



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Rita Marisa Santos Batista Alves

Leiria, abril de 2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Estágio de Natureza profissional em ESMP com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

SaudavelMente Grávida – a Prática Especializada de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Grávida com diagnóstico de Ansiedade numa Unidade Saúde Familiar

Docentes Responsáveis:

Professora Doutora Ana Querido

Professor Doutor Carlos Laranjeira

Docente Orientadora:

Professora Doutora Catarina Cardoso Tomás

Elaborado por:

Rita Marisa Santos Batista Alves, nº.5200310

Leiria, abril de 2022

“Preciso ser um outro
para ser eu mesmo

Sou grão de rocha
Sou o vento que a desgasta

Sou pólen sem insecto

Sou areia sustentando
o sexo das árvores

Existo onde me desconheço
aguardando pelo meu passado
ansiando a esperança do futuro

No mundo que combato morro
no mundo por que luto nasço”

Identidade

Mia Couto

*À Sofia, ao Miguel, à Laurinha e ao Lúcio, pelo incentivo, de todas as formas, que são na
minha vida e pelo vosso amor incondicional!*

AGRADECIMENTOS

Este relatório sintetiza um percurso de muitas conquistas, de crescimento, de esforços e dificuldades superadas.

Agradeço profundamente a todos aqueles que estiveram presentes e que facilitaram este percurso.

Agradeço à Professora Doutora Catarina Tomás pela orientação, motivação e incentivo dados ao longo deste curso. Agradeço aos Enfermeiros supervisores dos estágios, Sandrina, Joana e António, as aprendizagens permitidas, as partilhas feitas, e a forma dedicada e empenho, que ficaram como referência no cuidar em Enfermagem de Saúde Mental.

Aos Amigos dos Amigos, pelos momentos de aprendizagens conjuntas, pelo animo e incentivo, e pelos momentos de catarse, que ficam impressas na história desta etapa.

Um agradecimento reconhecido à Catarina, à Tânia e à Silvie, pela vossa generosidade, disponibilidade e por tudo o que me ensinaram!

À minha família sem a qual não poderia ter concluído esta etapa, e de uma forma especial à minha mãe Isabel e ao Lúcio que estiveram sempre presentes, e sem os quais esta aventura não teria sido possível!

A todos, o meu muito obrigada!

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centro de Saúde

APA – American Psychological Association

CDE - Código Deontológico de Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM – Doença Mental

EC – Estudo de Caso

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ENPESMP – Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

EP – Estágio Profissional

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

ICN – International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

MCEESMP – Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental

PAB – Perturbação Afetiva Bipolar

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SM – Saúde Mental

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSM – Serviço Psiquiatria e Saúde Mental

RESUMO

Em cuidados de saúde primários o papel da enfermagem no acompanhamento da grávida é fundamental. É reconhecido na literatura a manifestação de elevados níveis de ansiedade nas grávidas, relacionados com preocupações sobre o bem-estar do feto, e com o do seu próprio bem-estar. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental é central na capacitação para a aquisição de estratégias redutoras de ansiedade e promotoras de saúde mental da grávida.

Este relatório sintetiza o percurso de aprendizagem, que teve como objetivo compreender o papel diferenciador do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria na comunidade, no internamento e numa equipa de intervenção comunitária, na abordagem à pessoa/família/grupo e comunidade. As atividades e competências desenvolvidas, ao longo dos estágios, foram sustentadas na metodologia científica, em modelos teóricos de enfermagem, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental, e assentes na identificação das necessidades/elaboração de diagnósticos, no planeamento e implementação das intervenções e na avaliação das mesmas, com o objetivo de obter ganhos em saúde mental. O processo de aquisição de competências aconteceu através da reflexão da prática especializada e paralelamente espelha o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMP.

A realização de um projeto de melhoria contínua da qualidade numa Unidade Saúde Familiar, assente na constatação da necessidade de intervir junto da grávida com diagnóstico de enfermagem de ansiedade em grau moderado/elevado, constituiu-se num exercício de prática especializada em contexto profissional do EEESMP. SaudavelMente Grávida - programa de Intervenção psicoeducativa, constituiu essa operacionalização. O programa promoveu a redução da ansiedade, através da capacitação das grávidas para o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde mental. A aplicação do programa numa grávida resultou na diminuição do *score* de 75 para 21 da escala de rastreio de ansiedade perinatal, sendo que nas consultas de *follow-up* realizadas a grávida mantém a mobilização das estratégias trabalhadas no programa. A intervenção do EEESMP em Cuidados de Saúde Primários revela-se diferenciadora junto da grávida com diagnóstico de ansiedade, com ganhos expressos em saúde mental.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Mental; Ansiedade, Gravidez

ABSTRACT

The nursing role of monitoring pregnant patients is fundamental in primary care. The literature identifies high anxiety levels in pregnant patients, which are related to concerns over the well-being of the fetus as well as their own. The intervention of a Mental Health Specialist Nurse is central to endowing pregnant patients with strategies that can reduce anxiety and promote mental health.

