cuidados e que a sua experiência de doença é valorizada (Sequeira & Coelho, 2016). No período de observação surgiram algumas dificuldades, nomeadamente o facto de não haver intervenções estruturadas no serviço, sendo que a maioria das interações são de curta duração e iniciadas pelos utentes, tornando menos evidentes questões como o valor terapêutico da comunicação. Para além disso, o facto de ser uma amostra reduzida (apenas 20 observações), o registo das grelhas não ser feito no momento da interação e de exigir um domínio das técnicas de comunicação da parte do observador, são fatores que podem enviesar os resultados. Ao longo dos EC fui desenvolvendo competências a esse nível, mobilizando técnicas comunicacionais nas interações com os utentes e aperfeiçoando técnicas de entrevista. Aquando da aplicação do instrumento no PMCQCE, alguns destes fatores continuaram presentes, embora houvesse uma maior consolidação das competências comunicacionais, desenvolvidas até então.

Após a análise das grelhas registadas, considerando os fatores referidos, emergiram dos resultados algumas questões suscetíveis de discussão. Embora em 40% das situações observadas seja demonstrada disponibilidade, verifica-se que em 50% a pessoa não é tida como centro dos cuidados. Sabendo à partida os benefícios de um cuidado centrado no utente neste contexto específico, como a diminuição do stress, o aumento da adesão ao tratamento e resultar numa experiência positiva para todos (Tamparo & Lindh, 2008 *as cited in* Sequeira & Coelho, 2016), este é um dado sobre o qual importa refletir. Quanto ao valor terapêutico da comunicação, 55% apresenta um valor complementar (aumentar a eficácia de outras intervenções), sendo que o valor autónomo poderia ser mais evidente na presença de mais intervenções estruturadas. Destaca-se ainda a existência de 20% das interações sem valor

terapêutico. No que respeita à utilização de técnicas comunicacionais com intencionalidade, verifica-se que se recorre com maior frequência à comunicação verbal do que à comunicação não verbal, embora se saiba, segundo Sequeira & Coelho (2016), que a comunicação não verbal representa mais de 90% do ato comunicativo. No entanto, na presença de um dos tipos de técnica, em 50% das situações, o outro é também mobilizado. Embora a comunicação não-verbal esteja presente em 60% dos momentos destaca-se a baixa representatividade de cada uma das técnicas. As técnicas de comunicação verbal que predominam são a informação e a assertividade, o que poderá estar relacionado com as características dos utentes, que muitas vezes, dependendo da patologia, precisam de um estabelecimento de regras e de uma comunicação diretiva no sentido de orientação para as tarefas associadas ao desenvolvimento do autocuidado. Mas nem sempre o estilo de comunicação diretivo é assertivo, uma vez que a assertividade implica a manifestação de ideias, sentimentos e necessidades, respeitando-se a si e aos outros e a diretividade pode ser usada com um estilo mais agressivo (Sequeira, Pinho & Llobet, 2016). Nesse seguimento, senti a necessidade de, na aplicação da grelha no PMQCCE, acrescentar os componentes vocais à grelha (volume, tom e entoação), sendo aspetos relevantes para o impacto da comunicação no outro. Segundo Stuart & Laraia (2001), os sinais paralinguísticos representam 38% da informação transmitida na comunicação.

Ainda no âmbito do desenvolvimento de competências de “avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” (F2.1 e F2.2), foram realizadas VD’s e consultas externas de triagem, constituindo-se como mais uma oportunidade para avaliar de forma global os recursos internos e externos da pessoa e família para manter ou recuperar a sua saúde mental, assim como o impacto que a doença mental tem na família e na qualidade de vida, funcionalidade e autonomia (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428). Nas triagens, em contexto de pedopsiquiatria, a par da identificação de necessidades, é iniciada uma relação terapêutica com a criança/adolescente e família. Com base nas necessidades e recursos identificados, é implementado o plano de cuidados delineado para o utente e família.

Considerando o impacto que a doença mental tem na dinâmica familiar, e o facto de nem sempre estarem presentes os recursos internos e externos necessários, importa capacitar a pessoa com doença mental e respetiva família, através de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, assim como medidas de suporte aos cuidadores (Regulamento n.º 515/2018). Perante a dificuldade em gerir a doença mental na família, surge, no caso da doença mental em crianças e adolescentes, a carência de apoio aos pais, trabalhando questões como a gestão de

expectativas, estigma, literacia em saúde mental e recursos da comunidade disponíveis, bem como de sensibilização das escolas para deteção destas situações e desenvolvimento de estratégias para lidar com os temas da saúde mental. Para além disso, a sintomatologia apresentada por algumas crianças tem na sua base o contexto onde estão inseridas, pelo que é fundamental intervir também com todo o agregado familiar e restantes cuidadores. Não obstante, de modo que estes não sintam o julgamento do desempenho do seu papel parental, é necessário privilegiar a escuta ativa, dando-lhes espaço para exprimir emoções, não induzindo a culpabilidade aos pais exercendo o papel de juízes (Dias, 2021).

No que concerne ao desenvolvimento da unidade de competência F2.3, do Regulamento n.º 515/2018, referente aos projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, e indo ao encontro do enunciado descritivo relativo à promoção da saúde mental (Regulamento n.º 356/2015), propus-me a colaborar em alguns projetos em contexto comunitário. No EC realizado em contexto de pedopsiquiatria, participei nas atividades desenvolvidas pela equipa multidisciplinar no âmbito da ECSM-IA (reuniões da equipa, VD's e triagens), anteriormente mencionadas, e Hospital de Dia, com grupos de crianças/pré-adolescentes, com idades compreendidas entre 10 e 13 anos e com o diagnóstico de PHDA. O grupo de hospital dia funciona quinzenalmente e uma vez que o período de EC correspondeu à fase de planeamento das atividades a desenvolver com os grupos, apenas foi possível participar em duas sessões. Estava programado participar também em reuniões comunitárias em contexto de cuidados de saúde primários, mas não foi possível durante o período de EC uma vez que foram desmarcadas.

Numa estratégia de prevenção universal¹, e integrado nas comemorações do Dia Mundial da Saúde Mental, a participação numa atividade de promoção da saúde mental dirigida a crianças e aberta à comunidade (com a presença de idosos institucionalizados), contribuiu para o desenvolvimento de competências na implementação de “projetos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental”, promovendo a participação ativa na vida social e o bem-estar de clientes institucionalizados (F2.3.3) (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428). A atividade contou com um espetáculo de palhaços, uma atividade física desenvolvida por um ginásio e com dois jogos, desenvolvidos por mim, no âmbito do reconhecimento e gestão emocional (“Relógio das Emoções”) e desenvolvimento de empatia (“Amigo Emocionado”) (APÊNDICE III).

Ainda integrado nas mesmas comemorações, visitei uma sala sensorial, cujo objetivo era experienciar as sensações vividas por pessoas com doença mental, o que foi bastante

¹ As estratégias de prevenção universal “são voltadas para a população em geral, independentemente dos fatores de risco” (Machado, Souza & Cantilino, 2017, p.18).

pertinente e enriquecedor, uma vez que trabalhei o tema da estimulação sensorial durante o EC, ainda que numa perspectiva diferente. Considerei uma experiência muito interessante, pelo que deveria ter sido mais divulgada tendo em conta o impacto que poderia ter na sociedade, no que toca ao combate ao estigma. Tive também a oportunidade de visitar a exposição “Meraki” num centro comercial, com obras elaboradas por utentes do Hospital de Dia Adultos, muito representativas de estados de alma de quem vive com doença mental, trazendo contributos para a valorização dos autores enquanto pessoas, artistas, muito para além da doença mental, reduzindo o estigma e promovendo a inclusão social (Regulamento n.º 356/2015). Assisti ainda a duas preleções que abordaram o tema da arte enquanto instrumento terapêutico, embora de formas diferentes, intituladas “A arte como potencial terapêutico na saúde mental” e “O que eu aprendi com Edvard Munch”, pelo Dr. José Salgado e pelo Professor Doutor José Carlos Gomes, respetivamente.

No EC em contexto comunitário, foram igualmente efetivadas atividades promotoras do desenvolvimento da unidade de competência F2.3, do regulamento n.º 515/2018, sendo elas: observação e colaboração com a equipa de enfermagem em VD's, em sessões realizadas nas escolas, no âmbito do PNSE, em 2 sessões do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, no âmbito do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, e nos acompanhamentos individuais em consulta.

Sendo a terceira experiência em contexto clínico, e de modo a desenvolver atividades em áreas distintas das exploradas até então, foram implementados projetos promotores da saúde mental nos idosos, podendo também desenvolver as minhas competências de comunicação adaptadas às diferentes fases de vida e condições de saúde.

Segundo a OMS, Literacia em Saúde é “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2019, p. 6). Com os resultados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016 (ILS-PT), foram identificados grupos vulneráveis, nos quais estão incluídas pessoas com 65 anos ou mais, em que 60% registam níveis de literacia limitados (DGS, 2019). O Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas considera “idosa” a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2006). Com o aumento da esperança média de vida, embora se possa viver uma vida mais longa, o processo de envelhecimento acarreta consigo riscos, nomeadamente a “vulnerabilidade do estado de saúde física e mental, défices ao nível cognitivo, isolamento social, dependência de terceiros, e estigmatização” (OE, 2023a, p.65). De entre os fatores que podem influenciar a saúde mental dos idosos, podem destacar-se: “alterações físicas resultantes do processo de envelhecimento; doenças crónicas; mudanças de papéis e posições sociais; e necessidade de lidar com perdas de

relações próximas, nomeadamente do cônjuge” (OMS, 2016; Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2019 *as cited in* OE, 2023a). O CNS (2019) refere-se ainda a um aumento do risco de desenvolver perturbações mentais quando existe uma baixa literacia em saúde. A OE (2023a, p.69), menciona que os idosos, com a vulnerabilidade associada ao processo de envelhecimento, apresentam “na sua maioria baixos níveis de LSM, nomeadamente ao nível do reconhecimento de problemas de saúde mental, da capacidade de desenvolver estratégias de autoajuda, de procurar de ajuda profissional, e de utilizar adequadamente os serviços de saúde mental” (OE, 2023a, p. 69). No concelho onde se localiza a UCC onde decorreu o EC, o índice de envelhecimento aumentou de 237 para 244, do ano 2021 para 2022 (INE, 2023b). Com uma população cada vez mais envelhecida, e perante uma vulnerabilidade associada a baixos níveis de LSM, foi desenvolvida uma intervenção psicoeducacional promotora da LSM (APÊNDICE VI) dirigida aos idosos que frequentam a Universidade Sénior do concelho, potenciando os fatores protetores dos idosos. Na sequência das sessões realizadas foi afixado poster na Universidade Sénior, dirigido à população reformada e intitulado “A Saúde Mental não se Reforma” (APÊNDICE IX).

A reforma é um momento de transição e Olds et al. (2018) descrevem as transições como momentos cruciais quando “as pessoas decidem conscientemente adotar estilos de vida mais saudáveis ou quando adotam padrões de comportamento não saudáveis”, sendo por isso um momento determinante para, numa perspetiva de prevenção primária² e universal, intervir e promover a saúde mental de forma a otimizar as respostas dos utentes os processos de transição, partindo da identificação dos fatores de proteção e de risco para a sua saúde mental (Regulamento n.º 356/2015).

Sendo a fase anterior à reforma (fase ativa), um momento ideal para preparar o futuro, pela ausência de preocupação (Leal, 2020), foi também elaborado um poster de sensibilização para a necessidade de pensar na agenda da reforma, dirigido à população ativa, para afixação no centro de saúde (APÊNDICE X), como projeto promotor o bem-estar e da saúde mental da população (Regulamento n.º 515/2018).

Considerando os fatores de risco existentes nesta fase de vida e numa perspetiva de otimização da saúde mental desta população, foi iniciado um diagnóstico de situação, junto dos idosos que frequentam a universidade sénior, que começou por um levantamento de necessidades através de uma conversa informal. Nesse momento, percebi que o grupo era muito heterogéneo e os idosos referiram não se sentir isolados/sozinhos, mencionaram que tinham suporte familiar e que estavam satisfeitos com as atividades que desenvolviam

² “A prevenção primária precede a qualquer evidência de doença, visando reduzir ou eliminar fatores de risco causais, prevenir o aparecimento e assim, reduzir a incidência de doença” (Compton & Shim, 2020, p.982).

naquele espaço. Uma vez que não foram encontradas necessidades comuns, foi ainda aplicada a Escala de Depressão de Beck (Campos & Gonçalves, 2011), num outro momento, a uma amostra de 6 idosos, cujos resultados se encontram detalhados em APÊNDICE XI. Apesar da amostra ser reduzida foi possível verificar que 50% dos participantes apresenta sintomas de depressão leve a moderada. Identificou-se a presença de sintomas como: pessimismo, sentimento de fracasso, autocrítica, choro, irritabilidade, isolamento social, incapacidade de decisão, distorção da imagem corporal, incapacidade para trabalhar, perturbação do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, hipocondria e diminuição da libido. A maioria destes sintomas está presente em pelo menos 33% da amostra e sintomas como o pessimismo, autocrítica, irritabilidade, incapacidade para trabalhar, perturbação do sono, hipocondria e diminuição da libido estão presentes em 50% ou mais da amostra. Seria importante aplicar a escala a um maior número de idosos, tornando possível a generalização de resultados e a identificação das suas necessidades de saúde. Não obstante, considero que intervenções promotoras da esperança, da autoeficácia, de autoestima e da literacia em saúde mental, com partilha de experiências, se traduziriam em ganhos em saúde para estes idosos. A promoção da esperança com enfoque nas capacidades da pessoa, “trabalhando o presente e o futuro” e “assente na (...) capacidade de acreditar na mudança (...) reforçando as estratégias de *coping*”, contribui para uma maior autoeficácia e uma diminuição do pessimismo (Querido, 2020, p.243). “O senso de autoeficácia depende de fatores como as (...) experiências de maestria, a observação de semelhantes a si na resolução de problemas com sucesso, a persuasão social sobre as suas capacidades e a inferência de estados somáticos e emocionais indicativos de pontos fortes e vulnerabilidades” (Regulamento n.º 356/2015, p.17038).

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

Para desenvolvimento da competência “Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Regulamento n.º 515/2018), foi realizado um estudo de caso clínico em cada EC, respondendo ao objetivo “Intervir de forma especializada junto da pessoa/família com doença mental, com recurso à metodologia de estudo de caso clínico, garantindo a avaliação das intervenções e dos potenciais ganhos em saúde”. Esta é uma metodologia que consiste numa “abordagem metodológica de investigação, especialmente, adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e

contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores” (Figueiredo & Amendoeira, 2018, p.103).

Para Townsend (2011), o processo de enfermagem é um processo contínuo, dinâmico e não estático, e surge como resposta à necessidade de uma metodologia científica na profissão de enfermagem, dirigida à prestação de cuidados de qualidade. Partindo da recolha e sistematização dos dados, o EEESMP identifica os diagnósticos de enfermagem de saúde mental (F3.1) e desenvolve um plano de cuidados assente numa intervenção especializada (F3.3 e F3.4), com identificação dos resultados esperados (F3.2). Os planos de cuidados são desenvolvidos com recurso à linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (*International Council of Nurses [ICN], 2023*), atividades NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010) e ganhos em saúde esperados NOC (Classificação de Resultados de Enfermagem) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2014).

De forma a obter uma visão esquematizada e organizada da abordagem às pessoas-alvo dos casos clínico abordados, e como suporte à colheita de dados, recorreu-se a modelos teóricos pertinentes em cada uma das situações.

No estudo de caso desenvolvido no decorrer do EC em contexto de internamento, foi mobilizada a Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem. A teórica considera que quando o autocuidado é realizado, ou seja, quando as pessoas têm a capacidade de cuidar de si mesmas, mantém-se a integridade estrutural e o funcionamento humano (Foster & Bennett, 2000). No entanto, por influência de fatores condicionantes, essa capacidade é afetada, podendo gerar um défice no autocuidado. De modo a suprimir as necessidades da pessoa e a cumprir os requisitos para esse autocuidado (requisitos universais de autocuidado, requisitos do autocuidado de desenvolvimento e de desvio de saúde do autocuidado) (Taylor, 2004), a intervenção de enfermagem ocorre nos diferentes sistemas de enfermagem, consoante as capacidades da pessoa-alvo de cuidados (Foster & Bennett, 2000).

Recorreram-se a fontes primárias de colheita de dados (o utente e a família), através de instrumentos como a observação, a entrevista e a construção do genograma e do ecomapa, e a fontes secundárias (registos de enfermagem e diários clínicos, no sistema de informação Sclínico). Foram também utilizados instrumentos de avaliação, como o Exame do Estado Mental, a Escala de Insight Marková e Berrios (Vanelli et al., 2010) e a Escala MARS (Medication Adherence Rating Scale) (Vanelli, Chendo, Gois, Santos & Levy, 2011).

O utente alvo do estudo de caso era um senhor com 69 anos, polimedicado no domicílio e com os seguintes antecedentes pessoais: Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) tipo I³; 2 tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa voluntária; e Hábitos Tabágicos, Alcoólicos e Estupefacientes. O Senhor (Sr.) está diagnosticado com PAB há 36 anos, é seguido em consulta de psiquiatria e em Hospital de dia e tem internamentos recorrentes em psiquiatria. A maioria dos internamentos ocorreu em épocas religiosas (no Natal e na Páscoa), apresentando-se o utente com delírios megalómanos e místicos, relacionados com a sua data de nascimento (25 de dezembro). Desta vez, por alterações do comportamento e insónia com 5 dias de evolução, o Sr. foi levado pela filha ao serviço de urgência. Terá havido descontinuação total da terapêutica e aumento do consumo de álcool.

Tendo por base os dados apresentados e considerando os autocuidados mencionados por Dorothea Orem, o Sr. apresentava défice de autocuidado a nível do autocuidado universal e do desvio de saúde, sendo necessária intervenção de enfermagem, partindo de um sistema parcialmente compensatório para um sistema de apoio e educação (Foster & Bennett, 2000). Foram identificados os diagnósticos de enfermagem Processo de pensamento (pensar) comprometido, Humor comprometido e Adesão ao regime terapêutico comprometido.

O plano de cuidados, numa fase inicial, devido às alterações no processo de pensamento mais evidentes, centrou-se mais na gestão de um ambiente seguro e na gestão do delírio com terapia de orientação para a realidade, assim como na promoção do autocuidado. Perante a remissão, embora parcial, da atividade delirante foi possível intervir numa perspetiva psicoeducacional relativamente à evolução e impacto da PAB e adesão ao regime terapêutico (APÊNDICE XII), exercendo o papel de professora, definido por Peplau, numa vertente educativa de fornecimento de informação e na vertente empírica, uma vez que se partiu daquilo que era a experiência e perceção do utente (Howk, 2004). Segundo Meichenbaum & Turk (2012) citado por Camarneiro (2021), cerca de 9 a 57% das pessoas com doença bipolar não aderem ao regime terapêutico e nas pessoas com PAB, “a psicoeducação visa melhorar o resultado a longo prazo e prevenir recaídas”, aumentando a perceção dos utentes sobre a sua condição e promovendo estratégias de *coping* para ajudar a lidar com as crises (Griffiths & Smith, 2010, p.22). Não obstante, o doente teve alta do serviço antes de concluir a intervenção, pelo que só consegui realizar uma sessão, em que procurei abranger os temas a abordar nas sessões planeadas. Foi entregue um folheto informativo sobre PAB. Sabendo também que, “A relação entre o profissional de saúde e o doente, parece melhorar a adesão à terapêutica” (Rodrigues & Prates, 2011, p. 9) e que, segundo a OMS, a inexistência de

³ A Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) tipo I é uma perturbação em que são cumpridos os critérios para pelo menos um episódio maníaco. O seu diagnóstico baseia-se no tipo de episódio atual ou mais recente e na sua condição quanto à gravidade atual, presença de características psicóticas e estado de remissão (American Psychiatric Association [APA], 2013).

mecanismos de *follow-up* após alta, influenciam negativamente essa relação (Rodrigues & Prates, 2011), realizei, após a alta do utente, o follow up via telefone (APÊNDICE XVI), uma vez por semana, desempenhando o papel de pessoa de recurso, segundo Peplau (Howk, 2004). Foi também contactada novamente a filha do Sr., para reforçar a importância do suporte na gestão do regime terapêutico. Quanto aos ganhos alcançados com a intervenção, verificou-se uma maior estabilidade do humor e energia ao longo do internamento, assim como uma maior autonomia no seu autocuidado. Em relação à adesão ao regime terapêutico, verificou-se nos contactos de *follow-up*, a adoção de estratégias facilitadoras dessa adesão, conforme abordado na intervenção psicoeducacional, e nos últimos contactos, já se verificou uma maior crítica em relação ao consumo de álcool.

A intervenção realizada foi ao encontro do enunciado descritivo relativo ao bem-estar e autocuidado, procurando suplementar/complementar as atividades de vida nas quais ele era dependente, maximizando o seu bem-estar” (Regulamento n.º 356/2015). Procurou-se também desenvolver processos de adaptação face à doença, otimizando “as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico” (Regulamento n.º 356/2015, p.17037) e prevenir complicações, na medida em que a promoção da adesão ao regime terapêutico visa a prevenção de recaídas.

No estudo de caso desenvolvido no decorrer do EC em contexto de respostas diferenciadas, recorreu-se à Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau e à Teoria das Necessidades Humanas fundamentais, de Virginia Henderson, como suporte à colheita de dados. Esta identificou 14 necessidades básicas e afirmou que a enfermagem tem como função assistir a pessoa no desempenho dessas atividades, que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, sendo para isso necessário a pessoa ter força, vontade e conhecimentos (Tomey, 2004). São elas: respirar, comer e beber, eliminar os resíduos orgânicos, movimentar-se, dormir e descansar, vestir-se e despir-se, manter a temperatura corporal, manter corpo limpo e cuidado, evitar os riscos ambientais, comunicar, realizar práticas religiosas, sentir realização profissional, participar em atividades recreativas e aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade (Tomey, 2004).

À semelhança do estudo de caso anterior, enquadrado na fase de orientação descrita por Peplau (primeira fase da relação enfermeira-utente), iniciou-se a relação terapêutica com o utente e família e realizou-se a colheita de dados (Belcher & Fish, 2000). Recorreram-se a fontes primárias (o utente e a família), através de instrumentos como a observação, a entrevista e a construção do genograma e do ecomapa, e a fontes secundárias (registos de enfermagem e diários clínicos, no sistema de informação Sclínico e educadora do jardim de infância). Foram também utilizados instrumentos de avaliação, como o Exame do Estado

Mental, a Escala de Ansiedade de Hamilton (Santos, 2021), a Escala Brief COPE (CARVER, 1997 adaptada por Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) (Emídio, 2020) e o termómetro das emoções, elaborado por mim.

O utente alvo do estudo de caso era uma criança de 3 anos, com antecedentes pessoais de B-talassemia, estando polimedicada no domicílio. Já com acompanhamento pelo SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância) (Decreto n.º 281/2009), a criança foi referenciada pela Unidade de Saúde Familiar para consulta de pedopsiquiatria por suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo⁴ e Perturbação Alimentar. À data da consulta de triagem, a criança apresentava alterações ao nível de algumas necessidades básicas, como: comer e beber (com seletividade alimentar), eliminar, dormir e descansar, vestir-se e despir-se, comunicar, evitar os riscos do ambiente e evitar lesar os outros, participar em atividades recreativas e aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade. Aquando da entrevista com a mãe, esta manifesta uma grande preocupação, essencialmente em relação à alimentação, e diz já ter tentado uma série de estratégias sem sucesso, não sabendo o que fazer mais.

Após a análise dos dados no âmbito de cada uma das necessidades básicas humanas mencionadas por Virginia Henderson, e enquadrado na fase de identificação descrita por Peplau, é possível identificar alterações, essencialmente no modo como a criança satisfaz as necessidades comer e beber, evitar os riscos do ambiente e evitar lesar os outros e participar em atividades recreativas. Partindo de um papel de substituta para um papel de pessoa de Recurso, segundo Peplau, há que considerar a capacidade da pessoa para preencher as suas próprias necessidades, procurando alcançar, a independência nessas áreas, o mais cedo possível (Furukawa & Howe, 2000). Nesse sentido, foram identificados os diagnósticos de enfermagem: comportamento alimentar comprometido, comportamento agressivo demonstrado, comportamento interativo diminuído, em grau reduzido [interação seletiva], conhecimento da família sobre a doença não demonstrado e risco de *coping* familiar comprometido.

Tendo como foco a saúde da criança alvo de cuidados, e enquadrado na fase de exploração definida por Peplau, a intervenção foi direcionada para o próprio, para a mãe e para a educadora, estabelecendo-se uma articulação com a escola. Na primeira infância “a identificação precoce das alterações do processamento sensorial, e das perturbações da relação entre a criança e os principais cuidadores é fundamental” (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2018).

⁴ A Perturbação do Espectro do Autismo consiste numa perturbação caracterizada por um “prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento. Esses sintomas estão presentes desde a infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (APA, 2013, p.53).

Relativamente ao *coping* familiar, após aplicação dos instrumentos supramencionados, constatou-se que a mãe apresentava uma ansiedade leve (16) e um *coping* centrado nas emoções (aceitação + utilizar suporte social emocional + humor + reinterpretação positiva + religião) e centrado no problema (*coping* ativo + suporte instrumental + planejar), não demonstrando ter adotado um *coping* disfuncional (desinvestimento comportamental + negação + auto-culpabilização + uso de substâncias + expressões dos sentimentos) (Ribeiro & Rodrigues, 2004), cessando o diagnóstico previamente identificado. Ainda dirigida à mãe, foi realizada uma intervenção psicoeducacional (sobre seletividade alimentar e habilidades sociais) (APÊNDICE XVII).

No seguimento dos diagnósticos identificados, foi também realizada uma intervenção socioterapêutica [em contexto escolar] (APÊNDICE XVIII). Dirigidas à criança, foram realizadas uma intervenção psicossocial [de treino de habilidades sociais] (APÊNDICE XIX) e uma intervenção psicoterapêutica (APÊNDICE XXI), cujos resultados se encontram nos respetivos apêndices.

Durante a intervenção surgiram alguns constrangimentos, nomeadamente no número de contactos com a criança, que são determinantes para o estabelecimento de uma relação de confiança com a criança e para um planeamento mais direcionado às suas reais necessidades. A desmarcação e adiamento da visita à escola e a necessidade de encaixar a mesma nas atividades da equipa da Pedopsiquiatria, obrigou a que a intervenção na escola, assim como com a criança (avaliação inicial e intervenções) e a mãe, fossem no mesmo dia, dificultando o ajuste da intervenção aos contributos dados pela avaliação inicial do utente e pela educadora, e principalmente, o fortalecimento da relação de confiança com a criança. Para além disso, o facto de a criança estar sempre presente, diminuiu a disponibilidade em termos de tempo por parte da mãe, o que dificultou a intervenção com a mesma. Seria importante realizar a avaliação de conhecimentos por parte da mãe, com uma posterior intervenção psicoeducacional com mais do que uma sessão.

Quanto aos ganhos obtidos com a intervenção, destaco a importância da realização de “intervenções de articulação com a comunidade” (DR, 2008, p. 1402). Para obtenção de ganhos com a criança e com a mãe, teria sido necessário o estabelecimento da relação de confiança com a criança, tal como um trabalho mais continuado ao longo do tempo, essencialmente no âmbito da gestão emocional, considerando as dificuldades e défices apresentados pela criança, assegurando a excelência relacional imprescindível à prática clínica em enfermagem de saúde mental (Regulamento n.º 356/2015). A não receptividade da mesma à intervenção não permitiu a realização de reavaliação. Quanto à mãe, apresentou

muita resistência à intervenção e seria importante uma intervenção também mais prolongada acerca do papel parental com algumas estratégias.

Por último, no estudo de caso desenvolvido no decorrer do EC em contexto comunitário, recorreu-se à Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau e ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Para Neuman, a pessoa é um sistema aberto com um conjunto de partes em interação dinâmica com stressores internos e externos, que realizam trocas de energia entre si e com o ambiente, sendo o stress e a reação ao stress os componentes básicos desse sistema (Freese, 2004). Com a intervenção de enfermagem pretende-se auxiliar o sistema a adaptar-se aos stressores e a “reter, restaurar ou manter algum grau de estabilidade entre as variáveis” que o influenciam, mantendo a conservação de energia e em consequência um maior nível de bem-estar (George, 2000, p.232).

Recorreram-se a fontes primárias de colheita de dados (a utente), através de instrumentos como a observação, a entrevista e a construção do genograma e do ecomapa, e a fontes secundárias (registos de enfermagem no sistema de informação Sclínico). Foram também utilizados instrumentos de avaliação, como o Exame do Estado Mental, a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (validada por Pais-Ribeiro et al., 2007) (Soares, 2009) e a Escala de Ansiedade de Zung (validada por Ponciano, Serra & Relvas, 1982) (Costa, 2022).

A utente alvo de intervenção, de 23 anos, tinha como antecedentes pessoais Perturbação Obsessiva Compulsiva (POC)⁵, diagnosticada em setembro de 2023 e encontrava-se medicada no domicílio com sertralina 150mg. A utente referiu que, desde a sua infância, que tem alguns comportamentos repetitivos, mas que nunca sentiu que isso interferisse de alguma forma com a sua vida. Comportamentos esses que passavam por vestir as camisolas apenas uma vez e nunca mais usar, tocar com o dedo anelar numa mancha branca que tem no carro, roer os dedos, ligar/desligar tomadas, rituais relacionados com números pares (têm de ser sempre ímpares), entre outros. Mencionou que se sentia ansiosa e angustiada, gerando o impulso de cumprir os rituais, e, quando o fazia a sensação é de alívio. Com o início da atividade profissional, a utente sentiu a necessidade de se controlar e de esconder os seus comportamentos repetitivos, de alguma forma, uma vez que iriam estar mais visíveis e que poderia interferir com as suas rotinas e funções laborais, pelo que iniciou seguimento em consulta de psiquiatria. A utente mencionou que tem vindo a aumentar a dosagem da medicação por indicação médica, no entanto, não sente melhoria relativamente à sintomatologia. Quantos aos antecedentes familiares, o irmão tem Síndrome de Tourette, não

⁵ A POC é uma perturbação mental caracterizada por pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que resultam em ansiedade ou angústia (obsessões) e/ou comportamentos repetitivos (por exemplo, lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (por exemplo, orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo executa na tentativa de diminuir a ansiedade ou angústia ou simplesmente de acordo com regras rígidas (compulsões) (Fontenelle, Nicolini & Brakoulias, 2022, p.1; APA, 2013).

estando medicado para o mesmo, pelo que apresenta reações agressivas, é autoritário e tem um humor instável. O pai, tem histórico de hábitos alcoólicos, sempre foi muito instável. A utente mantém uma relação conflituosa com ambos.

Tendo por base os dados apresentados, enquadrando na fase de identificação descrita por Peplau, e considerando a influência dos stressores no sistema, assim como das variáveis no modo como este reage aos stressores, segundo o modelo Betty Neuman, verifica-se que os stressores interpessoais (atitude do pai, a sua exigência, relação com o irmão e dinâmica familiar) ao longo da sua vida, foram de tal ordem que alteraram a sua estrutura básica, nomeadamente ao nível dos processos mentais e padrões de resposta (variáveis psicológicas) (F3.1.2). Com a alteração ao nível do desenvolvimento e da fase do ciclo de vida, surge um stressor extrapessoal (início da atividade profissional). Atualmente, os padrões de comportamento e processos mentais desenvolvidos (variáveis psicológicas) influenciam o modo como a utente reage aos stressores extrapessoais e interpessoais. Nesse sentido, é necessária a intervenção de enfermagem, enquadrada na fase de exploração definida por Peplau, na procura de maior estabilidade e maior nível de bem-estar da utente. Foram identificados os diagnósticos: conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado, Ansiedade em grau moderado e Autocontrolo da ansiedade comprometido.

A intervenção desenvolveu-se numa perspetiva de prevenção secundária, segundo Neuman, uma vez que ocorreu após a ocorrência de sintomas de stress. Pretendeu-se fortalecer as linhas internas de resistência, reduzir a reação e fortalecer os fatores de resistência, permitindo um controlo da ansiedade. Nesse sentido, sugeriu-se, num papel de conselheira segundo Peplau, a prática de desporto regular (ex: pilates, caminhadas ou outros), de meditação guiada e/ou a prática de exercícios de *mindfulness*. A prática de *mindfulness* “diminui a impulsividade, favorecendo o autocontrolo e aumentando o tempo de reação a experiências desagradáveis”, “promove a regulação emocional” e “facilita a identificação de sensações corporais, emoções e pensamentos” (Miguel & Ruiz, 2021, pp.265 - 266). Embora não tenha sido possível a realização de uma sessão de relaxamento (APÊNDICE XXIII) com a utente para treinar os exercícios de *mindfulness*, foram disponibilizados os mesmos para treino em casa, assim como um folheto sobre o tema.

Também numa perspetiva de prevenção terciária, segundo Neuman, recorreu-se à reestruturação cognitiva, auxiliando-se a utente na compreensão do problema e dos fatores desencadeantes dos seus comportamentos, contribuindo para a aceitação do mesmo e desenvolvimento de estratégias de *coping*, e conseqüentemente para a prevenção de futuras ocorrências e manutenção da estabilidade do sistema. São técnicas que “aumentam o insight do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema” e facilitar respostas adaptativas

para melhorar a sua condição de saúde (Regulamento n.º 515/2018, p.21430). O principal pressuposto da terapia cognitiva é que o pensamento precede à ação e que por isso, “o que a pessoa pensa tem um papel fundamental no seu comportamento (esquemas cognitivos e pensamentos automáticos)” (Santos, Gonçalves, Sequeira & Curto, 2021, p. 186). Face à sintomatologia apresentada, importa identificar quais os pensamentos automáticos que geram a necessidade de cumprir certas rotinas, reconhecendo a sua estrutura de crenças. A partir do momento em que se identificam algumas crenças/esquemas cognitivos (pensamentos recorrentes perante as diferentes situações), há que proceder a uma reestruturação cognitiva, que visa a alteração de pensamentos cognitivos distorcidos, de modo que a pessoa tenha uma visão de si mais realista (Santos, Gonçalves, Sequeira & Curto, 2021), assim como uma diminuição da ansiedade e uma maior capacidade de autocontrolo. As crenças nucleares ou esquemas cognitivos vão sendo formados desde a infância, podendo ser positivas ou negativas (Knapp, 2004). Perante momentos de maior tensão, essas crenças são ativadas, emergem à nossa consciência e ocorre uma reação baseada nas mesmas, desconsiderando qualquer ideia que as contradiga (Knapp, 2004). No entanto, é possível eliminar determinadas crenças, aprendendo outras que se denominam de crenças adaptativas (Knapp, 2004). Nesse sentido, foi proposto à utente que após a monitorização de pensamentos e sentimentos (APÊNDICE XXIV), com a identificação de estruturas de crenças, procedesse ao registo de crenças nucleares, seguindo-se o registo de crença nuclear adaptativa (APÊNDICE XXV).

Quanto aos ganhos alcançados com a intervenção, verificou-se na última sessão uma capacidade de associação entre as situações vividas, o seu estado emocional e a necessidade de cumprir determinados comportamentos. A utente apresentou também ao longo do tempo uma motivação elevada para a mudança e determinação em modificar certas atitudes que se revelavam prejudiciais ao seu bem-estar, com um maior foco no seu autocuidado.

A intervenção realizada foi ao encontro do enunciado descritivo relativo à promoção da saúde com a “promoção de competências tais como (...) a capacidade de lidar com stressores, criar e manter relações íntimas sustentáveis” e a autoconsciência (Regulamento n.º 356/2015, p.17036). Procurou-se também desenvolver processos de adaptação às situações de vida e condição de saúde mental, através da conceção de estratégias de empoderamento que permitem à utente “desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, de forma a eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da sua perturbação mental”, visando o seu bem-estar e autocuidado (Regulamento n.º 356/2015, p.17037)

Além das intervenções desenvolvidas nos três estudos de caso, também as restantes intervenções realizadas ao longo dos EC partiram da identificação de necessidades dos

utentes (F3.1.1.), delineando as estratégias mais adequadas a cada uma das situações, com vista à obtenção de ganhos em saúde. As atividades realizadas objetivavam a promoção do “conhecimento, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental” (F3.4.1), assim como “promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com doença mental” e “promover e reforçar as capacidades das famílias” (F3.4.5) (Regulamento n.º 515/2018, p. 21429).

Em situação de doença mental aguda, assiste-se a uma redução da funcionalidade, que respeita à “qualidade da participação de uma pessoa em ocupações significativas no plano pessoal e cultural, para a qual a compreensão das interações entre a pessoa e o ambiente é essencial” (Regulamento n.º 356/2015, p.17039). Cabe ao EEESMP “ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (F3.5) (Regulamento n.º 515/2018, p. 21429). Em contexto de internamento e comunitário, auditei a toma de medicamentos em situação de doença mental severa (F3.5.5) (Regulamento n.º 515/2018).

Em contexto de respostas diferenciadas, foram sendo planeadas as atividades a desenvolver no âmbito do hospital dia com os adolescentes, assim como delineado o planeamento de cuidados relativamente aos utentes e famílias, integrando a equipa multidisciplinar e com quem se estabeleceu uma parceria no contexto da prática (F3.3.1).

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

O EEESMP desenvolve intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, de modo a ajudar o utente a “alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida”, alcançando um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuindo para a sociedade em que se insere (Regulamento n.º 515/2018, p.21430). No decorrer dos EC, foram desenvolvidas intervenções de cariz diverso, dirigidas a utentes previamente selecionados, e inseridos em fases diferentes do ciclo vital.

No âmbito da coordenação, desenvolvimento e implementação de programas de psicoeducação e treino em saúde mental (F4.1) foi realizada uma intervenção psicoeducacional individual, duas intervenções psicoeducacionais de grupo, sobre adesão ao

regime terapêutico e promoção da literacia em saúde mental nos idosos e assisti a intervenções psicoeducacionais em contexto escolar.

A intervenção psicoeducacional individual sobre seletividade alimentar e habilidades sociais (APÊNDICE XVII) foi desenvolvida em contexto de respostas diferenciadas e dirigiu-se à mãe da criança alvo de cuidados no estudo de caso, conforme mencionado no capítulo anterior. Partindo das estratégias já utilizadas pela mãe, até ao momento, em relação a cada uma das áreas (comportamento, interação social e alimentação), foram sugeridas novas estratégias para promover a saúde mental e prevenir o risco de perturbação mental (F4.1.1). Dada a angústia da mãe em relação à situação do filho, esta intervenção visava a promoção do seu “conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental” (F4.1.3) (Regulamento n.º 515/2018, p. 21430). Abordaram-se estratégias promotoras de uma boa relação com os alimentos, a importância de abordagens com a criança no âmbito do reconhecimento e gestão de emoções, promoção da expressão de emoções perante situações e do fornecimento de alternativas para resolução de problemas, e ainda se reforçou a importância da estimulação da interação com outras crianças e de desenvolvimento de atividades que promovam essa interação.

Foram ainda dadas a conhecer alternativas terapêuticas complementares adequadas (F4.1.5), como é o exemplo do *Snoezelen*. Houve uma sensibilização para o facto de a seletividade alimentar poder ter na sua base fatores sensoriais e de poder haver uma hiperresponsividade face a determinados estímulos (Rodríguez & Llauradó, 2010), podendo através da estimulação multissensorial proceder a uma modulação sensorial (Carrick, 2010). A nível comportamental, a modulação sensorial define-se como “a capacidade para regular e organizar respostas aos inputs sensoriais de forma gradual e adaptativa, em congruência com as exigências da situação” (Blanche, Roley & Schaaf, 2001 *as cited in* Correia, 2015). Em termos fisiológicos, refere-se a uma sensibilização que altera a estrutura do SNC, permitindo respostas mais adaptativas (Blanche, Roley & Schaaf, 2001 *as cited in* Correia, 2015).

Quanto à intervenção psicoeducacional em grupo sobre adesão ao regime terapêutico, foi realizada em contexto de internamento (APÊNDICE XXVI). A motivação por detrás desta intervenção deveu-se ao facto de muitos dos reinternamentos terem na sua origem o abandono terapêutico, objetivando assim a adesão ao tratamento (F4.1.2). De acordo com a OMS, “a adesão terapêutica é o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e à alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde” (Camarneiro, 2021, p.1). Sabe-se também que a psicoeducação enfatiza os benefícios e a necessidade de tratamento, permite a desmistificação de crenças sobre medicamentos ou doenças, a

identificação de motivos de não adesão e a adoção de estratégias promotoras da adesão (Camarneiro, 2021). O envolvimento da família poderá ser ponderado consoante vontade e/ou necessidade do utente (Camarneiro, 2021).

Inicialmente foram selecionados 8 utentes para aplicação das escalas e questionário de avaliação diagnóstica, cujos resultados se encontram detalhados em APÊNDICE XXVII. Após a aplicação dos instrumentos e analisando “o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender” (F4.1.9) (Regulamento n.º 515/2018), foram excluídos 3 utentes por não apresentarem crítica para a doença e pela fase da doença em que se encontravam, sendo o grupo-alvo de intervenção constituído por 5 utentes. Na escala *MARS*, os utentes 4 e 5 que apresentaram alta probabilidade de adesão, foram os que, no decorrer da intervenção, se mostraram mais interessados e participativos e que apresentaram uma melhor evolução, com identificação de estratégias a mobilizar no futuro. A utente 3, que apresentou uma baixa probabilidade de adesão (2), revelou-se com uma postura mais provocatória durante as sessões e, embora fosse reconhecendo alguns aspetos a melhorar na adesão ao regime terapêutico, apresentava pouca motivação para a mudança, o que me fez questionar a adequação da sua inclusão no grupo. No caso dos utentes 6, 7 e 8, embora tivessem uma probabilidade média de adesão ao regime terapêutico, segundo a escala de *MARS*, a sua falta de crítica poderá ter condicionado as respostas a algumas questões da escala. Verifiquei assim que deveria também ter aplicado a escala de insight Marková e Berrios (Vanelli et al., 2010), confrontando os resultados com a minha perceção e tornando a seleção dos utentes mais adequada. Apesar de os utentes demonstrarem interesse e de se manterem participativos durante as sessões, senti a necessidade de reduzir a sua duração, por apresentarem sonolência e com uma capacidade de concentração reduzida, demonstrando alguma inquietação ao fim de um tempo (F4.1.9).

Na sessão 1 foi construído um mapa mental sobre a doença mental e adesão ao regime terapêutico (APÊNDICE XXVII), em que os participantes identificaram uma grande parte dos conteúdos que vieram a ser abordados nas sessões. Na sessão 2, centrada no regime medicamentoso, ensinou-se a importância de adesão ao mesmo, as consequências de não adesão, assim como efeitos secundários e interações medicamentosas e com outras substâncias (F4.1.4 e F4.1.8). Considero que foi importante a reflexão em grupo antes da exposição de conteúdos, permitindo-lhes identificar como se sentiam em relação à medicação e quais os fatores que os levavam à não adesão da mesma, reconhecendo-se naquilo que os outros iam dizendo. Quanto aos aspetos que não cumprem no âmbito da gestão do regime medicamentoso, mencionaram não tomar a medicação a horas certas, consumir álcool com frequência, e em concomitância com a medicação, e abandonarem a terapêutica por ausência

de sintomas, o que vai ao encontro dos conteúdos abordados posteriormente. Na sessão 3, que visava a melhoria do autocuidado e do comportamento de saúde (F4.1.10) (Regulamento n.º 515/2018), aderiram positivamente à atividade proposta, tendo identificado o que já faziam em cada uma das dimensões e tendo-se comprometido no final em corrigir algo que considerassem passível de aplicar.