This report outlines a learning process that was aimed at understanding the unique role played by the Mental Health and Psychiatry Specialist Nurse in the community in terms of the approach to the patient / family / group and community, both in the context of admissions as well as in a broader community team. All activities and competencies developed through internships were grounded in a scientific methodology, in theoretical models of nursing, in the Patterns of Quality Care for Mental Health Nursing, through the identification of needs/development of diagnostics, through planning and implementation of interventions and their evaluation, with the aim of delivering mental health gains. The process of acquiring competencies was driven by a process of reflection on specialised practice and reflects, in parallel, the development of both common and specialist practices for MHSN.

The development of a project of continuous quality improvement in a Family Health Unit based on identifying the need for intervention on a pregnant patient through a nurse's diagnosis of moderate/high anxiety constituted an exercise in specialised practice for a Mental Health Specialist Nurse. This was operationalised through SaudavelMente Grávida (Healthily Pregnant) - a programme for psychoeducational interventions. The programme promotes the reduction of anxiety by enabling pregnant patients to develop strategies that promote mental health. Participation in the programme by a pregnant woman led to a reduction from 75 to 21 in the *score* for screening perinatal anxiety, with follow-up consultations continuing to make use of the strategies developed through the programme. The MHSN's intervention in Primary Health Care, therefore, has a tangible impact on pregnant patients with an anxiety diagnosis, with gains in patient mental health.

Keywords: Nursing; Mental Health; Anxiety, Pregnancy

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
PARTE I	16
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS	16
1.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO	17
1.2. CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	20
1.3. CONTEXTO DE UNIDADE DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE	22
PARTE II	24
1. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	24
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	25
1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal - Domínio A	26
1.1.2. Melhoria contínua da qualidade — Domínio B	32
1.1.3. Gestão dos cuidados — Domínio C	43
1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais - Domínio D	50
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	57
1.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1)	58
1.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2)	61
1.2.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (F3)	67
1.2.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (F4)	76
PARTE III	87
PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	87

SAUDAVELMENTE GRÁVIDA - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVO NA GRÁVIDA COM DIAGNÓSTICO DE ANSIEDADE	87
1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA	87
2. PERCEBER O PROBLEMA	95
3. OBJETIVOS.....	101
4. PERCEBER AS CAUSAS	102
5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES	105
6. VERIFICAR OS RESULTADOS	105
7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA; RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO.....	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
APÊNDICES	
APÊNDICE I - SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL	
APÊNDICE II – FORMAÇÃO EM SERVIÇO UCC - SAÚDE MENTAL POSITIVA	
APÊNDICE III - FORMAÇÃO EM SERVIÇO UNIDADE DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE	
APÊNDICE IV - CHL+ - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
APÊNDICE V - AS EMOÇÕES NA TURMA	
APÊNDICE VI - INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA E COMPORTAMENTAL EM GRUPO - TREINO DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA	
APÊNDICE VII - NTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA E COMPORTAMENTAL EM GRUPO - TREINO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO	
APÊNDICE VIII - INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA E PSICOEDUCATIVA DE GRUPO "GERIR AS EMOÇÕES EM TEMPOS DE PANDEMIA"	
APÊNDICE IX - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	
APÊNDICE X - CRONOGRAMA DO PROJETO MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE - SAUDAVELMENTE GRÁVIDA	
APÊNDICE XI - FLUXOGRAMA DO PROGRAMA PSICOEDUCATIVO SAUDAVELMENTE GRÁVIDA	
APÊNDICE XII - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVO SAUDAVELMENTE GRÁVIDA	

ANEXOS

ANEXO I - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO COMUNICAÇÃO ORAL CHL+

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

ANEXO III - CERTIFICADO DE CO-AUTORIA DA COMUNICAÇÃO ORAL “AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA
EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO CASO”

ANEXO IV - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ANGELINI UNIVERSITY AWARD! 2020/2021

ANEXO V - CERTIFICADO DE FORMADORA NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ANEXO VI - PREPONENTE AO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

ANEXO VII - AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA O USO DA ESCALA ERAP

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DA IDADE E DO AGREGADO FAMILIAR	89
TABELA 2- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO NÚMERO DE GRAVIDEZES, Nº DE ABORTOS E NÚMERO DE FILHOS	90
TABELA 3- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO ESTADO CIVIL	90
TABELA 4- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO ÀS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	90
TABELA 5- CARATERIZAÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL	90
TABELA 6 - CARATERIZAÇÃO DA MANUTENÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL NA GRAVIDEZ	91
TABELA 7 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À CAUSA DA AUSÊNCIA À ATIVIDADE PROFISSIONAL NA GRAVIDEZ	91
TABELA 8 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO PLANEAMENTO DA GRAVIDEZ	91
TABELA 9 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À IDADE GESTACIONAL	91
TABELA 10 - CARATERIZAÇÃO DA GRAVIDEZ QUANTO A PRESENÇA PRÉVIA DE ANSIEDADE, DOENÇA PRÉVIA E COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ	92
TABELA 11 - CARATERIZAÇÃO DA GRAVIDEZ ANTERIOR	92
TABELA 12 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O LOCAL DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ	92
TABELA 13 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA PELO RESULTADO DA ERAP	92
TABELA 14 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTA “MUITAS VEZES” E “QUASE SEMPRE” POR ITEM DA ERAP	93
TABELA 15 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN (RHO) ENTRE A IDADE, HABILITAÇÕES LITERÁRIAS, NÚMERO DE GRAVIDEZES, NÚMERO DE ABORTOS E NÚMERO DE FILHOS COM O SCORE DA ESCALA (ERAPTOTAL).	94
TABELA 16 - MÉDIAS E DESVIOS PADRÃO OBSERVADOS NO SCORE DA ESCALA ERAPTOTAL POR GRUPO COM RESPOSTA SIM E NÃO À PERGUNTA “NESTE MOMENTO ESTÁ A TRABALHAR?” E RESULTADOS DO TESTE <i>MANN-WHITNEY</i> .	94
TABELA 17 - MÉDIAS E DESVIOS PADRÃO OBSERVADOS NO SCORE DA ESCALA ERAPTOTAL POR GRUPO COM RESPOSTA SIM E NÃO À PERGUNTA “TEVE ABORTOS ANTERIORES?” E RESULTADOS DO TESTE <i>MANN-WHITNEY</i> .	95

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA IDENTIFICAÇÃO DAS CAUSAS DA AUSÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO E RESPOSTA ESTRUTURADA ÀS GRÁVIDAS COM ANSIEDADE NA USF 103

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1- ANÁLISE SWOT DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	107
---	-----

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), com Relatório Final, do 3º semestre do 1ª Curso de Mestrado em ESMP da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Trata-se de um relatório de carácter reflexivo, realizado sob orientação da Professora Doutora Catarina Tomás, e pretende espelhar o percurso de aprendizagem realizado. Este percurso teve como objetivo a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e publicadas em Diário da República, nos Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista) e nº 515/2018 de 7 de agosto (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica); compreender o papel do EEESMP na comunidade, como promotor da saúde mental (SM) e como facilitador no processo de *recovery* da pessoa com doença mental (DM) neste contexto.

Segundo o Regulamento 515/2018, de 7 de agosto, preâmbulo, p. 21427), o EEESMP “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a SM é afetada.” O mesmo documento refere ainda que na especificidade da sua prática clínica, o EEESMP mobiliza competências de âmbito psicoterapêutico que lhe permitem desenvolver “uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da SM, na prevenção da DM, no tratamento e na reabilitação psicossocial.”. A aquisição das competências necessárias para o desempenho das funções especializadas em ESMP compreende um processo formativo, no qual a prática clínica tem um papel preponderante. De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento de competências requer uma aprendizagem experiencial em contextos particulares, promovendo a construção de bases sólidas em que os enfermeiros peritos podem descrever situações clínicas nas quais a intervenção faz a diferença e em que os cuidados se tornam visíveis, sendo com esta visibilidade que o realce e a perícia se tornam possíveis, aumentando a qualidade dos cuidados.

A descrição e reflexão realizada neste documento referem-se à prática clínica especializada realizada nos diferentes contextos de Estágios de Natureza profissional do Mestrado de ESMP. Foram realizados três estágios distintos. Os contextos e locais escolhidos tiveram por base o interesse pessoal e a aproximação às realidades da *praxis* que serão o eventual contexto de prática profissional especializada da discente, os Cuidados de Saúde Primários (CSP), numa ótica de continuidade do trabalho desenvolvido na área da enfermagem em SM, que se tornaram condições facilitadoras do desenvolvimento das competências específicas do EESM. A metodologia adotada na realização deste documento foi a descritiva e crítico-reflexiva, que pretende partir do conhecimento científico para a prática clínica, e desta para as competências desenvolvidas com a realização de cada uma das atividades.

A produção deste relatório tem como objetivo refletir e mostrar o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Este documento encontra-se dividido em três partes: uma primeira, onde se apresenta e caracteriza o contexto de aplicação da prática especializada em ESMP, onde se realizaram as intervenções e onde foi possível o desenvolvimento de competências de EE e EESM; uma segunda, que se refere à descrição e reflexão realizada sobre a aquisição das competências gerais do EE e competências específicas de EESM, expondo-se algumas intervenções desenvolvidas que, fruto dos próprios acontecimentos, mas sobretudo da reflexão crítica, proporcionaram a aquisição, mobilização e desenvolvimento de competências pessoais e de profissionais especializadas, com recurso à fundamentação e análise crítica à luz do referencial normativo da profissão; e uma terceira parte, dedicada à apresentação e resultados do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvido no contexto profissional da discente, junto da grávida com diagnóstico de ansiedade, acompanhada numa USF. Esta última parte pretende ser uma reflexão e síntese final dos aspetos mais relevantes, respondendo aos objetivos estabelecidos para este documento, onde se incluem algumas sugestões de melhoria das aprendizagens realizadas e das competências desenvolvidas.

A conceção deste documento cumpriu as orientações do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESSLei, cuja norma de referenciação preconizada é a *American Psychological Association (APA) 7ª Edição*.