Nos questionários de avaliação de conhecimentos, todos apresentaram melhoria dos resultados (APÊNDICE XXVII). No entanto, houve situações em que as respostas orais eram melhores do que as escritas, o que poderá estar relacionado com a sonolência, capacidade de concentração, memória e interpretação. Martins (2022, p.1) faz referência a estudos que evidenciam o “impacto da privação do sono no reconhecimento de emoções faciais e tomada de decisão (Hausser et.al 2015, Killgo-re 2017), bem como défices na fluência verbal, no pensamento criativo e no planeamento não verbal (Deak e Stickgold, 2018)”.

Nesta intervenção consideraram-se os familiares como alvo numa das sessões, incentivando à organização de grupos de suporte e apoiando as famílias de pessoas com doença mental, através da condução de grupos psicoeducacionais para familiares (F4.1.6 e F4.1.7) (Regulamento n.º 515/2018). Para realização dessa sessão, verifiquei que os utentes selecionados para a intervenção, não tinham rede familiar ou esta não tinha disponibilidade para participar na sessão, pelo que foram contactados familiares de outros utentes internados, constituindo-se um grupo de 4 pessoas. A psicoeducação familiar tem revelado ganhos no que toca à prevenção de recaídas e internamentos, assim como na preservação da saúde física e mental dos membros da família (Pinho & Pereira, 2015 *as cited in* Amaral, Almeida & Sousa, 2021).

O decorrer da sessão teve na sua base o funcionamento dos grupos de ajuda mútua, cujo objetivo foi a partilha de experiências e o esclarecimento de dúvidas, onde procurei ter um papel de facilitador de grupo e abordar alguns temas que se iam tornando pertinentes, desmistificar algum aspeto e incentivar a identificação de estratégias de resolução dos seus problemas. Foi sugerido que se apresentassem, referissem o diagnóstico do familiar e algo que quisessem partilhar. A partir daí, a sessão decorreu de forma fluida e os temas foram surgindo naturalmente com as partilhas. Segundo Maia, Vasques, Vieira, Reto & Lourenço (s.d), um facilitador de grupos de ajuda mútua, deve possuir conhecimentos de dinâmica de grupos, direcionar as atividades para os objetivos estabelecidos, ter competências para iniciar atividades, lidar com situações de conflito, encorajar os seus membros a identificarem e avaliarem alternativas para a resolução dos seus problemas, estar envolvido e preocupar-se com o bem estar do grupo, ser um bom ouvinte e valorizar e respeitar cada membro individualmente. Considero que foi uma experiência bastante enriquecedora, percecionando

a importância de facilitar a reflexão do outro e de demonstrar disponibilidade para expressão de sentimentos e ideias, saindo de um registo de apenas fornecedor de informação. Senti que havia, essencialmente, uma grande necessidade de partilha. Segundo Loureiro (2014, p.38), a existência de uma doença mental no seio da família, pode gerar nas relações familiares “sentimentos de medo, angústia, cansaço físico e psicológico, conflitos e stress” e uma vez que a família tende a isolar-se da sociedade por vergonha e estigma associado à doença mental, são determinantes o apoio dos profissionais de saúde e a existência destes momentos de partilha. Fui também surpreendida positivamente pela reação de alguns familiares, cujo feedback que tinha, era de que durante as visitas tinham um contacto mais hostil para com os profissionais, e nesta sessão mantiveram um contacto sintónico comunicando até com um tom mais emocional, o que reforça a influência que o contexto e a disponibilidade demonstrada têm na comunicação (Sequeira & Coelho, 2016b). Nos questionários de avaliação da satisfação, os participantes destacaram a importância deste tipo de sessões de partilha e esclarecimento de dúvidas e mencionaram a falta de acompanhamento da pessoa com doença mental e das famílias.

No EC de contexto comunitário, a intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental nos idosos (APÊNDICE VI), referida no capítulo 2.1, dirigida a idosos de uma universidade sénior contribuiu de igual forma para o desenvolvimento de competências no âmbito da implementação de programas de psicoeducação.

Ainda em contexto comunitário, assisti a 9 sessões psicoeducacionais em contexto escolar, integradas no PNSE, respondendo ao objetivo específico “Intervir junto da pessoa/família/grupo com doença mental, enquanto futura enfermeira especialista em ESMP”. “A Saúde escolar visa promover a literacia e o bem-estar da comunidade, contribuindo para o desenvolvimento saudável e a melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes” (Borges & Martins, 2023, p.8). As sessões realizadas foram dirigidas a turmas de 2º e 3º ciclo e ensino secundário, sendo abordados temas como: consumos de substâncias e vazio emocional associado, relações interpessoais e intrapessoais, promoção do sono, sexualidade, gestão de emoções e assertividade. Estas sessões contribuíram para o desenvolvimento de competências no que toca à promoção de conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, e da avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas pelas crianças e jovens, bem como ao nível da sensibilidade e habilidade necessária para abordar determinados assuntos nestas fases de vida (Regulamento n.º 515/2018).

No decorrer das sessões, foi impactante observar o comportamento/atitudes dos alunos para com os adultos, sejam os professores ou outros profissionais como os enfermeiros. Verifica-

se uma falta de respeito constante para com os adultos, não lhe reconhecendo valor e competência e não respondendo perante aqueles que representam a autoridade, revelando algum sentimento de impunidade. Os alunos reagem como se estivessem na posse de todo o conhecimento e sabedoria, chegando mesmo a rejeitar a informação científica que lhes está a ser transmitida, em detrimento das suas convicções, e ao fazê-lo adotam uma comunicação agressiva. A nível emocional, é também preocupante assistir a uma oscilação entre a agressividade e a apatia, o que me levou a refletir sobre a saúde mental destes jovens, questionando-me sobre a dimensão do seu sofrimento que estava espelhado nas suas atitudes. Segundo Sequeira, Pinho & Llobet (2016, p.134), “o estilo agressivo manifesta-se em pessoas com elevada taxa de frustrações no passado, com um medo latente e com um desejo de vingança”. Este é um estilo comunicacional que se caracteriza pela expressão direta de sentimentos e ideias de forma ameaçadora, por ignorar, desvalorizar ou desqualificar sistematicamente o que os outros fazem ou dizem, por desrespeito pelo outro e por desresponsabilização pelo próprio comportamento (Sequeira, Pinho & Llobet, 2016).

O que estará a adoecer estes jovens? As famílias e as suas dinâmicas? A sociedade? Que adultos serão no futuro, emocionalmente instáveis, com traumas, e sem respeito pelo outro e por regras, tão necessárias para a convivência em sociedade? De modo a quebrar este ciclo, a melhorar a saúde mental destes jovens e a capacitá-los para uma vida adulta com maior bem-estar, será necessária uma intervenção numa perspetiva socioecológica, considerando o contexto social em que os jovens se desenvolvem, e a influência dos diversos contextos de desenvolvimento entre si (OMS, 2021 *as cited in* Lima & Cruz, 2023). Partindo da teoria bioecológica proposta por Bronfenbrenner, seria necessária uma intervenção ao nível do microsistema, procurando desenvolver a inteligência emocional das crianças/jovens enquadrado na fase de vida em que se situam e nas suas características, considerando-os “agentes ativos no seu próprio desenvolvimento, pelas influências que exercem nos vários elementos do seu microsistema” (Bronfenbrenner *as cited in* Lima & Cruz, 2023, p.54). Em simultâneo seria determinante investir na saúde mental dos pais, individualmente e enquanto sistema familiar, trabalhando as questões da parentalidade, uma vez que a maioria dos problemas estão no seio da família. No que concerne à escola, urge proceder a mudanças no ensino, quebrando o facilitismo e desenvolvendo a responsabilidade nos jovens, assente no princípio da autonomia e da liberdade com responsabilidade, e responsabilização pelas suas opções, sempre dentro do estadio de desenvolvimento em que se encontram. Não obstante, estas mudanças pressupõe uma reflexão sobre o exosistema, uma vez que o emprego e o estatuto socioeconómico dos pais poderão influenciar as questões da educação e da disponibilidade para os filhos. Andrade (2020, p.10), relaciona o nível socioeconómico da família com o investimento parental, referindo que os pais com um nível socioeconómico mais

baixo, associado a preocupações financeiras, a falta de tempo, e a falta de escolaridade, apresentam, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), “uma maior dificuldade em compreender a importância dos investimentos parentais nas crianças”. Centrando-me na influência do macrosistema nos jovens, foi possível constatar que jovens de outras culturas, demonstram ter um maior conhecimento relativamente à gestão de emoções, comparativamente com crianças portuguesas da mesma idade, o que revela o trabalho que ainda há por fazer a este nível em Portugal.

No âmbito do desenvolvimento de processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do utente e prevenir a incapacidade (F4.2), foi realizada uma intervenção psicoterapêutica individual sobre treino de autocontrolo, uma intervenção psicoterapêutica de grupo sobre inteligência emocional, uma intervenção socioterapêutica em contexto escolar e atividades de reestruturação cognitiva. Cada uma das referidas intervenções centrou-se nas “respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições” (F4.2.1) (Regulamento n.º 515/2018, p. 21430).

A intervenção psicoterapêutica individual sobre treino de autocontrolo (APÊNDICE XXVIII), foi realizada em contexto de internamento e dirigiu-se a um utente do internamento. Embora tenha sido planeada uma intervenção com cinco sessões, foram realizadas apenas duas por recusa do utente. Numa primeira sessão, estabeleceu-se um contrato terapêutico com o utente, foi preenchida a Escala de Impulsividade de Barratt BIS-11, validada por Fernandes (2014) e traduzida para português europeu por Cruz e Barbosa (2012), e foi determinada a motivação/expectativas do utente para a intervenção (F4.2.2). Este expressou verbalmente que queria recuperar, referindo que o facto de estar internado já estava a ser diferenciador e suficiente, não revelando crítica para a necessidade de um papel ativo da sua parte na recuperação. Apresentou uma pontuação global de 66 na escala aplicada e de 17 a nível do autocontrolo. A meio da sessão, revelou-se mais inquieto e a querer terminar a sessão, referindo-se cansado. Senti que a aplicação de escalas é demasiado formal e que pode retrair alguns utentes, assim como a avaliação da sessão por questionário, que na seguinte substitui por 2 ou 3 questões abertas.

Na sessão seguinte, o utente apresentou algumas desculpas para não realizar a sessão, dizendo que não se sentia bem, o que não era coerente com a sua postura e atitude na interação com os outros utentes. O utente referiu também algumas vezes que tinha reduzido as interações com os amigos e que tinha receio que pensassem que era “maluco” (SIC – segundo informação do cliente). Raposo (2021), menciona que algumas pessoas com doença mental internalizam os estereótipos presentes na sociedade (auto-estigma), o que, devido a uma baixa autoestima, os leva a adotar comportamentos de recusa relativamente ao

tratamento, preferindo não participar nos cuidados propostos. Nesse seguimento, a resistência do utente, a dificuldade de concentração, a exigência do ponto de vista cognitivo e a fase da doença em que se encontra, representam fatores condicionantes à realização deste tipo de intervenção. Não obstante, a necessidade de adaptar o planeado às características, capacidades, necessidades e recetividade do utente, permitiu-me desenvolver competências nos domínios da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Na segunda sessão procurei abreviar o planeado, de forma a diminuir a duração da sessão. Apesar de inicialmente o foco ser a impulsividade, com a primeira sessão identifiquei a necessidade de intervir no autocontrolo ansiedade, fornecendo ao utente estratégias nesse âmbito, que lhe permitissem libertar de tensões emocionais (F4.2.5).

Quanto a outras intervenções psicoterapêuticas individuais, fui realizando intervenções psicoterapêuticas não estruturadas em contexto de internamento, que foram promotoras do meu desenvolvimento de competências não só a este nível, mas também de competências comunicacionais, de entrevista, de abordagem aos utentes, assim como do meu autoconhecimento. Foram ainda realizadas atividades de reestruturação cognitiva, no âmbito do estudo de caso desenvolvido em contexto comunitário, mencionadas no capítulo anterior, que contribuíram para o desenvolvimento da quarta competência do EEESMP.

Em contexto de respostas diferenciadas, foi realizada uma intervenção psicoterapêutica de grupo sobre inteligência emocional (APÊNDICE XXIX), numa das sessões de hospital de dia, dirigida a adolescentes com o diagnóstico médico de Perturbação de défice de Atenção e Hiperatividade⁶ e os diagnósticos de enfermagem concentração comprometida e autocontrolo comprometido, segundo o ICN (2016). Goleman (2022, p. 13) afirma que “As lições emocionais que aprendemos quando crianças, em casa e na escola, moldam os circuitos, tornando-nos mais aptos – ou inaptos – nos aspectos da inteligência emocional”. Assim, a infância e adolescência são fases do desenvolvimento cruciais para a definição ou reconstrução de hábitos emocionais, podendo contribuir para melhorar a relação com os outros e consigo mesmos.

Com esta intervenção pretendia-se que, através de um maior autocontrolo e autogestão emocional, os adolescentes se libertassem de tensões emocionais, integrassem os déficits causados pela doença mental, desenvolvendo respostas adaptativas (F4.2.3, F4.2.4 e F4.2.5). O início das atividades do hospital de dia foi adiado, pelo que só consegui realizar uma sessão, não sendo possível perceber o impacto da intervenção em cada um dos

⁶ Segundo o DSM-5, a Perturbação de défice de Atenção e Hiperatividade consiste num “padrão de atenção e/ou Hiperatividade/impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade (APA, 2013, p.59).

participantes. Durante a sessão foi necessário ajustar a duração das dinâmicas às características dos participantes, constatando uma baixa capacidade de manter a concentração. Permitiu-me ainda desenvolver competências comunicacionais (utilização de técnicas de comunicação como por exemplo, a assertividade, reformulação e exploração) e de gestão de grupos (ao nível das dinâmicas e gestão de conflitos). Foi interessante constatar que os adolescentes que demonstraram mais agressividade verbal, foram aqueles que revelavam mais dificuldade no reconhecimento de emoções.

Ainda no EC desenvolvido em contexto de respostas diferenciadas, foi realizada uma intervenção socioterapêutica em contexto escolar (APÊNDICE XVIII), no âmbito do estudo de caso, conforme mencionado no capítulo anterior, que contribuiu de igual forma para o desenvolvimento de competências no âmbito do desenvolvimento de processos socioterapêuticos.

No âmbito da promoção da reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social (F4.3), foi realizada uma intervenção psicossocial, em contexto de pedopsiquiatria, no EC de respostas diferenciadas, mencionada no capítulo anterior.

No que concerne ao PMCQCE, detalhado na parte IV deste documento, consistiu na implementação de um programa de intervenção de base socioterapêutica, com atividades de cariz psicoeducacional e psicoterapêutico, revelando-se como promotor do desenvolvimento da quarta competência do EEESMP.

PARTE IV – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O projeto descrito neste documento, encontra-se estruturado segundo o “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, da Ordem dos Enfermeiros, que estipula quais os critérios a cumprir nos PMCQCE (OE, 2013). Segundo a OE (2013), os PMCQCE devem ser elaborados de acordo com o ciclo PDCA (*Plan; Do; Check; Act/Adjust*) de Deming, que engloba as seguintes 4 etapas: *Plan* (identificar e descrever o problema; perceber o problema e dimensioná-lo; formular objetivos iniciais; perceber as causas); *Do* (planear as tarefas/atividades); *Check* (verificar os resultados); *Act/Adjust* (propor medidas corretivas; *standardizar* e treinar a equipa). Estas quatro etapas principais são fracionadas noutras oito etapas, conforme a proposta de Pedro Salvada, de forma a melhor corresponder às especificidades dos PMCQCE, e onde se inclui o reconhecimento e partilha do sucesso obtido.

O projeto foi implementado em duas clínicas de Hemodiálise (clínica A e clínica B), sendo que a identificação do problema ocorreu na clínica A. De modo a aumentar a amostra, a sua implementação alargou-se a ambas as clínicas, pertencentes à mesma empresa e com protocolos estruturais e de atuação semelhantes.

1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Após a reflexão sobre a prática de enfermagem e as necessidades dos utentes, na clínica A, e decorrente de um *brainstorming* realizado com a enfermeira chefe e equipa de enfermagem, foi identificada uma comunicação terapêutica ineficaz por parte da equipa, que poderá causar impacto nos utentes submetidos a hemodiálise. Segundo Sequeira (2016, p.183), “toda a comunicação tem impacto” e “todos os profissionais devem saber utilizá-la para maximizar o seu potencial terapêutico” e há que considerar que “cada pessoa tem uma história de vida e cada estímulo tem um significado diferente”. Num contexto de prestação de cuidados, a comunicação adotada deve ser respeitadora, individualizada e adequada às particularidades dos utentes.

Atendendo ao carácter crónico da doença renal, a OE (2016, p.27), reconhece a necessidade de os enfermeiros estarem especialmente atentos “(...) aos receios e dúvidas das pessoas doentes que vão iniciar tratamento” na unidade, assim como a necessidade de envolver a pessoa significativa/cuidador, “(...) que apoie o doente na sua adaptação ao tratamento”. Na consulta de acolhimento inicial, deve ser realizada uma colheita de dados do utente, de forma a haver um conhecimento holístico do mesmo, e é expectável que lhe sejam fornecidas informações, assim como à pessoa significativa/cuidador, relativas às “(...) diferentes fases de adaptação à doença (...)”, bem como às etapas do tratamento, “(...) referenciando as

complicações intra e interdialíticas e as relativas aos acessos vasculares” (2016, p. 28). A OE (2016, pp. 28-29), contempla ainda nos ensinamentos ao utente, a “Descrição e explicação sumária das possíveis alterações sociais relacionadas com a doença e o tratamento”, assim como de “(...) alterações físicas e emocionais nesta fase de mudança e adaptação nas suas atividades de vida diárias”. Não obstante de estas serem práticas adotadas no momento da admissão do utente no contexto referido, no decorrer do tempo, verifica-se que aspetos como a avaliação da adaptação do utente ao tratamento e a auscultação das alterações emocionais sofridas, tanto na fase inicial como ao longo do tempo ou em momentos de intercorrências, não são tidas em consideração e conseqüentemente, não são alvo de intervenção, estando o foco essencialmente no tratamento em si. No que concerne às atividades de vida diárias, quando se verificam alterações no nível de dependência, há intervenção junto dos utentes e famílias de modo a ir ao encontro das suas necessidades, configurando uma exceção aos aspetos mencionados. Constata-se assim uma prática profissional que tem essencialmente como foco o tratamento em si, com os aspetos tecnológicos a ele inerentes, e a execução de tarefas associadas à prestação de cuidados, não contemplando a vulnerabilidade dos utentes com insuficiência renal crónica (IRC) submetidos a hemodiálise. “Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana” (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO], 2005), respeitando a integridade das pessoas alvo das técnicas, conforme mencionado no Art. 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, relativo ao Respeito pela Vulnerabilidade Humana e Integridade Pessoal. O Decreto-Lei n.º 505/99 (1999, p.8269), que detalha os requisitos que as unidades de diálise devem cumprir, também menciona que compete aos enfermeiros “zelar pelo bem-estar dos doentes”, sendo este um bem-estar físico e psicológico/emocional, o que vai ao encontro do exposto no artigo 82 (Dos direitos à vida e à qualidade de vida), do CDE, que nos remete para o dever dos enfermeiros de “respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa” (OE, 2015, p.77).

No âmbito da relação com os doentes, na unidade de hemodiálise em questão (clínica A), verifica-se ainda com alguma regularidade a utilização de uma comunicação agressiva e não empática, por parte de alguns enfermeiros, considerando a pessoa essencialmente como o alvo da técnica que estão a executar. Destaca-se ainda a existência de pouca sensibilidade na comunicação das complicações com os acessos vasculares aos utentes e no que concerne às intercorrências intradialíticas. O estilo de comunicação agressiva caracteriza-se pela expressão direta de ideias de forma ameaçadora para os outros, pela “indiferença pelos sentimentos e direitos dos outros” e pela “desresponsabilização pelo próprio comportamento” (Sequeira, Pinho & Llobet, 2016, p.134). Segundo os mesmos autores, o que se pretende em

locais de prestação de cuidados é uma comunicação mais assertiva, aproximando-se das necessidades do outro e adequando-se ao contexto da interação (Sequeira, Pinho & Llobet, 2016).

A Comunicação é um foco CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) que consiste num “Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (ICN, 2016, p.47). Segundo o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), a comunicação é também uma das técnicas utilizadas pelos enfermeiros que visa a “manutenção e recuperação das funções vitais” (OE, 2015, p. 19).

A comunicação terapêutica consiste na utilização do conhecimento sobre a comunicação, estabelecendo uma relação terapêutica de confiança, e desenvolve-se com intencionalidade (Sequeira & Coelho, 2016a). Esta promove o bem-estar do utente, melhora o seu entendimento dos cuidados prestados e permite estabelecer uma relação terapêutica, que passa pela existência de confiança, empatia, respeito, aceitação, entre outros (Sequeira & Coelho, 2016a). Tem como objetivo principal aumentar a qualidade de vida dos utentes e procura que estes se sintam o centro dos cuidados, que são o mais importante para o profissional e que experimentem a liberdade de escolha sobre o que fazer face à situação de doença (Gefaell, 2007 *as cited in* Sequeira & Coelho, 2016a). Ao ser identificado como problema principal a comunicação terapêutica ineficaz, procurando a resolução do mesmo com a implementação deste projeto, e dada a sua relevância para o bem-estar dos utentes, conforme o exposto anteriormente, está a verificar-se a centralidade no utente.

Thomas (2006) e Teixeira (2004), referem que os problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes podem ter consequências como: “insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados prestados”, “comportamentos de adesão mais insatisfatórios”, “dificuldades no processo de adaptação à doença”, “erros de avaliação (...) por não se identificarem ou valorizarem queixas relacionadas com crises pessoais, dificuldades de adaptação e/ou psicopatologia” e erros de diagnóstico por um défice na qualidade da comunicação no momento de recolha de dados (Sequeira, Coelho & Gamez, 2016, p. 95). Ao intervir junto da equipa de enfermagem para responder ao problema identificado, serão produzidos ganhos em saúde, nomeadamente a existência de profissionais emocionalmente mais competentes e com mais competências comunicacionais, diminuindo os conflitos e permitindo-lhe gerir melhor aqueles que vão surgindo, aumentando conseqüentemente os níveis de satisfação dos utentes, a adesão ao tratamento e diminuindo os erros de diagnóstico, contribuindo para o reforço da segurança do doente.

O foco deste PMCQCE é a Comunicação e após a consulta do Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (OE, 2007), observa-se que Comunicação não faz parte deste documento. No âmbito dos cuidados especializados de ESMP não existe nenhum documento a esse nível.

A temática do projeto enquadra-se a nível conceptual naquilo que é uma prática especializada em ESMP, uma vez que a pessoa ao longo da vida se confronta “com inúmeros desafios, cujo sucesso na resolução reside nas suas capacidades de adaptação” e a “especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional (...) durante o processo de cuidar”, que “permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente” e contribui para a adequação das respostas da pessoa face aos problemas, encontrando novas soluções (Regulamento n.º 356/2015, p.17034).

A melhoria da comunicação terapêutica, com os utentes submetidos a hemodiálise, responde aos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Havendo um “respeito pelas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos do cliente” (Regulamento n.º 356/2015, p.17035), estabelecendo uma relação de confiança e de parceria com o mesmo, contribuir-se-á para aumentar os níveis de satisfação dos utentes e para promover o seu bem-estar e autocuidado. Ao promover um ambiente saudável e promotor da saúde mental destes utentes e ao constituírem-se como facilitadores do desenvolvimento de competências, como o sentir-se seguro, a autonomia, a adaptabilidade e a capacidade de lidar com stressores, os enfermeiros estarão, através da sua atitude e da comunicação adotada, a contribuir para a promoção da saúde dos utentes e para sua adaptação à doença e às intercorrências que daí decorrem (Regulamento n.º 356/2015). No que respeita ao enunciado descritivo “Organização dos cuidados de enfermagem”, integra-se o desenvolvimento deste PMCQCE numa procura da “excelência do exercício profissional”, contribuindo “para a máxima eficácia dos cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento n.º 356/2015, p.17037). Segundo Sequeira (2021b, p.80), “para tornar efetiva a comunicação terapêutica, o profissional deve utilizar um conjunto de técnicas específicas”, pelo que poderá haver formação contínua dos enfermeiros visando a melhoria do problema identificado, o que também se enquadra neste último enunciado descritivo. A temática do projeto enquadra-se ainda no enunciado descritivo “Relação Psicoterapêutica”, passando pela capacidade dos enfermeiros em relacionar-se com os utentes “a partir das necessidades manifestadas pelo cliente, mobilizando abordagens adequadas à situação” (Regulamento n.º 356/2015, p.17038).

2. PERCEÇÃO DO PROBLEMA

A IRC é uma doença cada vez mais prevalente e segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), referentes a 2019, existem 376713 utentes a nível nacional com IRC (INE, 2019). Nas Estatísticas da Saúde de 2020 (INE, 2022, p.14), é mencionado que “em 2021, 43,9% da população com 16 ou mais anos referia ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, mais 0,7 p.p. do que em 2020 (43,2%) e mais 2,7 p.p. do que em 2019 (41,2%)”. Nas mesmas estatísticas, em comparação com dados da União Europeia (UE) relativos a 2020, é referido que “Portugal era um dos cinco países em que a proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado era mais elevada, com proporções acima dos 40%” (INE, 2022, p.15). Em junho de 2022, constavam da Plataforma de Gestão Integrada da Doença – Módulo Insuficiência Renal (PGID) “12.426 utentes inscritos em tratamentos de hemodiálise”, de entre os utentes com IRC (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2022, p. 4).

A clínica de hemodiálise onde foi identificado o problema supramencionado (Clínica A), é uma clínica com uma dimensão considerável, em comparação com as restantes a nível nacional, prestando cuidados atualmente a 224 utentes com IRC, com uma média de idades de 71 anos. A Clínica B, por sua vez, é responsável pela prestação de cuidados a 172 utentes com IRC, com uma média de idades de 70 anos. Considerando as suas dimensões, por um lado o impacto do problema identificado será maior e por outro lado, intervindo no sentido de o minimizar ou solucionar, os ganhos serão de igual proporção, com um impacto a nível positivo nos utentes a quem são prestados cuidados, havendo a possibilidade de transpor a metodologia utilizada para outros contextos.

No sentido de compreender a relevância do problema, assim como as causas do mesmo e as intervenções possíveis, foi elaborada uma pergunta de investigação no formato PI[C]O: “Quais as competências comunicacionais promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz num grupo de enfermeiros em Hemodiálise?”. Quanto aos elementos PI[C]O da questão os participantes (P) são os enfermeiros de uma clínica de hemodiálise, como intervenção (I) define-se identificar as competências comunicacionais que promovem uma comunicação terapêutica eficaz, as comparações (C) não existem, o objetivo (O) do estudo é a promoção de uma comunicação terapêutica eficaz com os utentes submetidos a hemodiálise. No sentido de dar resposta à pergunta formulada, foi realizada uma pesquisa bibliográfica criteriosa, com recurso à plataforma EBSCO, nas bases de dados *Medline with full text*, *CINAHL Plus with full text* e *Academic Search Complete*, através do portal descoberta do Instituto politécnico de Leiria. Foram utilizados os descritores *Health communication*, *Nephrology nursing*, *Nurse care* e *Professional-patient relations* ou *Nurse-patient relations*, previamente submetidos à

verificação na plataforma *MeSH Browser (Medical Subject Headings)*. Dos artigos obtidos, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: artigos com texto completo disponível, analisados pelos pares, em idioma inglês e com datas entre janeiro de 2018 e janeiro de 2023 (últimos 5 anos). Da pesquisa resultaram 11 artigos, dos quais, após a leitura dos resumos, foram analisados 4. Foi também realizada outra pesquisa, com recurso à plataforma de pesquisa *EBSCO*, nas mesmas bases de dados e com os mesmos critérios de inclusão, mas com os descritores *Health communication*, *Nephrology nursing* e *Nurse care*, da qual foram analisados 2 artigos.

O estabelecimento de uma comunicação terapêutica eficaz em hemodiálise permite obter mais conhecimentos sobre os utentes e as suas necessidades, percebendo a singularidade de cada um, estabelecer uma relação empática com os mesmos e facilitar assim a relação terapêutica (Cousins, Bradshaw & Bonner, 2020). “Os resultados que podem ser obtidos com a utilização efetiva da comunicação terapêutica são variados, em função das situações e contextos, pois esta pode diminuir o stress, aumentar a adesão e/ou resultar numa experiência positiva para todos os envolvidos” (Tamparo & Lindh, 2008 *as cited in* Sequeira & Coelho, 2016a, p.99). Mas a concretização de uma comunicação terapêutica eficaz depende de diversos fatores e da interação que se estabelece entre os mesmos, sendo que cada um desses fatores contempla uma série de itens: o momento em que ocorre (escassez de tempo, estado emocional da pessoa, altura do dia em que ocorre, ...), o comportamento do profissional (linguagem técnica, subestimação da capacidade do doente entender a sua doença, postura de superioridade, afastamento/frieza afetiva, ...), o comportamento do doente (falta de compreensão pelos profissionais de saúde, dificuldade em expressar sintomas, utentes com dificuldades de expressão, estados ansiosos ou depressivos, ...), as características dos intervenientes (idade e sexo, classe social, personalidade, diferenças culturais e de valores, ...) e outros fatores (fatores físicos como fadiga, dor ou estado de saúde, fatores psicológicos como interesses, motivações, crenças, valores, sentimentos e emoções, experiências passadas, problemas de saúde mental tais como depressão e ansiedade, educação, ...) (Sequeira, 2016, pp. 78 - 80).

No contexto em questão e segundo a pesquisa bibliográfica realizada é possível identificar alguns desses fatores influenciadores da comunicação terapêutica, podendo constituir-se como causas para o seu estabelecimento ineficaz. Da IRC advêm outras comorbilidades, pelo que muitos dos utentes sob hemodiálise, “necessitam de internamentos hospitalares por problemas com dispositivos de acesso vascular. A infeção, a obstrução por coágulos e o deslocamento criam a necessidade de intervenções cirúrgicas adicionais”, não esquecendo a necessidade de uma resiliência e capacidade de adaptação face às intercorrências por parte

dos utentes (Weigel, Potter & Green, 2003). Esta trajetória complexa da doença renal crónica, também representa desafios profissionais e emocionais para a equipa de saúde (Axelsson, Lindberg & Persson, 2020). Para além disso, os enfermeiros em hemodiálise desenvolvem um relacionamento próximo com os utentes, uma vez que estes realizam tratamento três vezes por semana e há uma combinação única de características nesse relacionamento: uma relação prolongada no tempo, num ambiente tecnológico (Cousins, Bradshaw & Bonner, 2020). Não obstante dessa continuidade de cuidados poder contribuir para um fortalecimento da empatia, pode também promover o desenvolvimento de um “viés de comunicação de proximidade”, tornando a comunicação ainda mais difícil (Axelsson, Lindberg & Persson, 2020). A proximidade entre utentes e enfermeiros pode fazer com que os limites profissionais sejam ultrapassados e a manutenção de uma relação prolongada, exige um grande esforço emocional, estando associado a elevados níveis de fadiga de compaixão, esgotamento e trauma emocional (Karakoc et al., 2016; Vioulac et al., 2016; Doré et al., 2017 *as cited in* Cousins, Bradshaw & Bonner, 2020). As mesmas autoras mencionam que apesar de trabalharem num ambiente favorável e de estarem satisfeitos com o seu trabalho, os enfermeiros em contexto de hemodiálise apresentam altos níveis de *burnout* (Cousins, Bradshaw & Bonner, 2020), podendo a fadiga, o estado emocional dos enfermeiros e o facto de ser um contacto continuado e repetido, condicionar o estabelecimento da comunicação terapêutica.

No que diz respeito ao momento em que a comunicação com os utentes ocorre, é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros que, no âmbito da preparação do tratamento, o “(...) momento que antecede o início da sessão de hemodiálise gera ansiedade que pode ser manifestada de forma distinta por cada indivíduo” (OE, 2016, p. 56). Essa ansiedade é identificada como potenciadora de situações de conflito e a necessidade de consciencialização da mesma por parte da equipa de enfermagem, assim como a existência de estratégias de atuação, surge de modo a evitar esses mesmos conflitos. No que respeita diretamente aos utentes, reconhece-se que estratégias como a prática de exercício físico antes da sessão de diálise, por exemplo, têm resultados bastante positivos, não só no tratamento, mas também gestão de emoções e na qualidade de vida dos doentes (OE, 2016). Relativamente aos enfermeiros, essa consciencialização das características e necessidades dos utentes com IRC pode ser a primeira etapa para uma adequação das respostas a essas mesmas necessidades.

Relativamente às características dos intervenientes na comunicação, a maioria dos utentes, submetidos a hemodiálise, é idoso e frágil (no contexto em questão, com uma média de idades de 71 anos e com diversas comorbilidades) e adotam um papel passivo e de aceitação em relação ao tratamento, o que por vezes, faz com que não se oiça os utentes, adotando uma

atitude paternalista (Cousins, Bradshaw & Bonner, 2020). Esta atitude mais paternalista, de decisão sobre o cuidado do outro, pode desrespeitar a sua opinião e as suas crenças, enfraquecendo a sua autonomia. “O paternalismo surge a partir do conflito entre dois princípios da bioética principialista, a autonomia e a beneficência”, havendo interferência do profissional de saúde sobre a vontade da pessoa autónoma, mediante uma ação justificada com razões que objetivam beneficiar a pessoa (Silva, 2013, p.60). A descrença no valor da autonomia dos utentes, com a ação do paternalismo, aliada ao foco na técnica pode conduzir a uma atitude de imposição sobre o outro e de subestimação da sua capacidade para entender a sua doença, recorrendo-se a uma atitude mais autoritária. A adoção de um estilo mais autoritário pode comprometer a autonomia dos utentes e fazer com que estes se sintam pouco reconhecidos, escutados e respeitados (Sequeira, Pinho & Llobet, 2016).

Mas importa também referir a influência que as características pessoais dos enfermeiros têm no estabelecimento da relação terapêutica e de uma comunicação terapêutica eficaz, sendo que, para prestar cuidados de qualidade, todos os membros da equipa de diálise devem ter excelentes capacidades comunicacionais (Cheung et al., 2021). Shout & Zeelen (2010), citados por Pereira & Botelho (2014), identificaram qualidades pessoais que consideram vitais para o estabelecimento do contacto, como o altruísmo, possuir um certo grau de compaixão/solidariedade, a lealdade, o compromisso, a perseverança, atitude reflexiva, a flexibilidade, o otimismo, a diplomacia, a paciência, a criatividade e um certo grau de resistência ao stress. “Os prestadores de cuidados com sucesso tentam ligar-se à pessoa e ao seu mundo; procuram identificar qualidades e êxitos para os evidenciar e reconhecem a pessoa, utilizando uma abordagem centrada na pessoa.” (Shout & Zeelen, 2010 *as cited in* Pereira & Botelho, 2014). Uma abordagem humanista durante a prestação de cuidados e o reconhecimento dos utentes como pessoas, com todas as suas particularidades, promove uma relação terapêutica de respeito e confiança (Aasen *et al.* 2012; Pooley *et al.* 2015 *as cited in* Cousins, Bradshaw & Bonner, 2020). Segundo os mesmos autores, o recurso a competências avançadas de comunicação, empatia e compaixão durante a interação com os utentes, promove a satisfação dos mesmos (Pooley *et al.* 2015; Kim *et al.* 2016 *as cited in* Cousins, Bradshaw & Bonner, 2020). A relação terapêutica sai fortalecida quando os enfermeiros adotam uma atitude de não julgamento na comunicação com os utentes, verificando-se que estes também demonstram uma atitude de não julgamento para com os enfermeiros quando ocorrem intercorrências intradialíticas (como por exemplo, hematomas acidentais) (Kim *et al.*, 2016 *as cited in* Cousins, Bradshaw & Bonner, 2020).

Partindo da premissa de que todos os membros da equipa de Hemodiálise devem ter excelentes capacidades comunicacionais, Cheung et al. (2021) apresentaram um estudo

relativo à implementação de um programa de formação de competências comunicacionais (*NephroTalk*), em Harvard, com a utilização de recursos didáticos e dramatização para formar profissionais de nefrologia. O *NephroTalk* incluiu uma formação e-learning prévia, com avaliação posterior à visualização dos vídeos, através de questões de escolha múltipla, e um *workshop* de seis horas (Cheung *et al.*, 2021). O *workshop* contemplava uma primeira parte para desenvolvimento da competência de escuta ativa (através do ensino de competências de escuta não verbal – SOLER e de resposta à emoção, com recurso ao acrónimo *NURSE*) (Cheung *et al.*, 2021). Durante esta primeira parte houve realização de *roleplays*, solicitando também aos participantes para referirem uma competência que gostassem de praticar, de modo a personalizar o *feedback* aos mesmos (Cheung *et al.*, 2021). Numa segunda parte do *workshop*, foram desenvolvidas competências relativas à exploração de grandes perguntas, com recurso ao mapa de estradas 'AEIOU' e à exploração de valores (Cheung *et al.*, 2021).

A discussão do tema do projeto e da sua pertinência, com os elementos da equipa da clínica A, promoveu numa fase inicial, a curiosidade e o interesse na temática, assim como no plano de intervenção a desenvolver. Atento que esse seja um fator positivo para a sua implementação, uma vez que as mudanças começam com a consciencialização dos problemas identificados e o acolhimento por parte da equipa é promotor da mudança de comportamento e dos ganhos a obter na equipa. Num estágio de pré-contemplação, segundo o Modelo Transteórico de Mudança proposto por Prochaska e DiClemente, o problema identificado não era algo que fosse considerado e com a sensibilização para a temática, a mudança começa a ser ponderada (DiClemente, 2018).

3. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS INICIAIS

Partindo da identificação e perceção do problema, foram delineados os objetivos a atingir, que serviram como guia orientador do planeamento da investigação. Os objetivos do desenvolvimento deste PMCQCE são:

- Obter indicadores relativos às competências comunicacionais dos enfermeiros submetidos ao programa de intervenção;
- Promover uma comunicação terapêutica eficaz entre os enfermeiros, submetidos ao plano de intervenção, e os utentes com insuficiência renal crónica sob hemodiálise, numa perspetiva de um cuidado centrado no doente;
- Promover a capacidade de gestão das emoções nos enfermeiros;
- Propor um módulo de formação sobre Comunicação Clínica em Hemodiálise no programa de formação contínua da equipa de saúde com base nos resultados.

4. PERCEÇÃO DAS CAUSAS DO PROBLEMA

Conforme exposto anteriormente, uma comunicação terapêutica eficaz é determinante para a qualidade dos cuidados prestados e para que os utentes se sintam compreendidos, valorizados e respeitados, caminhando no sentido de uma mudança de paradigma com a prestação de cuidados humanizados.

Como tal, e dada a relevância do tema, importa sistematizar num diagrama de Causa-Efeito de Ishikawa ou Espinha de Peixe (Figura 1), as causas do problema em estudo (comunicação terapêutica ineficaz num grupo de enfermeiros de uma unidade de Hemodiálise), previamente identificadas na revisão bibliográfica realizada e no *brainstorming* executado com alguns elementos da equipa de enfermagem da clínica A.

O diagrama de Ishikawa é uma ferramenta, que ao sistematizar e organizar a informação acerca do problema identificado, permite investigar possíveis causas de um problema, fornecendo linhas orientadoras para a intervenção que procura solucioná-lo (Lélis, 2018 as cited in Inácio *et al.*, 2023).

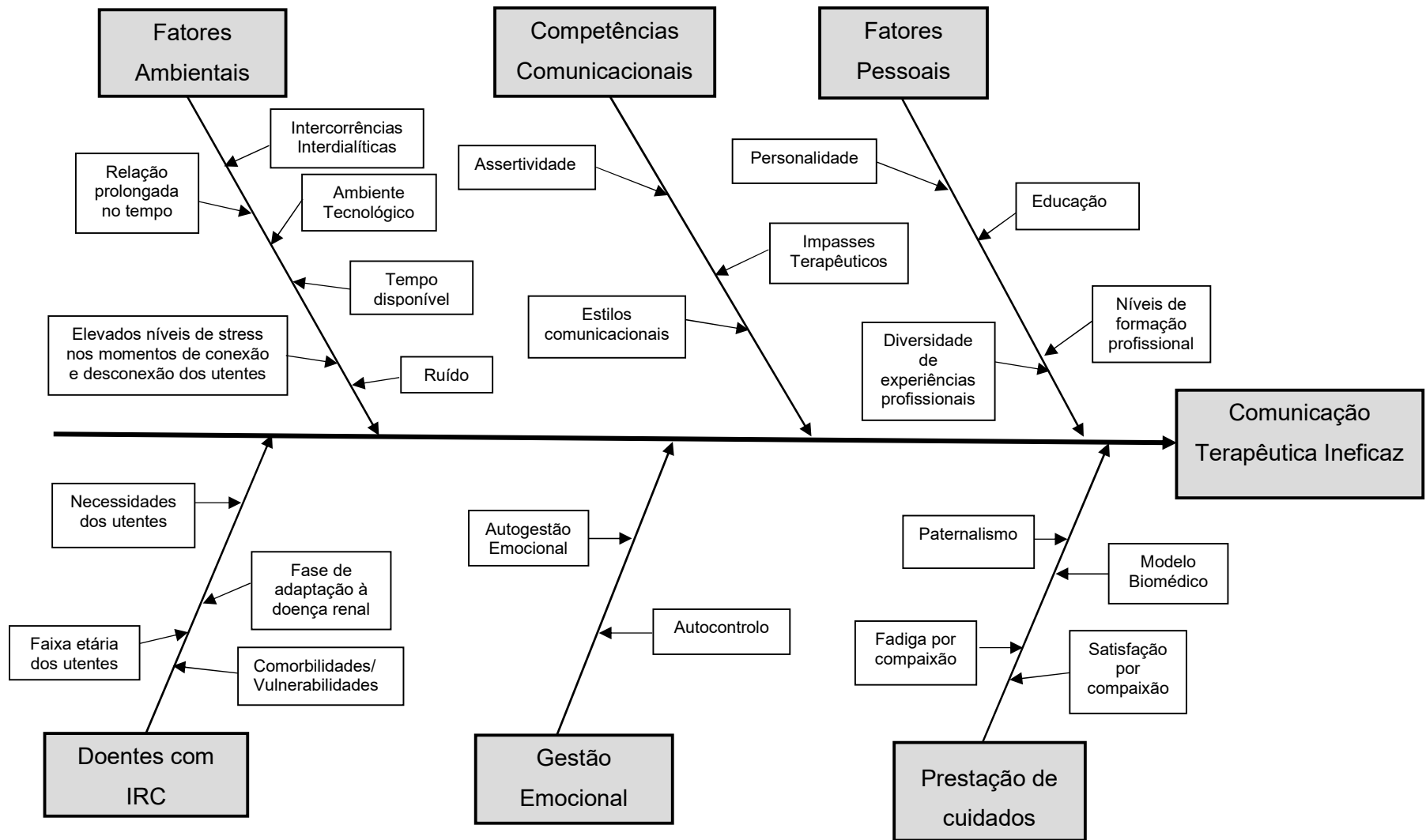


Figura 1 - Diagrama de Causa-Efeito de Ishikawa

Após a identificação das causas do problema em estudo, segue-se o desenvolvimento da *Check List* de Heather Palmer para avaliação da qualidade do presente PMQCCE.