PARTE I

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS

A finalidade deste percurso de aprendizagem foi de compreender e aprender o papel do EEESMP em contexto de internamento e comunitário, na promoção da SM, prevenção da doença, assim como elemento facilitador no processo de *recovery* da pessoa com DM grave. Na persecução destes processos foram realizados três estágios distintos, com objetivos específicos para cada um deles, tendo em conta os princípios orientadores da formação do EEESMP. Procurou-se ao longo dos mesmos desenvolver competências de forma a promover a autonomia, o espírito crítico e reflexivo, a participação ativa no desenvolvimento organizacional das instituições, o respeito pela pessoa/família em todo o processo de cuidados, a participação na inovação e desenvolvimento da prática da enfermagem com recurso a metodologias de investigação e a tomadas de decisão ético-legais de acordo com os valores da profissão.

O primeiro estágio decorreu numa Unidade de Internamento de Psiquiatria, e teve como objetivo o desenvolvimento de competências de intervenção perante a pessoa em situação de crise e descompensação da DM. O segundo estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), e teve como objetivo adquirir competências na área da promoção da saúde e prevenção da DM, ao indivíduo/família/ grupos, assim como no acompanhamento de pessoas com DM na comunidade. O terceiro estágio decorreu numa Unidade Hospitalar de Intervenção Comunitária, e teve como objetivo adquirir competências no processo de *recovery* da pessoa e família dentro do seu meio natural de vida/*habitat*.

Os estágios, de acordo com Alarcão e Rua (2005), são momentos privilegiados de observação e intervenção em contexto clínico, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes, competências e processos de autorregulação, bem como integrar, mobilizar e estimular os conhecimentos adquiridos na componente teórica e construir a identidade profissional do estudante. Os EC têm por finalidade garantir ao estudante a possibilidade de concretizar o desenvolvimento do perfil de competências esperadas para o nível do curso em que se situa, através do exercício refletido da prática de enfermagem (Laranjeira e Querido, 2021). Importa

ressalvar que os estágios decorreram em período pandémico, o que impôs adaptações dos serviços à nova realidade de saúde pública e, certamente condicionou as respostas dadas às populações que servem.

1.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO

O estágio em contexto de internamento realizou-se numa unidade hospitalar da região centro, teve a duração de 11 semanas, e decorreu entre 10 de maio de 22 julho de 2021.

Esta unidade de internamento de doentes agudos é parte integrante de um Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, que se constitui pela unidade de internamento referida, por uma Unidade de Consultas Externas, por uma Unidade de Psiquiatria Comunitária e por uma Unidade de Internamento de Doentes em Evolução Prolongada de Psiquiatria. A articulação entre os vários serviços é realizada semanalmente em reunião com os responsáveis de todos os serviços, onde são debatidas questões relativas ao funcionamento dos mesmos, a situação clínica dos utentes, o planeamento da alta, e momentos formativos.

A unidade de internamento de doentes agudos está vocacionada para o tratamento de doentes com patologias mentais em fase de descompensação clínica e a necessitar de estabilização (por exemplo: Perturbações Afetivas com episódios atuais graves, Episódios Psicóticos, primeiros episódios de DM que requerem um estudo diagnóstico e introdução de psicofármacos em ambiente hospitalar (por exemplo: Primeiro Episódio Psicótico, Alterações de Conduta), ou ainda com o objetivo de desintoxicação em doentes com quadros de dependências várias.

Os utentes admitidos no serviço de internamento encontram-se em situação de crise e são internados de forma voluntária, ou de forma compulsiva ao abrigo da lei n.º 36/98, a Lei de Saúde Mental. A entrada no serviço ocorre, maioritariamente, a partir do serviço de urgência ou através da referenciação da consulta externa, podendo também ocorrer por transferência de outras unidades ou serviços. O contexto pandémico impôs a reorganização dos serviços, no sentido de salvaguardar a segurança e a melhor gestão dos recursos face à pandemia. Esta reorganização levou a que durante este período os utentes permanecessem neste serviço até à estabilização inicial dos sintomas da crise, sendo posteriormente transferidos para outra ala do serviço de internamento, até reunirem as condições para a alta do internamento. Após a alta, os utentes mantêm o acompanhamento na consulta externa, podendo manter a

vigilância pela equipa de intervenção na comunidade.

As intervenções especializadas de EEESMP na pessoa em crise têm como objetivo uma rápida resolução da crise, afim de evitar maior deterioração, no sentido de alcançar o nível de funcionamento pré-crise, promover o crescimento e a solução efetiva dos problemas, reconhecer sinais de perigo e de evitar resultados negativos (RNAO, 2006 e Hoff, 1995 in Sequeira e Sampaio, 2020). As intervenções do EEESMP na pessoa em situação de crise passam por: estabelecimento e manutenção de um laço positivo e significativo; a recolha de informação; a recolha de acontecimentos significativos que possam ter contribuído para a crise; a ajuda à pessoa a tomar consciência do significado que atribui ao acontecimento que despoletou a crise; a correção de distorções cognitivas; o encorajamento à expressão das emoções; a exploração da rede de apoio para melhorar a capacidades de controlo da pessoa; e o fornecimento do apoio necessário (Sequeira e Sampaio, 2020).