Identificação da(s) Dimensão(s) em Estudo

As dimensões em estudo são a eficácia, a efetividade, a adequação técnico-científica e satisfação/aceitabilidade. A eficácia pressupõe a medição da “relação entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos” (OE, 2014, p.3). Resultados esses, que devem ser alcançados, com a melhor gestão de recursos possível (eficiência) ao longo do tempo, garantindo assim a efetividade. O projeto visa ainda a “produção de saberes técnico-científicos”, a partir da mobilização de “conhecimentos com características técnicas capazes de favorecerem/otimizarem os cuidados prestados”, assegurando a adequação técnico-científica (OE, 2014, p.4).

Com a implementação do projeto é expectável a satisfação do cliente e do profissional com o mesmo, como resultado da diferença entre “as expectativas do cliente em relação aos cuidados prestados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos” e da diferença entre “as expectativas do profissional em relação à qualidade do seu exercício profissional e a sua perceção sobre os resultados obtidos”, respetivamente (OE, 2014, p.4).

Unidades de Estudo

As unidades de estudo são os enfermeiros de duas clínicas de hemodiálise (clínica A e clínica B). Estes foram alvo de avaliação no período entre maio de 2023 e fevereiro de 2024, período em que decorreu o estudo.

Para realização do estudo, foi solicitada autorização à direção da empresa em questão, à qual pertencem ambas as clínicas, e aos respetivos enfermeiros chefes e diretores clínicos. No que concerne aos participantes, de modo a garantir a voluntariedade e autonomia dos mesmos, foi solicitada a assinatura de um consentimento informado, esclarecido e livre (APÊNDICE XXX), para participação no estudo de investigação, onde foi garantida a confidencialidade, o anonimato e o uso exclusivo dos dados recolhidos durante o estudo no contexto do mesmo. Foi ainda obtido o parecer favorável pela Comissão de Ética do Politécnico de Leiria (Parecer n.º CE/IPLEIRIA/58/2023 – ANEXO VII), para realização do PMQCCE, acautelando as questões éticas do estudo de investigação.

Tipos de Dados

No processo de melhoria contínua, é essencial a avaliação da qualidade em saúde, “nomeadamente em relação à avaliação de políticas, instituições e profissionais de forma a aumentar a credibilidade e valorização quer das organizações, quer dos seus intervenientes”

(Cerqueira, 2018, p.8). A avaliação da qualidade em saúde visa a identificação de oportunidades de melhoria, sendo para isso necessário a comparação e avaliação de metas, padrões, desempenho e expectativas (WHO, 2003). Como tal, importa definir indicadores, que são critérios que se constituem como uma base para monitorização da qualidade dos cuidados prestados, fornecendo às organizações uma base empírica para quantificarem, avaliarem e melhorarem a qualidade desses cuidados (Goes & Oliveira, 2022).

Donabedian sugere que a avaliação da qualidade em saúde implica compreender “a relação entre a estrutura, os processos e os resultados” (Cerqueira, 2018, p.9), uma vez que uma estrutura e utilização de processos adequados conduzem a bons resultados.

Nesse sentido, os dados obtidos neste projeto são para criação dos seguintes indicadores de Estrutura, Processo e Resultado:

Indicadores de Estrutura

- Existência de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental
- Questionário para caracterização da amostra
- Existência de critérios de qualidade (Grelha de Observação dos enfermeiros durante a prestação de cuidados)
- Escala de Inteligência Emocional de Schutte
- Questionário de Agressividade de Buss-Perry

Indicadores de Processo:

- Percentagem de enfermeiros a quem foi aplicado o programa de intervenção

Indicadores de Resultado:

- Modificação positiva no score da Escala de Inteligência Emocional de Schutte (EIES);
- Modificação positiva no score do Questionário de Agressividade de Buss-Perry, com diminuição do score da Agressividade;
- Modificação positiva na taxa de parâmetros observados com a grelha de observação;

Fontes de Dados

As fontes de dados referem-se às fontes utilizadas para o desenvolvimento e implementação do projeto. Para colheita de dados, recorreu-se ao sistema de Informação *Euclid* e foram aplicados os seguintes instrumentos: um questionário para caracterização sociodemográfica da amostra (APÊNDICE XXXI); a Escala de Inteligência Emocional de Schutte (EIES), validada para a população portuguesa por Vicente (2014) (ANEXO VIII); o Questionário de Agressividade de Buss-Perry (Cunha & Gonçalves, 2012) (ANEXO IX); e uma grelha de observação de intervenções promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz (APÊNDICE

XXXII). Para utilização das duas escalas mencionadas, foi previamente solicitada autorização aos respectivos autores, via email.

A Escala de Inteligência Emocional de Schutte (EIES) é uma escala baseada no modelo de Mayer e Salovey, de 1990, composta por 27 itens, distribuídos em 4 subescalas (Quadro 1) (Simões, 2021). Este instrumento utiliza uma escala tipo *likert* de 5 pontos (1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente), para avaliação dos seus itens.

A pontuação de cada subescala resulta da soma dos valores atribuídos a cada um dos seus itens. Os itens 3, 22 e 27 são cotados de forma inversa. A pontuação total é obtida pela soma dos valores das quatro subescalas. Considera-se que, quanto maior for a pontuação total, maior a IE do participante.

Quadro 1 - Subescalas e respetivos itens da EIES

Subescalas	Itens
Perceção das próprias emoções	1, 7, 9, 11, 14, 16, 17, 18, 25
Componente sociocognitiva das emoções	2, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 21
Perceção das emoções dos outros	13, 19, 20, 23, 24, 26
Dificuldade na compreensão das emoções	3, 22, 27

Fonte: Simões (2021)

O Questionário de Agressividade de Buss-Perry é um questionário composto por 29 itens, distribuídos em 4 subescalas (Quadro 2). Este instrumento utiliza uma escala tipo *likert* de 5 pontos (1 – Nunca ou quase nunca; 2 – Raramente; 3 – Regularmente; 4 – Frequentemente; 5 – Sempre ou quase sempre), para avaliação dos seus itens. A pontuação de cada subescala resulta da soma dos valores atribuídos a cada um dos seus itens. Os itens 7 e 18 são cotados de forma inversa. A pontuação total é obtida pela soma dos valores das quatro subescalas. Considera-se que, quanto maior for a pontuação total, maior a agressividade do participante.

Quadro 2 - Subescalas e respetivos itens do Questionário de Agressividade de Buss-Perry

Subescalas	Itens
Agressividade Física	2, 5, 8, 11, 13, 16, 22, 25, 29
Agressividade Verbal	4, 6, 14, 21, 27
Raiva	1, 9, 12, 18, 19, 23, 28
Hostilidade	3, 7, 10, 15, 17, 20, 24, 26

Fonte: Cunha & Gonçalves (2012)

Tipo de Avaliação

A projeto terá uma avaliação interna e externa. A avaliação interna será através de autoavaliação, com o objetivo de validar o cumprimento dos objetivos. A avaliação externa será realizada por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiátrica, sem vínculo ou subordinação às clínicas onde decorre a implementação do projeto (OE, 2014).

Critérios de Avaliação

Os critérios de avaliação definidos são explícitos – normativos (Quadro 3).

Quadro 3 – Critérios de avaliação explícitos

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
A Escala de Inteligência Emocional de Schutte (EIES) e o questionário de Agressividade de Buss-Perry, assim como a grelha de observação devem ser aplicados antes da intervenção, após a implementação de metade do programa de intervenção e após a mesma, a todos os participantes do projeto (grupo de caso e grupo de controlo).	Enfermeiros que recusem participar no programa de intervenção	Levantamento realizado verbalmente
A grelha de observação deve ser aplicada no momento da conexão dos utentes.		
A participação em cada uma das fases do programa está dependente da participação na(s) fase(s) anterior(es).		

Quem colhe os dados e como

A colheita de dados é da responsabilidade do enfermeiro dinamizador do projeto. Quanto à periodicidade, o questionário para caracterização da amostra foi aplicado uma única vez antes da implementação do programa de intervenção. Relativamente aos restantes instrumentos, foram aplicados em três momentos (antes, durante e após a intervenção).

A implementação dos questionários foi realizada através da plataforma *Google Forms* nos três momentos, tendo sido recolhidos os emails dos participantes aquando da assinatura dos consentimentos informados.

Relação Temporal

A avaliação do projeto é uma avaliação prospetiva, em que se planeia o estudo no presente, seguindo com o mesmo para o futuro (OE, 2014).

Definição da população e seleção da amostra

A população em estudo são os enfermeiros a exercer funções nas clínicas A e B. A amostra selecionada é de base institucional, sendo constituída por todos os enfermeiros a exercer funções nas clínicas de hemodiálise em questão, entre maio de 2023 e fevereiro de 2024. É critério de exclusão os enfermeiros a exercer funções como profissionais liberais. Trata-se de uma amostra não aleatória por acessibilidade, uma vez que os participantes foram selecionados por integrarem a equipa de enfermagem dos locais a aplicar o PMCQCE. No entanto, dos 33 profissionais disponíveis, 9 profissionais recusaram participar no estudo.

Na caracterização dos dados sociodemográficos (Tabela 1), verificaram-se a moda (Mo), a média (M), a mediana (Me), o máximo (Max), o mínimo (Min), o desvio padrão (DP) e os quartis (Q). A amostra era constituída por 24 participantes, pertencendo 15 à clínica A e 9 à clínica B, e foi dividida, de modo aleatório, em grupos de caso (n=11; 7 da clínica A e 4 da clínica B) e grupos de controlo (n=13; 8 da clínica A e 5 da clínica B).

Recorrendo ao *software SPSS Statistics* (versão 29.0), procedeu-se à análise descritiva e inferencial dos dados obtidos. No que se refere à análise descritiva das variáveis quantitativas, os participantes têm idades compreendidas entre 27 e 43 anos, com uma média de 33,67 ($\pm 4,198$). No que concerne aos anos de serviço, estão compreendidos entre 2 e 15 anos ($9,04 \pm 3,782$). Na análise descritiva das variáveis qualitativas, verifica-se que todos os elementos da amostra têm formação académica ao nível da licenciatura, 83,3% já teve outras experiências profissionais, que não em serviços de hemodiálise e que nenhum dos participantes tem formação complementar na área da comunicação.

Tabela 1 - Caracterização da Amostra

	Clínica A		Clínica B		Total	
Variáveis Quantitativas						
	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	34,07	4,061	33,00	4,583	33,67	4,198
Anos de Serviço	9,07	3,770	9,00	4,031	9,04	3,782
Variáveis Qualitativas						
	N	%	N	%	N	%
Formação Académica						
Licenciatura	15	100	9	100	24	100
Experiência Profissional						
Apenas em Hemodiálise	4	26,7	1	11,1	4	16,7
Outros serviços	11	73,3	8	88,9	20	83,3
Formação em Comunicação						
Não	15	100	9	100	24	100

Tipo de Intervenção Prevista – Medidas corretivas passíveis de ser usadas

Medidas Educacionais: Intervenção socioterapêutica para mudança de comportamento da equipa de enfermeiros alvo de intervenção; atividades psicoterapêuticas, com recurso a *roleplays*, para treino da assertividade e de controlo de impulsividade; atividades psicoeducacionais sobre particularidades dos utentes com insuficiência renal crónica, procurando sensibilizar o grupo de participantes para as necessidades dos utentes e o impacto da comunicação terapêutica nos mesmos;

Medidas Estruturais: Padrão comunicacional com medidas a adotar nas clínicas; sugestão de integração de um módulo de formação no plano de formação contínua da equipa de enfermeiros da clínica, na plataforma *e-learning* já existente;

5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES

De modo a sistematizar e organizar a implementação do projeto, com vista a alcançar os objetivos previamente definidos, foi construído um cronograma onde é possível compreender a distribuição das diversas atividades inerentes ao projeto ao longo do tempo (APÊNDICE XXXIII).

O programa de intervenção foi estruturado em 8 sessões, realizadas semanalmente, em cada uma das clínicas, com uma duração de 45 a 60 minutos cada uma. As sessões eram dirigidas aos participantes do grupo de caso, previamente selecionados. Foram dinamizadas pelo enfermeiro formando da especialidade em ESMP, responsável pelo projeto, com supervisão de um EEESMP, mais particularmente pelo docente orientador.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, o desenvolvimento de um programa de intervenção “é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE)” (Regulamento n.º 356/2015, p.17034). Nesse sentido, com os contributos da evidência científica e após o reconhecimento das necessidades do grupo-alvo, foi delineado um plano de intervenção (APÊNDICE XXXIV) que pretende dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados.

O foco de enfermagem identificado aquando do reconhecimento do problema onde intervir neste projeto, foi a Comunicação. Não obstante, sabendo que as capacidades comunicacionais dos profissionais são influenciadas pelas suas competências profissionais, interpessoais e pelo seu autoconhecimento, as temáticas das sessões procuraram abranger essas três vertentes, com vista ao desenvolvimento de processos comunicacionais eficazes e alinhados com um cuidado centrado no doente. Como tal, as sessões abordaram temas como o impacto da comunicação no outro, os estilos comunicacionais, a autorregulação emocional e a empatia, assim como a assertividade e os impasses terapêuticos.

O programa desenvolvido é um programa de base socioterapêutica, que “assenta numa compreensão dialética da pessoa enquanto sujeito inserido numa comunidade/sociedade” (Cavanagh, 2021 *as cited in* OE, 2023b, p.3). Consiste num tipo de intervenção que tem como foco um grupo e se centra na “interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interações familiares, profissionais ou outras” (Regulamento n.º 356/2015, p.17040). O programa é dirigido a um grupo de enfermeiros, visando a melhoria dos cuidados prestados aos utentes. No decorrer das sessões foram mobilizadas técnicas de

base psicoterapêutica e psicoeducacional. Segue-se uma breve referência a cada uma das sessões realizadas.

Numa sessão 0, procedeu-se à leitura e assinatura dos consentimentos informados e iniciou-se a colheita de dados (avaliação inicial). Foram aplicados a Escala de Inteligência Emocional de Schutte e Questionário de Agressividade de Buss-Perry e realizada a observação dos participantes aquando da conexão dos utentes, com registo da grelha de observação.

As 6 sessões subsequentes, abordaram as seguintes temáticas:

- Sessão 1 - Comunicação e o seu impacto (“Labirintos Comunicacionais”);
- Sessão 2 – Estilos comunicacionais (“Sabes como comunicas?”);
- Sessão 3 – Autorregulação Emocional (“Comunicar com emoções”);
- Sessão 4 – Empatia (Terapia pela Arte centrada na empatia - “E se fosse eu? Como me sentia?”);
- Sessão 5 – Assertividade (“Expressar sem Agredir”);
- Sessão 6 – Impasses Terapêuticos;

Na sessão 7 (“E agora? Como vamos comunicar?”), em reflexão com os participantes, identificaram-se algumas práticas que os participantes consideraram passíveis de adotar na sua comunicação com o outro, procurando definir um novo padrão comunicacional. Seguiu-se a sessão 8 (Sessão de encerramento), onde foi apresentado o padrão comunicacional resultante da sessão anterior e obtida a perceção dos participantes acerca do programa de intervenção.

Sessão 1 - Comunicação e o seu impacto (“Labirintos Comunicacionais”)

A comunicação é “um processo dinâmico, complexo e permanente, por meio do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com a finalidade de compreenderem e serem compreendidos pelos outros” (Sequeira, 2016, p.2). O primeiro axioma da comunicação diz que “é impossível não comunicar” (Sequeira, 2016). Podemos fazê-lo através da comunicação verbal e não verbal, determinando o impacto que tem no outro e a interpretação que é dada ao que é transmitido. Apenas 7% da informação é transmitida por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais, demonstrando assim a relevância da comunicação não verbal no ato comunicacional (Stuart, 2021).

A comunicação deve ter em consideração o respeito pela individualidade, vulnerabilidade e necessidades dos utentes, conduzindo-nos assim a um cuidado mais humanizado, em que o

cuidar é processo de cooperação, baseado na perspectiva dos utentes (perspetivas e necessidades), sendo eles envolvidos na tomada de decisões e considerando o contexto psicossocial onde estão inseridos (Jorge & Carvalheiro, 2021).

Não obstante das várias formas possíveis de comunicar, é a comunicação terapêutica que permite um cuidado centrado no utente, sendo fundamental desenvolver competências a este nível.

Sessão 2 – Estilos comunicacionais (“Sabes como comunicas?”)

Um estilo comunicacional refere-se a uma forma de comunicação, a um estilo adotado na forma de comunicar. Da mesma forma que percebemos as mensagens que nos são dirigidas diferentemente consoante as nossas experiências e vivências, também a forma como comunicamos vai ser diferente consoante essas mesmas experiências e consoante a nossa personalidade. Existem diferentes estilos de comunicação que podemos adotar e nenhum é mais correto que o outro. O estilo comunicacional deve ser utilizado em função do objetivo da interação (Sequeira, Pinho & Llobet, 2016). Embora se possam adotar diferentes estilos, cada pessoa tem um estilo que é predominante e importa que o consiga identificar, no sentido de potenciar os seus aspetos positivos e/ou minimizar o impacto negativo no outro (Sequeira, Pinho & Llobet, 2016).

Os estilos de comunicação abordados na sessão foram: estilo assertivo, estilo passivo, estilo manipulador, estilo agressivo e estilo orientado para as tarefas, numa abordagem psicoeducacional. Foram mencionados os benefícios e consequências de cada um dos estilos, com promoção da autoconsciencialização de cada um dos participantes relativamente ao seu estilo comunicacional predominante.

Sessão 3 – Autorregulação Emocional – “Comunicar com emoções”

A autorregulação emocional é determinante para uma melhor comunicação. A Teoria Polivagal de Stephen Porges veio contrariar a crença de que o sistema nervoso autónomo funcionava entre os estados de stress e relaxamento, como resposta à presença ou ausência de ameaça, respetivamente (Rosenberg, 2021). Segundo esta teoria, a atividade de cinco nervos cranianos (o ramo ventral do nervo vago e as vias dentro dos nervos cranianos V, VII, IX e XI) “apoia um estado que permite a interação social, a comunicação e os adequados comportamentos calmantes” (Rosenberg, 2021, p.33). Quando a pessoa se sente segura, é possível alcançar um estado fisiológico facilitador de comportamentos de desenvolvimento

social espontâneos (Rosenberg, 2021). Assim, é importante que durante a comunicação haja a capacidade de identificação das emoções e autorregulação, gerando pistas de segurança. Por exemplo, se um utente eleva a voz durante a comunicação com o profissional de saúde, se este ajustar o volume da sua voz à do utente, irá gerar mais pistas de ameaça.

Nesta sessão, recorreram-se numa fase inicial, a atividades psicoterapêuticas, promovendo o autoconhecimento com reconhecimento de emoções e gestão das emoções durante a comunicação com promoção do autocontrolo. As atividades psicoterapêuticas consistem na “execução de técnicas de psicoterapia com o objetivo de assistir a pessoa a ajustar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais na direção que se considere desejável” (OE, 2023b, p.1).

Como intervenções psicoterapêuticas realizadas por um EEESMP, visam dar resposta a diagnósticos de enfermagem, sendo neste caso direcionadas para o foco Autocontrolo Comprometido. “O autocontrolo é considerado a aptidão na reunião de esforços cognitivos e comportamentais na gestão de situações específicas, proporcionando um maior controlo emocional e conforto psicológico” (Leite, 2016 *as cited in* Silva, 2019, p.66). Segundo o ICN (2016, p.42), o autocontrolo é um tipo de volição em que são tomadas disposições “para cuidar do necessário para a sua própria manutenção, para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida”. De acordo por Johnson, Maas & Moorhead (2008), citados por Freitas & Mendes (2021, p.196), o autocontrolo “diz respeito aos resultados que descrevem a capacidade de uma pessoa para conter o comportamento que pode ser física ou emocionalmente danoso a si ou a terceiros”, de conter os impulsos.

A capacidade de autocontrolo da impulsividade está diretamente relacionada com as suas competências de gestão emocional. Segundo Goleman (2022, p.28), as reações impulsivas devem-se a um “sequestro” da amígdala, “desencadeando uma reação momentos antes que o neocórtex, o cérebro pensante, tenha a possibilidade (...) de decidir se é ou não uma boa ideia”. Com o treino de autocontrolo, pretende-se atingir um equilíbrio entre a amígdala e as suas interações com o neocórtex, corresponsáveis pela IE (Goleman, 2022).

Recorreram-se à técnica PROARR (Parar, relaxar, observar, analisar, refletir, responder) (Queirós, 2014) que promove o autocontrolo em situações emocionais extremas. Numa perspetiva cognitivo-comportamental, foi treinada a estratégia de resolução de problemas, em ambiente terapêutico, partindo de uma situação real identificada pelo grupo e realizando um levantamento de alternativas de reação, assim como as vantagens e desvantagens de cada uma das opções (Caballo, 2008). Os participantes foram incentivados a praticar a estratégia

de resolução de problemas em situações profissionais, sociais e interpessoais fora do ambiente terapêutico, seguida de avaliação dos resultados.

Sessão 4 – Empatia (Terapia pela Arte centrada na empatia - “E se fosse eu? Como me sentia?”)

Alinhado naquilo que é um cuidado centrado no doente, respeitando a sua individualidade e vulnerabilidade, é necessário cumprir alguns requisitos, nomeadamente ao nível dos atributos/características dos enfermeiros. Para além das competências comunicacionais, importa desenvolver o autoconhecimento e competências interpessoais, que nos conduz ao conceito de empatia.

“Empatia é a capacidade de um indivíduo entender e responder de forma adequada às emoções dos outros, de comunicar emocionalmente e promover um comportamento pró-social” (Spreng, McKinnon, Mar, & Levine, 2009 *as cited in* Alarcão & Fonseca, 2020, p.116). É uma resposta que exige a capacidade de “compreender a realidade do outro, aceitando-o e respeitando-o, independentemente de simpatizarmos com ele ou não e de concordarmos ou não com os seus interesses, ideias e valores” (Alarcão & Fonseca, 2020, p.119). Capacidade essa que carece da presença de fatores como a “combinação entre emoção e habilidades cognitivas, da forma como somos capazes de usar o autocontrolo, as características da personalidade e, mais importante, de fatores relacionais específicos”. (Alarcão & Fonseca, 2020, p.118).

Numa atitude empática, os profissionais de saúde devem aceitar os utentes com perspetivas, valores e culturas diferentes das suas (sem juízos de valor), escutá-los, fazendo com que se sintam o centro dos cuidados, com atenção à sua comunicação verbal e não verbal, e agir no sentido de satisfazer as necessidades manifestadas (Alarcão & Fonseca, 2020).

Na presente sessão, iniciou-se com a definição de conceitos, com partilha da perceção dos participantes sobre o mesmo, numa perspetiva psicoeducacional, seguindo-se a visualização de um filme que aborda esta temática. A utilização do cinema como mediador terapêutico conduz a um aumento da compreensão dos próprios padrões comportamentais, assim como da compreensão e expressão de emoções, a partir das transformações sofridas pelas personagens da história (Hesley & Hesley, 1998 *as cited in* Lopes, 2020). Segundo Lopes (2020, p. 5), “(...) por meio da identificação com personagens ou situações vivenciadas nas produções cinematográficas (...)”, a pessoa alvo de cuidados percebe, analisa e reflete acerca das “semelhanças com os seus próprios problemas e o seu modo de ser”, o que facilita o

desenvolvimento de estratégias de *coping*, “de habilidades sociais, de flexibilização de crenças, de regulação de emoções e autocontrole”. Nesse sentido, concluiu-se a sessão com o preenchimento de uma reflexão pós-visualização do filme (APÊNDICE XXXV) e a partilha de percepções e reflexões sobre o mesmo.

Sessão 5 – Assertividade “Expressar sem Agredir”

A assertividade é a “capacidade de expressar/defender uma determinada ideia, de forma clara, sem agressividade, sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros” (Grilo, 2012 *as cited in* Sequeira & Coelho, 2016b, p.112). Não consiste em apenas expressar o que se pensa, mas sim fazê-lo adequando ao contexto e às necessidades do contexto, com respeito pelo outro (Sequeira & Coelho, 2016b). A adoção de uma comunicação assertiva implica que o profissional tenha um conhecimento sobre os seus direitos e deveres, mas também “a capacidade crítica para antever as consequências de expressar o que pensa e sente, numa dada situação” (Sequeira & Coelho, 2016b, p.112).

Dado que o programa de intervenção visa promover uma comunicação terapêutica eficaz, reduzindo o impacto negativo da comunicação dos enfermeiros, é determinante que estes estejam capacitados para adequar a sua comunicação, com recurso às técnicas de comunicação verbal e não-verbal, indicadas em cada situação e consoante as necessidades dos utentes.

Esta sessão tinha como objetivo o desenvolvimento de competências de comunicação assertiva, capacitando os profissionais para responder às necessidades dos utentes, numa atitude de respeito para com eles. A estratégia adotada passou por uma abordagem psicoeducacional com referência a algumas técnicas de assertividade existentes, seguida de um exercício de identificação de respostas assertivas possíveis. Foram abordados alguns tipos de respostas assertivas, como a assertividade básica, assertividade escalonada, asserção empática, asserção de confronto e mensagem do Eu, assim como outras técnicas (disco riscado, técnica do ignorar, mudar de assunto, pergunta assertiva) (Querido, Tomás, Laranjeira, Carvalho & Valentim, 2020; Sequeira & Coelho, 2016b)

Foi ainda dinamizada uma dinâmica de *role-playing*⁷ para treino da assertividade, enquanto atividade de âmbito psicoterapêutico, com recurso à discussão, modelagem e desempenho de papéis (Sequeira & Coelho, 2016b). Segundo a Classificação das Intervenções de

⁷ O *role-playing* é uma “técnica que permite vivenciar uma determinada experiência em ambiente controlado” (Sequeira & Sampaio, 2021, p.194).

Enfermagem (NIC), o treino de assertividade consiste no “auxílio na expressão efetiva dos sentimentos, necessidades e ideias, ao mesmo tempo que respeita os direitos dos outros” (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010, p.107). “No trabalho de melhoria da comunicação assertiva, o *role-playing* pode ajudar o utente a controlar a ansiedade potencial nas relações interpessoais”, diminuindo o impacto negativo da sua comunicação nas mesmas (Sequeira & Sampaio, 2021, p.194).

Sessão 6 – Impasses Terapêuticos

Os impasses terapêuticos consistem num impedimento ou dificuldade na relação, durante o processo terapêutico (Safran, Muran & Shaker, 2014). Os papéis do enfermeiro e do utente devem estar bem definidos e as necessidades de um não se devem confundir com as do outro, sob pena de haver um desencontro entre a pessoa e o terapeuta (Stefanelli, Fukuda & Arantes, 2008). Tratando-se de algo que pode interferir na relação terapêutica, importa que os profissionais se consciencializem da sua existência e de que forma impactam nos processos comunicacionais. Perante o seu reconhecimento, podem desenvolver estratégias, para que não interfiram na relação terapêutica, muito associadas à gestão de emoções.

À semelhança da sessão anterior, esta foi iniciada com uma abordagem psicoeducacional, em que se mencionaram os impasses terapêuticos existentes, como a resistência, a transferência e a contratransferência. A resistência “consiste numa reação que se caracteriza por uma relutância natural ou defesa por parte do paciente [...] quando se reconhece a necessidade de mudança”; “normalmente acontece durante a relação terapêutica, no período em que a maior parte dos problemas é resolvida” (Sequeira, 2016c, p.146). No que toca à transferência, é iniciada pelo utente e dirigida ao profissional, e “é uma resposta inconsciente em que o paciente associa sentimentos e atitudes do profissional de saúde a pessoas com um papel significativo na sua vida” (Sequeira, 2016c, p.147). A contratransferência, por sua vez, é criada pelo profissional e trata-se de uma “resposta emocional específica dada pelo profissional [...] que não é justificada por factos reais, mas sim por um conflito prévio” (Sequeira, 2016c, p.147). A presença de contratransferência pode manifestar-se de diferentes formas, nomeadamente: “dificuldade em simpatizar ou desenvolver empatia com o doente”; “demasiada aproximação ou hostilidade para com o doente”; “desenvolvimento de uma comunicação agressiva com o doente (imposição de autoridade)”; “excessivo envolvimento com o utente (podendo chegar a um envolvimento social)”; e “possibilidade de desenvolver excitação ou fantasias sexuais com o doente” (Sequeira, 2016c, p.147).

Pelas manifestações/consequências das contratransferências, destaco a relevância de trabalhar esta temática com os participantes, reforçando a necessidade de aprofundarem o seu desenvolvimento pessoal, com um aumento do autoconhecimento. Os enfermeiros devem conhecer-se naquilo que são as suas características pessoais e emoções, identificando o modo como podem facilitar ou inibir a relação terapêutica, recorrendo a elas com intencionalidade terapêutica (Pereira & Botelho, 2014).

6. VERIFICAR OS RESULTADOS

A avaliação dos resultados ocorreu em três momentos distintos. O primeiro momento (M1) realizou-se antes da intervenção e o segundo momento (M2) realizou-se após a quarta sessão, tendo sido abordados temas como a comunicação e o seu impacto, os estilos comunicacionais, a autorregulação emocional e a empatia. O terceiro momento (M3), realizou-se após a intervenção, sendo que entre M2 e M3 foram abordados os temas da assertividade e impasses terapêuticos e foi definido um novo padrão comunicacional com os participantes.

Tratando-se de uma amostra inferior a 50 ($n=24$), recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk para determinar a normalidade da distribuição das variáveis quantitativas (idade e anos de serviço), tendo sido obtido um $p=0,208$ e $p=0,366$, respetivamente. Assim, constata-se que tanto a idade como os anos de serviço são variáveis que seguem uma distribuição normal ($p>0,05$). As restantes variáveis quantitativas, referentes à EIES e ao Questionário de Agressividade de Buss-Perry, seguem também uma distribuição normal, com exceção das variáveis 'Agressividade verbal' ($p=0,010$), em M1, e 'Perceção das emoções dos outros' ($p=0,018$), em M3 (Tabela 2).

Tabela 2 - Teste de Normalidade

INSTRUMENTO	VARIÁVEIS	M1 (p)	M2 (p)	M3 (p)
Escala de Inteligência Emocional de Schutte	Perceção das próprias emoções	0,475*	0,467*	0,228*
	Componente sociocognitiva das emoções	0,730*	0,822*	0,770*
	Perceção das emoções dos outros	0,254*	0,197*	0,018
	Dificuldade na compreensão das emoções	0,090*	0,248*	0,091*
	Inteligência Emocional	0,100*	0,656*	0,668*
Questionário de Agressividade de Buss-Perry	Agressividade física	0,075*	0,377*	0,342*
	Agressividade verbal	0,010	0,295*	0,200*
	Raiva	0,520*	0,542*	0,596*
	Hostilidade	0,336*	0,494*	0,355*
	Agressividade	0,267*	0,649*	0,093*

Legenda: M1 - Momento 1; M2 - Momento 2; M3 – Momento 3; * distribuição normal ($p>0,05$)

Com a análise descritiva das variáveis, constatou-se que a amostra é homogénea em relação à idade e aos anos de serviço. Através da comparação de variáveis atributo, como a idade e anos de serviço, com as variáveis em estudo (IE, agressividade e respetivas dimensões), com recurso à correlação de Spearman, apurou-se ainda que a idade e os anos de serviço não influenciam ($p>0,05$) os níveis de IE nem os níveis de agressividade dos participantes.

Perante a distribuição não normal observada numa das variáveis em M1, recorreu-se a testes não paramétricos (teste de *Mann Whitney*) para analisar as diferenças estatísticas existentes nas variáveis relativas à IE e agressividade, nos dois grupos (caso e controlo). Verificou-se que os grupos apresentam homogeneidade em relação à agressividade e no âmbito da IE, apuraram-se diferenças significativas na dimensão 'Perceção das emoções dos outros' ($p=0,041$), sendo mais elevada no grupo de caso ($M=15,73$) que no grupo de controlo ($M=9,77$).

Em M2, tratando-se de uma distribuição normal, recorreu-se ao teste *t-student* para analisar as variáveis, relativas à inteligência emocional (IE) e agressividade, nos dois grupos (caso e controlo), neste segundo momento. Ao nível da IE observou-se diferenças entre os grupos, nomeadamente nas dimensões 'Componente sociocognitiva das emoções', com média mais elevada no grupo de caso ($M=36,91$; $M=33,15$; $p=0,040$), e 'Perceção das emoções dos outros', também mais elevada no grupo de caso ($M=23,00$; $M=19,85$; $p=0,013$). No que concerne à agressividade, não se verificam diferenças entre os grupos.

Perante a distribuição não normal observada numa das variáveis em M3, utilizou-se o teste de *Mann Whitney* para analisar as diferenças estatísticas existentes nas variáveis, relativas à IE e agressividade, em ambos os grupos. Apuraram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão 'Componente sociocognitiva das emoções' da IE, com média mais elevada no grupo de caso ($M=16,50$; $M=9,12$; $p=0,009$). Quanto à agressividade não foram identificadas diferenças.

Recorreu-se a testes não paramétricos (teste de *Wilcoxon*) para comparação dos resultados nos diferentes momentos de avaliação (Tabela 3). Entre M1 e M2, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão 'Agressividade física' ($p=0,027$), no grupo de caso, com aumento da média de 12,64 para 15,00, não tendo sido observadas diferenças no grupo de controlo. Relativamente às dimensões da IE, apurou-se uma melhoria na dimensão 'Dificuldade na compreensão das emoções', tanto no grupo de caso ($p=0,007$) como no grupo de controlo ($p=0,007$), com diminuição da média de 10,82 para 6,46 e de 10,62 para 7,54, respetivamente. No grupo de controlo, apurou-se também uma diminuição da 'Inteligência Emocional' ($p=0,008$), com diminuição da média de 98,08 para 94,64.

Entre M2 e M3, verificou-se uma regressão, em ambos os grupos, na dimensão 'Dificuldade na compreensão das emoções', com aumento da média de 6,46 para 11,27 no grupo de caso ($p=0,007$) e de 7,54 para 10,08 no grupo de controlo ($p=0,028$). No grupo de caso, apurou-se uma melhoria da 'Inteligência Emocional' ($p=0,014$) e das suas três restantes dimensões, com aumentos das médias, embora não fossem estatisticamente significativas. No que concerne ao grupo de controlo e às dimensões da IE, para além da regressão na 'Dificuldade na

compreensão das emoções', melhorou a 'Percepção das emoções dos outros' ($p=0,016$), com aumento da média de 19,88 para 21,15. Não se apuraram diferenças significativas ao nível da agressividade, em qualquer um dos grupos.

Numa relação entre os resultados obtidos entre M1 e M3, não se constatarem diferenças estatisticamente significativas no grupo de controlo, relativas à IE e agressividade e respetivas dimensões. Já no grupo de caso, verificou-se uma melhoria da componente sociocognitiva das emoções ($p=0,041$), enquanto dimensão da IE, com aumento da média de 36 para 38,73. A componente sociocognitiva das emoções corresponde à componente de facilitação emocional do pensamento, segundo o modelo de Mayer e Salovey, que envolve o processamento cognitivo das emoções, numa procura de resolução de problemas (Bueno, Correia, Abacar, Gomes, & Júnior, 2015). As sessões realizadas, procuraram promover a par do desenvolvimento de competências comunicacionais, a identificação, compreensão e gestão das emoções. As dinâmicas realizadas e as partilhas que ocorreram durante as sessões tiveram como base a técnica de resolução de problemas, procurando estabelecer uma relação entre todas essas vertentes.

Apesar das diferenças relativas às variáveis IE e agressividade não serem significativas entre M1 e M3, é possível observar no gráfico 1, um aumento mais acentuado da IE no grupo de caso. No que toca à agressividade, embora esta tenha aumentado em ambos os grupos entre M1 e M2, entre M2 e M3 manteve-se constante no grupo de caso, enquanto no grupo de controlo se manteve o aumento da mesma (Gráfico 2).

Os dados resultantes das observações foram igualmente analisados, de modo a constatar as diferenças no recurso a intervenções/técnicas promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz, nos grupos de caso e controlo. Recorreu-se assim ao teste do qui-quadrado para verificar se há diferenças estatisticamente significativas entre grupos de caso e controlo, nos diferentes momentos (Tabela 4).

Em M1, no que concerne aos dados obtidos através da observação realizada aos participantes, aquando do momento de conexão dos utentes, verifica-se homogeneidade das variáveis entre o grupo de caso e grupo de controlo ($p>0,05$).

Destaca-se ainda a existência de um objetivo bem definido na comunicação e o *setting* adequado, em todas as observações ($n=24$), em ambos os grupos. De referir que algumas técnicas/intervenções como o evitar interrupções, a focalização, a assertividade, a validação e a síntese nunca foram mobilizadas em qualquer um dos grupos.

No segundo momento de avaliação (M2), no que diz respeito à intencionalidade da comunicação e na utilização de técnicas de comunicação verbal, apurou-se uma diferença

estatística, entre grupo de caso e controlo, no recurso à empatia ($p=0,047$), estando presente em 9 participantes do grupo de caso e em 5 do grupo de controlo. Quanto ao valor terapêutico da comunicação, verificou-se uma melhoria ao nível do valor terapêutico autónomo ($p=0,008$), sendo utilizados por 7 participantes do grupo de caso e apenas por 1 do grupo de controlo.

No terceiro momento de avaliação (M3), além de se observar uma melhoria no que concerne às diferenças já observadas em M2 (empatia e valor terapêutico autónomo, com valor de p de 0,006 e 0,005, respetivamente), entre grupo de caso e controlo, apurou-se uma diferença estatística em mais técnicas de comunicação verbal utilizadas, nomeadamente no recurso à informação ($p=0,038$), parafraseamento ($p=0,031$), e orientação ($p=0,003$). Ao nível da comunicação não verbal, verificou-se também uma diferença entre grupos de caso e controlo, na mobilização da escuta ativa ($p=0,016$), estando presente em 11 participantes do grupo de caso e em 7 do grupo de controlo.

Conforme representado graficamente, nos gráficos 3 (grupo de caso) e 4 (grupo de controlo), há uma clara predominância na utilização de técnicas promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz no grupo de caso, em relação ao grupo de controlo, com uma evolução positiva ao longo do tempo de intervenção, na maioria das técnicas. Partindo-se de uma homogeneidade das variáveis, entre grupo de caso e controlo, em M1, pode verificar-se em M3 a presença de melhores resultados no grupo de caso.