O método de trabalho usado é o dos cuidados de enfermagem individuais, que se baseiam no conceito de cuidado global, onde há afetação de um enfermeiro a um utente, mantendo a continuidade dos cuidados durante o tempo de serviço do enfermeiro. (Costa, 2016).

Nesta unidade de internamento, assim como noutras, os rácios de enfermagem estão subdotados, o que condiciona a realização de intervenções diferenciadas em enfermagem em saúde mental (Mesa do Colégio de especialidade de ESMP(MCEESMP), 2019), ficando o tratamento dos utentes muito centralizado na gestão medicamentosa, colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. As intervenções diferenciadas de ESMP são realizadas de forma oportunista face às necessidades identificadas e à disponibilidade do tempo do enfermeiro. O cumprimento dos rácios enfermeiro/utente e uma melhoria na organização dos cuidados de enfermagem, que valorizasse e reconhecesse o papel diferenciador do EEESMP, com base num quadro de referência do exercício profissional integrado nos sistemas de informação, com uso de linguagem classificada de enfermagem, de onde fosse possível extrair indicadores que incluía os diagnósticos de enfermagem, as intervenções realizadas e os resultados obtidos pelos utentes a essas intervenções, permitiria demonstrar os ganhos em saúde decorrentes das intervenções especializadas do EEESMP (MCEESMP, 2019).

Esta unidade de internamento é um serviço de acesso condicionado, com campanha no exterior, sendo aberta unicamente pelos profissionais do serviço. A adequação em termos de

dotações seguras poderia permitir um internamento sem porta fechada, garantindo maior vigilância dos utentes, reduzindo o estigma associado aos serviços psiquiátricos, de acessos bloqueados, e potenciando um maior número intervenções diferenciadas do EEESMP. Este serviço adota medidas específicas de segurança/controlo, para evitar acidentes e situações que possam pôr em risco os utentes e os profissionais, tais como portas de salas fechadas a chave quando as mesmas não estão a ser utilizadas, janelas trancadas com sistemas próprios de segurança que impedem a sua abertura, e privação dos bens pessoais dos utentes, como telemóvel, computador e/ou tabaco. Esta prática constitui uma generalização que não vê a pessoa na sua individualidade, e que eventualmente poderia ser ultrapassada, trazendo dignidade à pessoa e qualidade do serviço, com a formação e treino na gestão de crise dos enfermeiros e com dotação segura de profissionais qualificados.

Episódios de agressividade, com passagem da pessoa doente ao ato, são motivo de preocupação para as equipas multidisciplinares, podendo ser necessário adotar medidas de contenção, tendo em vista a sua proteção e a do meio envolvente, com fins terapêuticos, mas constituindo também uma interrupção dos seus direitos e liberdades civis, coincidindo com as situações pontuais e de exceção, referidas pelas associações promotoras e defensoras dos direitos humanos (Direção-Geral de Saúde, 2007).

Apesar destas medidas poderem constituir estratégias de segurança, verifica-se que são muitas vezes fonte de ansiedade e revolta para os utentes, principalmente o facto de a porta que dá acesso ao exterior se encontrar trancada, e as saídas ao exterior serem controladas, bem como a privação do tabaco. De acordo com a Lei 36/98 de 24 julho, de Saúde Mental, os cuidados de SM devem ser prestados num meio o menos restritivo possível, o que é contrariado por estas medidas de segurança.

Um aspeto que deve ser sempre tido em consideração no internamento de utentes com DM é que continuam a ser pessoas com direitos e deveres, com todo o respeito pela sua dignidade humana. Os estabelecimentos de saúde devem respeitar os direitos universais do homem e cidadão (a não discriminação, o respeito pela pessoa, a sua liberdade relativamente à sua vida privada e à sua autonomia) não considerando apenas o ponto de vista clínico da sua patologia (OE, 2015).

1.2. CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O segundo EC de ESMP decorreu ao longo de 11 semanas, entre 7 de setembro de 2021 a 20 de novembro de 2021 numa UCC de um Agrupamento de Centros de Saúde da zona centro.

A UCC assegura na comunidade, respostas de saúde e sociais, integradas, articuladas, diferenciadas e de proximidade e tem como missão: “(...) prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuar ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), 2021).

A UCC desenvolve a sua atividade na:

- Saúde Escolar, com o gabinete do aluno e na execução dos programas +Contigo e *Like* Saúde;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e reabilitação, que pretende oferecer Cuidados Domiciliários àqueles que precisam do apoio de diversos técnicos de saúde.
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo: instituição oficial não judiciária com autonomia funcional que visa promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (Lei n° 147/99).
- Saúde da Mãe e do Recém-Nascido, onde se inclui o “Curso de Preparação para a Parentalidade”. Destina-se a grávidas a partir das 26 a 32 semanas e seus acompanhantes;
- Saúde Mental – onde através de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas ocorre promoção e proteção da SM, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social da pessoa;

A referenciação dos utentes para o enfermeiro de SM na UCC acontece entre as estruturas comunitárias existentes: unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados saúde personalizados, estruturas sociais e escolares. Existem, também, canais de proximidade estabelecidos, de referenciação para serviços diferenciados hospitalares.