Tabela 3 - Teste de wilcoxon relativo aos diferentes momentos de avaliação

	CASO						CONTROLO					
	M1 (M)	M2 (M)	M3 (M)	M1-M2 (p)	M2-M3 (p)	M1-M3 (p)	M1 (M)	M2 (M)	M3 (M)	M1-M2 (p)	M2-M3 (p)	M1-M3 (p)
PERCEÇÃO DAS PRÓPRIAS EMOÇÕES	35,55	36,18	37,09	0,360	0,537	0,471	34,08	34,08	34,08	0,964	0,964	1,000
COMPONENTE SOCIOCOGNITIVA DAS EMOÇÕES	36,00	36,91	38,73	0,306	0,205	0,041*	33,00	33,15	33,08	0,685	0,959	0,797
PERCEÇÃO DAS EMOÇÕES DOS OUTROS	22,55	23,00	23,91	0,511	0,084	0,181	20,39	19,85	21,15	0,572	0,016*	0,129
DIFICULDADE NA COMPREENSÃO DAS EMOÇÕES	10,82	6,46	11,27	0,007*	0,007*	0,512	10,62	7,54	10,08	0,007*	0,028*	0,263
INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	104,91	102,55	111,00	0,327	0,014*	0,099	98,08	94,62	98,39	0,008*	0,069	0,894
AGRESSIVIDADE FÍSICA	12,64	15,00	14,46	0,027*	0,492	0,091	14,54	15,69	15,31	0,130	0,623	0,208
AGRESSIVIDADE VERBAL	11,64	12,18	11,73	0,571	0,531	0,797	13,54	13,15	13,08	0,794	0,783	0,389
RAIVA	17,27	17,18	18,64	0,836	0,141	0,235	17,08	16,92	17,85	0,874	0,071	0,381
HOSTILIDADE	20,91	19,91	19,18	0,330	0,676	0,227	20,54	20,39	21,46	0,821	0,188	0,199
AGRESSIVIDADE TOTAL	62,46	64,27	64,00	0,327	0,812	0,789	65,69	66,15	67,69	0,480	0,260	0,107

Legenda: M1 - Momento 1; M2 - Momento 2; M3 – Momento 3; * valor significativo por $p \leq 0,05$;

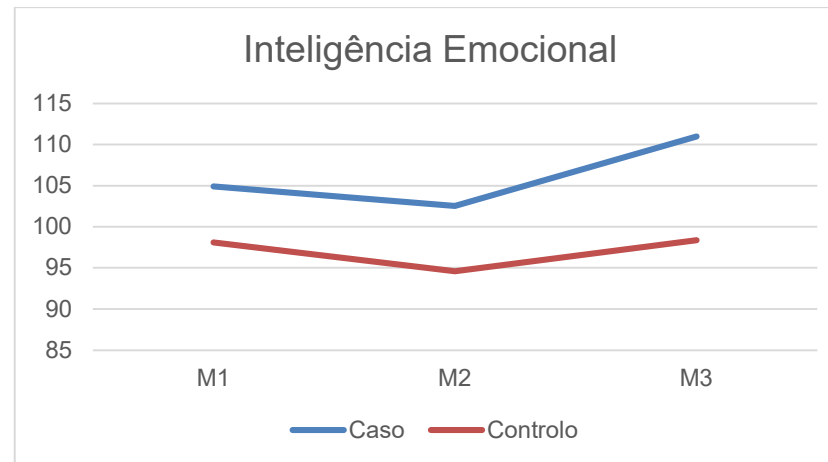


Gráfico 1 - Evolução da variável 'Inteligência Emocional'

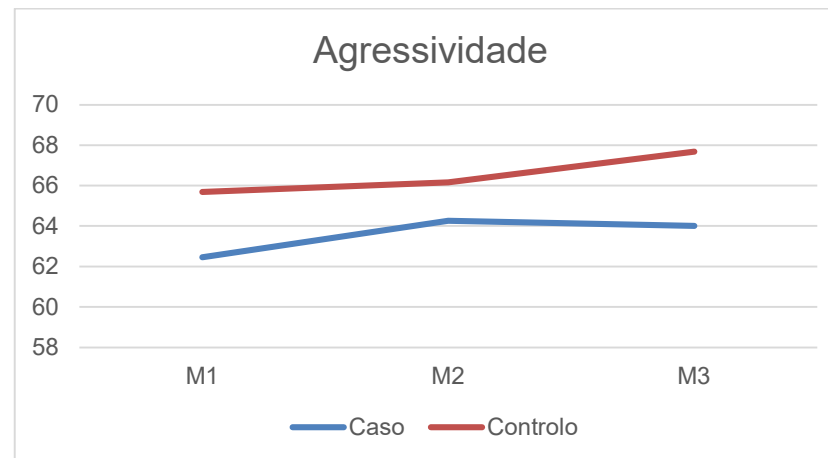


Gráfico 2 - Evolução da variável 'Agressividade'

Tabela 4 - Resultados da observação de intervenções/técnicas promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz

	<i>Momento 1</i>				<i>Momento 2</i>				<i>Momento 3</i>			
	Caso ^a	Controlo ^a	Total ^a	<i>p</i>	Caso ^a	Controlo ^a	Total ^a	<i>p</i>	Caso ^a	Controlo ^a	Total ^a	<i>p</i>
<i>Objetivos Definidos</i>	11	13	24	-	11	13	24	-	11	13	24	-
<i>Setting adequado</i>	11	13	24	-	11	13	24	-	11	13	24	-
<i>Demonstra disponibilidade</i>	10	10	20	0,596	11	10	21	0,223	11	12	23	1,000
<i>Evita interrupções</i>	0	0	0	-	1	0	1	0,458	0	0	0	-
<i>Informação</i>	4	5	9	1,000	5	4	9	0,675	8	3	11	0,038*
<i>Aceitação</i>	3	2	5	0,630	9	8	17	0,386	11	0	11	0,223
<i>Parafraseamento ou Acentuação</i>	0	1	1	1,000	3	2	5	0,630	4	0	4	0,031*
<i>Questionamento</i>	11	11	22	0,482	11	13	24	-	11	13	24	-
<i>Clarificação</i>	0	1	1	1,000	3	2	5	0,630	1	0	1	0,458
<i>Focalização</i>	0	0	0	-	0	0	0	-	4	1	5	0,142
<i>Confrontação</i>	0	1	1	1,000	0	1	1	1,000	0	0	0	-
<i>Assertividade</i>	0	0	0	-	0	0	0	-	0	0	0	-
<i>Empatia</i>	8	5	13	0,123	9	5	14	0,047*	11	6	17	0,006*
<i>Humor</i>	3	2	5	0,630	5	4	9	0,675	6	4	10	0,408
<i>Validação</i>	0	0	0	-	2	1	3	0,576	0	0	0	-
<i>Síntese</i>	0	0	0	-	0	0	0	-	0	0	0	-
<i>Anamnese Associativa</i>	1	4	5	0,327	6	5	11	0,682	4	4	8	1,000
<i>Reformulação</i>	1	0	1	0,458	3	0	3	0,082	1	1	2	1,000
<i>Exploração</i>	3	5	8	0,679	9	6	15	0,105	8	8	16	0,679
<i>Interpretação</i>	1	0	1	0,458	2	1	3	0,576	2	0	2	0,199
<i>Orientação</i>	2	6	8	0,211	8	8	16	0,679	9	2	11	0,003*
<i>Feedback</i>	7	9	16	1,000	11	13	24	-	11	13	24	-
<i>Escuta Ativa</i>	5	4	9	0,675	9	6	15	0,105	11	7	18	0,016*
<i>Olhar</i>	9	8	17	0,386	11	11	22	0,482	11	11	22	0,482
<i>Posicionamento</i>	10	10	20	0,596	11	13	24	-	11	13	24	-
<i>Distância</i>	11	12	23	1,000	11	13	24	-	11	13	24	-
<i>Toque</i>	3	4	7	1,000	4	6	10	0,697	2	4	6	0,649
<i>Valor Terapêutico Autónomo</i>	4	4	8	1,000	7	1	8	0,008*	10	4	14	0,005*
<i>Valor Terapêutico Complementar</i>	11	12	23	1,000	11	13	24	-	11	13	24	-

Entoção	10	12	22	1,000	11	12	23	1,000	11	12	23	1,000
Volume	11	11	22	0,482	11	10	21	0,223	11	13	24	-
Tom	11	11	22	0,482	11	12	23	1,000	11	13	24	-

Legenda: ^a Presente; *Significativo por $p \leq 0,05$

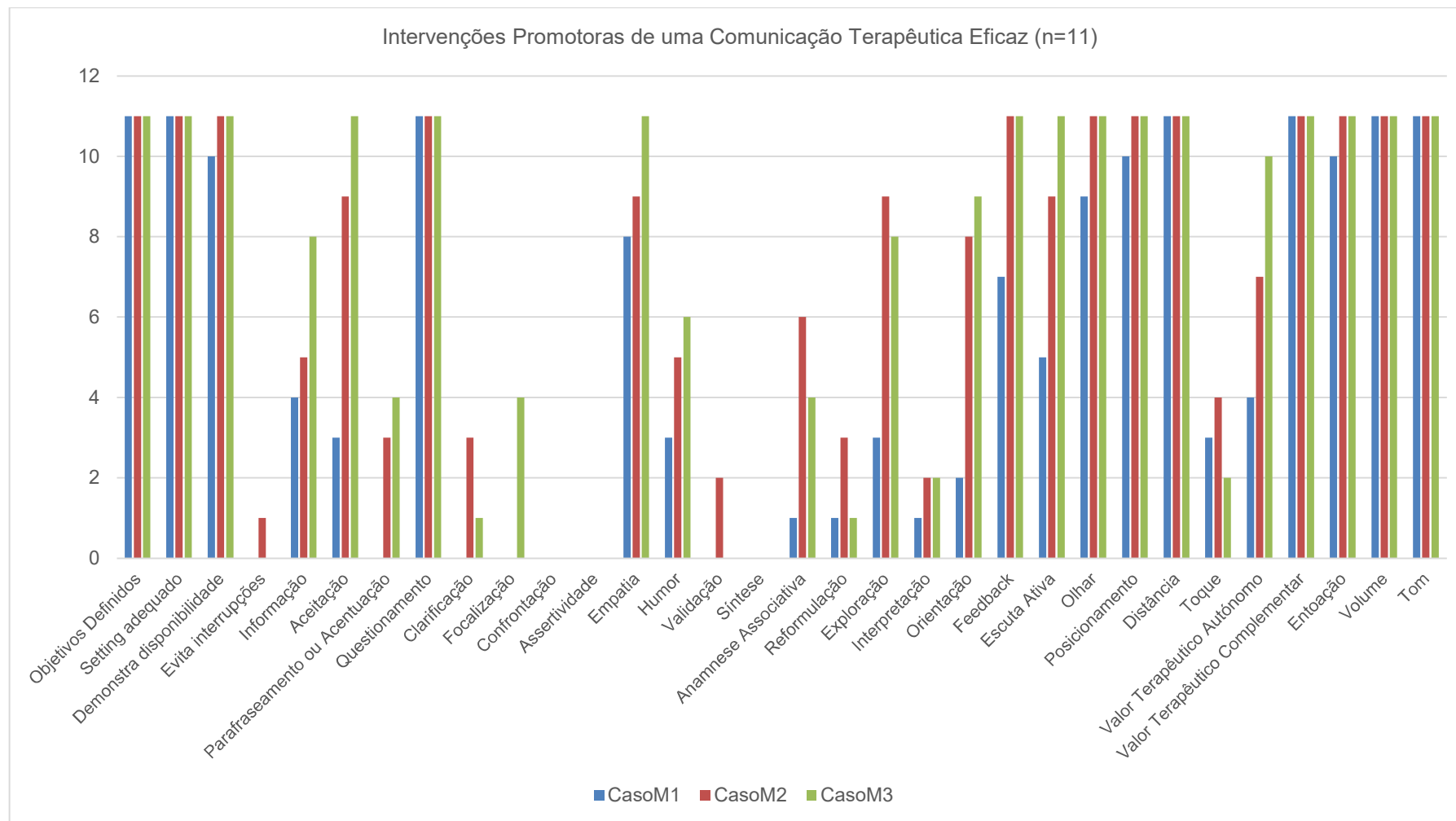


Gráfico 3 - Resultados da observação do grupo de caso (n=11)

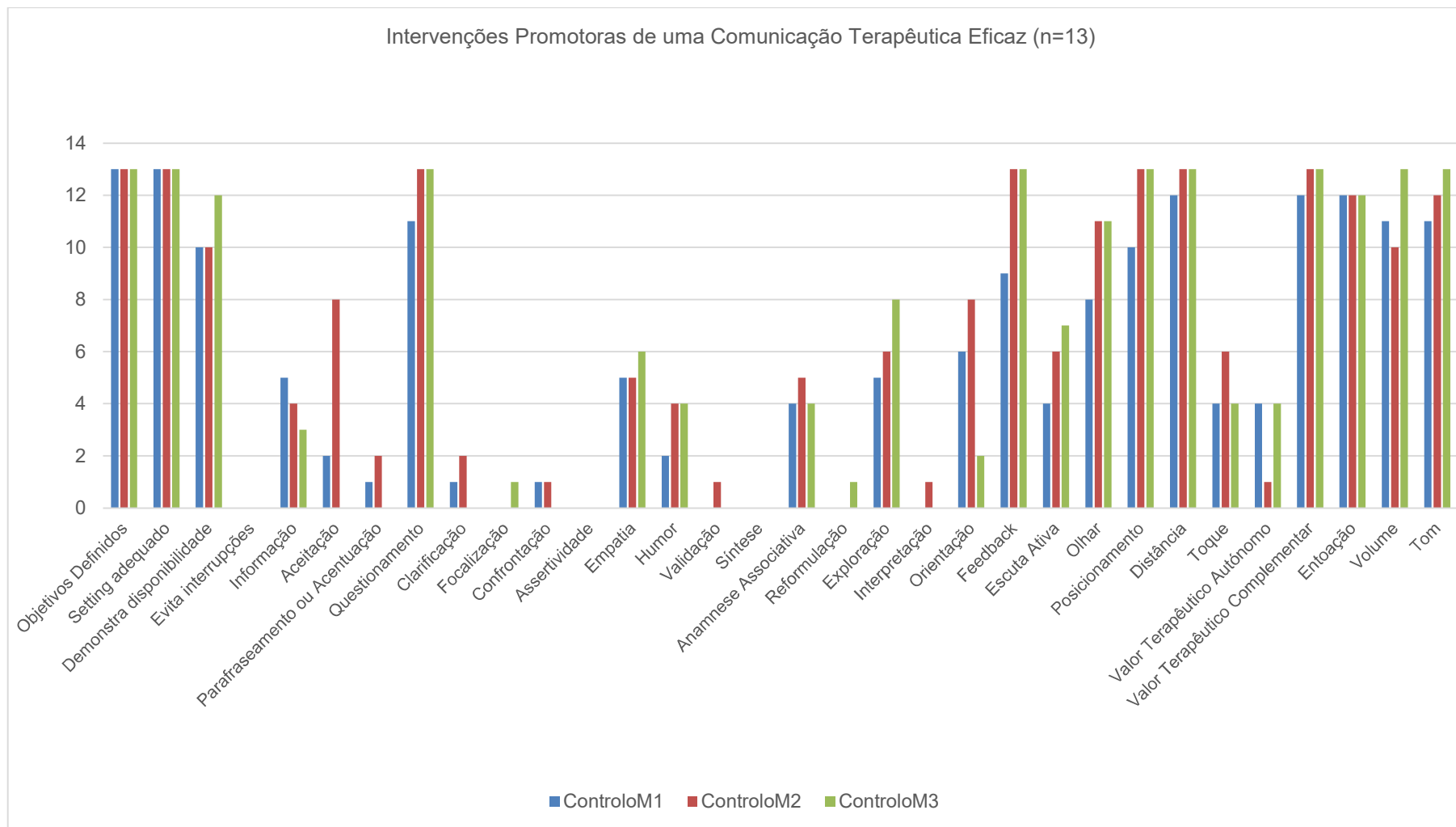


Gráfico 4 - Resultados da observação do grupo de controlo (n=13)

Os resultados individuais de cada uma das sessões, encontram-se junto dos respetivos planos de sessão, em Apêndice XXXIV. Após a sessão n.º 4, imediatamente antes de M2, em que foi abordado o tema da empatia, os participantes preencheram um questionário de reflexão pós-visualização do filme, cuja análise de conteúdo se encontra em Apêndice XXXVI. Segundo Bardin (2008, p. 40), “a análise de conteúdo surge como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Decorrente dessa análise, identificaram-se unidades de registo no âmbito das áreas temáticas Competências comunicacionais, Humanização dos Cuidados e Autoconhecimento, com predominância nas categorias Empatia (com 28 unidades de enumeração) e Pessoa como centro dos cuidados (com 29 unidades de enumeração), conforme é possível observar na tabela 5. Estes resultados manifestaram-se em M2, com a diferença significativa no recurso à empatia ($p=0,047$), com maior predominância no grupo de caso.

Tabela 5 - Análise de conteúdo da reflexão pós-visualização, segundo Bardin (2008)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
Competências comunicacionais	Impacto da comunicação	5
	Intencionalidade na comunicação	2
	Empatia	28
	Humor	5
	Exploração	1
Humanização dos cuidados	Pessoa como centro dos cuidados	29
	Vulnerabilidade	3
Autoconhecimento	Gestão de Emoções	1

7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

De modo a facilitar o planeamento estratégico com uma identificação de estratégias adequadas, com vista à melhoria contínua (Ferreira et al., 2024), procedeu-se à análise SWOT (*Strengths* [Forças], *Weaknesses* [Fraquezas], *Opportunities* [Oportunidades], *Threats* [Ameaças]) do projeto. Esta é uma ferramenta estratégica para avaliação interna e externa. Possibilita a avaliação de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, permitindo a “identificação de áreas de potencial melhoria, bem como a elaboração de estratégias para enfrentar desafios, capitalizar em oportunidades e mitigar ameaças” (Ferreira et al., 2024, p.3).

Decorrente dessa análise (Quadro 4), foi possível verificar quais os pontos fortes do projeto, que podem ser potenciados, e as oportunidades que devem ser exploradas, transformando-se em forças. A partir da identificação das fraquezas, há que delinear estratégias de melhoria a serem implementadas num próximo projeto, sendo posteriormente consideradas forças, assim como se torna possível, a partir das ameaças, gerar oportunidades.

FORÇAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação ativa no programa de intervenção; ▪ Motivação dos participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inovação do tema em contexto de hemodiálise; ▪ Maior consciencialização e valorização da importância de um enfermeiro EEESMP em contexto de hemodiálise; ▪ Formação contínua relativa a comunicação; ▪ Obter indicadores relativos às competências comunicacionais dos enfermeiros em hemodiálise.
FRAQUEZAS	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amostra reduzida; ▪ Tempo reduzido de intervenção, não garantindo a efetividade dos resultados; ▪ Aplicação da grelha de observação apenas no momento de conexão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não valorização do impacto da comunicação em utentes submetidos a hemodiálise; ▪ Reduzida evidência científica relativa à temática em estudo, em contexto de hemodiálise; ▪ Recursos humanos reduzidos; ▪ Pouco investimento de tempo e formação em saúde mental às equipas.

Quadro 4 - Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Considerando a reduzida evidência científica relativa à temática da comunicação em contexto de hemodiálise, e a não valorização do impacto que esta tem nos utentes hemodialisados, este projeto revelou ser inovador. O projeto em si e a satisfação dos participantes com o mesmo, contribuiu para uma maior sensibilização e consciencialização para os processos comunicacionais, assim como para a importância e necessidade de autorregulação dos profissionais e para a importância de um enfermeiro especialista em ESMP neste tipo de

contexto. Ao longo do tempo, foi havendo uma maior consciencialização da equipa para o tema, com referência ao mesmo no dia-a-dia. Após o projeto, considera-se, por parte das chefias, alargar a formação em comunicação às assistentes operacionais e restantes profissionais.

O desenvolvimento deste projeto contribuiu também para a criação de indicadores relativos às competências comunicacionais dos enfermeiros em hemodiálise, para avaliação da qualidade das práticas clínicas (Regulamento n.º 140/2019). Os indicadores de estrutura dizem respeito aos instrumentos utilizados e à existência de um enfermeiro EESMP responsável pelo desenvolvimento do mesmo. Quanto ao indicador de processo definido, pode referir-se que o programa de intervenção foi aplicado a 26% dos enfermeiros das clínicas em estudo. Os indicadores de resultado referem-se a uma modificação positiva no score da EIES e do Questionário de Agressividade de Buss-Perry, tendo-se verificado essa modificação apenas na EIES e na taxa de parâmetros observados com a grelha de observação, entre M1 e M3.

Não obstante, o projeto apresenta algumas limitações, que passam pela amostra reduzida, não conferindo a possibilidade de generalizar os resultados obtidos, e a duração do programa de intervenção, não garantindo a efetividade dos mesmos. Nesse sentido, propõe-se, numa implementação futura do projeto, o prolongamento do tempo de intervenção, com uma avaliação periódica, de forma a analisar a evolução das variáveis ao longo do tempo. Assim, seria possível garantir a efetividade a médio-longo prazo da intervenção. Outra limitação do estudo foi a realização das observações apenas no momento de conexão dos doentes, podendo haver uma limitação quanto à diversidade de situações observadas, pelo que se sugere a aplicação do instrumento noutros momentos.

Após o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua, objetiva-se a implementação de novos processos de trabalho, sendo para isso necessário treinar todos os membros da equipa afetados para assegurar que todos os que fazem o trabalho percebem as novas instruções. (OE, 2013). Visando uma mudança nos processos comunicacionais desenvolvidos nas clínicas, com recurso a uma comunicação terapêutica eficaz e alinhado naquilo que é um cuidado centrado no doente, na sessão n.º 7 e 8 definiu-se, em conjunto com os participantes, um novo padrão de comunicação a adotar. Este, constitui-se como uma metodologia de organização dos cuidados de enfermagem, promotora da qualidade, dando a conhecer aos enfermeiros o que é esperado da sua prática, respeitando os enunciados descritos relativos à organização dos cuidados de enfermagem, satisfação do cliente, promoção da saúde, ao bem-estar e ao autocuidado e relação psicoterapêutica (Regulamento n.º 356/2015). O aumento da qualidade dos cuidados é uma preocupação contínua das instituições de saúde,

que cada vez mais investem na melhoria das estruturas, das organizações e na formação dos profissionais para o aperfeiçoamento dos seus processos de trabalho (Danno, Esteves & Bohomol, 2021).

Tendo por base os conteúdos abordados durante a intervenção, no padrão de comunicação resultante das últimas sessões, os participantes identificaram ações simples e realistas, passíveis de serem implementadas, considerando a especificidade de um contexto de hemodiálise e as práticas já existentes. As ações centraram-se na prática individual dos profissionais, assim como na dinâmica da equipa em que estão inseridos. As ações individuais a implementar encontram-se detalhadas na tabela 6.

Tabela 6 - Novo padrão comunicacional a adotar

ÁREA A PADRONIZAR	AÇÃO A IMPLEMENTAR
Centralidade na pessoa	Feedback Evitar interrupções Em caso de interrupção, retomar assunto assim que possível (explorar mais tarde)
	Identificação de necessidades - maior atenção à comunicação verbal do utente e também à comunicação não verbal (ex: postura corporal, expressão facial, outros)
Comunicação não-verbal	Postura corporal relaxada e aberta (disponível) Equanimidade (principalmente em momentos de conexão e desconexão dos utentes)
	Toque (adequar à individualidade de cada um)
	Contacto visual (olhar para os utentes durante a comunicação)
Componentes não vocais	Tom Entoação Volume
Humor	Recurso ao humor para desconstrução
Exploração	Cada enfermeiro, dirige-se a pelo menos 1 utente por turno, para exploração de algum tema pertinente - elaboração de guião com perguntas abertas orientadoras
Em situações de conflito	Assertividade (no momento) Gestão de emoções (pelos enfermeiros); autocontrolo; gestão de impasses terapêuticos;

A nível de equipa, foi ainda identificado pelos participantes a necessidade de formação contínua da equipa sobre comunicação e a discussão de situações em equipa, no sentido de treinar a resolução de problemas e de uniformizar respostas. Propõe-se assim, a integração de um módulo de formação sobre Comunicação Clínica em Hemodiálise, no programa de formação anual da equipa de saúde, assim como o registo das situações, de difícil resolução, que vão ocorrendo no dia-a-dia na clínica para, de forma periódica (por exemplo, de 6 em 6

meses, ou consoante disponibilidade da equipa), essas mesmas situações serem discutidas em equipa, refletindo sobre formas alternativas de comunicação e resolução. O grupo também se referiu à importância da partilha, entre os elementos da equipa, sobre o estado emocional dos utentes. Mencionaram ainda a importância da inclusão da família nos cuidados, no sentido de melhor identificarem as necessidades dos utentes, gerando respostas mais adequadas, assim como a participação dos enfermeiros nas consultas de admissão.

8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

No culminar do desenvolvimento do projeto, importa proceder à comunicação de resultados. Segundo Fortin (1999, p.42), “A fim de dar a conhecer os resultados do seu estudo, o investigador deve elaborar um relatório de investigação, uma memória ou uma tese em que descreve cada uma das etapas seguidas”. Como tal, o presente documento, sujeito a publicação, contém a fundamentação científica na qual se baseou a construção do programa de intervenção, o plano da intervenção e o processo metodológico do projeto, que culmina com a verificação dos resultados e proposta de medidas corretivas.

Quanto à divulgação de resultados foi intra-institucional e extra-institucional. Para divulgação intra-institucional, que ocorre “no âmbito da formação em serviço e/ou eventos formativos na instituição” (OE, 2014, p.8), os resultados foram partilhados com as equipas das clínicas, assim como com os respetivos diretores clínicos e direção de enfermagem.

Numa perspetiva de divulgação extra-institucional dos resultados, estes foram divulgados “no âmbito de eventos formativos fora da instituição, publicação em revista científica ou outros meios de comunicação” (OE, 2014, p.8), contribuindo para aumentar a evidência científica disponível relativa a esta temática. Além da publicação do presente relatório, aquando do desenvolvimento do projeto, foram apresentados os resultados intermédios do mesmo, em poster, nas II Jornadas Pedagógicas de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Convergências em Saúde Mental.

CONCLUSÃO

Os serviços de saúde apresentam cada vez mais desafios para os profissionais de saúde, exigindo uma capacidade de adaptação e reinvenção naquilo que são as suas práticas. Capacidade essa que, em parte decorre das suas experiências profissionais, mas que se desenvolve investindo na formação contínua, com aumento do corpo de conhecimentos e com desenvolvimento de novas competências.

Ainda muito centrados no modelo biomédico, e com profissionais que adotam um estilo de comunicação orientado para as tarefas, há que humanizar os cuidados prestados nalguns serviços, centrando a atenção no utente, com a consciência do impacto da nossa comunicação no outro e com a sensibilidade necessária na relação terapêutica, respeitando a sua vulnerabilidade e individualidade. Esta necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assim como uma inquietação pessoal assente no valor profissional, conduziram-me à procura de formação contínua e desenvolvimento de novas competências no âmbito da saúde mental, e à frequência do Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O presente documento reflete as aprendizagens conseguidas no decorrer de todo o percurso, assim como o desenvolvimento de competências comuns, exigidas a um enfermeiro especialista, e específicas na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com uma reflexão crítica sobre as mesmas. O desenvolvimento de competências iniciou-se com a componente teórica do mestrado, que contribuiu com os referenciais teóricos necessários para as intervenções especializadas realizadas durante os ensinamentos clínicos (em contextos de internamento, respostas diferenciadas e comunidade). Ao longo do documento, encontram-se caracterizados os contextos da prática clínica onde se desenvolveram os três ensinamentos clínicos e é feita uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas que contribuíram para o desenvolvimento de cada uma das competências comuns (Regulamento n.º 140/2019). e específicas (Regulamento n.º 515/2018). Foram assim cumpridos os dois primeiros objetivos definidos neste relatório. Durante todo o percurso, teórico e experiencial, desenvolvi as competências comuns e específicas, dentro da área de especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com intervenções que respeitaram os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental (Regulamento n.º 356/2015), para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Na última parte do documento encontram-se detalhadas cada uma das fases do PMCQCE e evidenciados os resultados obtidos com o mesmo, comprovando a eficácia de uma intervenção promotora de uma comunicação terapêutica eficaz num grupo de enfermeiros em Hemodiálise.

Este foi um percurso muito gratificante, que promoveu o meu crescimento a nível profissional, mas principalmente a nível pessoal. As reflexões realizadas, as experiências vividas, assim como as adversidades que surgiram nesse mesmo percurso com a necessidade de as suplantar, promoveram o autoconhecimento, o que se reflete não só na minha vida pessoal, mas também na minha capacidade de fazer uso de mim enquanto instrumento terapêutico. O autoconhecimento, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto primeira competência do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, é central na prática de enfermagem de saúde mental, uma vez que interfere “na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” condicionando os resultados (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428). Não obstante, houve momentos difíceis, de angústia, incerteza e de muito cansaço, muito associado à dificuldade de conciliação das responsabilidades laborais, académicas e familiares.

No que respeita ao PMCQCE, face ao problema identificado da comunicação terapêutica ineficaz, e seguindo a metodologia de projeto, foi definido um programa de intervenção de base socioterapêutica, com recurso a algumas atividades psicoterapêuticas e psicoeducacionais, que procurou responder à questão de investigação “Quais as competências comunicacionais promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz num grupo de enfermeiros em Hemodiálise?”. Com o programa implementado, em duas clínicas de hemodiálise, foram avaliadas dimensões da agressividade e da inteligência emocional, assim como observadas as competências comunicacionais dos enfermeiros, aquando do momento de conexão dos utentes. A intervenção resultou numa melhoria da componente sociocognitiva das emoções ($p=0,041$) no grupo de caso, mantendo-se a homogeneidade observada inicialmente em relação à agressividade. Apurou-se também uma maior utilização de técnicas de comunicação verbal (empatia, informação, parafraseamento e orientação), ao nível da comunicação não verbal, verificou-se uma maior mobilização da escuta ativa e relativamente ao valor terapêutico da comunicação, verificou-se uma melhoria no valor terapêutico autónomo. Constatou-se assim uma clara predominância na utilização de técnicas promotoras de uma comunicação terapêutica eficaz no grupo de caso, em relação ao grupo de controlo, com uma evolução positiva ao longo do tempo de intervenção, na maioria das técnicas.

Com estes resultados atesta-se a influência da inteligência emocional nos processos comunicacionais. Verifica-se que enfermeiros com a componente sociocognitiva das emoções mais desenvolvida, com maior capacidade de identificar, compreender e gerir as emoções,

centrados na resolução de problemas, e com maior empatia, estabelecem mais facilmente uma comunicação terapêutica eficaz. Wong e Law (2002) mencionados por Gandra (2016), referem que se consideram pessoas emocionalmente mais competentes, aqueles que a partir de uma regulação emocional mais eficiente, podem aprimorar a comunicação e as interações com os outros contribuindo assim para um melhor ambiente profissional geral. Obtêm-se assim ganhos em saúde como profissionais emocionalmente mais competentes e com mais competências comunicacionais. Com a implementação da intervenção a médio-longo prazo, garantindo a efetividade dos resultados, seria interessante avaliar a obtenção de outros ganhos como o aumento da satisfação dos utentes e uma maior adesão ao tratamento.

Como sugestão inerente a todo o processo de desenvolvimento de competências profissionais, considero que seria facilitador e ainda mais enriquecedor, a realização deste tipo de formação integrada naquilo que é o horário laboral. Com uma maior disponibilidade de tempo, também a disponibilidade física e essencialmente emocional é maior para absorver todo o conhecimento transmitido ao longo do percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, T., & Loureiro, F. (2018). Cuidados à Criança em Situação Crítica. Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem. *Enfermagem, Enfermagem em Contínuo Movimento*, 9, 12-18. Associação Científica dos Enfermeiros. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/36823>
- Alarcão, M., & Fonseca, S. (2020). Empatia. In J. Gonçalves, & M. Alarcão (Ed.). *Pilares do método UBUNTU*. (pp. 115-136). Lisboa. Instituto Padre António Vieira (IPAV). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10071/26336>
- Albuquerque, J. (2021). Integração dos enfermeiros e Construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/39577>
- Almeida, C. (2021). Promoção e Prevenção da Saúde Mental. Porque é importante investir? *Revista Saúde Mental*, n.º 004/junho, pp. 13-14. Retrieved from https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/06/NL-04_SAU%CC%81DE-MENTAL.pdf
- Amaral, A., Almeida, E., & Sousa, L. (2021). Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental. Intervenções e Diagnósticos* (pp. 174 - 176). Lisboa. Lidel.
- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F. ... Filipe, D. (2003). Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem. Expressões e Significados. Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Retrieved from <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/88/1/PublicacaoOnlineIBInstrumentosBasicosdeEnfermagem%5B1%5D.pdf>
- American Psychiatric Association (Ed) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5*. Washington; London. American Psychiatric Association.
- Andrade, A. (2020). Relação entre o nível socioeconómico e os investimentos parentais: papel da conciliação trabalho-família como variável mediadora. Universidade Católica do Porto, Faculdade de Educação e Psicologia. Porto. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/33616/1/202646181.pdf>
- Axelsson, L., Lindberg, J., & Persson, C. (2020). Processes toward the end of life and dialysis withdrawal Physicians' and nurses' perspectives. *Nursing Ethics*, volume 27(2), páginas 419–432. Doi <https://doi.org/10.1177/0969733019848050>
- Belcher, J., & Fish, L. (2000). Hildegard E. Peplau. In George, J. (Eds). *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional*. (pp. 45-57) Porto Alegre. Artmed Editora.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Borges, E., & Martins, T. (2023). Metodologia na construção de projetos de saúde escolar. In T. Martins, & E. Borges. *Saúde Escolar: Intervenções de Promoção de Saúde* (pp. 8-12). Lisboa. Lidel.
- Bueno, J., Correia, F., Abacar, M., Gomes, Y., & Júnior, F (2015). Competências emocionais: estudo de validação de um instrumento de medida. *Revista Avaliação Psicológica*, 14 (1), 153-163. Doi: 10.15689/ap.2015.1401.17
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *NIC. Classificação das Intervenções em Enfermagem*. Rio de Janeiro. Elsevier.
- Caballo, V. (2008). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação de Comportamento*. São Paulo. Livraria Santos Editora.
- Camarneiro, A. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (7). Doi: <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Campos, R., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Preliminary psychometric data with two non-clinical samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 258-264. Doi: <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000072>
- Carrick, M. (2010). Integración Sensorial: Una Mirada Práctica a la Teoría y Modelo de Intervención. *Revista The Autism File USA*, número 34.
- Carvalho, A., Pombal, F., Santos, L. & Oliveira, S. (2021) *Enfermagem de Saúde Mental nas Escolas*. In C. Sequeira, & F. Sampaio. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 291-293). Lisboa. Lidel.
- Cerqueira, I. (2018). O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado. Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117217/2/301514.pdf>

- Cheung, L., Schell, J., Rubin, A., Hoops, J., Gilmarint, B., & Cohen, R. (2021). Communication skills training for nurses and social workers: An initiative to promote interdisciplinary advance care planning and palliative care in patients on dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, volume 48(6), páginas 547-552. Retrieved from <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5b1cfc4d-60a8-4c08-bb19-c6ee8fa33815%40redis>
- Coelho, J., & Sequeira, C. (2021). Escuta Ativa. In C. Sequeira, & F. Sampaio. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 177 – 179). Lisboa. Lidel.
- Coelho, M. (2015). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: utilização pelos enfermeiros. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33990
- Compton, M., & Shim, R. (2020). Mental Illness Prevention and Mental Health Promotion: When, Who, and How. *Psychiatry Services*, 71 (9). Doi: 10.1176/appi.ps.201900374
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Conselho Nacional de Saúde
- Correia, C. (2015). Seletividade Alimentar e Sensibilidade Sensorial em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. Escola Superior de Saúde de Alcoitão. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9743/1/Seletividade%20Alimentar%20e%20Sensibilidade%20Sensorial%20em%20Crian%3%A7as%20com%20Perturba%3%A7%C3%A3o%20do%20Espectro%20do%20Autismo.pdf>
- Costa, J. (2022). Stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem: Estudo da eficácia de um programa de relaxamento muscular progressivo. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Retrieved from <http://web.esenfci.pt/?url=1LGygfN6>
- Cousins, M., Bradshaw, J., Bonner, A. (2020). PROFESSIONAL RELATIONSHIPS BETWEEN NEPHROLOGY CLINICIANS AND PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW. *Journal of Renal Care*, volume 46(4), páginas 206–215. Retrieved from <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=26f8e1f8-b764-4899-855c-76f6ed07e4e7%40redis>
- Current Nursing* (2020, dezembro 03). *Nursing theories – peplau's theory of interpersonal relations* [website]. Retrieved from https://currentnursing.com/nursing_theory/interpersonal_theory.html
- Current Nursing* (2020, dezembro, 3) *Nursing Theories*. Open Access Articles on Nursing Theories and Models [Website]. Retrieved from https://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.html
- Danno, C., Esteves, L., & Bohomol, E. (2021). Programas de melhoria de qualidade e o ambiente de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (1): e20200108. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0108>
- Decreto n.º 281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República: série I*, n.º 193, páginas 7298 – 7301. (2009). Acedido a 21 de setembro 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>
- Decreto-lei n.º 102/2023 de 7 de novembro da Assembleia da República. *Diário da República n.º 215*, I série (2023). Acedido a 6 de fevereiro de 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro da Assembleia da República. *Diário da República n.º 38*, I série (2008). Acedido a 27 de outubro de 2023. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>
- Decreto-lei n.º 505/99 DE 20 de novembro do Ministério da Saúde. *Diário da República: série I-A*, No 271 (1999). Acedido a 16 dez. 2022. Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/505-643284>
- Decreto-lei n.º 55/2022 de 4 de agosto da Assembleia da República. *Diário da República n.º 150*, I série (2022). Acedido a 6 de fevereiro de 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-lei n.º 95/2019 de 4 de agosto da Assembleia da República. *Diário da República n.º 169*, I série (2019). Acedido a 6 de fevereiro de 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro da Assembleia da República. *Diário da República n.º 240/2021*, I série (2021). Acedido a 07 de setembro de 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decretolei/113-2021-175865938>

- Despacho n.º 10143/2009. Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República n.º 74, II série (2009), pp. 15438-15440. Acedido em 25 de outubro de 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Despacho n.º 8455/2022 de 11 de julho. Diário da República n.º 132/2022, II série (2022). Acedido a 06 de setembro de 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8455-2022-185897213>
- Dias, J. (2021). Enfermagem de Saúde Mental na Infância e Adolescência. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 283-285). Lisboa. Lidel.
- DiClemente, C. (2018). *Addiction and Change – How Addictions Develop and Addicted People Recover*. Second Edition. New York. The Guilford Press.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). Norma n.º 10/2013 de maio de 2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Retrieved from* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2006). Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas. *Retrieved from* <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2019). Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021 - Portugal. *Retrieved from* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Duarte, S. (2021). *Jogo PlayMento*.
- Emídio, M. (2020). Características Psicométricas da Escala Brief Cope numa amostra de famílias portuguesas em risco psicossocial. Universidade do Algarve. *Retrieved from* <http://hdl.handle.net/10400.1/15509>
- Employment Pro Limited. (n.d.). *Conhece-te a ti mesmo*. *Retrieved from* <https://www.personalidades.mobi>
- Entidade Reguladora de Saúde (Ed) (2022). Informação de Monitorização. Setor Convencionado de Hemodiálise. Porto. *Retrieved from* <https://www.ers.pt/media/vdihfneb/im-di%C3%A1lise-2022-07122023.pdf>
- Estanqueiro, A. (2012). *Saber Lidar com as Pessoas – Princípios da Comunicação Interpessoal*. Lisboa. Editorial Presença.
- Fachada, O. (2012). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa. Edições Sílabo.
- Fernandes, D. (2014). Estudos de validação da escala de impulsividade BIS-11 de Barratt para uma amostra da população portuguesa. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. *Retrieved from* <https://hdl.handle.net/10316/28357>
- Ferreira, J., Souza, Á., Castilhos, C., Júnior, H., Carretero, J., Holanda, M., ..., Narciso, R. (2024). Análise SWOT na Gestão Educacional: Estratégias para Melhoria Contínua. *Revista Foco.*, 7 (1), 1- 14. Doi: 10.54751/revistafoco.v17n1-041
- Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2019). Promoção da Saúde Mental em Enfermagem. Um ensaio: do modelo salutogénico ao modelo de sistemas. *Revista Servir*, 60 (1-2), 6-13. *Retrieved from* <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/download/24486/18163/94700>
- Fontenelle, L., Nicolini, H., & Brakoulias, V. (2022). Early intervention in obsessive-compulsive disorder: From theory to practice. *Comprehensive Psychiatry*, volume 119. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152353>
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação. Da conceção à realização*. Loures. Lusociência.
- Foster, P., & Bennett, A. (2000). Dorothea Orem. In George, J. *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. (pp. 83 - 101). Porto Alegre. Artmed Editora.
- Freese, B. (2004). Modelo de Sistemas. In Tomey, A., & Allgood, M. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 335-375). Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Freitas, D., & Mendes, R. (2021). Treino de Autocontrolo. In: C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental. Intervenções e Diagnósticos* (pp. 196 – 198). Lisboa. Lidel.
- Fritzen, S. J. (2000). *Janela de Johari – Exercícios Vivenciais de Dinâmica de Grupo, Relações Humanas e de Sensibilidade*. 17ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, ISBN: 85-326-0290-8.
- Furukawa, C., & Howe, J. (2000). Virginia Henderson. In J. George (Eds). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional* (pp. 58-72). Porto Alegre. Artmed Editora.