Durante o período de estágio, devido ao contexto pandémico da Covid-19, a equipa da UCC

esteve em grande parte alocada ao Centro de Vacinação, o que condicionou significativamente a resposta e o desenvolvimento da sua atividade assistencial. Tal como em contexto hospitalar, também nesta UCC as dotações de EEESMP não são cumpridas, uma vez que a enfermeira apenas dispõe de 10h semanais afetas à UCC (MCEESM, 2019). Pese embora este facto, este contexto de estágio permitiu constatar o papel diferenciado que o EEESMP pode ter na promoção da saúde mental das comunidades, pela proximidade e acesso que estas têm aos serviços, mas também pelo conhecimento, fruto do envolvimento do enfermeiro, nas circunstâncias dos indivíduos no seu ambiente de vida.

A intervenção do EEESMP nesta comunidade consiste em aproximar os serviços de SM da população que acompanha, e assegurar respostas focadas na prevenção da doença e promoção da SM, através do melhor entendimento do contexto onde as pessoas vivem e adoecem, permitindo uma intervenção mais efetiva nos problemas de SM. A sua intervenção passa ainda por manter inseridos e integrados na família e na sociedade os utentes portadores de DM, usando para tal os recursos existentes na comunidade.

A Lei nº36/98, lei da Saúde mental, consagra, no nº 1 do artigo 3º, que: “(a) A prestação de cuidados de SM é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social”; e ainda que (b) “Os cuidados de SM são prestados no meio menos restritivo possível”.

De acordo com a OE (2013), os EEESMP têm um papel muito importante nos CSP fazendo a deteção e intervenção precoce especializada em situações de risco de instalação da doença, diminuindo assim a necessidade de internamento. A intervenção terapêutica em contexto comunitário (familiar, escolar, trabalho, etc.) oferece cuidados mais ajustados às necessidades das pessoas, permitindo a deteção e encaminhamento precoce, a promoção da SM e a prevenção da instalação ou agravamento da DM (OE, 2013).

Perante isto, reconhece-se, facilmente, o papel diferenciador e de destaque que o EEESMP tem nesta comunidade. Reconhecendo a DM como uma doença crónica, que exige acompanhamento e monitorização contínua com o objetivo de manter a autonomia da pessoa, o EEESMP compreende a importância da continuidade dos cuidados prestados e identifica-se como agente facilitador da promoção da capacitação da pessoa de uma forma contínua e estruturada, com vista a assegurar o processo de reabilitação. A proximidade e

facilidade de acesso que caracterizam os serviços da comunidade é, neste sentido, muito importante para que a pessoa sinta que tem o apoio do profissional de referência nas várias fases da doença, mantendo a continuidade dos cuidados e do acompanhamento destas pessoas, com o objetivo de manter e preservar a estabilidade da doença e a sua qualidade de vida. Outro aspeto diferenciador constatado é o papel do EEESMP na articulação de proximidade com os serviços especializados/diferenciados e os vários parceiros a nível comunitário e os serviços de SM hospitalares, mantendo o acompanhamento das pessoas com DM, contribuindo para a melhoria do acesso aos serviços, e pelo incentivo às pessoas com DM a manter relações familiares, amizades e emprego, ao mesmo tempo que recebem tratamento, facilitando a reabilitação psicossocial e a prevenção de recaídas.

1.3. CONTEXTO DE UNIDADE DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

O estágio de respostas diferenciadas de ESMP decorreu numa Unidade de Intervenção Comunitária, entre 21 de novembro 2021 e 22 de janeiro 2022, num total de 7 semanas.

Esta unidade orienta as suas intervenções para as necessidades do doente de psiquiatria e SM, ao favorecer o retorno a uma vida o mais normal possível, longe do internamento hospitalar como alternativa ao modelo hospitalocêntrico e rumar a uma abordagem voltada para os recursos comunitários.

Trata-se de uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros ESMP, médicos psiquiatras e assistente social. As atividades desenvolvidas passam pela consultadoria/articulação com os CSP, a intervenção em crise e intervenção multidisciplinar a utentes com doença mental grave (DMG), a formação contínua aos profissionais, a colaboração e intercâmbio com os recursos na comunidade, e a participação, coorganização e dinamização de atividades na comunidade.

A consultadoria com os CSP tem como objetivo fomentar a articulação entre as estruturas e evitar a utilização inadequada dos serviços; a ajuda interdisciplinar em questões de SM e na gestão de casos clínicos acompanhados nos CSP ou em ambos os níveis de cuidados: diagnóstico, terapêutica e referenciação para cuidados especializados. A intervenção em crise pretende prestar apoio à pessoa durante a crise, promovendo uma intervenção intensiva que previna uma maior deterioração de um episódio agudo de doença, evitar recaídas e idas ao

serviço de urgência, bem como (re)internamentos. As consultas domiciliárias de intervenção multidisciplinar têm como objetivo a avaliação clínica pela equipa multidisciplinar em contexto domiciliário de utentes e famílias, para a promoção e manutenção da adesão terapêutica, a prevenção de recaídas, reabilitação funcional, avaliação e otimização das respostas clínicas e sociais, com maior proximidade da comunidade.