- Gandra, M. (2016). A importância da Inteligência Emocional nas competências de Gestão. Universidade Lusófona do Porto. Faculdade de Ciências Económicas, Sociais e da Empresa. *Retrieved from* <https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/7174/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- George, J. (2000). Betty Neuman. In George, J. Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional. (pp. 225-240). Porto Alegre. Artmed Editora.
- Goes, M., & Oliveira, H. (2022) [ebook]. Satisfação: um conceito baseado na funcionalidade e na qualidade de vida, integrado num sistema de desempenho de cuidados de enfermagem. Editorial IPBeja. Instituto Politécnico de Beja. *Retrieved from* https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5404/1/Livro_Sat_2022%20v1.pdf
- Goleman, D. (2022). Inteligência Emocional. Maia. Tema e Debates Círculo de Leitores.
- Griffiths, E., & Smith, D. (2010). Psychoeducation intervention for people with bipolar disorder: Emily Griffiths and David Smith discuss a new treatment for individuals or groups of people with bipolar disorder that has shown promising results. *Mental Health Practice*, 13 (9), 22 – 24. Doi: 10.1192/apt.bp.108.006403
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hospital Distrital de Santarém (2022). Relatório de Gestão e do Plano de Atividades – Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência [intranet].
- Hospital Distrital de Santarém (2023, maio 06). Missão, Visão e Valores [website]. *Retrieved from* <https://www.hds.min-saude.pt/missao-visao-e-valores/>
- Howk, C. (2004). Enfermagem Psicodinâmica. In A. Tomey & M. Alligood (Eds). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e teorias de enfermagem. (pp. 423-444) Loures. Lusociência.
- Inácio, L., Avelino, S., Sanjulião, L., Reis, M., Borges, V., Piantino, L., ..., & Silva, H. (2023). Ferramentas básicas da qualidade: folha de verificação, estratificação, fluxograma, diagrama de ishikawa, diagrama de pareto, matriz gut e 5w2h. *Revista de Gestão e Secretariado*, 14 (10), 17413 – 17427. Doi: <https://doi.org/10.7769/gesec.v14i10.2890>
- Instituto Nacional de Estatística (2019). População residente com 15 e mais anos de idade (N.º) por Sexo, Condição perante o trabalho e Tipo de doença crónica; Quinquenal - INE, Inquérito nacional de saúde (série 2014). *Retrieved from* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008891&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Estatísticas da Saúde 2020. Estatísticas oficiais, Edição 2022. Lisboa. *Retrieved from* https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=554616969&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2023b). Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013). *Retrieved from* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023a). População residente (N.º) por Local de residência (NUTS – 2013), Sexo e Grupo etário; Anual – INE, Estimativas anuais da população residente. – *Retrieved from* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&xlang=pt
- Internacional Council of Nurses (2016). CIPE® Versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa, Portugal. *Retrieved from* http://futuroenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Internacional Council of Nurses [ICN]. (2023, maio). Browser CIPE. Versão 2019. [Website]. *Retrieved from* <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jorge, P., & Carvalheiro, J. (2021). Necessidades de Cuidados em Saúde Mental: A Perceção da Pessoa com Doença Mental Versus a do Técnico, 7 (3), 101-108. *Retrieved from* <https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/article/view/224>
- Knapp, P. (2004). Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Artmed Editora.
- Leal, C. (2020). Experiência de adaptação à reforma: O impacto do programa formativo ATIVAR para jovens reformados. Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto. *Retrieved from* <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35742>

- Lei de Saúde Mental n.º 35/2023 de 21 de julho. Diário da República: série I, n.º 141, páginas 2 – 23. (2023). Acedido a 18 de outubro de 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março da Assembleia da República. Diário da República: I série, N.º 57 (2014). Acedido a 21 de fevereiro de 2024. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>
- Lima, L., & Cruz, M. (2023). Desenvolvimento e Aquisição de Competências nas Crianças e Jovens. In T. Martins, & E. Borges. Saúde Escolar: Intervenções de Promoção de Saúde (pp. 53-73). Lisboa. Lidel.
- Lopes, M. (2020). Cinematerapia focada em esquemas: Uma proposta psicoeducativa com base em seriados de TV. Universidade Federal de Uberlândia. Retrieved from <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/30841/1/CinematerapiaFocadaEm.pdf>
- Loureiro, C. (2014). Primeiro contacto com o internamento em psiquiatria: reações e expectativas da família. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17328/1/TESE%20CARLA.pdf>
- Machado, L., Souza, C., & Cantilino, A. (2017). Prevenção Primária em Psiquiatria: possibilidade ou utopia? Revista Debates em Psiquiatria, 7 (2), 16-25. Retrieved from <https://revistardp.org.br/revista/article/view/97>
- Madeira, P. (2016). Intervenção psicológica em contexto clínico e comunitário. Universidade Lusíada de Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11067/2655>
- Maia, H., Vasques, M., Vieira, J., Reto, F., & Lourenço, V. (s.d). Manual de Ajuda Mútua. Retrieved from https://www.inr.pt/documents/11309/217178/manual_de_ajuda_mutua.pdf/21c7ac24-ec0c-49ff-8fb3-4fae36e81523
- Martins, A. (2022). O Impacto do sono no funcionamento cognitivo. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Retrieved from https://sapientia.uaalg.pt/bitstream/10400.1/18953/1/TESE_FINAL.pdf
- McCormack, B., McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. Journal of Advanced Nursing, 56 (5), 472-479. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCormack, B., McCance, T. (Ed) (2017). Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice. Oxford: John Wiley and Sons Ltd, 2ª Edition.
- Mendes, J., & Vieira, R. (2023). Autoconceito – Compreender o Self. Quem sou eu? Lisboa. Lidel.
- Miguel, A., & Ruiz, M. (2021). Mindfulness e Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). Enfermagem em Saúde Mental. Intervenções e Diagnósticos (pp. 263 - 268). Lisboa. Lidel.
- Ministério da Saúde (2017). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). [Website]. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3140251/Pages/default.aspx>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. Espanha, Barcelona. Elsevier España, S. I.
- Murakami, H. (2014). Kafta à beira-mar. Lisboa. Editor BIS.
- Nora, D., Deodato, S., Vieira, M., & Zoboli, E. (2016). Elementos e Estratégias para a Tomada de Decisão Ética em Enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, volume 25 (02). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Olds, T., Burton, N., Sprod, J., Maher, C., Ferrar, K., Brown, W., Dumuid, D. (2018). One day you'll wake up and won't have to go to work: The impact of changes in time use on mental health following retirement. Journal Plos One, volume 13 (6). Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199605>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (Ed). (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Conselho de Enfermagem Regional, Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (Ed). (2014). Guião de Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ponta Delgada: Conselho de Enfermagem Regional, Conselho Regional da Região Autónoma dos Açores. Retrieved from

- <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/acoress/Documentos/Gui%C3%A3o%20PMCQCE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (Ed). (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. *Retrieved from* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documentos/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (Ed). (2016). Guia Orientador de boa prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. Cadernos OE, Série 1, Número 9. *Retrieved from* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (Ed). (2023a). Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2023b). Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º:47/2023: Clarificação de conceitos no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Retrieved from* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp_47-2023_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp_iniciativa-da-mceesmp.pdf
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO] (2005). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Lisboa: Sector de Ciências Sociais e Humanas da Divisão de Ética das Ciências e Tecnologias da Comissão Nacional da UNESCO – Portugal.
- Paço, S., & Deodato, S. (2021). Fundamentos éticos de enfermagem perante problemas éticos de início de vida: resultados preliminares de um estudo qualitativo. Cadernos De Saúde, 12, pp. 97-98. Doi: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10281>
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). Modelos para o exercício de enfermagem. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.
- Pereira, P., & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. Revista Pensar em Enfermagem, Vol. 18, Nº2.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. Revista Electrónica Educare, 20 (1), 1 – 23. *Retrieved from* <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v20n1/1409-4258-ree-20-01-00189.pdf>
- Pinto (2017). Relação entre a inteligência emocional e o relacionamento interpessoal em crianças de 5 anos. Universidade do Minho, Instituto de Educação. *Retrieved from* <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/50666>
- Querido, A. (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). Enfermagem em Saúde Mental. Intervenções e Diagnósticos (pp. 243-245). Lisboa. Lidel.
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Valentim, Carvalho, D., & Valentim, O. (2020). Treino de Assertividade. [eBook]. Escola Superior de Saúde de Leiria. Doi: <https://doi.org/10.25766/j4hy-dg37>
- Raposo, M. (2021). O Auto-Estigma: Intervenção na Pessoa com Doença Mental. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. *Retrieved from* <http://hdl.handle.net/10400.26/37409>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série, Nº 26 (2019). Pp. 4744-4750. *Retrieved from* <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República: II Série, Nº 122 (2015), pp. 17034-17041. *Retrieved from* www.dre.pt
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República: 2ª Série, nº 151 (2018). Pp. 21427-21430. *Retrieved from* www.dre.pt
- Regulamento n.º 656/2021 de 16 de julho. Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2ª Série, nº 137 (2021). Pp. 173 – 191. *Retrieved from* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23269/regulamento-forma%C3%A7%C3%A3o-profissional_oe.pdf
- Reis, J. (2021). Desafios na gestão e liderança em organizações de Saúde. Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, 30, 26 – 29. *Retrieved from* <https://issuu.com/spgs-pt/docs/rpgs030>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Diário da República n.º 47, I série (2008). Acedido em 12 de outubro de 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2008/03/04700/0139501409.pdf>

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Diário da República n.º 47, I série (2008). Acedido em 12 de outubro de 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2008/03/04700/0139501409.pdf>
- Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3- 15. *Retrieved from* <http://hdl.handle.net/10400.12/1054>
- Ricou, M. (1998). Ética e Saúde Mental. In D. Serrão & R. Nunes (Eds). *Ética em Cuidados de Saúde* (pp.61-79). Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, M., & Prates, B. (2011). Programa de Intervenção para a adesão ao regime medicamentoso. Irmãs Hospitalares, Casa de Saúde da Idanha. *Retrieved from*
- Rodríguez, M. & Llauradó, M. (2010). Multisensory Stimulation in the *SNOEZELEN* room: Concept and Fields of Application. *Revista Espanhola sobre Incapacidade Intelectual*, vol 41 (4), num 236, 22-32. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_de_Saude_da_Idanha.pdf
- Rosenberg, S. (2021). *O Poder Curativo do Nervo Vago*. Lisboa. Editora Nascente.
- Santos, B., Gonçalves, P., Sequeira, C, & Curto, P. (2021). Reestruturação Cognitiva. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental. Intervenções e Diagnósticos* (pp. 186 - 189). Lisboa. Lidel.
- Santos, E. (2021). Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*. *Retrieved from* <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39338>
- Santos, I., & Sá, E. (2010). Estratégias de governação clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26, 606-612. Doi: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10803>
- Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (12), 06-08. *Retrieved from* <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n12/n12a01.pdf>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C. (2016c). Impasses Terapêuticos. In C. Sequeira *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 146 – 148). Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C. (2021a). *Comunicação em Saúde Mental*. In C. Sequeira, & F. Sampaio. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 73 – 74). Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C. (2021b). *Comunicação Terapêutica*. In C. Sequeira, & F. Sampaio. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 80 – 83). Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C., & Coelho, T. (2016a). *Comunicação Terapêutica*. In C. Sequeira *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 97 – 102). Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C., & Coelho, T. (2016b). *Técnicas / Competências de Comunicação*. In C. Sequeira *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 103 – 131). Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2021). *Modificação do Comportamento*. In C. Sequeira, & F. Sampaio. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 193 – 195). Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C., & Sequeira, A. (2016). *Comunicar com a Criança e o Adolescente*. In C. Sequeira *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 193 – 195). Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C., Coelho, T., & Gamez, R. (2016). *Comunicação em Saúde*. In C. Sequeira *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 87 – 96). Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C., Pinho, P., & Llobet, M. (2016). *Estilo de Comunicação*. In C. Sequeira *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 132 – 145). Lisboa. Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2018). *Rede de Referência Hospital. Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. *Retrieved from* <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>
- Shaker, A., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2014). Research on Therapeutic Impasses and Ruptures in the Therapeutic Alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 211-232. Doi: <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880318>
- Silva, J. (2013). *AUTONOMIA VERSUS PATERNALISMO MÉDICO: Perfil Bioético dos Egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da UEPA*. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina. *Retrieved from* <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70573/2/29062.pdf>

- Silva, S. (2019). Emoções em crianças em idade escolar: intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Escola superior de Saúde de Setúbal. *Retrieved from* https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4878/1/S%3c3%b3nia%20Silva_PDF.pdf
- Simões, B. (2021). Inteligência emocional e burnout nas organizações: particularidades na pessoa com perda auditiva. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. *Retrieved from* <http://hdl.handle.net/10400.26/38700>
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da Humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista Referência, série II (7)*, páginas 97-105. *Retrieved from* <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=f4dc1fc4-2bf2-4ff8-a554-3e33c87d381e%40redis>
- Soares, A. (2009). Qualidade de vida, Depressão e Ansiedade em Indivíduos que Procuram Tratamento para a Obesidade. Universidade Fernando Pessoa. Porto. *Retrieved from* https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1569/1/dm_anoaires.pdf
- Stefanelli, M., Fukuda, I., & Arantes, E. (2008). *Enfermagem Psiquiátrica e as suas dimensões assistenciais*. São Paulo. Editora Manole Lda.
- Stuart, G., & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática*. Porto Alegre. Artmed Editora.
- Taylor, S. (2004). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In Tomey, A., & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 211-235). Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). Evidências em Saúde Mental: da conceção à ação [eBook]. Escola Superior de Saúde de Leiria. Doi: <https://doi.org/10.25766/079h-xe19>
- Tomey, A. (2004). Virginia Henderson - Definição de Enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood (Eds). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e teorias de enfermagem*. (pp. 423-444) Loures. Lusociência.
- Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures. Lusociência.
- Vagos, M. (2021). Principais dificuldades/desafios dos enfermeiros no início de carreira face à aprendizagem obtida na licenciatura. Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa. *Retrieved from* https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10478/1/PG_16459.pdf
- Valente, G., Sequeira, C., & Sampaio, F. (2021). Modelos Teóricos e a Enfermagem de Saúde Mental. In C. Sequeira, & F. Sampaio. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 19 – 23). Lisboa. Lidel.
- Valente, S., & Lourenço, A. (2020). Questionário de inteligência emocional do professor: adaptação e validação do Emotional Skills and Competence Questionnaire. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 7 (1), 12-24. Doi: <https://doi.org/10.17979/reipe.2020.7.1.5480>
- Vanelli, I., Chendo, I., Gois, C., Santos, J., & Levy, P. (2011). Adaptação e Validação da Versão Portuguesa da Escala de Adesão à Terapêutica. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 24, 017 – 020. *Retrieved from* <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/348/118/758>
- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M., Góis, C., Santos, J., & Markova, I. (2010). Adaptação para Português da Escala de Insight Marková e Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 1011 - 1016. *Retrieved from* <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/748/425>
- Vicente, L. (2014). Validação da Escala de Inteligência Emocional de Schutte. Impacto da intervenção por mensagens SMS na Inteligência Emocional e Inteligência Espiritual em estudantes de Psicologia. Universidade da Beira Interior. *Retrieved from* https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5583/1/3696_7375.pdf
- Weigel, K., Potter, C., & Green, C. (2003). Insuficiência Renal. In Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. Volume II*. (pp. 1031 - 1068). Loures: Lusociência, 6ª Edição.
- World Health Organization [WHO] (2003). Quality and accreditation in health care services- A global review. *Retrieved from* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68410/WHO?sequence=1>
- World Health Organization [WHO] (Ed.) (2021). *Comprehensive Mental Health Action-Plan 2013-2030*. *Retrieved from* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>

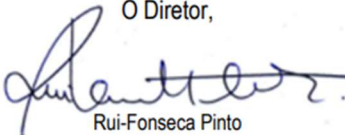
ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DAS JORNADAS PEDAGÓGICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA 2022



CERTIFICADO

Certifica-se que **Érica Vieira** apresentou o póster *Análise Crítico-Reflexiva de Caso Clínico*, da autoria de Erica Vieira e Maria João Caetano, nas I Jornadas Pedagógicas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que tiveram lugar no auditório da Escola Superior de Saúde, no dia 16 de dezembro de 2022, entre as 9h00 e as 18h00.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto

ANEXO II – CERTIFICADO DO SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL: LISBOA 2023- A PRÁTICA ESPECIALIZADA



CERTIFICADO

Certifica-se que Erica Vanessa de Oliveira Frazão Vieira participou no **Seminário de Enfermagem de Saúde Mental: Lisboa 2023- A prática especializada**, que decorreu no dia 18 de maio de 2023 na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a duração de 8 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

ANEXO III – CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “SNOEZELN – ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL”



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Érica Vanessa de Oliveira Frazão Vieira natural de Leiria nascida em [REDACTED], com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) [REDACTED], concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Snoezelen - Estimulação Sensorial, em 06/10/2023, com a duração de 12:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..5
Snoezelen - Estimulação Sensorial	12:00	4
Nota Final		4

Figueira da Foz, 10 de outubro de 2023

O(A) Responsável pelo(a) Cação e Melo - Consultores de Gestão, Lda.


(Assinatura do Responsável)

Certificado n.º 3358/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

ANEXO IV – CERTIFICADO DO WEBINAR “RUMO AO FUTURO: A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ERICA VANESSA DE OLIVEIRA FRAZÃO VIEIRA

membro nº [REDACTED] desta Ordem, participou no(a) **"Rumo ao Futuro: A importância da Promoção da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes"**, realizado no dia **19 de Setembro de 2023**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Coimbra, 19 de Setembro de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional



Ricardo Correia de Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO V – CERTIFICADO DA CONFERÊNCIA “MODELO ULS NO CENTRO DA MUDANÇA DO SNS”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Erica Vanessa de Oliveira Frazão Vieira** participou na Conferência "Modelo ULS no centro da mudança do SNS", organizada no âmbito dos cursos de 2º ciclo, que teve lugar no dia 13 de janeiro de 2024, entre as 09h00 e as 13h00, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto

ANEXO VI – CERTIFICADO DAS JORNADAS PEDAGÓGICAS “CONVERGÊNCIA(S) EM SAÚDE MENTAL”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Erica Vanessa de Oliveira Frazão Vieira** participou nas II Jornadas Pedagógicas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde Mental, que tiveram lugar no dia 1 e 2 de março de 2024, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto

ANEXO VII - PARECER N.º CE/IPLEIRIA/58/2023



COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/58/2023

Data: 17/11/2023

Título do estudo – Impacto de uma intervenção promotora da comunicação terapêutica eficaz em enfermeiros de uma Unidade de Hemodiálise

Nome do (s) proponente (s):
Investigadores Principais:
José Carlos Rodrigues Gomes.
Membros da equipa de investigação:
Erica Vanessa de Oliveira Frazão Vieira.

O estudo tem como objetivos: -----
Obter indicadores relativos às competências comunicacionais dos enfermeiros submetidos ao programa de intervenção; -----
Promover uma comunicação terapêutica eficaz entre os enfermeiros, submetidos ao plano de intervenção, e os utentes com insuficiência renal crónica sob hemodiálise, numa perspetiva de um cuidado centrado no doente; -----
Promover a capacidade de gestão das emoções nos enfermeiros; -----
Propor um módulo de formação sobre Comunicação Clínica em Hemodiálise no programa de formação contínua da equipa de saúde com base nos resultados. -----
A data de início do estudo/projeto está definida e está adequada, maio 2023. -----
A data de fim (prevista) do estudo/projeto está definida e está adequada, fevereiro 2024. -----
A data prevista de início da recolha de dados está definida e está adequada, novembro 2023. -----
A data prevista de fim da recolha de dados está definida e está adequada, janeiro 2024. -----
Metodologia: -----
O tipo de estudo está corretamente descrito e justificado. -----
A população-alvo e a amostra estão corretamente identificadas e corretamente justificadas. -----
Os critérios de inclusão estão definidos e corretamente justificados. -----
Os critérios de exclusão estão definidos e corretamente justificados. -----
Os locais onde decorre o estudo estão identificados e os procedimentos para a recolha de autorizações apresentados. -----
Os instrumentos de recolha de dados estão devidamente descritos e anexos ao formulário submetido à CE. -----
Os procedimentos para a garantia de confidencialidade estão devidamente descritos. -----
Os procedimentos para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes estão devidamente descritos. -----
Não foram identificados danos para os participantes. -----
Os possíveis benefícios para os participantes encontram-se apresentados e corretamente justificados. -----
Não foram identificados custos de participação para os participantes no estudo, bem como possíveis compensações. -----
O termo de responsabilidade foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

1

O consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

O consentimento do participante foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

O compromisso de honra da investigadora principal foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

No consentimento informado foi referido como responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrente do RGD, o investigador principal. -----

Após a reformulação da proposta submetida, no seguimento dos esclarecimentos adicionais solicitados, a CE emite parecer favorável. -----

P'la CE a Presidente

Assinado por: **SUSANA LUÍSA DA CUSTÓDIA
MACHADO MENDES**
Num. de Identificação: 10586349
Data: 2023.11.29 18:12:18+00'00'

ANEXO VIII – ESCALA DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE SCHUTTE (EIES)

ESCALA DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE SCHUTTE (EIES) – Adaptada por Vicente, Santos, Esgalhado & Pereira (2014) e validada por Vicente (2014)

Cada uma das seguintes afirmações questiona-o(a) sobre as suas emoções ou reações associadas a essas emoções. Não há respostas certas nem erradas. As respostas são anónimas e confidenciais, destinando-se exclusivamente ao estudo em curso. Leia cada uma das afirmações e assinale, com um círculo, a opção de resposta que mais se adequa à sua realidade e que melhor o(a) descreve. Considere a seguinte escala:

1 - Discordo totalmente

2 - Discordo

3 - Não concordo nem discordo

4 – Concordo

5 - Concordo totalmente

1	Sei quando falar acerca dos meus problemas pessoais para outros.	1	2	3	4	5
2	Quando me deparo com obstáculos, lembro-me de situações em que enfrentei obstáculos semelhantes e os ultrapassei.	1	2	3	4	5
3	É-me difícil compreender as mensagens não-verbais das outras pessoas.	1	2	3	4	5
4	Alguns dos maiores acontecimentos da minha vida, levaram-me a reavaliar o que é ou não importante.	1	2	3	4	5
5	Quando o meu humor muda vejo novas possibilidades.	1	2	3	4	5
6	As emoções são uma das coisas que fazem a minha vida valer a pena.	1	2	3	4	5
7	Tenho consciência das minhas emoções à medida que as experiencio.	1	2	3	4	5
8	Gosto de partilhar as minhas emoções com os outros.	1	2	3	4	5
9	Quando sinto uma emoção positiva, sei como fazê-la durar.	1	2	3	4	5
10	Organizo eventos e atividades que as outras pessoas apreciam.	1	2	3	4	5
11	Estou consciente das mensagens não-verbais que envio para os outros.	1	2	3	4	5
12	Quando estou bem-disposto/a resolver problemas é fácil para mim.	1	2	3	4	5
13	Reconheço as emoções que as pessoas estão a sentir, olhando para as suas expressões faciais.	1	2	3	4	5

14	Sei porque é que as minhas emoções mudam.	1	2	3	4	5
15	Quando estou bem-disposto/a, consigo ter novas ideias.	1	2	3	4	5
16	Tenho controlo sobre as minhas emoções.	1	2	3	4	5
17	Reconheço facilmente as minhas emoções à medida que as experiencio.	1	2	3	4	5
18	Motivo-me a mim próprio/a imaginando um bom resultado para as tarefas que assumo.	1	2	3	4	5
19	Tenho consciência das mensagens não-verbais que outras pessoas enviam.	1	2	3	4	5
20	Quando outra pessoa me fala acerca de um acontecimento importante na sua vida, quase que sinto como se estivesse a experienciar este evento eu próprio/a.	1	2	3	4	5
21	Quando sinto que as minhas emoções mudam, tendo a encontrar novas ideias.	1	2	3	4	5
22	Quando me confronto com um desafio, desisto porque acredito que irei falhar.	1	2	3	4	5
23	Sei o que as outras pessoas estão a sentir só de olhar para elas.	1	2	3	4	5
24	Ajudo as outras pessoas a sentirem-se melhor quando estão em baixo.	1	2	3	4	5
25	Uso a boa disposição para me ajudar a continuar a tentar a enfrentar obstáculos.	1	2	3	4	5
26	Consigo dizer como é que as pessoas se sentem, ouvindo o tom da sua voz.	1	2	3	4	5
27	É-me difícil compreender porque é que as pessoas sentem aquilo que sentem.	1	2	3	4	5

Obrigada pela colaboração!

Fonte: Vicente, L. (2014). Validação da Escala de Inteligência Emocional de Schutte. Impacto da intervenção por mensagens SMS na Inteligência Emocional e Inteligência Espiritual em estudantes de Psicologia. Universidade da Beira Interior. Retrieved from https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5583/1/3696_7375.pdf

ANEXO IX – QUESTIONÁRIO DE AGRESSIVIDADE DE BUSS PERRY

Responda a cada uma das afirmações, considerando uma escala do tipo *likert*. Não há respostas certas nem erradas. As respostas são anónimas e confidenciais, destinando-se exclusivamente ao estudo em curso. Leia cada uma das afirmações e assinale, com um círculo, a opção de resposta que mais se adequa a si, de acordo com a seguinte escala:

1 – Nunca ou quase nunca

2 – Raramente

3 – Regularmente

4 – Frequentemente

5 – Sempre ou quase sempre

1	Alguns dos meus amigos pensam que sou conflituoso.	1	2	3	4	5
2	Se tiver que recorrer à violência para proteger os meus direitos, faço-o.	1	2	3	4	5
3	Quando os outros são especialmente amáveis comigo, pergunto-me o que quererão.	1	2	3	4	5
4	Quando discordo dos meus amigos, digo-lhes abertamente.	1	2	3	4	5
5	Já fiquei tão zangado que parti coisas.	1	2	3	4	5
6	Não consigo evitar discutir com as pessoas quando elas discordam de mim.	1	2	3	4	5
7	Pergunto-me porque é que às vezes me sinto tão amargo com as coisas.	1	2	3	4	5
8	De vez em quando não consigo controlar a necessidade de bater noutra pessoa.	1	2	3	4	5
9	Sou uma pessoa extremamente calma.	1	2	3	4	5
10	Fico desconfiado de estranhos muito amáveis.	1	2	3	4	5
11	Já ameacei pessoas que conheço.	1	2	3	4	5
12	Exalto-me facilmente, mas passa-me depressa.	1	2	3	4	5
13	Se me provocarem bastante, posso bater noutra pessoa.	1	2	3	4	5
14	Quando as pessoas me irritam, chego a dizer-lhe o que penso delas.	1	2	3	4	5
15	Às vezes fico cheio de ciúmes dos outros.	1	2	3	4	5
16	Não consigo encontrar nenhuma boa razão para bater em alguém.	1	2	3	4	5

17	Por vezes sinto que a vida tem sido injusta comigo.	1	2	3	4	5
18	Tenho dificuldades em controlar o meu feitio.	1	2	3	4	5
19	Quando fico frustrado, mostro a minha irritação.	1	2	3	4	5
20	Por vezes sinto que as pessoas se riem nas minhas costas.	1	2	3	4	5
21	Muitas vezes entro em desacordo com as pessoas.	1	2	3	4	5
22	Se alguém me bate, bato-lhe também.	1	2	3	4	5
23	Por vezes sinto-me um barril de pólvora pronto a explodir.	1	2	3	4	5
24	As outras pessoas parecem ter sempre as melhores oportunidades.	1	2	3	4	5
25	Houve pessoas que me pressionaram tanto que chegámos a “vias de facto”.	1	2	3	4	5
26	Sei de “amigos” que falam de mim.	1	2	3	4	5
27	Os meus amigos dizem que gosto de me meter em discussões.	1	2	3	4	5
28	Às vezes perco o controlo sem razão alguma.	1	2	3	4	5
29	Meto-me em brigas mais vezes que a maioria das pessoas.	1	2	3	4	5

Obrigada pela colaboração!

Fonte: Cunha, O., Gonçalves, R. (2012). Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. *Laboratório de Psicologia*, 10 (1), 3 – 17. Retrieved from https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3437/1/LP_10_3-17.pdf

ANEXO X – TESTE DE ASSERTIVIDADE

Teste de Assertividade

Towsend (2011, adaptado de Loyd, 2002) *as cited in* Querido, Tomás, Laranjeira, Carvalho e Valentim (2020)

Atribua um número de 1 a 5 a cada item utilizando a seguinte escala 1= Nunca; 3=Por vezes; 5= Sempre.

1. Peço aos outros para me fazerem coisas sem me sentir culpado ou ansioso	1	2	3	4	5
2. Quando alguém me pede para fazer algo que não quero fazer digo "não" sem me sentir culpado ou ansioso	1	2	3	4	5
3. Sinto-me à vontade quando falo para um grupo grande de pessoas	1	2	3	4	5
4. Exprimo de modo confiante as minhas opiniões honestas a figuras de autoridade (como o meu chefe)	1	2	3	4	5
5. Quando experiencio sentimentos fortes (raiva, frustração, desilusão, etc.) , verbalizo-os facilmente	1	2	3	4	5
6. Quando exprimo raiva faço-o sem culpar os outros por me deixarem furioso	1	2	3	4	5
7. Sinto-me confortável a falar dentro de um grupo	1	2	3	4	5
8. Se não concordo com a opinião da maioria numa reunião, consigo manter a minha opinião sem me sentir desconfortável e sem ser abrasivo	1	2	3	4	5
9. Quando cometo erro, reconheço-o	1	2	3	4	5
10. Digo aos outros quando o seu comportamento me cria um problema	1	2	3	4	5
11. Conhecer pessoas novas em situações sociais é algo que faço fácil e confortavelmente	1	2	3	4	5
12. Quando discuto as minhas crenças, faço-o sem rotular as opiniões dos outros de "loucas", "estúpidas", "ridículas" ou "irracionais"	1	2	3	4	5
13. Assumo que a maioria das pessoas são competentes e de confiança e não tenho dificuldade em delegar tarefas a outros	1	2	3	4	5
14. Quando considero fazer algo que nunca fiz antes, sinto-me confiante de que posso aprender a fazê-lo	1	2	3	4	5
15. Acredito que as minhas necessidades são tão importantes quanto as dos outros e tenho direito a ter as minhas necessidades satisfeitas	1	2	3	4	5

Pontuação total da escala

60 pontos ou mais – tem uma filosofia assertiva consistente e provavelmente lida bem com a maioria das situações

45-59 pontos – tem uma visão algo assertiva, mas pode beneficiar de algum treino de assertividade

30-44 pontos – pode ser assertivo em algumas situações, mas a sua resposta natural é não assertiva ou agressiva. Sugere-se treino de assertividade

15-29 pontos – tem dificuldades consideráveis em ser assertivo. Recomenda-se treino de assertividade.

Fonte: Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Valentim, Carvalho, D., & Valentim, O. (2020). Treino de Assertividade. [eBook]. Escola Superior de Saúde de Leiria. Doi: <https://doi.org/10.25766/j4hy-dg37>

ANEXO XI – MAPA DA ASSERTIVIDADE

Mapa da Minha Assertividade

Preencha cada quadrado com a classificação da sua assertividade numa escala até 5 pontos:

0 – Significa que não tem dificuldade em ser assertivo; 5 – significa que é completamente incapaz de ser assertivo

A avaliação pode ser analisada do resultado:

- Totalmente por atividade, incluindo todas as características de diferentes pessoas
- Totalmente por pessoas, incluindo todas as categorias de diferentes atividades
- Numa base individual considerando pessoas específicas e atividades específicas

Pessoas	Amigos do mesmo sexo	Amigos do sexo oposto	Relações íntimas / cônjuge	Figuras de autoridade	Membros da família	Colegas e subordinados	Estranhos	Trabalhadores / empregado balcão, etc.
Atividades								
Dar e receber elogios								
Pedir favores / ajuda								
Iniciar e manter conversas								
Recusar pedidos								
Expressar opiniões pessoais								
Expressar raiva / descontentamento								
Expressar carinho / amor, afeição								
Afirmar os próprios defeitos e necessidades								

Fonte: Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Valentim, Carvalho, D., & Valentim, O. (2020). Treino de Assertividade. [eBook]. Escola Superior de Saúde de Leiria.
Doi: <https://doi.org/10.25766/j4hy-dg37>

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMAÇÃO DE SERVIÇO “COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA: UMA ABORDAGEM CENTRADA NO DOENTE”

Tema: Comunicação Terapêutica: uma abordagem centrada no doente

Destinatários/ Grupo-Alvo: Enfermeiros

Data: 05 / 07 / 2023 **Horário:** 14h **Duração:** 1h **LOCAL:** Sala reuniões

Formadores: Enfermeira Erica Vieira (aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)

Objetivos	Conteúdos	Metodologias	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar para o impacto da comunicação na pessoa com doença mental; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação ▪ Impacto da Comunicação ▪ A Pessoa com doença mental ▪ Enquadramento Legal 	<p>Método ativo e expositivo</p>	<p>▪ Atividade diferentes, distintos:</p> <p>Pessoas sentires</p> <p>Distribuir folha de papel e caneta a cada um dos participantes; explicar que, ao dar o sinal, todos devem desenhar o que for indicado, mas sem tirar a caneta do papel; dar o sinal para desenharem um rosto, com olhos, nariz, boca e pescoço; relembrar para não retirarem caneta do papel; encerrar a atividade;</p>	<p>Projetor multimédia; Computador (apresentação <i>Powerpoint</i>); Folhas brancas A5; canetas;</p>	<p>15 min</p>	<p>Avaliação da formação: preenchimento de questionários</p>

	Objetivos	Conteúdos	Metodologias	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhecer a importância da comunicação terapêutica para um cuidado centrado no doente; ▪ Refletir acerca dos resultados de uma grelha de observação, assente nos princípios da comunicação terapêutica, aplicada em contexto de internamento de psiquiatria; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado Centrado no Doente ▪ Labirintos comunicacionais ▪ Comunicação Terapêutica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definição ✓ Objetivos ✓ Benefícios ✓ Requisitos ▪ Resultados da aplicação da grelha de observação 	Método expositivo		Projetor multimédia; Computador (apresentação <i>Powerpoint</i>);	30 min	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a reflexão individual acerca das práticas passíveis de serem melhoradas, tendo por base os conteúdos abordados; ▪ Avaliação da formação; 						

APÊNDICE II – FORMAÇÃO DE SERVIÇO “SNOEZELLEN: UMA ABORDAGEM CENTRADA NO DOENTE”

Tema: *Snoezelen*: uma abordagem centrada no doente

Destinatários/ Grupo-Alvo: Enfermeiros

Data: 10 / 10 / 2023 **Horário:** 14h30 **Duração:** 1h **LOCAL:** Sala reuniões

Formadores: Enfermeira Erica Vieira (aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)

Objetivos		Conteúdos	Metodologias	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entender em que consiste a abordagem <i>snoezelen</i>; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conceito “<i>Snoezelen</i>” ▪ Estimulação e Integração Sensorial ▪ Importância da Estimulação Multissensorial ▪ Benefícios do <i>snoezelen</i> ▪ Áreas de Intervenção ▪ Equipamentos / Materiais 	Método ativo e expositivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atividade de experiência sensorial - “Viagem Sensorial”: Distribuir materiais com texturas diferentes, sugerindo a exploração das diferentes texturas consoante os seus interesses, fazendo despertar sensações; ouvir música relaxante em simultâneo; 	Projetor multimédia; Computador (apresentação <i>Powerpoint</i>); Materiais de diferentes texturas; Coluna <i>Bluetooth</i> ;	30 min	Avaliação da formação: preenchimento de questionários
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhecer a importância da abordagem <i>snoezelen</i> para um cuidado centrado no doente; ▪ Refletir sobre a utilização da abordagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado Centrado no Doente ▪ Relação Terapêutica ▪ Importância da Comunicação no espaço <i>snoezelen</i> ▪ <i>Snoezelen</i> enquanto instrumento terapêutico: 	Método expositivo		Projetor multimédia; Computador (apresentação <i>Powerpoint</i>);	20 min	

Objetivos		Conteúdos	Metodologias	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
	<i>snoezelen</i> enquanto instrumento terapêutico;	prática clínica em enfermagem de saúde mental					
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da formação; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Período para discussão em equipa ▪ Preenchimento dos questionários de avaliação da formação; 	Método ativo e expositivo		Projetor multimédia; Computador (apresentação <i>Powerpoint</i>); Questionário de avaliação da formação;	10 min	

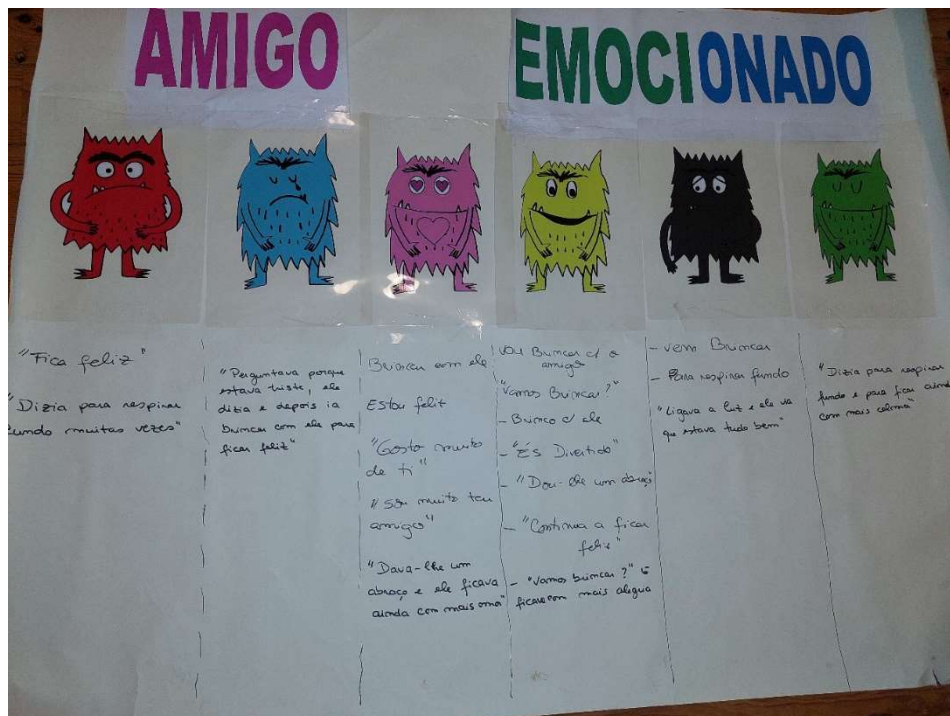
|

APÊNDICE III – ATIVIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL



Fonte: Duarte, S. (2021). Jogo PlayMento.





APÊNDICE IV – VIAGEM SENSORIAL



APÊNDICE V – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE UMA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EFICAZ (CONTEXTO DE INTERNAMENTO)

Requisitos de uma comunicação terapêutica (Sequeira & Coelho, 2016)	Intervenções / Técnicas (Sequeira & Coelho, 2016; Sequeira, 2014; Coelho, 2015)	Observação (assinalar se observado)	Comentários
Objetivos definidos			
Setting adequado			
Pessoa como centro dos cuidados	Demonstra disponibilidade		
	Evita interrupções		
Intencionalidade	Recorre a técnicas de comunicação verbal		
	Informação		
	Aceitação		
	Parfraseamento ou Acentuação		
	Questionamento		
	Clarificação		
	Focalização		
	Confrontação		
	Assertividade		
	Empatia		
	Humor		
	Validação		
	Síntese		
	Anamnese Associativa		
	Reformulação		
	Exploração		
	Interpretação		
	Orientação		
	<i>Feedback</i>		
	Recorre a técnicas de comunicação não-verbal		
	Escuta Ativa		
	Olhar		
	Posicionamento		
Distância			
Toque			
Valor Terapêutico	Autônomo		
	Complementar		

Referências Bibliográficas

- Coelho, M. (2015). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: utilização pelos enfermeiros. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto. *Retrieved from* https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33990
- Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (12), 06-08. *Retrieved from* <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n12/n12a01.pdf>
- Sequeira, C., Coelho, T. (2016). Comunicação Terapêutica. In C. Sequeira Comunicação Clínica e Relação de Ajuda (pp. 97 - 102). Lisboa. Lidel.

APÊNDICE VI - INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL PROMOTORA DA LSM NOS IDOSOS

Plano da Sessão nº 1					
Tema: Saúde Mental e Doença Mental					
Objetivo Geral: Estabelecer uma estrutura para a intervenção psicoeducacional sobre saúde mental nos idosos;					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentar uma proposta de intervenção com esclarecimento do seu conceito e objetivo; ▪ Determinar a motivação do grupo para participar numa intervenção psicoeducacional e apreender informações específicas; ▪ Promover a reflexão sobre a saúde mental e a doença mental; ▪ Desmistificar crenças relativas à doença mental; 					
Duração da Sessão: 60 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do enfermeiro e elementos do grupo-alvo de intervenção ▪ Estrutura da intervenção psicoeducacional e respetivas sessões ▪ Determinar a motivação dos elementos do grupo-alvo para a apreensão de conhecimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinâmica de apresentação, em que é solicitado que se apresentem, um a um, dizendo o seu nome, idade, de onde são e outro aspeto que queriam referir sobre si; ▪ Propor uma intervenção psicoeducacional sobre saúde mental, abordando o conceito, os objetivos e as condições para a sua realização; ▪ Entregar folheto com a programação das sessões (referência ao nº de sessões, duração, calendarização, objetivos e temas de cada sessão); ▪ Utilizar estratégias de entrevista motivacional, como a escuta crítica, com recurso à reformulação (por exemplo) (Tomás, Valentim, Laranjeira & Querido, 2020); determinar expectativas, emoções em relação à aquisição de conhecimentos sobre a saúde mental; 	Método ativo, expositivo e interrogativo	Sala; Mesas; Cadeiras; Quadro; Computador; Projetor, Folheto com programa da Intervenção Psicoeducacional; canetas; Questionário de avaliação diagnóstica de conhecimentos; Placas de verdadeiro e	5 min 5 min 10 min	<p>Aplicação de um questionário de avaliação diagnóstica de conhecimentos, tendo por base os resultados esperados (NOC) relativos ao conhecimento sobre promoção da saúde e gestão da depressão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enumera estilos de vida saudáveis; ▪ Reconhece os sinais e sintomas de doença mental;

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Diagnóstica ▪ Reflexão sobre a saúde mental ▪ Abordagem à Saúde Mental e Doença Mental ▪ Avaliação da sessão nº1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar questionário de avaliação diagnóstica, com questões de verdadeiro/falso (APÊNDICE VII); ▪ Questionar os participantes sobre o que entendem por saúde mental e doença mental; questionar sobre os conceitos; ▪ Abordar os seguintes temas, procurando relacionar com mapa mental construído: <ul style="list-style-type: none"> - Saúde Mental e Doença mental - Crenças / mitos em relação à doença mental (Exercício: Distribuir placas de verdadeiro e falso pelos utentes e cada um tem de levantar a placa conforme o mito que apresentou, tendo de justificar, havendo reflexão em grupo) <ul style="list-style-type: none"> - Promoção da Saúde Mental e Prevenção da Doença Mental ▪ Entrega de Folheto Informativo com resumo da sessão; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Acordar data da sessão seguinte; 		falso; Folheto Informativo com resumo da sessão;	15 min 15 min 10 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica fatores de risco para o desenvolvimento de doença mental; ▪ Reconhece os recursos comunitários disponíveis; ▪ Conhece as opções terapêuticas disponíveis;
---	---	--	--	------------------------------------	--

Plano da Sessão nº 2

Tema: Doença Mental nos Idosos

Objetivo Geral: Promover o reconhecimento da doença mental nos idosos;

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar o grupo-alvo para a influência de fatores decorrentes do envelhecimento, na saúde mental dos idosos;
- Instruir o grupo-alvo sobre as doenças mentais mais comuns nos idosos;
- Divulgar os recursos disponíveis na comunidade, no âmbito da saúde mental;

- Sensibilizar para a importância de recorrer a um profissional, quando necessário;

Duração da Sessão: 60 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Reflexão sobre doença mental nos idosos ▪ <i>Powerpoint</i> sobre doença mental nos idosos ▪ Elaboração do Kit de Saúde Mental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ Promover a reflexão sobre a doença mental nas diferentes fases de vida; <u>Questões orientadoras:</u> há doenças mentais mais comuns em cada uma das fases de vida? A que se deve? Dentro da mesma fase de vida, há pessoas com mais probabilidade de vir a desenvolver doença mental? ▪ <i>Powerpoint</i> sobre doença mental nos idosos: <ul style="list-style-type: none"> - Envelhecimento e risco de desenvolver doença mental - Fatores de risco para a saúde mental dos idosos - Doenças mentais mais comuns nos idosos - Sinais e sintomas de doença mental - Importância do pedido de ajuda - Recursos disponíveis na comunidade (institucionais e pessoais) - Tratamentos/opções terapêuticas disponíveis ▪ Iniciar a elaboração do Kit de Saúde Mental (APÊNDICE VIII), solicitando o preenchimento de dois cartões: um com os sinais e sintomas de doenças mentais e outro com os recursos disponíveis na comunidade (institucionais e pessoais) e respetivos contactos. Os cartões serão guardados numa bolsa 	<p>Método ativo, expositivo e interrogativo</p>	<p>Sala; Mesas; Cadeiras; Computador; Projetor, Kit de Saúde Mental (bolsas com cartões); Folheto Informativo com resumo da sessão;</p>	<p>5 min 15 min 20 min 10 min</p>	<p>Realização de questões ao longo da sessão</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão nº2 	<p>para colocar na carteira e poderem consultar sempre que necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de Folheto Informativo com resumo da sessão; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Acordar data da sessão seguinte; 			10 min	
---	---	--	--	--------	--

Plano da Sessão nº 3					
Tema: Promoção da Saúde Mental					
Objetivo Geral: Promover a adoção de estratégias de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental;					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir sobre a importância de adotar estratégias de autoajuda, com vista à promoção da saúde mental e sobre as diferentes estratégias; ▪ Promover a autoconsciencialização das estratégias de autoajuda adotadas pelos elementos do grupo-alvo, equacionando a mudança de comportamento; 					
Duração da Sessão: 60 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Autoconsciencialização das estratégias de promoção da saúde mental mobilizadas ▪ <i>Powerpoint</i> sobre Estratégias de Promoção da Saúde Mental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ Construção de mapa mental: pedir a cada um que digam, à vez, uma estratégia de promoção da saúde mental que considerem já usar; ▪ <i>Powerpoint</i> sobre Estratégias de Promoção da Saúde Mental: <ul style="list-style-type: none"> - Importância da Promoção de Saúde Mental - Diferentes estratégias de Promoção de Saúde Mental: sono, exercício físico, atividades de estimulação cognitiva, contacto com a natureza, ... 	Método ativo, expositivo e interrogativo	Sala; Mesas; Cadeiras; Quadro; Computador; Projetor, Kit de Saúde Mental (bolsas com cartões); Folheto Informativo com resumo da sessão;	5 min 10 min 15 min	Aplicação de um questionário de avaliação diagnóstica de conhecimentos, tendo por base os resultados esperados (NOC) relativos ao conhecimento sobre promoção da saúde

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre mudança de comportamento ▪ Avaliação da intervenção psicoeducacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conclusão do Kit de Saúde Mental - preenchimento de um cartão de compromisso, com as estratégias que se comprometem a adotar. ▪ Solicitar a participação dos elementos do grupo para partilharem pelo menos uma estratégia a adotar, no que toca à promoção da saúde mental, considerando o que já fazem e os conteúdos abordados ▪ Entrega de Folheto Informativo com resumo da sessão; ▪ Promover a reflexão sobre como decorreram as sessões; promover a expressão de sentimentos e expectativas sobre a integração dos conhecimentos nos seu dia-a-dia; ▪ Avaliar eficácia da intervenção através do preenchimento de um questionário de avaliação de conhecimentos, com questões de verdadeiro/falso (APÊNDICE VII); ▪ Esclarecimento de dúvidas; 		<p>Questionário de avaliação de conhecimentos;</p>	<p>15 min</p> <p>15 min</p>	<p>e gestão da depressão</p>
--	--	--	--	--------------------------------	------------------------------

Resultados:

O número de participantes das três sessões não foi constante, sendo 11, 6 e 9 respetivamente, com idades compreendidas entre 61 e 76 anos. Ao longo das sessões, o grupo foi participativo, demonstrando bastante interesse nos temas apresentados e discutidos. Mencionaram que embora não tenham o hábito de ler sobre esta temática da saúde mental, atribuem-lhe grande importância e dizem que gostavam de saber mais sobre a mesma. Na sessão n.º 1, na reflexão sobre o conceito de saúde mental, associaram essencialmente a sensação de bem-estar ao conceito e remeteram para estratégias de promoção da saúde mental, como a prática de exercício físico e leitura. Quando questionados sobre a saúde mental revelaram ainda uma tendência para responderem sobre doença mental. Na sessão n.º 2, foi possível

perceber que há um grande desconhecimento sobre as doenças mentais nos idosos, associando-se a terceira idade principalmente à demência. Na última sessão, os participantes identificaram previamente uma série de estratégias promotoras da saúde mental, comprometendo-se a adotar pelo menos uma delas daí em diante.

Avaliação

Na avaliação diagnóstica realizada, foi possível constatar que os participantes apontavam doenças mentais como fatores que influenciam a saúde mental dos idosos, não fazendo essa distinção. Foram apontados como fatores a falta de memória, o sedentarismo, o Alzheimer, a Demência, o isolamento e insónias. Com uma cotação de 0 a 20 valores nos questionários de avaliação, quer no questionário diagnóstico, quer no final, a média foi de 13 valores. A não melhoria nos resultados pode dever-se ao facto de as sessões terem sido realizadas com muito tempo entre elas, assim como ao facto de o grupo de participantes não ser constituído exatamente pelas mesmas pessoas, sendo que nem todos participaram em todas as sessões. Para além disso, destaco ainda a dificuldade de interpretação das questões, que foram manifestando aquando da realização das avaliações.

APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

1.

a) O envelhecimento acarreta consigo alguns fatores que podem influenciar a saúde mental dos idosos.

Verdadeiro

Falso

b) Refira um desses fatores: _____

2. As crenças culturais influenciam a nossa saúde mental.

Verdadeiro

Falso

3. A Depressão é a perturbação mental mais comum na terceira idade.

Verdadeiro

Falso

4. A demência é uma das doenças mentais que podem surgir na terceira idade.

Verdadeiro

Falso

5. A alteração no sono não é um sinal de doença mental.

Verdadeiro

Falso

6. Se tiver uma doença mental, o único tratamento possível é a toma de medicação.

Verdadeiro

Falso

7. Perante alguns sintomas de doença mental, a única pessoa a que posso recorrer é o médico de família.

Verdadeiro

Falso

8. Os hábitos de leitura promovem a saúde mental e previnem o aparecimento de doença mental.

Verdadeiro

Falso

9. O modo como ocupo o dia-a-dia é determinante para a minha saúde mental.

Verdadeiro

Falso

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE VIII – KIT DA SAÚDE MENTAL

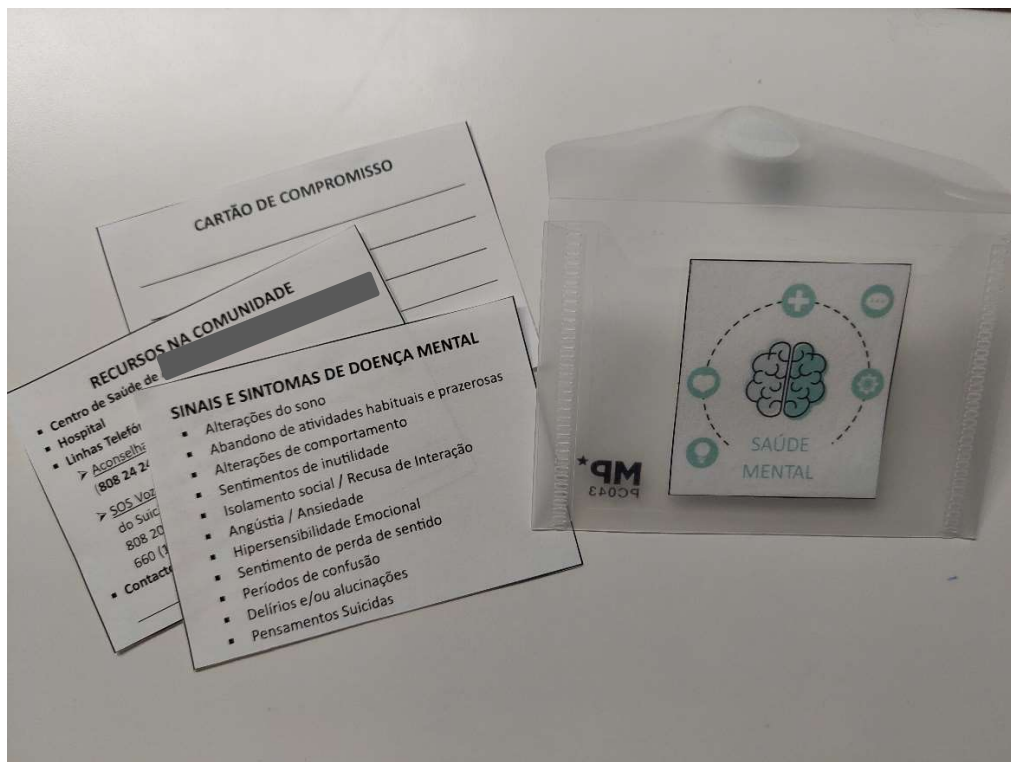
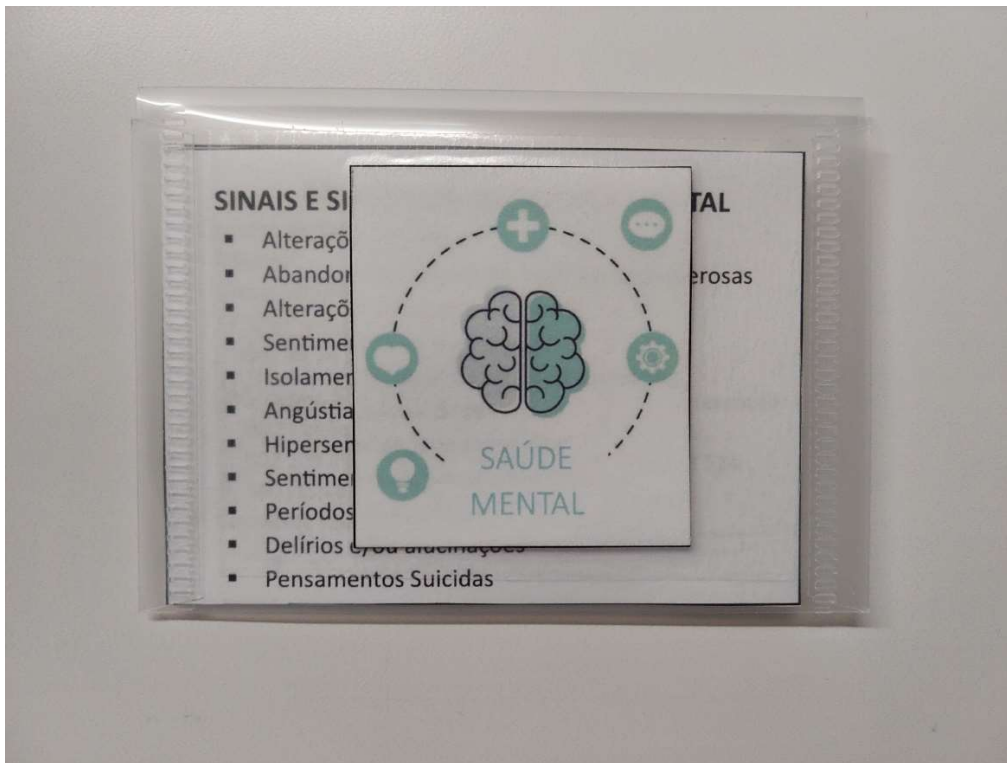
SINAIS E SINTOMAS DE DOENÇA MENTAL

- Alterações do sono
- Abandono de atividades habituais e prazerosas
- Alterações de comportamento
- Sentimentos de inutilidade
- Isolamento social / Recusa de Interação
- Angústia / Ansiedade
- Hipersensibilidade Emocional
- Sentimento de perda de sentido
- Períodos de confusão
- Delírios e/ou alucinações
- Pensamentos Suicidas

RECURSOS NA COMUNIDADE

- Centro de Saúde de [REDACTED]
- Hospital
- Linhas Telefónicas:
 - Aconselhamento Psicológico do SNS 24
(808 24 24 24 e seleccionar opção 4 – 24h/dia)
 - SOS Voz Amiga (Linha de Apoio Emocional e Prevenção do Suicídio)
808 209 899 | 213 544 545 | 912 802 669 | 963 524 660 (15h30 às 00h30)
- Contactos Pessoais: _____

CARTÃO DE COMPROMISSO



APÊNDICE IX – POSTER “A SAÚDE MENTAL NÃO SE REFORMA” DIRIGIDO À POPULAÇÃO REFORMADA



A SAÚDE MENTAL NÃO SE REFORMA

Com o aumento da esperança média de vida, embora se viva mais tempo, surgem fatores que representam um maior risco para a saúde mental dos idosos (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Na terceira idade, a deterioração das condições físicas e psicológicas, e uma consequente diminuição da capacidade funcional, podem desencadear:

- diminuição da satisfação perante a vida
- aumento da sintomatologia depressiva
- aparecimento de doenças crónicas
- aumento do consumo de álcool e cigarros

(Stevens, Cruwys, Haslam & Wang, 2021)

PROMOVA A SUA SAÚDE MENTAL!!

Sinais e Sintomas de Doença Mental

- Alterações de comportamento
- Isolamento social
- Períodos de confusão
- Abandono de atividades prazerosas
- Hipersensibilidade emocional
- Alterações no sono
- Agressividade verbal e não verbal
- Sentimento de perda de sentido
- Sentimentos de inutilidade
- Angústia / Ansiedade
- Pensamentos suicidas

Esteja atento aos sinais!



Promoção do sono



Alimentação Saudável

Respeite-se a si próprio:

- Exprese as suas emoções
- Saiba dizer não
- Saiba perdoar



Contacto com a Natureza

Viva a sua reforma de modo saudável!

Pense nas seguintes questões:

- ✓ Quais os meus interesses?
- ✓ Estou inserido em grupos?
- ✓ Tenho ligações familiares fortes?
- ✓ Que objetivos tenho por cumprir?



Prática de Exercício Físico



Atividades de Lazer



Definir objetivos diários



Pedir Ajuda se necessário



Relações sociais Positivas

Realizado por: Erica Vieira (aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica), 2023

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Anders, M., Sprietelli, B., Spitta, M., Böhler, A., & Pöhl, C. (2022). The impact of loneliness from employment to retirement on mental health: a longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 101(2). <https://doi.org/10.1080/02744328.2022.2114740>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Formação da Turma na Saúde Mental*.
- Stevens, L., Cruwys, T., & Haslam, C. (2021). Social support in late life: a review of the literature. *Journal of Health Psychology*, 101(2). <https://doi.org/10.1080/02744328.2021.2011474>
- Stevens, L., Cruwys, T., Haslam, C., & Wang, Y. (2021). Social group membership, physical activity, and mental health following retirement: A six-year follow-up from the English Longitudinal Study of Aging. *Health Psychology*, 40(2). <https://doi.org/10.1037/0278-6133.40.2.208>

APÊNDICE X – POSTER “A SAÚDE MENTAL NÃO SE REFORMA” DIRIGIDO À POPULAÇÃO ATIVA



A SAÚDE MENTAL NÃO SE REFORMA

Já pensou na sua agenda da reforma?

O trabalho é essencial ao ser humano e constitui um fornecedor de estrutura (a nível pessoal e financeiro), de estímulo, assim como de sentimento de coletivo e até de identidade (Henning et al., 2021).

Embora a reforma possa ser uma meta desejada, surge frequentemente associada a uma deterioração das condições físicas e psicológicas, podendo desencadear:

- diminuição da satisfação perante a vida
- aumento da sintomatologia depressiva
- aparecimento de doenças crónicas
- aumento do consumo de álcool e cigarros

(Stevens, Cruwys, Haslam & Wang, 2021)

PROMOVA A SUA SAÚDE MENTAL!!



Promoção do sono



Alimentação Saudável

Respeite-se a si próprio:

- Expresse as suas emoções
- Saiba dizer não
- Saiba perdoar



Contacto com a Natureza



Prática de Exercício Físico



Atividades de Lazer



Definir objetivos diários



Pedir Ajuda se necessário



Relações sociais Positivas

Sinais e Sintomas de Doença Mental

- Alterações de comportamento
- Isolamento social
- Períodos de confusão
- Abandono de atividades prazerosas
- Hipersensibilidade emocional
- Alterações no sono
- Agressividade verbal e não verbal
- Sentimento de perda de sentido
- Sentimentos de inutilidade
- Angústia / Ansiedade
- Pensamentos suicidas

Esteja atento aos sinais!

Prepare a sua reforma, para que a transição decorra de forma saudável!

Pense nas seguintes questões:

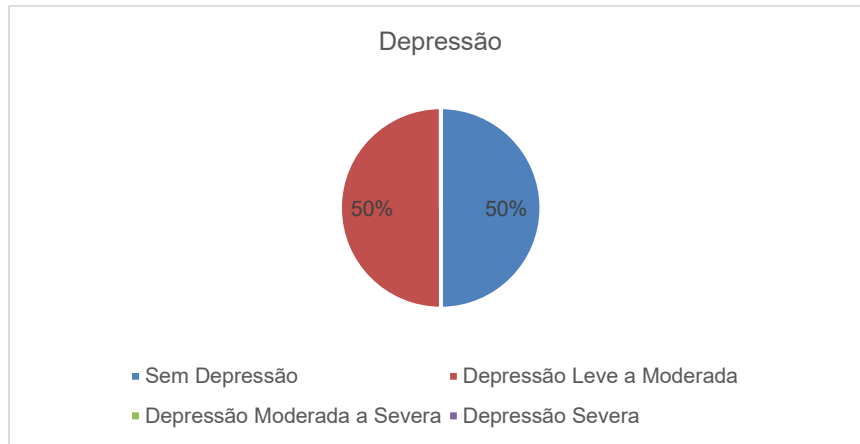
- ✓ Quais os meus interesses?
- ✓ Estou inserido em grupos?
- ✓ Tenho ligações familiares fortes?
- ✓ O que gostava de fazer na reforma?

Realizado por: Érica Vieira (aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica), 2023

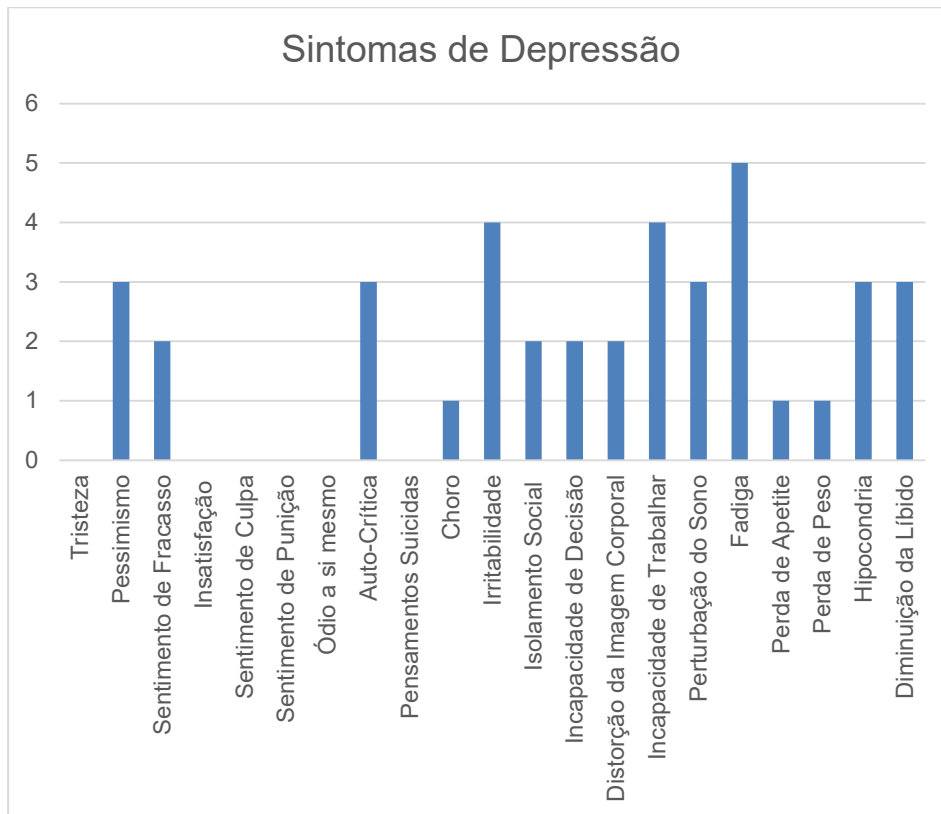
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Andrews, B., Spitznagel, E., Spitznagel, M., Hickey, A., & Perera, J. (2021). The impact of transitions from employment to retirement on mental health among older age. *Australian Journal of Psychology and Psychiatry Epidemiology*, 54 (1). <https://doi.org/10.1002/ajpe.1217>
- Henning, S., Scolding, A., Hinton, A., Eklund, R., Cox, A., Hill, M., ... & Craddock, R. (2021). Transition to active and happy retirement? Changes in leisure activity and depressive symptoms during the retirement transition. *Ageing & Mental Health*, 25 (5). <https://doi.org/10.1080/13602019.2019.1701124>
- Stevens, L., Scolding, S., & Scolding, C. (2020). Subversion of Social Health and Well-being in Retirement. C. & J. Scolding, F. (Eds.), *Subversion of Social Health: Disruptions and Interventions* (pp. 230-250). London: Ashgate.
- Stevens, M., Cruwys, T., Haslam, C., & Wang, Y. (2021). Social group membership, physical activity, and physical health following retirement: A six-year follow-up from the English Longitudinal Study of Ageing. *British Journal of Health Psychology*, 96 (2). <https://doi.org/10.1111/bjhp.12336>

APÊNDICE XI – RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK



Os sintomas apresentam-se distribuídos da seguinte forma:



Dos sintomas presentes na amostra, segue-se a descrição detalhada das respostas em relação a cada um dos sintomas:

Sintomas	Nº Respostas	Respostas
Pessimismo	3	"Sinto-me com medo do futuro"
Sentimento de Fracasso	1	"Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas"
	1	"Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado"
Autocrítica	3	"Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros"
Choro	1	"Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade"
Irritabilidade	2	"Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava"
	2	"Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente"
Isolamento Social	1	"Atualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter"
	1	"Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito"
Incapacidade de Decisão	2	"Agora sinto-me menos inseguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões"
Distorção da Imagem Corporal	1	"Sinto-me aborrecido porque estou a parecer mais velho ou pouco atraente"
	1	"Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente"
Incapacidade de Trabalhar	1	"Atualmente preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar"
	3	"Não consigo trabalhar tão bem como costumava"
Perturbação do Sono	3	"Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas"
Fadiga	4	"Fico cansado com mais facilidade do que antigamente"
	1	"Fico cansado quando faço seja o que for"
Perda de Apetite	1	"O meu apetite não é tão bom como costumava ser"
Perda de Peso	1	"Perdi mais de 5 Kg de peso"
Hipocondria	3	"Sinto-me preocupado, com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo"
Diminuição da Líbido	3	"Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar"

APÊNDICE XII - INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL SOBRE PAB E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Tendo como ponto de partida a proposta de organização de uma intervenção psicoeducacional apresentada pelos autores Amaral, Almeida & Sousa (2020), apresento a estruturação de sessões, abaixo representada. São realizadas em média, 2 sessões por semana, com uma duração de cerca de 45 cada uma.

Plano da Sessão nº 0					
Tema: Preparação para a Intervenção					
Objetivo Geral: Preparação para a realização de uma intervenção psicoeducacional sobre PAB e adesão ao regime terapêutico					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar a motivação da pessoa para participar numa intervenção psicoeducacional e apreender informações específicas; ▪ Apresentar uma proposta de intervenção com esclarecimento do seu conceito e objetivo; ▪ Estabelecer um contrato terapêutico com a pessoa alvo de cuidados; ▪ Planear as condições para a realização das sessões; 					
Duração da Sessão: 60 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do enfermeiro à pessoa alvo de intervenção ▪ Determinar a motivação da pessoa para a apreensão de conhecimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar estratégias de entrevista motivacional, como a escuta crítica, com recurso à reformulação (por exemplo) (Tomás, Valentim, Laranjeira & Querido, 2020); determinar expectativas, emoções e preocupações em relação à doença; identificar fatores internos e externos capazes de acentuar ou reduzir o potencial de melhorar o conhecimento (por exemplo, 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico calmo que garanta a privacidade; Sala; Mesas; Cadeiras; Escala MARS; Questionário de	20 min	Avaliação da Escala MARS (Vanelli et al., 2011) Aplicação de um questionário de

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partilha de perceções sobre a doença entre o enfermeiro e a pessoa 	<p>crenças de saúde, experiências anteriores, adaptação à doença, impacto da doença na sua vida);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as necessidades educacionais da pessoa alvo (compreender o que gostaria de ver explorado nas sessões; aplicar questionário de avaliação diagnóstica - APÊNDICE XIII; aplicar Escala MARS) 		<p>avaliação diagnóstica de conhecimentos; canetas;</p>	<p>20 min</p>	<p>avaliação diagnóstica de conhecimentos, tendo por base os resultados esperados (NOC) relativos ao conhecimento sobre a medicação e sobre o regime terapêutico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento da intervenção psicoeducacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propor uma intervenção psicoeducacional sobre PAB e adesão ao regime terapêutico, abordando o conceito, os objetivos e as condições para a sua realização; ▪ Promover a expressão de expectativas/emoções quanto ao programa 			<p>5 min</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer um contrato terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitar o preenchimento do formulário de consentimento informado, livre e esclarecido, para realização das sessões; ▪ Acordar data e hora da primeira sessão; 			<p>5 min</p> <p>10 min</p>	

<p>Plano da Sessão nº 1</p> <p>Tema: Aprender para Recomeçar</p> <p>Objetivo Geral: Estabelecer uma estrutura para a intervenção psicoeducacional, partindo da perceção e expectativas da pessoa alvo de cuidados</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarificar o motivo e objetivo da intervenção em função dos diagnósticos de Enfermagem; ▪ Negociar o plano da intervenção psicoeducacional, estruturada mediante as necessidades educacionais identificadas; ▪ Promover a reflexão sobre a evolução da doença e os comportamentos face à mesma; <p>Duração da Sessão: 45 minutos</p>

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenção Psicoeducacional ▪ Estrutura da intervenção psicoeducacional e respectivas sessões ▪ Reflexão sobre a evolução da doença e os comportamentos face à mesma ▪ Abordagem à PAB ▪ Avaliação da sessão nº1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar o conceito, os objetivos e a relevância deste tipo de intervenções; ▪ Mencionar diagnósticos de enfermagem identificados; ▪ Entregar folheto com a programação das sessões (referência ao nº de sessões, duração, calendarização, objetivos e temas de cada sessão); ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Promover a reflexão sobre: características da PAB; como tem evoluído a doença desde o diagnóstico; impacto que a doença tem tido na sua vida; fatores desencadeantes das descompensações e que conduzem a internamentos recorrentes; ▪ Abordar os seguintes temas, reforçando positivamente os aspetos mencionados pela pessoa alvo: <ul style="list-style-type: none"> - O que é a PAB; - Evolução da Doença; - Elevados índices de recorrência ▪ Entrega de Folheto Informativo sobre a PAB; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV) ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 	<p>Método ativo, expositivo e interrogativo</p>	<p>Espaço físico calmo que garanta a privacidade;</p> <p>Sala; Mesas; Cadeiras; Computador; Projetor, Folheto com programa da Intervenção Psicoeducacional; Folheto informativo sobre PAB; canetas; Questionário de satisfação</p>	<p>10 min</p> <p>5 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p> <p>5 min</p>

Plano da Sessão nº 2

Tema: “Vou aderir ao regime terapêutico”

Objetivo Geral: Promover a adesão ao regime terapêutico;

Objetivos Específicos:

- Instruir a pessoa alvo de cuidados sobre adesão ao regime terapêutico;
- Promover a reflexão sobre a adesão da pessoa ao regime terapêutico, equacionando a mudança de comportamento;

Duração da Sessão: 55 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Percepção da importância do regime terapêutico ▪ <i>Powerpoint</i> sobre Adesão ao Regime Terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; Promover a reflexão sobre o regime terapêutico e obter percepção dos fatores internos e externos que contribuem para a não adesão, partindo do resultado da escala MARS, preenchida na sessão nº0; <u>Exemplos de questões orientadoras:</u> Lembra-se o que o trouxe ao internamento desta vez? Qual o papel da medicação na sua vida? O que representa para si a toma de medicamentos? Quais os fatores implicados na não adesão? Como se sente quando não toma a medicação? Quais as consequências? ▪ <i>Powerpoint</i> – “Adesão ao Regime Terapêutico”: - Importância da adesão terapêutica; - Benefícios da adesão terapêutica; - Efeitos Secundários da medicação; 	<p>Método ativo, expositivo e interrogativo</p>	<p>Espaço físico que garante a privacidade;</p> <p>Sala; Mesas; Cadeiras; Computador; Projetor; Sessão em <i>Powerpoint</i>; canetas; Questionário de satisfação</p>	<p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>15 min</p>	<p>Realização de questões ao longo da sessão</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Armazenamento da medicação - Consequências da não adesão terapêutica; - Sinais de Alerta; - Estratégias promotoras de uma gestão do regime terapêutico mais eficaz (estabelecimento de rotinas, alarmes nas horas das administrações, coincidir com as refeições, organização da medicação em caixas para comprimidos, ...); 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre mudança de comportamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refletir com a pessoa alvo de cuidados, sobre os aspetos passíveis de modificar considerando o que já faz e os conteúdos abordados; discutir estratégias de <i>coping</i> possíveis; 			10 min	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão nº2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV) ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 			5 min	

Plano da Sessão nº 3					
Tema: Hábitos de Vida Saudáveis					
Objetivo Geral: Promover a adoção de hábitos de vida saudáveis					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis e estratégias a utilizar; ▪ Promover a autoconsciencialização dos hábitos de vida da pessoa alvo de cuidados, equacionando a mudança de comportamento; 					
Duração da Sessão: 50 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; 	<p>Método ativo, expositivo e interrogativo</p>	<p>Espaço físico calmo que garanta a privacidade;</p>	<p>10 min</p>	<p>Realização de questões ao longo da sessão</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoconsciencialização de Hábitos de Vida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de atividade para autoconsciencialização dos hábitos de vida atuais (referir, na primeira coluna, em cada um dos tópicos relativos a hábitos de vida saudáveis, a forma como são cumpridos, podendo detalhar atividades específicas realizadas e/ou horários ou quantidades) – APÊNDICE XV; 					<p>Sala; Mesas; Cadeiras; Computador; Projetor; Sessão em <i>Powerpoint</i>; canetas; Ficha de Atividade de Autoconsciencialização; Questionário de satisfação</p>	<p>10 min</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Powerpoint</i> sobre Hábitos de Vida Saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Powerpoint</i> – “Hábitos de Vida Saudáveis”: <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de Vida Saudável (conceito e benefícios) - Adesão à medicação - Rotina de sono - Prática de Exercício Físico - Alimentação Equilibrada - Ingestão Hídrica - Interesses / Ocupações - Diga não às drogas! 						<p>15 min</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégias de <i>Coping</i> relativas a hábitos de vida saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conclusão do preenchimento da segunda coluna da atividade iniciada no início da sessão (APÊNDICE XV); face aos conhecimentos apreendidos, quais as estratégias a adotar em cada um dos tópicos relativos a hábitos de vida saudáveis? O que é que é passível de ser modificado? Quais as vantagens de mudar de hábitos de vida? 						<p>10 min</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão nº3 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV); ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 			5 min	
---	---	--	--	-------	--

Plano da Sessão nº 4					
Tema: A Família – um papel ativo na gestão da doença mental					
Objetivo Geral: Promover um envolvimento da família da pessoa com PAB, na gestão da doença					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar estratégias à família para gestão do delírio na pessoa com PAB; ▪ Envolver família na gestão do regime terapêutico e adoção de hábitos saudáveis pela pessoa alvo de cuidados; 					
Duração da Sessão: 45 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenção Psicoeducacional ▪ Perceção da família sobre a PAB gestão da mesma pelo seu familiar ▪ Gestão do delírio na pessoa com PAB 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar o conceito, os objetivos e a relevância deste tipo de intervenções; Entrega de folheto com estrutura da intervenção; ▪ Obter feedback da família acerca da sua perceção sobre a PAB, enquanto doença mental, e sobre a gestão da mesma pelo seu familiar; ▪ <i>Powerpoint</i> – “Perturbação Afetiva Bipolar e Adesão ao Regime Terapêutico”: <ul style="list-style-type: none"> - PAB e características - Regime Terapêutico 	Método ativo, expositivo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala; Mesas; Cadeiras; Computador; Projetor; Sessão em <i>Powerpoint</i>; canetas; Folheto com programa da 	10 min 5 min 15 min	Realização de questões ao longo da sessão

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Papel da família na gestão da doença mental ▪ Avaliação da sessão nº4 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a família sobre o delírio (causas, fatores precipitantes, importância do cumprimento do regime terapêutico, mesmo na ausência de sintomatologia delirante, adoção de hábitos saudáveis, como por exemplo (NIC) ▪ Entrega de Folheto Informativo sobre a PAB ▪ Reflexão sobre medidas passíveis de ser adotadas, enquanto facilitadoras da gestão da doença e do regime terapêutico; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV); 		<p>Intervenção Psicoeducacional; Folheto Informativo sobre a PAB; Questionário de Satisfação;</p>	<p>10 min</p> <p>5 min</p>	
--	---	--	---	----------------------------	--

Plano da Sessão nº 5					
Tema: Sessão de Conclusão da Intervenção Psicoeducacional					
Objetivo Geral: Concluir a intervenção psicoeducacional desenvolvida sobre PAB e adesão ao regime terapêutico;					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar ganhos em saúde obtidos com a intervenção psicoeducacional, tendo por base os resultados NOC; ▪ Promover a expressão de sentimentos e expectativas sobre a integração dos conhecimentos na gestão da doença e regime terapêutico, após a alta; 					
Duração da Sessão: 50 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Avaliação intermédia da intervenção psicoeducacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ Promover a reflexão sobre como decorreram as sessões; promover a expressão de sentimentos e 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade;	10 min 20 min	Aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos,

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento a longo prazo 	<p>expectativas sobre a integração dos conhecimentos na gestão da doença e regime terapêutico, após a alta;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar eficácia da intervenção através do preenchimento de um questionário de avaliação de conhecimentos (APÊNDICE XVI); ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação da intervenção psicoeducacional (APÊNDICE XIV); ▪ Solicitar consentimento para <i>follow-up</i> via telefone após alta ▪ Esclarecer objetivos do <i>Follow-up</i> após alta: reforçar a adaptação ao comportamento de saúde; ▪ Temas a abordar no <i>follow-up</i>: <ul style="list-style-type: none"> - Adesão à medicação / estratégias utilizadas - Desenvolvimento do Autocuidado - Hábitos de vida saudáveis 		<p>Sala; Mesas; Cadeiras; Questionário de Avaliação de conhecimentos; Guião de Entrevista de <i>Follow-up</i> telefónico (APÊNDICE XVI); canetas;</p>	<p>15 min</p> <p>5 min</p>	<p>tendo por base os resultados esperados (NOC) relativos ao conhecimento sobre a medicação e sobre o regime terapêutico.</p>
--	--	--	---	----------------------------	---

Referências Bibliográficas

- Amaral, A., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental. Intervenções e Diagnósticos* (pp. 174 - 176). Lisboa. Lidel.
- Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). *Evidências em Saúde Mental: da conceção à ação* [eBook]. Escola Superior de Saúde de Leiria. Doi: <https://doi.org/10.25766/079h-xe19>
- Vanelli, I., Chendo, I., Góis, C., & Levy, P. (2011). Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 24 (1), 17 – 20. Retrieved from <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/348/118/758>

APÊNDICE XIII - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

1 – Quando se fala de regime terapêutico, trata-se apenas de medicação.

Verdadeiro

Falso

2 – Indique 3 benefícios de cumprir o regime terapêutico:

3 - Um regime terapêutico adequado é da responsabilidade:

- a) Do médico
- b) Minha
- c) De ambos
- d) Nenhuma das opções está correta

4 – Mencione 3 efeitos terapêuticos possíveis da medicação:

5 – Mencione 4 efeitos secundários possíveis da medicação:

6 – Indique 2 estratégias que pode adotar para não haver esquecimentos na toma da medicação:

7 – O consumo de álcool e/ou outras substâncias em simultâneo com a toma de medicamentos é inofensivo.

Verdadeiro

Falso

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE XIV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO

Responda às seguintes questões de avaliação de satisfação da sessão, assinalando com um X a opção que melhor se adequa a si (1 o nível mais baixo e 5, o mais alto).

1 – Avaliação geral da sessão

	1	2	3	4	5
A sessão correspondeu às minhas expectativas					
Os recursos utilizados (humanos, materiais, tecnológicos) foram adequados					
A duração da sessão foi adequada					
Os conteúdos abordados responderam às minhas necessidades					
O conhecimento adquirido vai ser útil no meu dia-a-dia					

2 – Avaliação da exposição

	1	2	3	4	5
A linguagem utilizada foi clara					
As minhas dúvidas foram esclarecidas					

3 – De um modo global avalio a sessão de hoje como:

Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito Boa	Excelente

Apresente as suas sugestões de melhoria:

APÊNDICE XV – AUTOCONSCIENCIALIZAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA

Hábitos de Vida Saudáveis	O que faço?	O que posso mudar?
SONO		
PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO		
ADESÃO À MEDICAÇÃO		
ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA		
INGESTÃO HÍDRICA		
INTERESSES / OCUPAÇÕES		
EVITAR O CONSUMO DE DROGAS		

APÊNDICE XVI - GUIÃO DE ENTREVISTA DE *FOLLOW-UP*

Guião de Entrevista de *Follow-up* Telefónico

Data: _____

Como se tem sentido? Como têm sido os seus dias?

AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO

Sono	
Alimentação	
Ocupações / Interesses	
Consumo de Substâncias	
Adesão à Medicação	
Suporte no autocuidado	

Outras Informações:

APÊNDICE XVII– INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL

Plano da Sessão					
<p>Tema: Seletividade Alimentar e Habilidades sociais</p> <p>Objetivo Geral: Capacitar os pais para adotarem estratégias relativas à seletividade alimentar e habilidades sociais</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarificar o motivo e objetivo da intervenção em função dos diagnósticos de Enfermagem; ▪ Ensinar estratégias a utilizar perante as necessidades da criança; ▪ Sensibilizar para a importância e benefícios da Estimulação Multissensorial; <p>Duração da Sessão: 60 minutos</p>					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conteúdo da intervenção psicoeducacional ▪ Partilha de expectativas relativamente à intervenção pela equipa; ▪ Partilha relativa à intervenção na escola; ▪ Ensinar sobre estratégias a utilizar no âmbito da alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos da intervenção; ▪ Mencionar diagnósticos de enfermagem identificados; ▪ Promover a expressão de expectativas/interesse quanto à intervenção da equipa de saúde; ▪ Identificar as estratégias utilizadas, até ao momento, em relação a cada uma das áreas (comportamento, interação social e alimentação). ▪ Partilha de perceções resultantes da intervenção na escola; ▪ Sensibilizar para o facto de a seletividade alimentar poder ter na sua base fatores sensoriais (textura, cheiro, sabor, forma, temperatura) e de poder haver uma 	<p>Método ativo e interrogativo</p>	<p>Espaço físico que garante a privacidade;</p>	<p>15 min</p> <p>25 min</p>	<p>Aplicação do questionário de satisfação relativo à sessão;</p>

	<p>hiperresponsividade face a determinados estímulos (Rodríguez & Llauradó, 2010);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar importância de reconhecer quais esses estímulos para adaptar, dentro das possibilidades da escola, o processo de alimentação ao perfil sensorial da criança (ex: alimentar-se num local distinto com estímulos diferentes). ▪ Ensinar sobre o efeito da estimulação multissensorial para a modulação sensorial (é possível criar memórias e sensações positivas perante determinados estímulos, havendo ganhos em saúde) (Carrick, 2010); <p>A nível comportamental, a modulação sensorial define-se como “a capacidade para regular e organizar respostas aos inputs sensoriais de forma gradual e adaptativa, em congruência com as exigências da situação” (Blanche, Roley & Schaaf, 2001 <i>as cited in</i> Correia, 2015). Em termos fisiológicos, refere-se a uma sensibilização que altera a estrutura do SNC, permitindo respostas mais adaptativas (Blanche, Roley & Schaaf, 2001 <i>as cited in</i> Correia, 2015).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Outras estratégias promotoras de uma boa relação com os alimentos: estabelecimento de uma rotina; evitar lanches fora da rotina; incentivar criança a participar nas rotinas associadas à hora da alimentação (ex: colocar a mesa, levantar o seu prato); realizar refeições em família e alimentação igual para todos; diversificar alimentação, não forçando o consumo; ser a criança a escolher os utensílios a usar durante a refeição (prato, talheres e 				
--	--	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre estratégias a utilizar no âmbito das alterações de comportamento 	<p>copo preferidos); cultivar alimentos numa pequena horta para haver familiarização com os mesmos; reforço positivo quando come algo novo;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar importância de abordagens com a criança no âmbito do reconhecimento e gestão de emoções (ex: jogos de mímica), promoção da expressão de emoções perante situações e do fornecimento de alternativas para resolução de problemas; 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre estratégias a utilizar no âmbito da socialização 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar importância da estimulação da interação com outras crianças e de desenvolvimento de atividades que promovam a interação (ex: exploração de imagens de interações sociais ou ações do dia-a-dia e cumprimentos); 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar disponibilidade da equipa de saúde, em caso de necessidade; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de Folheto Informativo sobre o <i>snoezelen</i>; ▪ Divulgar a existência de salas de <i>snoezelen</i> na área de residência, visando o desenvolvimento cognitivo e de habilidades sociais; ▪ Esclarecimento de dúvidas; 			10 min	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da Sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar questionário de satisfação relativamente à sessão (APÊNDICE XIV); 			10 min	

Resultados:

Embora se mostrasse disponível para a intervenção, contrariava tudo o que lhe era dito ou referia que já tinha tentado as estratégias apresentadas. Foram partilhadas com a mãe as perceções resultantes da intervenção na escola. A mãe manteve sempre alguma dúvida e ao longo da conversa, direcionou sempre o foco da mesma para a escola. “Eu só quero perceber o que fazem na escola diferente e porque é que ele lá come” (SIC). Manteve-se verborreica durante a intervenção com pouca disponibilidade para escuta.

Referências Bibliográficas

Carrick, M. (2010). Integración Sensorial: Una Mirada Práctica a la Teoría y Modelo de Intervención. Revista The Autism File USA, número 34.

Correia, C. (2015). Seletividade Alimentar e Sensibilidade Sensorial em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. Escola Superior de Saúde de Alcoitão. *Retrieved from*

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9743/1/Seletividade%20Alimentar%20e%20Sensibilidade%20Sensorial%20em%20Crian%C3%A7as%20com%20Perturba%C3%A7%C3%A3o%20do%20Espectro%20do%20Autismo.pdf>

Rodríguez, M. & Llauradó, M. (2010). Multisensory Stimulation in the *Snoezelen* room: Concept and Fields of Application. Revista Espanhola sobre Incapacidade Intelectual, vol 41 (4), num 236, 22-32.

APÊNDICE XVIII – INTERVENÇÃO SOCIOTERAPÊUTICA EM CONTEXTO ESCOLAR

Intervenção Socioterapêutica em contexto Escolar

Plano da Sessão					
Tema: Papel ativo da Escola na Intervenção em Saúde Mental					
Objetivo Geral: Promover o envolvimento da comunidade escolar na intervenção com o João, numa articulação entre a escola e a equipa de saúde.					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a saúde mental em contexto escolar; ▪ Disponibilizar a colaboração da equipa de saúde com a escola; ▪ Ensinar estratégias a utilizar perante as necessidades do João ou situações semelhantes; ▪ Sensibilizar para a importância e benefícios da Estimulação Multissensorial; 					
Duração da Sessão: 45 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do enfermeiro e educadora; ▪ Determinar as necessidades/dificuldades da educadora em relação ao João; ▪ Partilha de estratégias utilizadas pela escola; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as necessidades/dificuldades da educadora em relação ao João, com recurso a técnicas de entrevista, nomeadamente no que concerne ao comportamento, socialização e alimentação. ▪ Promover a expressão de expectativas/interesse quanto à realização de uma intervenção da equipa de saúde na escola (Compreender o que gostariam de ver explorado pela equipa de saúde); ▪ Identificar as estratégias utilizadas, até ao momento, em relação a cada uma das áreas. 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade;	15 min	Questionar acerca da satisfação da intervenção da equipa de saúde;

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre estratégias a utilizar no âmbito da alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar para o facto de a seletividade alimentar poder ter na sua base fatores sensoriais (textura, cheiro, sabor, forma, temperatura) e de poder haver uma hiperresponsividade face a determinados estímulos (Rodríguez & Llauradó, 2010); ▪ Reforçar importância de reconhecer quais esses estímulos para adaptar, dentro das possibilidades da escola, o processo de alimentação ao perfil sensorial do João (ex: alimentar-se num local distinto com estímulos diferentes). ▪ Ensinar sobre o efeito da estimulação multissensorial (é possível criar memórias e sensações positivas perante determinados estímulos, havendo ganhos em saúde) (Carrick, 2010); 			20 min	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre estratégias a utilizar no âmbito das alterações de comportamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar importância de abordagens com a criança no âmbito do reconhecimento e gestão de emoções (ex: jogos de mímica), promoção da expressão de emoções perante situações e do fornecimento de alternativas para resolução de problemas; 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre estratégias a utilizar no âmbito da socialização 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar importância da estimulação da interação com outras crianças, que não as habituais ou com as mesmas dificuldades (não forçando) e de desenvolvimento de atividades que promovam a interação (ex: exploração de imagens de interações sociais ou ações do dia-a-dia e cumprimentos); 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar contacto da equipa de saúde, em caso de necessidade; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de Folheto Informativo sobre o <i>Snoezelen</i> (APÊNDICE VII); 			10 min	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da Sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Questionar acerca satisfação relativamente à intervenção da equipa de saúde; 				
---	--	--	--	--	--

Resultados

A Educadora da criança alvo de cuidados, referiu que inicialmente ele era uma criança que não respeitava as regras e que era agressivo para outras crianças. Quanto à alimentação, mencionou que nos primeiros dias não comia praticamente nada na escola. Com o tempo e com recurso a uma comunicação mais assertiva com ele, segundo a professora, foi interiorizando as regras e que melhorou a nível comportamental. A educadora destacou ainda as dificuldades cognitivas que a criança apresenta, manifestando uma grande inconsistência a nível de aprendizagem - “Só conhece o amarelo e para identificar diz sol” (SIC). Referiu ainda que ele não se veste e despe sozinho (para ir à casa de banho, por exemplo), estando sempre dependente da voz de comando de um adulto para realizar as tarefas.

A educadora revelou-se satisfeita com a articulação realizada com o jardim de infância, destacando a importância da comunicação entre os diferentes técnicos para que todos trabalhem num sentido único e para que não haja conhecimentos divergentes acerca das mesmas crianças.

Referências Bibliográficas

Carrick, M. (2010). Integración Sensorial: Una Mirada Práctica a la Teoría y Modelo de Intervención. Revista The Autism File USA, número 34.

Rodríguez, M. & Llauradó, M. (2010). Multisensory Stimulation in the *SNOEZELEN* room: Concept and Fields of Application. Revista Espanhola sobre Incapacidade Intelectual, vol 41 (4), num 236, 22-32.

APÊNDICE XIX – INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Plano da Sessão					
<p>Tema: Habilidades Sociais – sessão nº 1</p> <p>Objetivo Geral: Desenvolver competências de habilidades sociais</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover o reconhecimento de expressões faciais; ▪ Estimular a empatia na interação com os outros; ▪ Incentivar a interação social com amigos na escola; <p>Duração da Sessão: 30 minutos</p>					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
NA ESCOLA					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do enfermeiro ▪ Reconhecimento de expressões faciais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação para reconhecimento por parte da criança; ▪ Convidar a criança a jogar um jogo; ▪ Identificar as expressões faciais através de cartões com expressões correspondentes às emoções; ▪ Para interagir com o mundo que nos rodeia é fundamental dominar “as regras e maneiras adequadas de se viver, comunicar, interagir para alcançar o desenvolvimento pleno” (Loureiro, 2022, p.17). “Para isso, é necessário dominar habilidades sociais como, capacidade em dividir espaços com outras pessoas, adaptar-se a diferentes contextos, interpretar 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade;	5 min 20 min	Avaliação inicial com o jogo “Termómetro das Emoções”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação inicial de emoções; ▪ Promover a socialização na escola; ▪ Conclusão da sessão 	<p>pensamentos, expressões e desejos dos outros” (Loureiro, 2022, p.17), ou seja, tem de haver um reconhecimento de expressões faciais e emoções no outro.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar e explorar o jogo “Termómetro das Emoções” (APÊNDICE XX); ▪ Avaliação inicial, com recurso ao jogo “Termómetro das Emoções” – apresentar cartões sugestivos de situações ou elementos relativos à alimentação, comportamento e socialização e a criança deve indicar a emoção que sente quando olha para cada uma delas; ▪ Incentivar a criança a convidar um amigo para brincar; ▪ Acompanhar a criança, se necessário; ▪ Acordar com a criança, encontro no hospital no dia da consulta com a terapeuta ocupacional (aumentar a previsibilidade do encontro); 			5 min	
--	---	--	--	-------	--

Resultados

A criança alvo de cuidados encontrava-se calma, a brincar no recreio, interagindo com outras crianças por períodos, e demonstrou estar integrado nas rotinas da sala. A criança ficou mais ansiosa perante a proposta de atividade, com uma resposta ao contacto mais negativista. Foi realizada avaliação inicial do João, com recurso ao termómetro das emoções, demonstrando um não reconhecimento das emoções, não fazendo a associação do que diz sentir à expressão facial correspondente, como se pode verificar no quadro seguinte. Identificou a maioria como feliz, sendo que em algumas das respostas dizia que ficava triste ou não gostava.

Imagem	Resposta da criança (expressão facial correspondente)
Crianças Abraçadas	Amor
Maçã amarela	Feliz (verbalizou que comia)
Maçã verde	Feliz
Maçã vermelha	Zangado
Crianças no baloiço	Zangado
Crianças a brincar no parque	Feliz
Crianças na Piscina	Feliz
Criança a saltar à corda (brincar sozinha)	Feliz
Criança a roubar o brinquedo a outra	Feliz
A jogar um jogo de tabuleiro e perde	Feliz (verbalizou triste)
Criança a saltar na poça de lama	Zangado
Massa Espiral	Feliz
Massa Esparguete	Feliz
Palitos de la reine	Feliz
logurtes	Feliz
Leite	Feliz
Pizza	Feliz
Batatas fritas	Feliz
Cenouras	Feliz (verbalizou que não gosta)
Salada de frutas	Zangado
Sopa laranja	Nojo (verbalizou que gosta e que come em casa)
Brócolos	Nojo

Referências Bibliográficas

Cole, E. (2023). *Sou Mais Forte que a Raiva*. Lisboa. Editorial Presença.

Loureiro, M. (2022). *Intervenção Mediada por Pares: estudo de caso com um aluno com Perturbação do Espectro do Autismo*. Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Coimbra. *Retrieved from* https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45053/1/MARIANA_LOUREIRO.pdf

APÊNDICE XX – “TERMÓMETRO DAS EMOÇÕES”



SOCIALIZAÇÃO



ALIMENTAÇÃO



COMPORTAMENTO



APÊNDICE XXI – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA INDIVIDUAL

Plano da Sessão					
<p>Tema: Gestão de Emoções</p> <p>Objetivo Geral: Desenvolver competências de gestão de emoções</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir sobre estratégias de gestão emocional; <p>Duração da Sessão: 30 minutos</p>					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
NO HOSPITAL					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do enfermeiro ▪ Estratégias de Gestão Emocional ▪ Avaliação da Sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação para reconhecimento por parte da criança; ▪ Convidar a criança a ouvir uma história; ▪ Leitura e dramatização da história “Sou Mais Forte do que a Raiva” (Cole, 2023); ▪ Reforçar e treinar estratégias para controlo da raiva; ▪ Analisar cadernos com histórias sociais sobre bater e morder (APÊNDICE XXII) – incentivar a criança a identificar cada uma das imagens das histórias sociais; ▪ Relembrar o jogo “Termómetro das Emoções” (APÊNDICE XX) ▪ Reavaliação com recurso ao jogo “Termómetro das Emoções” – apresentar cartões sugestivos de situações ou elementos relativos ao comportamento e 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico calmo que garanta a privacidade;	5 min 20 min 5 min	Reavaliação com o jogo “Termómetro das Emoções”

	socialização e a criança deve indicar a emoção que sente quando olha para cada uma delas;				
--	---	--	--	--	--

Resultados:

Foram realizadas várias tentativas para abordar a raiva e as emoções com a criança, mas esta manteve a atitude negativista, na presença e ausência da mãe. Quando a mãe saiu da sala, a criança chorou o tempo todo, dizendo que queria ir para junto da mãe, chegando inclusive a urinar nos calções.

Face à atitude e estado emocional da criança, e não tendo a intervenção sido finalizada, não foi realizada reavaliação.

Referências Bibliográficas

Cole, E. (2023). Sou Mais Forte que a Raiva. Lisboa. Editorial Presença.

APÊNDICE XXII – HISTÓRIAS SOCIAIS



APÊNDICE XXIII – PLANO DE SESSÃO DE RELAXAMENTO COM RECURSO A EXERCÍCIOS DE *MINDFULNESS*

Plano da Sessão					
<p>Tema: Exercícios de <i>Mindfulness</i></p> <p>Objetivo Geral: Promover a diminuição da ansiedade através da prática de exercícios de <i>mindfulness</i></p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir sobre a prática de exercícios de <i>Mindfulness</i>; ▪ Treinar alguns exercícios de <i>Mindfulness</i>, visando o estabelecimento de uma rotina diária de relaxamento; <p>Duração da Sessão: 35 minutos</p>					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Mindfulness</i> ▪ Avaliação Inicial ▪ Exercício “Atenção à Respiração” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Referência ao conceito, benefícios e aspetos inerentes à sua implementação; ▪ Avaliação dos sinais vitais; ▪ 1º Passo Adote uma posição confortável, sentado ou deitado, deixando que o corpo lentamente se estabilize. Respire profundamente para trazer a atenção para as sensações corporais. Repita a respiração profunda. Feche os olhos ou observe um ponto fixo (se fechar os olhos for uma situação desconfortável). ▪ 2º Passo Comece lentamente a focar a atenção na respiração e descubra como é a sua própria respiração. Pode direcionar a atenção para os movimentos do tórax ou do 	Método ativo e interrogativo	<p>Espaço físico calmo que garanta a privacidade;</p> <p>Sala; colchão; cadeiras; coluna de som; guiões de exercícios</p>	<p>10 min</p> <p>5 min</p> <p>5 min</p>	<p>Avaliação dos sinais vitais antes e depois da execução dos exercícios de relaxamento;</p> <p>Reflexão final sobre como se sentiu na sessão e sobre a possibilidade de estabelecer uma rotina diária de relaxamento;</p>

<p>▪ Exercício “A Prática dos 3 Minutos”</p>	<p>abdómen enquanto estiver a inspirar, ou para as sensações da passagem do ar que entra e sai pelo nariz ou pela boca. É importante não tentar modificar o fluxo da respiração, pois trata-se de tomar consciência e observar como é o seu próprio respirar.</p> <p>▪ 3º Passo Quando a mente começa a divagar (pensamentos, sentimentos, preocupações aparecem) é preciso ser gentil consigo mesmo e simplesmente perceber que está a ser distraído; de forma suave, deve deixá-los passar e voltar a atenção para a respiração.</p> <p>▪ 4º Passo Siga este processo durante o tempo predefinido de prática.</p> <p>▪ 5º Passo Para terminar a prática, volte a levar a atenção para as sensações de todo o corpo. Lentamente, abra os olhos e estique o corpo.</p> <p>▪ 1º Passo Adote uma posição sentada confortável. Feche os olhos. Comece lentamente a tomar consciência do corpo, das sensações corporais (contacto dos pés com o solo, temperatura corporal, sensações agradáveis ou desagradáveis que aparecem). Preste atenção à experiência interior e pergunte qual é a experiência agora, que pensamentos passam pela cabeça agora, que emoções está a sentir agora. Observe isso sem se</p>			5 min	
---	--	--	--	-------	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reavaliação ▪ Partilha de percepção sobre a sessão 	<p>envolver, apenas observe que eles estão presentes. O tempo estimado de prática é de um minuto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2º Passo Concentre a atenção na respiração. Lentamente, leve a atenção para a respiração. Siga a respiração, prestando atenção a cada inspiração e expiração, apenas observando-a de forma gentil, sem tentar alterá-la. O tempo estimado de prática é de um minuto. ▪ 3º Passo Amplie o campo da consciência. Agora, expanda novamente o campo de atenção, focando em todo o corpo (postura, sensações corporais, expressão facial). Fique nesse estado de espírito durante 1 minuto. Lentamente, abra de novo os olhos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reavaliação dos sinais vitais; ▪ Promover a expressão de emoções quanto à intervenção realizada (o que gostou mais e menos, como se sentiu e se considera implementar uma rotina diária de relaxamento); ▪ Esclarecimento de dúvidas; 			10 min	
---	--	--	--	--------	--

APÊNDICE XXIV – MONITORIZAÇÃO DE PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

Situação que despoletou o comportamento impulsivo	O que sentiu?	O que pensou?	O que fez?	Qual foi a consequência?

APÊNDICE XXV - REGISTOS DE CRENÇAS NUCLEARES E DE CRENÇAS NUCLEARES ADAPTATIVAS

REGISTO DE EVIDÊNCIAS DA CRENÇA NUCLEAR

Crença Nuclear: _____

Evidências ou experiências que sugerem que a crença nuclear não é verdadeira todo o tempo:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

(Modificado de Greenberger e Padesky, 1999) (Knapp, 2004)

REGISTO DE EVIDÊNCIAS DA CRENÇA NUCLEAR ADAPTATIVA

Crença Nuclear Adaptativa: _____

Evidências ou experiências que apoiam a nova crença:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

(Modificado de Greenberger e Padesky, 1999) (Knapp, 2004)

Referências Bibliográficas

Knapp, P. (2004). Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Artmed Editora.

APÊNDICE XXVI - INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL EM GRUPO SOBRE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Plano da Sessão nº 0

Tema: Preparação para a Intervenção

Objetivo Geral: Preparação para a realização de uma intervenção psicoeducacional sobre Adesão ao Regime Terapêutico

Objetivos Específicos:

- Determinar a motivação do grupo para participar numa intervenção psicoeducacional e apreender informações específicas;
- Apresentar uma proposta de intervenção com esclarecimento do seu conceito e objetivo;
- Estabelecer um contrato terapêutico com o grupo-alvo;
- Planear as condições para a realização das sessões;

Duração da Sessão: 60 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do enfermeiro e elementos do grupo-alvo de intervenção ▪ Determinar a motivação dos elementos do grupo-alvo para a apreensão de conhecimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar estratégias de entrevista motivacional, como a escuta crítica, com recurso à reformulação (por exemplo) (Tomás, Valentim, Laranjeira & Querido, 2020); determinar expectativas, emoções e preocupações em relação à aquisição de conhecimento sobre a adesão ao regime terapêutico; identificar fatores internos e externos capazes de acentuar ou reduzir o potencial de melhorar o conhecimento (por exemplo, crenças de saúde, experiências anteriores em relação à gestão da doença e medicação, dificuldades sentidas, estratégias adotadas, adaptação à doença, impacto da doença na sua vida); 	Método ativo e interrogativo	<p>Espaço físico que garante a privacidade;</p> <p>Sala; Mesas; Cadeiras;</p> <p>Formulário de consentimento informado; Escala MARS;</p> <p>Questionário de avaliação</p>	20 min	<p>Avaliação da Escala MARS (Vanelli et al., 2011)</p> <p>Aplicação de um questionário de avaliação diagnóstica de conhecimentos, tendo por base os resultados esperados</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partilha de perceções entre os elementos do grupo-alvo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as necessidades educacionais do grupo-alvo: compreender o que gostariam de ver explorado nas sessões; aplicar questionário de avaliação diagnóstica (APÊNDICE XIII); aplicar Escala MARS; 		diagnóstica de conhecimentos; canetas;	20 min	(NOC) relativos ao conhecimento sobre a medicação e sobre o regime terapêutico:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento da intervenção psicoeducacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propor uma intervenção psicoeducacional sobre adesão ao regime terapêutico, abordando o conceito, os objetivos e as condições para a sua realização; ▪ Promover a expressão de expectativas/emoções quanto à realização de uma intervenção psicoeducacional; 			10 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreende os benefícios do controlo da doença; ▪ Compreende os benefícios do tratamento; ▪ Assume a responsabilidade de autocuidado para o tratamento em curso;
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer um contrato terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitar o preenchimento do formulário de consentimento informado, livre e esclarecido, para realização das sessões; ▪ Acordar data e hora da primeira sessão; 			10 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhece efeitos terapêuticos e efeitos secundários da medicação; ▪ Conhece estratégias para não esquecer a toma da medicação; ▪ Reconhece riscos de consumo de drogas em concomitância com a medicação;

Plano da Sessão nº 1

Tema: Aprender para Recomeçar

Objetivo Geral: Estabelecer uma estrutura para a intervenção psicoeducacional, partindo da perceção e expectativas dos elementos do grupo-alvo

Objetivos Específicos:

- Clarificar o motivo e objetivo da intervenção em função dos diagnósticos de Enfermagem;
- Negociar o plano da intervenção psicoeducacional, estruturada mediante as necessidades educacionais identificadas;
- Promover a reflexão sobre a doença mental e a adesão ao regime terapêutico;

- Desmistificar crenças relativas à doença mental e regime terapêutico;

Duração da Sessão: 55 minutos

	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenção Psicoeducacional ▪ Estrutura da intervenção psicoeducacional e respectivas sessões ▪ Reflexão sobre a doença mental e adesão ao regime terapêutico ▪ Abordagem à doença mental e adesão ao regime terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar o conceito, os objetivos e a relevância deste tipo de intervenções; ▪ Mencionar diagnósticos de enfermagem identificados; ▪ Entregar folheto com a programação das sessões (referência ao nº de sessões, duração, calendarização, objetivos e temas de cada sessão); ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Construção de mapa mental: pedir a cada um que digam, à vez, uma palavra que lhes surge quando pensam na doença mental e no regime terapêutico (Será que quando falamos em regime terapêutico, falamos apenas de medicamentos?); ▪ Abordar os seguintes temas, procurando relacionar com mapa mental construído: <ul style="list-style-type: none"> - Doença mental - Sinais e sintomas de doença mental - Mitos sobre o Regime Terapêutico (<u>Exercício:</u> Distribuir placas de verdadeiro e falso pelos utentes e cada um tem de levantar a placa conforme o mito que apresento, tendo de justificar, havendo reflexão em grupo) - Regime terapêutico - Adesão ao regime terapêutico (ida as consultas, medicação conforme prescrita, mudanças nos estilos de vida/hábitos de vida saudáveis) 	<p>Método ativo, expositivo e interrogativo</p>	<p>Espaço físico calmo que garanta a privacidade;</p> <p>Sala; Mesas; Cadeiras; Computador; Projetor, Folheto com programa da Intervenção Psicoeducacional; canetas; Placas de verdadeiro e falso; Folheto Informativo com resumo da sessão; Questionário de satisfação</p>	<p>5 min</p> <p>5 min</p> <p>15 min</p> <p>20 min</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão nº1 	<ul style="list-style-type: none"> - Importância da adesão e consequências da não adesão ao regime terapêutico ▪ Entrega de Folheto Informativo com resumo da sessão; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV) ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 			10 min
---	---	--	--	--------

Plano da Sessão nº 2					
Tema: Regime Medicamentoso – “Já tomou a medicação hoje?”					
Objetivo Geral: Promover a adesão ao regime medicamentoso;					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir o grupo-alvo sobre adesão ao regime medicamentoso; ▪ Promover a reflexão sobre a adesão dos elementos do grupo ao regime medicamentoso, equacionando a mudança de comportamento; 					
Duração da Sessão: 55 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Percepção da importância do regime medicamentoso para cada um dos elementos do grupo-alvo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ Promover a reflexão sobre o regime medicamentoso e obter percepção dos fatores internos e externos que contribuem para a não adesão, partindo do resultado das escalas MARS, preenchidas na sessão nº0; <u>Exemplos de questões orientadoras:</u> Qual o papel da medicação na vossa vida? O que representa para vocês a toma de medicamentos? Quais os fatores implicados 	Método ativo, expositivo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade; Sala; Mesas; Cadeiras; Computador; Projetor, sessão	5 min 15 min	Realização de questões ao longo da sessão

<p>▪ <i>Powerpoint</i> sobre Regime Medicamentoso</p> <p>▪ Reflexão sobre mudança de comportamento</p>	<p>na não adesão? Como se sentem quando não tomam a medicação? Quais as consequências?</p> <p>▪ <i>Powerpoint</i> sobre Regime Medicamentoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regime medicamentoso - Adesão à medicação - Importância da adesão ao regime medicamentoso - Consequências da não adesão (reforçar aspetos já abordados na sessão anterior) - Tipos de Medicação - Grupos farmacológicos - Efeitos secundários - Interações medicamentosas e com outras substâncias (Terapêutica vs Substâncias) - Causas da não adesão / abandono da medicação (ex: complexidade dos esquemas terapêuticos, expectativas dos doentes, ausência de benefícios imediatos) - Estratégias promotoras de uma gestão do regime medicamentoso mais eficaz (estabelecimento de rotinas, alarmes nas horas das administrações, coincidir com as refeições, organização da medicação em caixas para comprimidos, ...); - Cuidados a ter <p>▪ Solicitar a participação dos elementos do grupo para refletirem e partilharem pelo menos um aspeto passível de modificar, no que toca à gestão do regime medicamentoso, considerando o que já fazem e os</p>		<p>em <i>Powerpoint</i>, canetas; Folheto Informativo com resumo da sessão; Questionário de satisfação</p>	<p>15 min</p> <p>10 min</p>	
--	---	--	--	-----------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão nº2 	<p>conteúdos abordados; discutir estratégias de <i> coping </i> possíveis;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de Folheto Informativo com resumo da sessão; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV) ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 			10 min	
---	---	--	--	--------	--

Plano da Sessão nº 3					
Tema: Hábitos de Vida Saudáveis					
Objetivo Geral: Promover a adoção de hábitos de vida saudáveis					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis e estratégias a utilizar; ▪ Promover a autoconsciencialização dos hábitos de vida dos elementos do grupo, equacionando a mudança de comportamento; 					
Duração da Sessão: 55 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Autoconsciencialização de Hábitos de Vida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ Realização de atividade para autoconsciencialização dos hábitos de vida atuais (referir, na primeira coluna, em cada um dos tópicos relativos a hábitos de vida saudáveis, a forma como são cumpridos, podendo detalhar atividades específicas realizadas e/ou horários ou quantidades) – APÊNDICE XV; ▪ <i>Powerpoint</i> – “Hábitos de Vida Saudáveis”: 	<p>Método ativo, expositivo e interrogativo</p>	<p>Espaço físico calmo que garanta a privacidade;</p> <p>Sala; Mesas; Cadeiras; Computador; Projetor; Sessão em <i>Powerpoint</i>; canetas; Ficha de Atividade de Autoconsciencialização;</p>	<p>5 min</p> <p>15 min</p>	<p>Realização de questões ao longo da sessão</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Powerpoint</i> sobre Hábitos de Vida Saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de Vida Saudável (conceito e benefícios) - Adesão à medicação - Rotina de sono - Prática de Exercício Físico - Alimentação Equilibrada - Ingestão Hídrica - Interesses / Ocupações - Diga não às drogas! 		Questionário de satisfação	15 min	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégias de <i>Coping</i> relativas a hábitos de vida saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conclusão do preenchimento da segunda coluna da atividade iniciada no início da sessão (APÊNDICE XV); face aos conhecimentos apreendidos, quais as estratégias a adotar em cada um dos tópicos relativos a hábitos de vida saudáveis? (compromisso de mudança pelos utentes) O que é que é passível de ser modificado? Quais as vantagens de mudar de hábitos de vida? 			10 min	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão nº3 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de Folheto Informativo com resumo da sessão; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV) ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 			10 min	

Plano da Sessão nº 4

Tema: A Família – um papel ativo na gestão do regime terapêutico

Objetivo Geral: Promover um envolvimento da família da pessoa com doença mental, na adesão ao regime terapêutico, numa sessão assente nos princípios dos grupos de ajuda mútua;

Objetivos Específicos:

- Promover a partilha de experiências entre os familiares participantes na sessão;
- Envolver família na gestão do regime terapêutico e adoção de hábitos saudáveis pela pessoa alvo de cuidados;
- Esclarecer dúvidas relativamente à gestão do regime terapêutico;

Duração da Sessão: 60 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenção Psicoeducacional ▪ Regras da sessão ▪ Apresentação dos elementos do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar o conceito, os objetivos e a relevância da intervenção psicoeducacional realizada; Entrega de folheto com estrutura da intervenção; ▪ Explicar o objetivo da sessão; o objetivo será a partilha de experiências na gestão do regime terapêutico, dificuldades sentidas e estratégias adotadas; ▪ Explicar as regras da sessão, estabelecendo acordo com os elementos do grupo (ex: confidencialidade - “o que é escutado no grupo fica no grupo”, respeito pelas vivências e partilhas do outro, considerar que as estratégias adotadas não funcionam de igual forma para todos, falar um de cada vez e haver partilha, porque só assim a sessão se tornará mais rica) ▪ Solicitar que se apresentem, um a um, dizendo o seu nome, diagnóstico do seu familiar e um aspeto que queiram partilhar (principais dificuldades sentidas no 	<p>Método ativo, expositivo</p>	<p>Espaço físico que garante a privacidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala; Mesas; Cadeiras; Folheto com programa da Intervenção Psicoeducacional; Questionário de Satisfação; 	<p>10 min</p> <p>5 min</p> <p>15 min</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Papel da família na gestão do regime terapêutico ▪ Avaliação da sessão nº4 	<p>âmbito da gestão do regime terapêutico, alguma dúvida frequente, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temas orientadores: doença mental e cumprimento do regime terapêutico, gestão do regime medicamentoso, identificação dos sinais precoces de recaídas, dificuldades sentidas enquanto familiares e dúvidas frequentes ▪ Entrega de Folhetos Informativos entregues aos utentes nas sessões anteriores; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV) 			<p>25 min</p> <p>5 min</p>	
---	--	--	--	----------------------------	--

Plano da Sessão nº 5					
Tema: Sessão de Conclusão da Intervenção Psicoeducacional					
Objetivo Geral: Concluir a intervenção psicoeducacional desenvolvida sobre Adesão ao regime terapêutico;					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar ganhos em saúde obtidos com a intervenção psicoeducacional, tendo por base os resultados NOC; ▪ Promover a expressão de sentimentos e expectativas sobre a integração dos conhecimentos na gestão da doença e regime terapêutico, após a alta; 					
Duração da Sessão: 50 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Avaliação da intervenção psicoeducacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ Promover a reflexão sobre como decorreram as sessões; promover a expressão de sentimentos e 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade;	<p>10 min</p> <p>20 min</p>	Aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos, tendo por base os

	<p>expectativas sobre a integração dos conhecimentos na gestão da doença e regime terapêutico, após a alta;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecer sobre sinais de alerta, para prevenção de recaídas; ▪ Avaliar eficácia da intervenção através do preenchimento de um questionário de avaliação de conhecimentos (APÊNDICE XIII); ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação da intervenção psicoeducacional (APÊNDICE XIV); 		<p>Sala; Mesas; Cadeiras; Questionário de Avaliação de conhecimentos; canetas;</p>	<p>15 min 5 min</p>	<p>resultados esperados (NOC) relativos ao conhecimento sobre a medicação e sobre o regime terapêutico.</p>
--	--	--	--	------------------------------	---

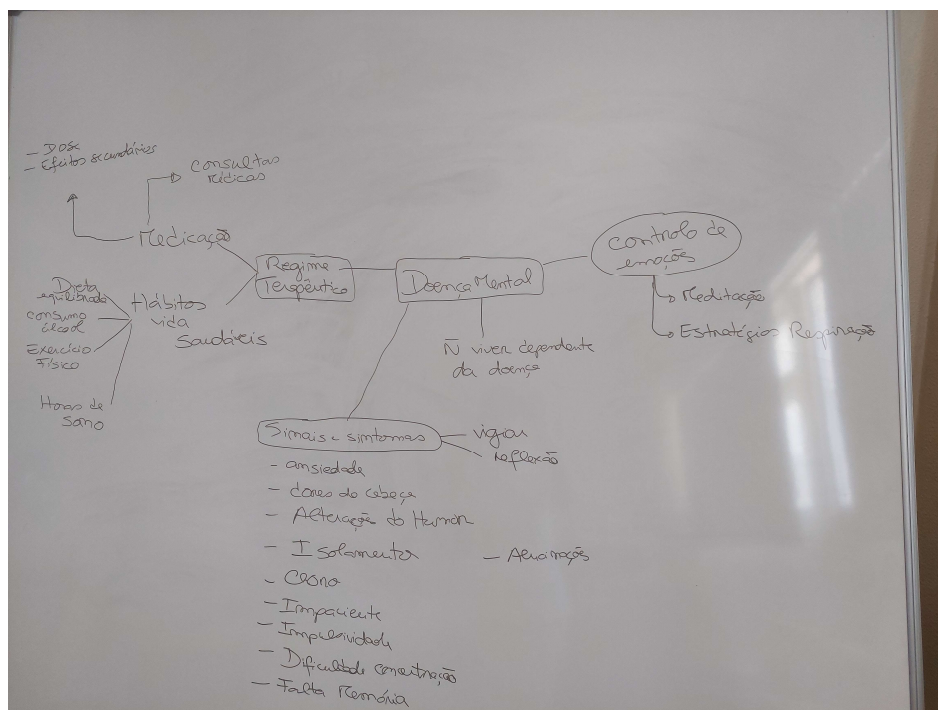
APÊNDICE XXVII – RESULTADOS DA INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL

Resultados da Escala MARS

Utentes	Resultado da Escala MARS
Utente 1	4
Utente 2	5
Utente 3	2
Utente 4	9
Utente 5	6
Excluídos	
Utente 6	5
Utente 7	6
Utente 8	4

Mapa Mental sobre a Doença Mental e Adesão ao Regime Terapêutico

O mapa apresentado na figura resultou da reflexão realizada com os utentes na primeira sessão realizada.



Questionários de Avaliação de Conhecimentos

Os questionários foram cotados de 0 a 20 valores para avaliação dos resultados.

Questão	Cotação das questões
1	3 valores
2	3 valores
3	3 valores
4	3 valores
5	4 valores
6	2 valores
7	2 valores

	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
Utente 1	11 valores	13 valores
Utente 2	16 valores	20 valores
Utente 3	13 valores	ALTA
Utente 4	12 valores	14 valores
Utente 5	10 valores	18 valores

APÊNDICE XXVIII – PLANO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA INDIVIDUAL – TREINO DE AUTOCONTROLO

O planeamento desta intervenção baseia-se no Modelo Psicoterapêutico de Enfermagem, de Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut de 2017, no que toca à estruturação das sessões (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020). Consiste na realização de 5 sessões, com uma duração compreendida entre 45-60 minutos.

Plano da Sessão nº 1 - <u>Contrato Terapêutico – “Vamos mudar o comportamento?”</u>					
Tema: Contrato Terapêutico e Motivação para mudança de comportamento					
Objetivo Geral: Estabelecer contrato terapêutico com pessoa-alvo					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preencher a escala de impulsividade de Barratt BIS-11, como atividade diagnóstica; ▪ Tomar conhecimento das sessões a realizar para o treino de autocontrolo; ▪ Aceitar o contrato terapêutico apresentado; ▪ Apresentar motivação para a realização das sessões contempladas no contrato terapêutico; 					
Duração da Sessão: 55 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do enfermeiro à pessoa alvo de intervenção; ▪ Avaliar o nível de impulsividade com recurso à escala de Impulsividade de Barratt BIS-11; ▪ Identificar, conjuntamente com a pessoa, o comportamento que necessita de ser modificado (identificar diagnósticos de enfermagem); 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preencher Escala de Impulsividade de Barratt BIS-11 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade; Sala; Mesa; Cadeiras; Escala de Impulsividade de Barratt BIS-11;	10 min 5 min	Escala de Impulsividade de Barratt BIS-11 - validada por Fernandes (2014) e traduzida para português europeu

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar a motivação da pessoa para a mudança de comportamentos; ▪ Estabelecer um contrato terapêutico ▪ Resumo e avaliação da sessão nº1; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar estratégias de entrevista motivacional, como a escuta crítica, com recurso à reformulação (por exemplo) (Tomás, Valentim, Laranjeira & Querido, 2020); determinar expectativas, emoções e preocupações face aos seus comportamentos; ▪ Consciencializar para a importância da mudança de comportamento; ▪ Sensibilizar para a responsabilidade da pessoa no processo de mudança; ▪ Negociar contrato terapêutico com a pessoa, revelando as sessões a realizar e os respetivos objetivos ▪ Promover a expressão de expectativas/emoções quanto ao programa; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de avaliação da sessão (APÊNDICE XIV); ▪ Acordar data e hora da próxima sessão; 		<p>Questionário de avaliação da sessão; caneta;</p>	<p>20 min</p> <p>~</p> <p>10 min</p> <p>10 min</p>	<p>por Cruz e Barbosa (2012)</p> <p>Aplicação de um questionário de avaliação da sessão</p>
--	---	--	---	--	--

Plano da Sessão nº 2 - Autoconsciencialização dos comportamentos impulsivos – “Tenho reações impulsivas?”

Tema: Autoconsciencialização dos comportamentos impulsivos

Objetivo Geral: Promover a autoconsciencialização dos comportamentos impulsivos

Objetivos Específicos:

- Identificar os comportamentos impulsivos (NOC);
- Identificar sentimentos que conduzem a reações impulsivas (NOC);
- Identificar comportamentos que conduzem a reações impulsivas (NOC);
- Identificar consequências das reações impulsivas (NOC);

Duração da Sessão: 45 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o progresso entre sessões; ▪ Autoconsciencialização de comportamentos impulsivos ▪ Rotina de automonitorização 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a realização de um autorregisto de variáveis antecedentes e consequentes (situação/emoções/reação/consequências) dos comportamentos impulsivos - Preenchimento de Formulário de Autorregisto (situação que despoletou o comportamento impulsivo, o que sentiu, como reagiu, qual foi a consequência) com análise posterior (procurar encontrar aspetos comuns nas diferentes situações) (Moreira, 2015) ▪ Encorajar a reflexão sobre as variáveis identificadas; ▪ Incentivar a criar rotina de autorregisto, sempre que tiver um comportamento impulsivo [para uma ativação do córtex pré-frontal (Freitas & Mendes, 2020)] 	Método ativo e interrogativo	<p>Espaço físico que garante a privacidade;</p> <p>Sala; Mesa; Cadeiras;</p> <p>Formulário de Autorregisto;</p> <p>Questionário de avaliação da sessão; caneta;</p>	<p>5 min</p> <p>20 min</p> <p>5 min</p> <p>5 min</p>	<p>Análise do Formulário de Autorregisto e reflexão sobre o mesmo</p> <p>Aplicação de um questionário de avaliação da sessão</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a pessoa a identificar os seus pontos positivos e reforçá-los; ▪ Resumo e avaliação da sessão nº2; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de avaliação da sessão (APÊNDICE XIV); ▪ Acordar data e hora da próxima sessão; 			10 min	
--	---	--	--	--------	--

Plano da Sessão nº 3 - Autorregulação emocional – “Eu controlo as minhas emoções!”

Tema: Autocontrolo através da autorregulação emocional

Objetivo Geral: Promover a aplicação de estratégias de autorregulação emocional perante situações emocionais extremas

Objetivos Específicos:

- Reconhecer as diferentes emoções;
- Adquirir estratégias para um autocontrolo de emoções;
- Adquirir uma estratégia de resolução de problemas;
- Obter ajuda perante impulsividade (NOC);

Duração da Sessão: 60 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o progresso entre sessões; ▪ Elogiar os esforços de autocontrolo que desenvolveu; ▪ Ensinar a reconhecer emoções 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É pedido à pessoa que pense e registre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que emoções conhece (ex: raiva, tristeza, medo, alegria, ...) ✓ Em que situações essas emoções surgem 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade;	5 min 20 min	Reflexão sobre o reconhecimento de emoções nas diferentes situações;

Plano da Sessão nº 4 - Relaxar para autocontrolar – “Como manter o autocontrolo?”

Tema: Relaxamento como forma de manter o autocontrolo

Objetivo Geral: Promover o autocontrolo através do desenvolvimento de rotinas de relaxamento

Objetivos Específicos:

- Manter o autocontrolo sem supervisão (NOC);
- Identificar sistemas de apoio social (NOC);
- Criar uma rotina diária de relaxamento;

Duração da Sessão: 55 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o progresso entre sessões; ▪ Elogiar os esforços de autocontrolo que desenvolveu; ▪ Técnica de relaxamento; ▪ Técnica de <i>mindfulness</i>; ▪ Aconselhar a prática diária de exercícios de relaxamento com os quais se identifique mais; ▪ Sistemas de Suporte Social; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar e praticar Técnica de relaxamento muscular modificado [“permite que o utente identifique situações de stress e se autorrelaxe” (Coelho & Sousa, 2020, p.202)] – técnicas curtas e de rápida aplicação; ▪ Ensinar e praticar Técnica “Prática dos três minutos” – a prática de <i>mindfulness</i> “diminui a impulsividade, favorecendo o autocontrolo e aumentando o tempo de reação a experiências desagradáveis” (García-Campayo, 2018; Huguet & Alda, 2019 <i>as cited in</i> Miguel & Ruiz, 2020); ▪ Assistir a pessoa-alvo da intervenção a identificar pessoa(s) significativa(s), refletindo sobre quem são as 	Método ativo e interrogativo	<p>Espaço físico que garante a privacidade;</p> <p>Colchão; Música para relaxamento; Guiões de Relaxamento; Questionário de avaliação da sessão; caneta;</p>	<p>5 min</p> <p>20 min</p> <p>10 min</p> <p>10 min</p>	<p>Avaliação dos sinais vitais antes e depois da execução das técnicas de relaxamento</p> <p>Aplicação de um questionário de avaliação da sessão</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo e avaliação da sessão nº4; 	<p>peças de suporte na sua vida e que pode contactar sempre que necessitar;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar o envolvimento de pessoa(s) significativa(s) previamente identificada(s); ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de avaliação da sessão (APÊNDICE XIV); ▪ Acordar data e hora da próxima sessão; 			10 min	
---	--	--	--	--------	--

Plano da Sessão nº 5 - Sessão de conclusão do Treino de Autocontrolo – “Eu sou capaz!”

Tema: Sessão de conclusão do Treino de Autocontrolo

Objetivo Geral: Concluir o treino de autocontrolo como intervenção psicoterapêutica

Objetivos Específicos:

- Apresentar uma melhoria no nível de impulsividade, segundo a Escala de Impulsividade de Barratt BIS-11;
- Verbalizar o controlo de impulsos (NOC);

Duração da Sessão: 30 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o progresso entre sessões; ▪ Elogiar os esforços de autocontrolo que desenvolveu; ▪ Avaliar o nível de impulsividade ▪ Reforçar a importância de manter uma auto-observação e autorregisto para a manutenção do comportamento; ▪ Resumo e avaliação das sessões; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preencher Escala de Impulsividade de Barratt BIS-11 ▪ Esclarecimento de dúvidas; 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade;	10 min 10 min	Aplicação de um questionário de avaliação das sessões

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar questionário de avaliação das sessões (APÊNDICE XIV); 		Escala de Impulsividade de Barratt BIS-11; Questionário de avaliação das sessões; caneta;	10 min	
--	---	--	---	--------	--

Referências Bibliográficas

- Caballo, V. (2008). Manual de Técnicas de Terapia e Modificação de Comportamento. São Paulo. Livraria Santos Editora.
- Coelho, J., & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In: C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). Enfermagem em Saúde Mental. Intervenções e Diagnósticos (pp. 202 - 207). Lisboa. Lidel.
- Freitas, D., & Mendes, R. (2020). Treino de Autocontrolo. In: C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). Enfermagem em Saúde Mental. Intervenções e Diagnósticos (pp. 196 - 198). Lisboa. Lidel
- Miguel, A., & Ruiz, M. (2020). *Mindfulness* e Saúde Mental. In: C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). Enfermagem em Saúde Mental. Intervenções e Diagnósticos (pp. 263 - 268). Lisboa. Lidel.
- Moreira, J. (2015). Treino de Autocontrolo como facilitador de comportamentos saudáveis em indivíduos obesos. Universidade de Brasília. *Retrieved from* https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19436/1/2015_JunnaMariaMoreira.pdf
- Queirós, M. (2014). Inteligência Emocional – Aprenda a ser feliz. Porto. Porto Editora.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In: C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). Enfermagem em Saúde Mental. Intervenções e Diagnósticos (pp. 171 - 173). Lisboa. Lidel.
- Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). Evidências em Saúde Mental: da conceção à ação [eBook]. Escola Superior de Saúde de Leiria. Doi: <https://doi.org/10.25766/079h-xe19>
- Veríssimo, L., Castro, I., & Costa, M. (2022). SER CAPAZ. Programa de Promoção de Competências Socioemocionais. Porto. Universidade Católica Editora. *Retrieved from* <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/37523/1/9789899058224.pdf>

APÊNDICE XXIX – INTERVENÇÃO PSICOTERPÊUTICA EM GRUPO SOBRE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Plano da Sessão					
Tema: Inteligência Emocional – “As minhas Emoções”					
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento dos pilares da inteligência emocional.					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar para um reconhecimento das suas emoções; ▪ Promover o desenvolvimento de comportamentos empáticos; ▪ Promover o autocontrolo perante as situações emocionais extremas; ▪ Promover um aumento do tempo de concentração durante a realização de atividades; 					
Duração da Sessão: 60 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do enfermeiro e elementos do grupo-alvo de intervenção ▪ Estabelecer regras de funcionamento ao longo da sessão; ▪ Partilha de perceções entre os elementos do grupo-alvo ▪ Reconhecimento de emoções 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação de cada um dos elementos e da enfermeira ▪ Reforçar a necessidade de respeito por cada um dos elementos do grupo, de não haver interrupções das partilhas de cada um e reforçar que apenas partilham o que pretendem; ▪ Partilha sobre o que entendem por emoções; ▪ Mencionar a importância do reconhecimento de emoções para a gestão das mesmas; ▪ <u>Dinâmica em rede circular</u>: sentados nas cadeiras dispostas em círculo, cada elemento retira uma carta de emoção e duas cartas de perguntas, à vez, e responde às perguntas relativamente à emoção selecionada; 	<p>Método ativo e interrogativo</p>	<p>Espaço físico que garante a privacidade;</p> <p>Sala; Cadeiras; Cartas do Jogo PlayMento® e coluna de som</p>	<p>10 min</p> <p>20 min</p>	<p>Reflexões durante a sessão;</p> <p>Reflexão final sobre como decorreu a sessão e importância da temática;</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestão de Emoções ▪ Partilha de perceções sobre a sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Jogo de mímica</u>: ainda sentados em círculo, cada elemento retira uma carta de emoção à vez, e reproduz a mímica enquanto os restantes elementos tentam adivinhar qual a emoção representada (Objetivo: reconhecimento de emoções e promoção de empatia); ▪ <u>Mímica em movimento</u>: os participantes do grupo circulam pela sala e a enfermeira vai selecionando cartas de emoção. Em movimento, os participantes têm de imaginar que estão a sentir essa emoção e expressá-lo corporalmente (“Agora vamos sentir esta emoção”). Enquanto o fazem, é-lhes pedido que reparem como está o seu corpo, em termos de respiração, relaxamento/contração e postura (Duarte, 2021). ▪ Realizar dinâmica de aquecimento com música (Yozo, 1996) – andar pela sala com música ▪ <u>Jogo das Estátuas</u>: os elementos do grupo dançam livremente e quando a música para têm de permanecer como estátuas (Objetivo: treino de atenção e autocontrolo); ▪ Promover a expressão de emoções e perceções quanto à intervenção realizada (o que gostaram mais e menos, a importância do reconhecimento e gestão de emoções e se consideram que é fácil fazê-lo); 			<p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>10 min</p>	
---	---	--	--	---	--

Resultados:

A sessão contou com 4 participantes (3 rapazes com idades entre 10 e 11 anos e 1 rapariga com 13 anos). No início da sessão encontravam-se bem-dispostos, com fâcias alegre, comunicativos demonstrando entusiasmo para o decorrer das atividades. De modo geral revelaram alguma dificuldade em reproduzir a expressão facial associada a cada uma das emoções.

No fim de cerca de 30 minutos de sessão, alguns dos participantes ficaram mais inquietos, com necessidade de se levantarem das cadeiras, pelo que senti necessidade de reduzir o tempo do jogo da mímica, passando para a atividade da mímica em movimento. No entanto, estando mais ativos, tornou-se mais difícil de gerir o grupo que apresentava um elevado nível de distratibilidade e uma atitude mais provocatória em relação a alguns dos elementos do grupo, tendo de recorrer mais à assertividade e à focalização, enquanto técnicas comunicacionais.

Foi interessante verificar que dois dos elementos que mantiveram uma comunicação verbal e não-verbal mais agressiva dirigida aos pares, tiveram mais dificuldade em focar-se em si e naquilo que são as suas emoções e em remeter-se para o reconhecimento das mesmas. Perante uma pergunta como “Como fica o teu corpo quando estás com raiva?”, a resposta foi “Com vontade de lhes dar pontapés e de lhes chamar nomes”. Mais uma vez, centrando-se nos outros dirigindo a agressividade ao outro.

No fim da atividade, os participantes tiveram oportunidade de manifestar o que gostaram mais e menos, mencionando que gostaram da atividade, e quando questionados sobre a dificuldade/facilidade desta temática, um dos adolescentes referiu que quando não conhece os outros é mais difícil identificar o que estão a sentir.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (Ed) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5. Washington; London. American Psychiatric Association.
- Duarte, S. (2021). Jogo PlayMento.
- Goleman, D. (2022). Inteligência Emocional. Maia. Tema e Debates Círculo de Leitores.
- Internacional Council of Nurses (2016). CIPE® Versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa, Portugal. *Retrieved from* http://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Yozo, R. (1996). 100 Jogos para Grupos. Uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. 14ª edição. São Paulo. Editora Ágora.

APÊNDICE XXX – CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

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

Identificação do Investigador: José Carlos Rodrigues Gomes; Erica Vanessa de Oliveira Frazão Vieira

Título do estudo: Impacto de uma intervenção promotora da comunicação terapêutica eficaz em enfermeiros de uma Unidade de Hemodiálise

Enquadramento: O Projeto de Melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de enfermagem a desenvolver decorrerá numa clínica de hemodiálise e surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pela Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, sob orientação do Professor José Carlos Rodrigues Gomes.