Os utentes acompanhados por esta unidade são referenciados pelo serviço de internamento, numa perspetiva de continuidade do processo de *recovery*, pela consulta externa e pelos parceiros dos cuidados de saúde primários, através das consultorias efetuadas. A intervenção desta equipa é limitada à situação de crise, após a resolução da mesma, os utentes mantêm a vigilância por parte da consulta externa ou dos serviços da comunidade. O método de trabalho desta equipa de enfermagem é o de cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável, que respeitam o conceito de cuidados individualizados. Cada utente está associado a um enfermeiro que possui responsabilidade pelos cuidados (Costa, 2016), todavia, esta equipa tem a ambição de poder trabalhar por método de gestor de caso o que ainda não acontece por uma questão de rácios de enfermagem. Contudo, a situação clínica de cada utente é discutida em equipa multidisciplinar, nas reuniões semanais, permitindo que toda a equipa contribua no processo de reabilitação do utente.

A realização deste estágio nesta unidade de intervenção na comunidade, permitiu experienciar o papel diferenciador do EEESMP integrado numa equipa, que privilegia a intervenção interdisciplinar, articulada e conjunta, e a sua importância no processo de *recovery* dos utentes. O acompanhamento dos utentes no domiciliário com articulação próxima com os parceiros da comunidade e hospitalares permite uma resposta mais rápida e eficaz com impacto nos resultados em saúde. A realização de intervenções de enfermagem diferenciadas, estruturadas, alicerçadas na relação terapêutica, na empatia, na comunicação, no acompanhamento de proximidade, indo ao encontro das reais necessidades identificadas pelo utente e seus familiares, no seu *habitat* físico, familiar e social, trazendo para o processo de reabilitação os atores de referência do utente, são geradoras de ganhos em saúde. A existência deste tipo de unidades de intervenção diferenciadas na comunidade vai ao encontro ao preconizado pela lei da SM, ao recomendar que os cuidados devem ser prestados prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social (Lei nº36/98 de 24 de julho).

PARTE II

1. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Competência pode ser entendida, segundo Le Boterf (2006), como uma súpula de saberes, de saber-fazer e de saber-estar. O mesmo autor identifica três dimensões da competência: a dimensão dos recursos disponíveis; a dimensão da ação e dos resultados que ela produz, e a dimensão da reflexividade (distanciamento em relação às duas dimensões anteriores). Estas três dimensões interagem entre si, sendo que a terceira dimensão é transversal em relação às duas primeiras (Le Boterf, 2006).

Benner (2001., p.43) diz que “competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais”. A autora baseia-se no modelo de aquisição de competências de Dreyfus onde se refere que: “...na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Dreyfus, citado por Benner, 2001, p.43). Depois da tomada de consciência do significado de competência e de como esta se desenvolve, é objetivo como enfermeira o “tornar-se perita”.

O EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, o título de EE (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

No sentido da persecução das competências do EE, tanto nos domínios de competências gerais como específicas, atendeu-se aos objetivos dos estágios.

A realização dos Estágios visou a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de EE. A sua conceção teve por base os documentos de suporte aos EC redigidos pela coordenação do mestrado, o Regulamento de Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), o Regulamento de Competências Específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (PQCEEESM) (Regulamento nº

356/2015 de 25 de junho), o Código deontológico dos Enfermeiros (inserido no Estatuto da OE, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

O percurso de desenvolvimento de competências do EEESMP compreende um processo de contextualização teórico e normativo. Considerando a visão pessoal do processo de prestação de cuidados de enfermagem, as especificidades contextuais da área da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP), assim como, os próprios valores e crenças, escolheu-se a Teoria das Relações Interpessoais (TRI) de Hildegard Peplau, como fundamento teórico na conceção dos cuidados prestados e como orientação no processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMP. Estes pressupostos permitiram desenvolver as competências comuns e especializadas preconizadas para o EEESMP.

1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A OE refere que “o EE é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” (OE, 2007., p.14).

O Estatuto da OE, replicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, define que “o título de EE reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem”. De acordo com o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, os EE partilham um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde. ou seja, o EE deve desenvolver um papel diferenciado dos restantes enfermeiros.

As Competências Comuns do EE, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

Neste capítulo descreve-se o desenvolvimento destas competências comuns, apresentando a análise crítica do desempenho de acordo com os domínios das competências definidos pela OE. São quatro os domínios de competências comuns: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Domínio A); Melhoria Contínua da Qualidade (Domínio B); Gestão dos Cuidados (Domínio C); Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Domínio D).

1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal - Domínio A

Neste domínio são descritas duas competências, uma relativa à prática profissional e ética e outra relativa à promoção de práticas de cuidados respeitadores dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais.

A Competência A1: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro), assenta no conhecimento do código ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas respeitando as preferências do cliente, demonstra-se no exercício seguro, profissional e ético, e no uso das aptidões de tomada de decisão ética e deontológica.

Prestar cuidados de enfermagem advém de um processo complexo baseado em várias áreas do saber e exige múltiplos conhecimentos técnicos, científicos, relacionais e éticos (Vaz, Rosário, Silva & Nunes, 2011). A complexidade das situações vividas pelos enfermeiros, na sua prática diária, faz com que estes tenham que tomar decisões ponderadas e refletidas, podendo estas serem influenciadas pelas suas experiências de vida, o seu quadro de valores, as crenças, entre outros.