Explicação do estudo: O projeto tem como objetivos promover uma comunicação terapêutica eficaz entre os enfermeiros, submetidos ao plano de intervenção, e aos utentes com insuficiência renal crónica sob hemodiálise. Ao intervir junto da equipa de enfermagem pretende-se responder ao problema identificado (Comunicação Terapêutica Ineficaz) sendo expectável a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente a existência de profissionais emocionalmente mais competentes e com melhores competências comunicacionais, diminuindo os conflitos e permitindo-lhes gerir melhor aqueles que vão surgindo, aumentando conseqüentemente os níveis de satisfação dos utentes e a adesão ao tratamento, com um reforço da segurança do doente. A recolha de dados será feita através da aplicação de um questionário para caracterização da amostra, de uma grelha de observação aos enfermeiros durante a prestação de cuidados em três momentos distintos (antes, durante e após a implementação do projeto), da aplicação da Escala de Inteligência Emocional de Schutte e do Questionário de Agressividade de Buss-Perry (antes e após a implementação do projeto).

O projeto será desenvolvido ao longo de 8 sessões, com uma duração de 45 a 60 minutos cada uma, a decorrer na clínica de hemodiálise. Entre elas: Sessão 1 – “Labirintos comunicacionais”; Sessão 2 – “Sabes como comunicas?”; Sessão 3 – Autorregulação Emocional “Comunicar com emoções”; Sessão 4 – Terapia pela Arte centrada na empatia - “E se fosse eu? Como me sentia?”; Sessão 5 - “Expressar sem agredir”; Sessão 6 – Impasses Terapêuticos; Sessão 7 – “E agora? Como vamos comunicar?”; Sessão 8 – Sessão de Encerramento.

Condições e financiamento: O estudo careceu de um parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria. A participação no mesmo tem um carácter voluntário, sem qualquer prejuízo caso não queira participar, podendo em qualquer altura recusar a participação no mesmo, sem a existência de represálias. A participação neste estudo está isenta de qualquer tipo de pagamento ou contrapartidas.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente no presente estudo, sendo garantida a confidencialidade dos mesmos, assim como o anonimato dos participantes, não havendo registo dos seus dados de identificação. Os contactos entre o investigador e os participantes serão realizados em ambiente de privacidade.

Eu, Erica Vanessa de Oliveira Frazão Vieira, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, agradeço desde já a disponibilidade e disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento:

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Impacto de uma intervenção promotora da comunicação terapêutica eficaz em enfermeiros de uma Unidade de Hemodiálise” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:..... Data:
...../...../.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir) NOME:
..... BI/CC N.º:
DATA OU VALIDADE /..... /..... GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: ASSINATURA
.....

APÊNDICE XXXI – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Questionário para Caracterização da Amostra

Este questionário destina-se à caracterização da amostra de participantes no projeto Impacto de uma intervenção promotora da comunicação terapêutica eficaz, em enfermeiros de uma Unidade de Hemodiálise.

As respostas são anónimas e confidenciais, destinando-se exclusivamente ao estudo em curso.

Idade: _____

Formação Académica:

Licenciatura

Mestrado

Especialidade

Doutoramento

Experiência Profissional

Já trabalhou em contextos profissionais diferentes dos serviços de hemodiálise?

Sim _____ Não _____

Anos de Serviço: _____

Formação Profissional

Tem alguma formação na área da Comunicação clínica ou Comunicação Terapêutica?

Sim _____ Não _____

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE XXXII – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE UMA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EFICAZ (PMCQCE)

Requisitos de uma comunicação terapêutica (Sequeira & Coelho, 2016)	Intervenções / Técnicas (Sequeira & Coelho, 2016; Sequeira & Coelho, 2016; Sequeira, 2014; Coelho, 2015)	Observação (assinalar se observado)	Comentários
Objetivos definidos			
Setting adequado			
Pessoa como centro dos cuidados	Demonstra disponibilidade		
	Evita interrupções		
Intencionalidade	Recorre a técnicas de comunicação verbal		
	Informação		
	Aceitação		
	Parafraseamento ou Acentuação		
	Questionamento		
	Clarificação		
	Focalização		
	Confrontação		
	Assertividade		
	Empatia		
	Humor		
	Validação		
	Síntese		
	Anamnese Associativa		
	Reformulação		
	Exploração		
	Interpretação		
	Orientação		
	<i>Feedback</i>		
	Recorre a técnicas de comunicação não-verbal		
	Escuta Ativa		
	Olhar		
	Posicionamento		
Distância			
Toque			
Valor Terapêutico	Autônomo		
	Complementar		
Componentes Vocais	Entoação		
	Volume		
	Tom		

Referências Bibliográficas

- Coelho, M. (2015). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: utilização pelos enfermeiros. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto. *Retrieved from* https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33990
- Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (12), 06-08. *Retrieved from* <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n12/n12a01.pdf>
- Sequeira, C., Coelho, T. (2016). Comunicação Terapêutica. In C. Sequeira *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 97 - 102). Lisboa. Lidel.

APÊNDICE XXXIII – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A REALIZAR

	2022			2023												2024		
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Tarefa 1 Identificação e Perceção do Problema																		
1.1 Descrição do Problema																		
1.2 Revisão bibliográfica sobre o problema identificado																		
1.3 Formulação dos Objetivos Iniciais																		
Tarefa 2 Levantamento das Causas do Problema Identificado																		
2.2 Elaboração de Diagrama de Causa-Efeito de Ishikawa, tendo por base o brainstorming e a revisão bibliográfica																		
2.3 Preenchimento da Checklist de Avaliação da Qualidade de Heather Palmer																		
Tarefa 3 Pedidos de Autorização																		
3.1 Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria																		
3.2 Autorização da utilização dos instrumentos																		
3.3 Autorização de Implementação do projeto pelas clínicas																		
Tarefa 4 Planeamento de Atividades																		
4.1 Elaboração de suportes e grelhas																		
4.2 Planeamento das sessões da intervenção																		
4.3 Seleção dos participantes e entrega de consentimentos informados																		
Tarefa 5 Recolha de Dados																		
5.1 Aplicar questionário de caracterização da amostra																		
5.2 Aplicar questionário de Agressividade de Buss-Perry e Escala de Inteligência Emocional de Schutte																		
5.3 Aplicar Grelha de Observação																		
Tarefa 6 Implementação do Projeto																		
6.1 Realização das 8 sessões da intervenção																		
Tarefa 7 Tratamento e Análise de Dados																		
Tarefa 8 Pesquisa Bibliográfica																		
Tarefa 9 Elaboração do Relatório Final																		

duração da atividade principal
 duração de subatividade

APÊNDICE XXXIV – PLANOS DE SESSÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DO PMCQCE

Plano da Sessão nº 1					
Tema: “Labirintos Comunicacionais”					
Objetivo Geral: Promover o reconhecimento da importância da comunicação terapêutica para um cuidado centrado no doente.					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar para o impacto da comunicação na pessoa submetida a hemodiálise (HD); ▪ Reconhecer a importância da comunicação terapêutica para um cuidado centrado no doente; ▪ Refletir acerca da adoção da comunicação terapêutica na clínica; 					
Duração da Sessão: 60 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do enfermeiro e elementos do grupo-alvo de intervenção; ▪ Estrutura da intervenção e respetivas sessões 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar objetivo da intervenção; ▪ Entregar folheto com a programação das sessões (referência ao nº de sessões, duração, calendarização, objetivos e temas de cada sessão); ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Estabelecer regras de funcionamento das sessões (estabelecendo acordo com os elementos do grupo (ex: confidencialidade - “o que é escutado no grupo fica no grupo”, respeito pelas vivências e partilhas do outro, considerar que as estratégias adotadas não funcionam de igual forma para todos, falar um de cada vez e haver partilha, porque só assim a sessão se tornará mais rica); 	Método ativo, expositivo e interrogativo	Espaço físico calmo que garanta a privacidade; Sala; Mesas; Cadeiras; Folheto com programa da Intervenção; Computador; Projetor, sessão em <i>Powerpoint</i> ; canetas; Folhas	5 min 5 min	Questões ao longo da sessão Aplicação de um questionário de satisfação da sessão

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partilha de percepções sobre a importância da comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussão sobre a importância da comunicação na relação com o outro, sobre o impacto da comunicação e em específico, no contexto de prestação de cuidados em HD; 		brancas A5; Questionário de satisfação	10 min	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação com a pessoa submetida a tratamento de HD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abordar os seguintes temas: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação (Verbal e Não-Verbal) - Impacto da Comunicação (<u>Atividade Pessoas diferentes, sentires distintos</u>: Distribuir folha de papel e caneta a cada um dos participantes; explicar que, ao dar o sinal, todos devem desenhar o que for indicado, mas sem tirar a caneta do papel; dar o sinal para desenharem um rosto, com olhos, nariz, boca e pescoço; relembrar para não retirarem caneta do papel; encerrar a atividade;) - A pessoa submetida a tratamento de HD - Prática de Enfermagem em Contexto de Hemodiálise - Enquadramento legal - Cuidado Centrado no Doente - Labirintos comunicacionais - Comunicação Terapêutica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definição ✓ Objetivos ✓ Benefícios ✓ Requisitos 			20 min	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre a adoção de uma comunicação terapêutica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre a adoção de uma comunicação terapêutica na clínica, tendo por base os seus requisitos; ▪ Solicitar a cada um dos participantes que reflitam acerca dos aspetos passíveis de modificar na sua prática, se 			10 min	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão nº1 	<p>considerarem existir, no que toca à comunicação com os doentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar para a responsabilidade de cada um dos participantes no processo de mudança e na comunicação com o outro; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV); ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 			10 min	
<p>Resultados:</p> <p>O grupo manteve-se participativo. Reconheceram a importância da comunicação nos cuidados prestados, atribuindo uma cotação de 8 a 10, numa escala de 1 a 10, quando questionados. No entanto, identificaram alguns fatores dificultadores da comunicação, como o tempo disponível, as características pessoais dos próprios utentes e a dinâmica específica de uma unidade de hemodiálise, dirigindo para o outro a responsabilidade da mesma. Referiram que, por vezes, após os turnos, refletem sobre a sua comunicação com os utentes, ponderando o que está correto e o que poderia ser feito de outra forma.</p> <p>A sessão teve uma pontuação de 35 na avaliação geral, por todos os participantes, e uma avaliação global de excelente.</p>					

<p>Plano da Sessão nº 2</p> <p>Tema: “Sabes como Comunicas?”</p> <p>Objetivo Geral: Desenvolver uma autoconsciencialização do estilo comunicacional prevalente na sua comunicação com o outro.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir o grupo-alvo sobre os estilos comunicacionais existentes; ▪ Promover a autoperceção sobre o seu estilo comunicacional prevalente, assim como as causas associadas; ▪ Capacitar os participantes para a identificação dos estilos comunicacionais nas outras pessoas; <p>Duração da Sessão: 60 minutos</p>	
--	--

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Partilha de percepções sobre os estilos comunicacionais ▪ Estilos comunicacionais ▪ Autopercepção do estilo comunicacional adotado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ Incentivar os participantes a partilharem a sua percepção sobre o tema: Existem diferentes estilos comunicacionais? Que tipos de estilos comunicacionais que existem? A mesma pessoa adota sempre o mesmo estilo? Se não, o que causa a mudança de estilo adotado? ▪ <i>Powerpoint</i> sobre estilos comunicacionais: <ul style="list-style-type: none"> - Diferentes estilos de comunicação - Consequências e Benefícios de cada estilo - Exercício com exemplos (analisar em grupo as diferentes respostas possíveis, identificando os estilos comunicacionais correspondentes) ▪ Atividade de autoconsciencialização: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escrevem numa folha qual acham que é o seu estilo e guardam a folha, sem revelar o que escreveram; ✓ Desenvolvimento de uma dinâmica em que obtêm a percepção que os outros têm do seu estilo comunicacional: cada um dos participantes vai colar uma placa em cada um dos restantes, com o estilo comunicacional predominante que acham que têm; ✓ Mostram o estilo que escreveram no papel, para verificar se a sua percepção coincide com a dos outros; 	<p>Método ativo, expositivo e interrogativo</p>	<p>Espaço físico calmo que garanta a privacidade;</p> <p>Sala; Cadeiras; Computador; Projetor, sessão em <i>Powerpoint</i>; Questionário de satisfação; Placas com estilos de comunicação;</p>	<p>5 min</p> <p>5 min</p> <p>10 min</p> <p>20 min</p>	<p>Questões ao longo da sessão</p> <p>Aplicação de um questionário de satisfação da sessão</p>

A sessão teve uma pontuação de 35 na avaliação geral, por todos os participantes, e uma avaliação global de excelente.

Plano da Sessão nº 3

Tema: “Comunicar com Emoções”

Objetivo Geral: Promover a autorregulação emocional perante situações emocionais extremas.

Objetivos Específicos:

- Capacitar para um reconhecimento das suas emoções;
- Promover o autocontrolo perante as situações emocionais extremas;
- Treinar a estratégia de resolução de problemas;

Duração da Sessão: 60 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Reconhecimento de Emoções 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ Incentivar cada um dos participantes a partilharem como se estão a sentir no momento, procurando identificar as emoções; ▪ Identificar as emoções básicas juntamente com os participantes, refletindo sobre a sua importância; ▪ Realizar dinâmica de aquecimento com música – Jogo do Andar (Yozo, 1996, p.75) ▪ <u>Mímica em movimento</u>: os participantes do grupo circulam pela sala e a enfermeira vai dizendo emoções. Em movimento, os participantes têm de imaginar que estão a sentir essa emoção e expressá-lo corporalmente (“Agora vamos sentir esta emoção”). 	Método ativo e interrogativo	<p>Espaço físico calmo que garanta a privacidade;</p> <p>Sala; Cadeiras; Mesa; Caneta; Quadro; Chapéus com cores das emoções;</p> <p>Questionário de satisfação</p>	<p>5 min</p> <p>25 min</p>	<p>Questões ao longo da sessão</p> <p>Aplicação de um questionário de satisfação da sessão</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV); ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 			5 min	
<p>Resultados:</p> <p>Os participantes demonstraram interesse e envolvimento na sessão.</p> <p>No decorrer da abordagem à gestão das emoções e ao autocontrolo da impulsividade, surgiu a reflexão sobre a importância do autoconhecimento e a forma como se reflete na gestão dos processos comunicacionais. Destacou-se a importância de identificar as emoções, assim como de observar o corpo em cada uma delas e de refletir sobre o porquê de nos sentirmos de determinada forma perante o que nos é dito. Com a dinâmica dos chapéus refletiu-se sobre a dificuldade que há em identificar situações em que sentimos determinadas emoções e da importância de trabalhar as emoções e de as resolver para que, posteriormente, não se reflitam de modo negativo na relação com o outro.</p> <p>Discutiu-se sobre a necessidade de adotar a assertividade ou outros estilos de comunicação em momentos de conflito, enquanto profissionais de saúde. Foram discutidas algumas estratégias de autocontrolo, quer no momento, quer numa fase posterior, com base na técnica de resolução de problemas.</p> <p>A sessão teve uma pontuação de 35 na avaliação geral, por todos os participantes, e uma avaliação global de excelente.</p>					

Plano da Sessão nº 4					
Tema: Terapia pela Arte centrada na empatia - “E se fosse eu? Como me sentia?”					
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento de comportamentos empáticos, através da terapia pela arte com recurso ao cinema.					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visualizar um filme onde se explora o tema da empatia; ▪ Promover a reflexão sobre aspetos do filme, transpondo para aquilo que são os seus comportamentos/atitude com o outro; 					
Duração da Sessão: 60 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Filme “Patch Adams” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ Perceção dos participantes sobre o conceito de empatia; 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade;	5 min 5 min	Questões ao longo da sessão

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre empatia ▪ Avaliação da sessão nº 4 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abordagem de alguns pontos de reflexão como, respeito pelo outro, humanização dos cuidados, empatia e outros); ▪ Visualização de excerto de 25 minutos do filme “Patch Adams”; ▪ Preenchimento da Reflexão Pós-Visualização de Filme (APÊNDICE XXXV); ▪ Partilha de percepções/reflexões sobre o filme; ▪ Esclarecimento de dúvidas ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV); ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 		<p>Sala; Cadeiras; Computador; Projetor; Filme “Patch Adams”;</p> <p>Reflexão Pós-Visualização de Filme;</p> <p>Questionário de satisfação</p>	<p>25 min</p> <p>20 min</p> <p>5 min</p>	<p>Reflexão Pós-Visualização de Filme</p> <p>Aplicação de um questionário de satisfação da sessão</p>
<p>Resultados:</p> <p>No início da sessão foi clarificado o conceito de empatia, centrado no respeito pela individualidade e vulnerabilidade do outro, esclarecendo que duas pessoas na mesma situação podem ter necessidades diferentes, uma vez que também elas são pessoas distintas com as suas experiências e histórias de vida. Durante a visualização do excerto do filme, os participantes foram refletindo sobre aspetos relativos aos conceitos de empatia e humanização dos cuidados. Reflexões essas que manifestaram no preenchimento da reflexão pós-visualização e na partilha de percepções. Abordaram-se temas como o escutar, o olhar, o toque, a importância de pequenos gestos para que a pessoa se sinta valorizada e assim, estar mais aberta à comunicação, e o respeito pelo outro. Refletiu-se ainda sobre a importância de não julgamento do outro, quer em relação aos doentes, quer entre os elementos da equipa multidisciplinar aceitando as diferenças. Abordou-se ainda a expectativa dos doentes relativamente à nossa resposta perante as suas necessidades, sendo fundamental perceber junto deles que necessidades e expectativas são essas, embora por vezes seja difícil corresponder às mesmas. Não obstante, muitas dessas expectativas devem ser desmistificadas ao longo do tempo, começando logo no momento da admissão.</p> <p>Após a sessão, os dados obtidos na reflexão pós-visualização, foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin, que se encontra em APÊNDICE XXXVI. A sessão teve uma pontuação de 35 na avaliação geral, por todos os participantes, e uma avaliação global de excelente.</p>					

Plano da Sessão nº 5

Tema: Assertividade – “Expressar sem agredir”

Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento de competências de comunicação assertiva

Objetivos Específicos:

- Instruir sobre técnicas de assertividade;

- Capacitar para a identificação de diferentes respostas assertivas, partindo da análise de situações de comunicação;
- Dinamizar um *roleplay* para treino da assertividade;

Duração da Sessão: 60 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Assertividade ▪ Análise de situações de comunicação ▪ Dinâmica de <i>Roleplay</i> ▪ Avaliação da sessão nº 5 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ <i>Powerpoint</i> sobre assertividade: <ul style="list-style-type: none"> - Assertividade como estilo comunicacional - Técnicas de assertividade (Sequeira & Coelho, 2016; Querido, Tomás, Laranjeira, Carvalho & Valentim, 2020) - Assertividade vs Diretividade ▪ Analisar situações de comunicação, com reflexão em grupo sobre respostas assertivas possíveis (Querido, Tomás, Laranjeira, Carvalho & Valentim, 2020) ▪ Explorar situações mencionadas tendo por base a técnica de resolução de problemas; ▪ Desenvolver uma dinâmica de <i>roleplay</i>, com os participantes, para treino das técnicas de assertividade; ▪ Reforçar importância da comunicação não verbal e dos componentes vocais; ▪ Discussão em grupo sobre a dinâmica realizada, considerando a aplicação das técnicas comunicacionais; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Sugerir o preenchimento do teste de assertividade (ANEXO X) e do mapa da assertividade (ANEXO XI), no período entre sessões, promovendo o autoconhecimento (Townsend, 2011); 	<p>Método ativo, expositivo e interrogativo</p>	<p>Espaço físico calmo que garanta a privacidade;</p> <p>Sala; Cadeiras; Computador; Projetor, sessão em <i>Powerpoint</i>; Situações de comunicação para análise; Questionário de satisfação; Teste de Assertividade e Mapa da Assertividade</p>	<p>5 min</p> <p>10 min</p> <p>20 min</p> <p>20 min</p>	<p>Questões ao longo da sessão</p> <p>Aplicação de um questionário de satisfação da sessão</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar questionário de satisfação; ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte. 			5 min	
--	--	--	--	-------	--

Resultados:

O grupo manteve-se participativo. Foram abordadas as diferentes técnicas de comunicação assertiva e feita a diferenciação entre respostas assertivas e diretivas. Houve uma boa resposta à dinâmica de roleplay e aos restantes exercícios, com facilidade de identificação de respostas assertivas.

A sessão teve uma pontuação de 35 na avaliação geral, por todos os participantes, e uma avaliação global de excelente.

Plano da Sessão nº 6

Tema: Impasses Terapêuticos

Objetivo Geral: Promover a autoconsciencialização da existência de impasses terapêuticos e do seu impacto na comunicação.

Objetivos Específicos:

- Instruir os participantes acerca dos impasses terapêuticos existentes;
- Treinar o reconhecimento de impasses terapêuticos na relação terapêutica;
- Gerir as emoções (próprias e do outro) durante a comunicação;

Duração da Sessão: 45 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Impasses Terapêuticos ▪ Dinâmica de <i>Roleplay</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ <i>Powerpoint</i> sobre diferentes tipos de impasses terapêuticos: resistência; contratransferência; transferência (Sequeira, 2016); ▪ Desenvolver uma dinâmica de <i>roleplay</i> entre 2 participantes, em que são dadas indicações a cada um dos participantes individualmente, com identificação 	Método ativo, expositivo e interrogativo	Espaço físico calmo que garanta a privacidade; Sala; Cadeiras; Computador; Projetor, sessão	5 min 10 min 25 min	Questões ao longo da sessão

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão nº 6 	<p>posterior, em grupo, dos impasses presentes na situação;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar a importância do autocontrolo e gestão de emoções; ▪ Dinâmica de identificação de contratransferências (Andar pela sala e pensar numa situação de contratransferência que tenham vivenciado com um doente. Assim que se lembrarem param. Depois, numa sociometria situam-se numa linha reta imaginária de 1 (menos sofrimento) a 10 (mais sofrimento), pensando o quanto a situação lhes causou sofrimento.) ▪ Esclarecimento de dúvidas ▪ Aplicar questionário de satisfação (APÊNDICE XIV); ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 		em <i>Powerpoint</i> ; Questionário de satisfação	5 min	Aplicação de um questionário de satisfação da sessão
<p>Resultados:</p> <p>O grupo manteve-se participativo. Foram abordados os tipos de impasses terapêuticos existentes. A maioria dos elementos conseguiu identificar pelo menos uma situação de impasse terapêutico que tenha vivenciado, embora alguns não o tenham conseguido fazer. Foi interessante constatar, mais uma vez, a dimensão reflexiva das sessões com um contributo para o autoconhecimento. À medida que a sessão foi decorrendo foram identificando cada vez mais situações em que vivenciaram contratransferências, não o conseguindo fazer no início. Houve uma boa resposta à dinâmica de roleplay e aos restantes exercícios.</p> <p>A sessão teve uma pontuação de 35 na avaliação geral, por todos os participantes, e uma avaliação global de excelente.</p>					

<p>Plano da Sessão nº 7</p> <p>Tema: “E agora? Como vamos comunicar?”</p> <p>Objetivo Geral: Elaborar um novo padrão comunicacional a adotar na comunicação com os doentes submetidos a tratamentos de HD.</p>

Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refletir sobre boas práticas que os participantes considerem passíveis de adotar na sua comunicação com o outro; ▪ Definir um novo padrão de comunicação assente nos requisitos de uma comunicação terapêutica; 					
Duração da Sessão: 45 minutos					
Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior ▪ Novo padrão comunicacional ▪ Avaliação da sessão nº 7 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas; ▪ Reflexão em grupo sobre boas práticas que considerem possível adotar, na sua comunicação com os doentes; ▪ Enquadrar novas práticas a adotar nos requisitos para uma comunicação terapêutica ▪ Esclarecimento de dúvidas ▪ Aplicar questionário de satisfação; ▪ Acordar data e hora da sessão seguinte; 	Método ativo e interrogativo	Espaço físico que garante a privacidade; Sala; Cadeiras; Quadro; caneta;	5 min 35 min 5 min	Questões ao longo da sessão Aplicação de um questionário de satisfação da sessão
Resultados:					
<p>No seguimento dos conteúdos abordados nas sessões anteriores, os participantes identificaram ações que consideram passíveis de realizar, com vista à melhoria da comunicação na clínica.</p> <p>A sessão teve uma pontuação de 35 na avaliação geral, por todos os participantes, e uma avaliação global de excelente.</p>					

Plano da Sessão nº 8

Tema: Sessão de Encerramento

Objetivo Geral: Concluir o programa de intervenção com o grupo de participantes selecionado.

Objetivos Específicos:

- Apresentar o novo padrão comunicacional a adotar na clínica, resultante da sessão anterior;
- Promover a expressão de sentimentos e expectativas sobre a integração dos conhecimentos na comunicação com o outro;

Duração da Sessão: 45 minutos

Conteúdos	Atividades	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elogiar os esforços de participação nas diferentes sessões; ▪ Resumo das sessões ▪ Novo padrão de comunicação ▪ Sessões periódicas ▪ Avaliação da sessão nº 8 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Breve resumo dos conteúdos abordados ao longo das sessões; ▪ Apresentação do padrão comunicacional a adotar, resultante do brainstorming realizado na sessão nº 7; ▪ Determinar concordância dos participantes relativamente ao padrão comunicacional desenhado, assim como reunir possíveis sugestões de alteração; ▪ Apresentar sugestão de discussão, de forma periódica (por exemplo de 6 em 6 meses), de situações que acontecem na clínica, refletindo sobre formas alternativas de comunicação e resolução; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Promover a reflexão sobre como decorreram as sessões; promover a expressão de sentimentos e expectativas sobre a integração dos conhecimentos na comunicação com o outro (solicitar a cada um dos participantes que partilhe sobre a sua perceção acerca da intervenção, mencionando o que achou mais interessante e pelo menos um aspeto que considere mudar na sua comunicação com o outro); 	<p>Método ativo, expositivo e interrogativo</p>	<p>Espaço físico calmo que garanta a privacidade;</p> <p>Sala; Cadeiras; Novo padrão comunicacional;</p>	<p>5 min</p> <p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>15 min</p>	<p>Questões ao longo da sessão</p> <p>Reflexão sobre satisfação com o programa de intervenção</p>
<p>Resultados:</p>					

Foram apresentadas as sugestões de novas práticas a adotar nas clínicas, resultantes do brainstorming da sessão anterior.

O grupo de participantes revelou ter ficado surpreendido com as sessões realizadas, tendo superado as suas expectativas, segundo eles. Destacou como aspetos positivos da intervenção, a pertinência do tema, a reflexão gerada entre os participantes ao longo das sessões, discutindo-se temas que não são reflexões habituais entre os mesmos, assim como a promoção do processo de autoconhecimento (com a perceção e as reflexões sobre as causas de determinados comportamentos gerarem em si certas reações; com a identificação de impasses; entre outros). Destacou ainda a importância da intervenção para um maior conhecimento dos elementos da equipa entre si e para melhorar a relação entre eles, unindo a equipa. Consideraram assim, ser importante alargar a intervenção a toda a equipa para uma uniformização do conhecimento, uma melhoria dos cuidados prestados e do ambiente em contexto laboral. O grupo não referiu qualquer aspeto negativo em relação à intervenção realizada.

A sessão teve uma pontuação de 35 na avaliação geral, por todos os participantes, e uma avaliação global de excelente.

Referências Bibliográficas

Caballo, V. (2008). Manual de Técnicas de Terapia e Modificação de Comportamento. São Paulo. Livraria Santos Editora.

Duarte, S. (2021). Jogo PlayMento.

Queirós, M. (2014). Inteligência Emocional – Aprenda a ser feliz. Porto. Porto Editora.

Sequeira, C. (2016). Impasses Terapêuticos. In C. Sequeira Comunicação Clínica e Relação de Ajuda (pp. 146 - 148). Lisboa. Lidel.

Sequeira, C., Coelho, T. (2016). Comunicação Terapêutica. In C. Sequeira Comunicação Clínica e Relação de Ajuda (pp. 97 - 102). Lisboa. Lidel.

Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). Evidências em Saúde Mental: da conceção à ação [eBook]. Escola Superior de Saúde de Leiria. Doi: <https://doi.org/10.25766/079h-xe19>

Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência (6ª ed.). Loures. Lusociência.

Yozo, R. (1996). 100 Jogos para Grupos. Uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. 14ª edição. São Paulo. Editora Ágora.

APÊNDICE XXXV – REFLEXÃO PÓS-VISUALIZAÇÃO DE FILME

FILME: _____

APÓS A VISUALIZAÇÃO DO EXCERTO DO FILME, REFLITA SOBRE O MESMO E RESPONDA ÀS PERGUNTAS SEGUINTE.

1) O que mais gostou na narrativa do excerto do filme?

2) O que aprendeu com a mensagem do excerto do filme?

3) Na sua vida, enquanto utilizador dos cuidados de saúde, já teve alguma experiência com profissionais de saúde com atitudes semelhantes? Explique a situação de forma sucinta e diga como se sentiu?

4) Após a visualização deste excerto, que estratégias identificou que permitam melhorar a comunicação com os doentes e conseqüentemente a sua experiência de doença?

5) Transpondo para a sua realidade profissional (Clínica de Hemodiálise), quais dessas estratégias podem ser adotadas/reforçadas, promovendo um cuidado centrado no doente?

OBRIGADA!

APÊNDICE XXXVI – ANÁLISE DE CONTEÚDO DA REFLEXÃO PÓS-VISUALIZAÇÃO CLÍNICA A

1.O que mais gostou na narrativa do excerto do filme?	
R1	“Capacidade do ator se colocar no lugar do outro e conseguir, em cada momento, ir ao encontro das suas necessidades”
R2	“Gostei da forma como a personagem principal falou com as pessoas, tentando percebê-las, e o modo como fez as crianças sorrirem”
R3	“Evolução da consciencialização das interações/relações”; “Exposição da fragilidade”
R4	“Como em todas as situações com diferentes pessoas, sabia interagir com elas”
R5	“A envolvência de Patch com as pessoas mais frágeis, nos vários contextos da vida dele”
R6	“Deixou de sentir pena de si (suicida) e passou a querer cuidar dos outros”
R7	“A forma como retratam a evolução da comunicação”
2. O que aprendeu com a mensagem do excerto do filme?	
R1	“Importância que a empatia tem na relação que se estabelece com o outro”; “A comunicação mais agressiva inibe a resposta do outro e a sua forma de interagir”
R2	“Importância da empatia para criar um elo de ligação com as pessoas.”
R3	“Importância do olhar o outro, de escutar, perceber e estar disponível para o outro”
R4	“Humanizar sempre quem temos ao nosso lado e a quem vamos prestar o nosso cuidado”
R5	“O conceito de empatia é mais abrangente do que pensava”; “Não podemos viver a vida de forma demasiado séria”
R6	“Ver o outro e a sua perspetiva”; “Pensar fora da caixa”
R7	“Que muitas das vezes não sabemos como está a pessoa ao nosso lado e bastam pequenos gestos para mudar o seu dia”
3.Na sua vida, enquanto utilizador dos cuidados de saúde, já teve alguma experiência com profissionais de saúde com atitudes semelhantes? Explique a situação de forma sucinta e diga como se sentiu.	
R1	“Abuso de poder, fez-me sentir inútil e como se fosse feito por ser apenas um número”
R2	“Médico de família muito cómico quando era criança. Não me importava de ir ao médico, mas não gostava da enfermeira.”; “Tratarem os doentes pelo número da cama”;
R3	“Comunicação verbal e não-verbal de um profissional de saúde para com um doente, fazendo-o sentir que era um sacrifício estarem a cuidar dele”
R4	“Quando fiz uma cirurgia, havia um enfermeiro mais brincalhão que explicava todos os procedimentos, o que deixava mais tranquilo durante o internamento e mais recetivo aos cuidados prestados por ele”
4. Após a visualização deste excerto, que estratégias identificou que permitam melhorar a comunicação com os doentes e conseqüentemente, a sua experiência de doença?	
R1	“Adequação do discurso”; “Tratar a pessoa como um ser humano, consciente de si e não apenas como uma pessoa doente”
R2	“Procurar ver a perspetiva do outro, validar o que sentem”
R3	“Demonstrar interesse pelo problema do outro”; “Olhar os outros nos olhos e interagirmos sem desprezo e sentido de superioridade”
R4	“Estar mais atento a gestos ou palavras dos doentes para perceber a melhor forma de abordar a pessoa”

R5	“Atitude positiva”
R6	“É fundamental ouvir o outro e tentar perceber o que sente, assim como estar atento à postura corporal adotada pelos profissionais, que faz parte da comunicação não-verbal. É importante estarmos receptivos à informação transmitida pelo doente.”
R7	“Ouvir o outro”; “Identificar as necessidades da pessoa num determinado momento e agir em conformidade”; “A forma como comunicamos com o outro e a influência que tem na sua resposta”
5. Transpondo para a sua realidade profissional (Clínica de Hemodiálise), quais dessas estratégias podem ser adotadas/reforçadas, promovendo um cuidado centrado no doente?	
R1	“Adequação do discurso e tratar a pessoa de forma humanizada. Por vezes vemos o braço para punccionar e esquecemo-nos do resto”
R2	“Perceber que para além de serem doentes de diálise são pessoas com uma vida e que a hemodiálise não define quem eles são”
R3	“Ouvir o doente com interesse, estar ao lado dele”
R4	“Estar atento e demonstrar interesse no que a pessoa sente e precisa e ir ao encontro das suas necessidades”
R5	“Ouvir e perceber os medos dos doentes”
R6	“Ouvir mais o doente e não nos preocuparmos tanto com a máquina ou alarmes; tentar perceber a frustração que a doença acarreta e de que forma os podemos ajudar para que expressem as suas preocupações/medos e dúvidas”
R7	“Ouvir o outro e identificar as suas necessidades; basta que o profissional esteja capacitado e/ou interessado em usar essas suas competências em prol de estabelecer uma boa comunicação com o doente, criar empatia e uma boa relação terapêutica”

Legenda: R - Resposta

Matriz de codificação

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
Competências Comunicacionais	Impacto da comunicação	“Evolução da consciencialização das interações/relações”	5
		“A forma como retratam a evolução da comunicação”	
		“A forma como comunicamos com o outro e a influência que tem na sua resposta”	
		“A comunicação mais agressiva inibe a resposta do outro e a sua forma de interagir”	
		“Comunicação verbal e não-verbal de um profissional de saúde para com um doente, fazendo-o sentir que era um sacrifício estarem a cuidar dele”	
	Intencionalidade na comunicação	“[...] estar atento à postura corporal adotada pelos profissionais, que faz parte da comunicação não-verbal”	2
		“[...] basta que o profissional esteja capacitado e/ou interessado em usar essas suas competências em prol de estabelecer uma boa comunicação com o doente, criar empatia e uma boa relação terapêutica”	
	Empatia	“O conceito de empatia é mais abrangente do que pensava”	16
		“Importância que a empatia tem na relação que se estabelece com o outro”	

		<p>“Importância da empatia para criar um elo de ligação com as pessoas.”</p> <p>“Capacidade do ator se colocar no lugar do outro e conseguir, em cada momento, ir ao encontro das suas necessidades”</p> <p>“Que muitas das vezes não sabemos como está a pessoa ao nosso lado e bastam pequenos gestos para mudar o seu dia”</p> <p>“Estar mais atento a gestos ou palavras dos doentes para perceber a melhor forma de abordar a pessoa”</p> <p>“Identificar as necessidades da pessoa num determinado momento e agir em conformidade”</p> <p>“Pensar fora da caixa”</p> <p>“Ver o outro e a sua perspetiva”</p> <p>“Procurar ver a perspetiva do outro, validar o que sentem”</p> <p>“Como em todas as situações com diferentes pessoas, sabia interagir com elas”</p> <p>“[...] ir ao encontro das suas necessidades”</p> <p>“[...] identificar as suas necessidades”</p> <p>“[...] perceber os medos dos doentes”</p> <p>“Adequação do discurso”</p> <p>“Atitude positiva”</p>	
	Humor	<p>“Gostei da forma como a personagem principal falou com as pessoas, tentando percebê-las, e o modo como fez as crianças sorrirem”</p> <p>“Não podemos viver a vida de forma demasiado séria”</p> <p>“Médico de família muito cómico quando era criança. Não me importava de ir ao médico, mas não gostava da enfermeira.”</p> <p>“Quando fiz uma cirurgia, havia um enfermeiro mais brincalhão que explicava todos os procedimentos, o que deixava mais tranquilo durante o internamento e mais recetivo aos cuidados prestados por ele”</p>	4
Humanização dos cuidados	Pessoa como centro dos cuidados	<p>“Interagirmos sem desprezo e sentido de superioridade”</p> <p>“Abuso de poder, fez-me sentir inútil e como se fosse feito por ser apenas um número”</p> <p>“Tratarem os doentes pelo número da cama”</p> <p>“[...] tratar a pessoa de forma humanizada. Por vezes vemos o braço para puncionar e esquecemo-nos do resto”</p> <p>“[...] não nos preocuparmos tanto com a máquina ou alarmes; tentar perceber a frustração que a doença acarreta e de que forma os podemos ajudar para que expressem as suas preocupações/medos e dúvidas”</p> <p>“Perceber que para além de serem doentes de diálise são pessoas com uma vida e que a hemodiálise não define quem eles são”</p> <p>“Tratar a pessoa como um ser humano, consciente de si e não apenas como uma pessoa doente”</p> <p>“Humanizar sempre quem temos ao nosso lado e a quem vamos prestar o nosso cuidado”</p> <p>“Estar atento e demonstrar interesse no que a pessoa sente e precisa”</p> <p>“Demonstrar interesse pelo problema do outro”</p> <p>“É fundamental ouvir o outro e tentar perceber o que sente [...]. É importante estarmos recetivos à informação transmitida pelo doente.”</p>	16

		"Ouvir o outro"	
		"Ouvir o doente com interesse, estar ao lado dele"	
		"Ouvir o outro"	
		"Importância do olhar o outro, de escutar, perceber e estar disponível para o outro"	
		"Olhar os outros nos olhos"	
	Vulnerabilidade	"A envolvimento de Patch com as pessoas mais frágeis, nos vários contextos da vida dele"	2
		"Exposição da fragilidade"	
Autoconhecimento	Gestão de Emoções	"Deixou de sentir pena de si (suicida) e passou a querer cuidar dos outros"	1

CLÍNICA B

1. O que mais gostou na narrativa do excerto do filme?	
R1	"Gostei da representação do que nos faz feliz e da necessidade de ouvir o outro, podendo fazer a diferença na sua vida"
R2	"Situação dos 4 dedos – quando olhamos realmente para o outro, conseguimos ver mais além do que nos parecia inicialmente, vemos outra perspetiva"
R3	"A capacidade de entender o outro e as suas necessidades e de ir ao seu encontro, adaptando sempre as abordagens consoante as mesmas"
R4	"Sensibilidade e proximidade da personagem principal na relação com o outro, com um foco nas necessidades do outro"
2. O que aprendeu com a mensagem do excerto do filme?	
R1	"Não podemos só seguir certas rotinas na vida e no trabalho e temos de ouvir as pessoas que estão ao nosso lado e fazer aquilo que verdadeiramente as faz feliz"
R2	"Importância de olhar realmente o outro para identificar as suas necessidades"
R3	"Ouvir mais o outro, perceber e dedicar mais tempo para poder identificar as suas necessidades"
R4	"Recurso à empatia nos diversos contextos de interação do personagem principal"
3. Na sua vida, enquanto utilizador dos cuidados de saúde, já teve alguma experiência com profissionais de saúde com atitudes semelhantes? Explique a situação de forma sucinta e diga como se sentiu.	
R1	"Trataram-me pelo nome na altura do parto dos meus filhos"
R2	"Senti-me não ouvida, desvalorizada e desrespeitada"
R3	"Senti um desrespeito pela minha privacidade e em situação de vulnerabilidade o sentimento de exposição é ainda maior"
R4	"Na consulta de pré-conceção, a enfermeira e médica demonstraram disponibilidade e deram espaço para conversar e expor as minhas dúvidas e receios. Senti-me bem e compreendida."
4. Após a visualização deste excerto, que estratégias identificou que permitam melhorar a comunicação com os doentes e consequentemente, a sua experiência de doença?	
R1	"Cumprimentar o doente, perguntar o nome pelo qual gosta de ser tratado e explicar ao doente alguns aspetos do contexto de prestação de cuidados. Escutar, ouvir e sentir e explicar todos os procedimentos"
R2	"Escuta Ativa"
R3	"Ouvir as suas necessidades; ter tempo para essa auscultação e encontrar estratégias que sejam facilitadoras"

R4	“Empatia, recurso à exploração, disponibilidade para exporem sentimentos e emoções e recurso à brincadeira como forma de distração e para chegar ao outro”
5. Transpondo para a sua realidade profissional (Clínica de Hemodiálise), quais dessas estratégias podem ser adotadas/reforçadas, promovendo um cuidado centrado no doente?	
R1	“Escutar, ouvir e sentir”
R2	“Escuta ativa e ir ao encontro das necessidades individuais na medida do possível”
R3	“Ouvir as necessidades do doente, ter tempo para essa auscultação e incluir a pessoa como elemento central e facilitador no seu processo de doença, ajudando-a a encontrar as estratégias adequadas de forma empática”
R4	“Exploração. Dar espaço para expor emoções, dúvidas e receios.”

Legenda: R – Resposta

Matriz de codificação

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
Competências Comunicacionais	Empatia	“Recurso à empatia nos diversos contextos de interação do personagem principal”	12
		“[...] ir ao encontro das necessidades individuais na medida do possível”	
		“Não podemos só seguir certas rotinas na vida e no trabalho e temos de ouvir as pessoas que estão ao nosso lado e fazer aquilo que verdadeiramente as faz feliz”	
		“A capacidade de entender o outro e as suas necessidades e de ir ao seu encontro, adaptando sempre as abordagens consoante as mesmas”	
		“Situação dos 4 dedos – quando olhamos realmente para o outro, conseguimos ver mais além do que nos parecia inicialmente, vemos outra perspetiva”	
		“[...] ajudando-a a encontrar as estratégias adequadas de forma empática”	
		“Gostei da representação [...] da necessidade de ouvir o outro, podendo fazer a diferença na sua vida”	
		“Gostei da representação do que nos faz feliz [...]”	
		“Importância de olhar realmente o outro para identificar as suas necessidades”	
		“perceber e dedicar mais tempo para poder identificar as suas necessidades”	
		“Ouvir as necessidades do doente e ter tempo para essa auscultação”	
“Ouvir as suas necessidades; ter tempo para essa auscultação e encontrar estratégias que sejam facilitadoras”			
	Exploração	“Recurso à exploração”	1
	Humor	“recurso à brincadeira como forma de distração e para chegar ao outro”	1
Humanização dos cuidados		“Trataram-me pelo nome na altura do parto dos meus filhos”	13

	Pessoa como centro dos cuidados	“Cumprimentar o doente, perguntar o nome pelo qual gosta de ser tratado”	
		“[...] incluir a pessoa como elemento central e facilitador no seu processo de doença [...]”	
		“Sensibilidade e proximidade da personagem principal na relação com o outro, com um foco nas necessidades do outro”	
		“Escuta ativa”	
		“Escutar, ouvir e sentir”	
		“explicar todos os procedimentos”	
		“explicar ao doente alguns aspetos do contexto de prestação de cuidados”	
		“[...] disponibilidade para exporem sentimentos e emoções”	
		“Dar espaço para expor emoções, dúvidas e receios.”	
		“Senti-me não ouvida, desvalorizada e desrespeitada”	
		“Ouvir mais o outro”	
		“Na consulta de pré-conceção, a enfermeira e médica demonstraram disponibilidade e deram espaço para conversar e expor as minhas dúvidas e receios. Senti-me bem e compreendida.”	
Vulnerabilidade	“Senti um desrespeito pela minha privacidade e em situação de vulnerabilidade o sentimento de exposição é ainda maior”	1	