A tomada de decisão em enfermagem tem um quadro de referência ético-deontológico-normativo. A ética, segundo Nunes, (2009 p.6) “ocupa-se da realização humana que está na nossa mão procurar e, de uma forma candente, nessa tarefa se joga o que há de bom na vida ao procurar uma vida boa”. A Deontologia, para Neves (2004) é a reflexão sobre as regras convenientes e devidas no exercício de uma profissão. É a procura dos requisitos éticos ligados a uma atividade profissional.

Na prática clínica, a enfermagem depara-se por vezes com dilemas éticos que necessitam de uma tomada de decisão fundamentada. Para a tomada de decisão, o EE deve assumir a responsabilidade e competência da sua área de especialidade, devendo este estar atualizado nos conhecimentos teórico-científicos de forma a responder da forma mais adequada.

Este exercício da tomada de decisão, segundo Ciampone (1991) pode causar angústias, inseguranças e inquietações que, somadas às ansiedades geradas pelo próprio ambiente de trabalho, pode levar o enfermeiro a vivenciar situações de conflito e insatisfação. Neste processo de aquisição de competências, vivenciaram-se vários momentos de conflito interior

e insatisfação, sobretudo relacionados com as respostas de saúde dadas aos utentes. Um desses momentos, que levou à reflexão sobre a tomada de decisão ética, ocorreu em contexto de prática clínica em internamento de SMP. O dilema que se colocou foi: arriscar a realização de uma intervenção familiar presencial (previsto no plano de cuidados como um aspeto importante no processo de reabilitação da utente), ou de cumprir as regras institucionais vigentes em contexto pandémico, (não ocorrência de visitas, o que impedia o contacto físico com a família). Perante o caso, como agir? De acordo com a OE, nos PQCEESM “a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (OE, 2012, P.5-6).

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática e “reconhece que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001 p.12). O processo de tomada de decisão tem como resultado uma escolha que irá ter repercussões na vida de outra ou outras pessoas. Nesta escolha deve estar implícito a exata compreensão do que esta poderá significar, sendo importante que as decisões não sejam tomadas empiricamente, mas sim de modo sistematizado para que se obtenha o melhor resultado possível, em cada situação (Greco, Moura e Caldeira, 2016).

No processo de tomada de decisão deste dilema, seguiu-se as etapas do Algoritmo da Tomada de Decisão Ética em Enfermagem, adaptado por Morgado e Simões (2021). Na reflexão conjunta com a enfermeira orientadora pensou-se na melhor solução possível. A intervenção junto da família em contexto de internamento seria o ideal (aquilo que se consideraria o mais benéfico para a utente), contudo, as regras institucionais vigentes face à pandemia obrigariam ao cumprimento das mesmas. Em concordância com a enfermeira orientadora optou-se por cumprir as recomendações existentes, procurando uma resposta alternativa nos recursos comunitários, salvaguardando o menor prejuízo para a utente e família. Assim entrou-se em

contacto com os serviços da comunidade, também como forma de ligação e da continuidade dos cuidados após a alta. Neste sentido, valida-se o reconhecimento e identificação das inquietações e dilemas do processo de tomada de decisão. O treino desta habilidade é essencial para uma prática consciente e refletida.

A atividade profissional em enfermagem não é isolada, relaciona-se com outros profissionais de saúde. As reuniões de equipa são momentos privilegiados para a tomada de decisão em equipa. Discutem-se os casos e tomam-se decisões. O EE ouve os outros profissionais de enfermagem, recolhendo contributos, e ao mesmo tempo suscita a análise dos fundamentos das decisões, tornando-se um consultor e um líder na sua área de especialidade. No contexto do EC na unidade de intervenção na comunidade constatou-se e aprendeu-se sobre este papel de líder na sua área de especialidade. Nesta equipa, como já foi referido, as decisões terapêuticas são tomadas em reunião multiprofissional com o contributo de cada disciplina na sua especificidade para um conjunto de intervenções concertadas, numa visão de cuidados centrados no doente e nos ganhos em saúde que a intervenção conjunta pode proporcionar. As intervenções realizadas resultantes da tomada de decisão deverão ser avaliadas em função dos resultados obtidos com a pessoa, além de partilhados com a restante equipa de enfermagem de modo a promover o desenvolvimento de prática especializada. Isto enriquece toda a equipa de enfermagem, que fica mais capacitada em situações futuras semelhantes. É perante esta postura que assenta a Supervisão de Cuidados.

Em todos os contextos da prática especializada foi possível aprender e treinar a tomada de decisão fundamentada e refletida. Neste processo destacam-se as reuniões de equipa multidisciplinar, nos diferentes ensinamentos clínicos, onde as situações clínicas dos utentes eram discutidas em equipa multidisciplinar, e onde o EE tem um papel diferenciador no bem-estar da pessoa, na sua área de atuação e complementaridade com outras especializadas. Destacam-se também as reuniões de consultadoria realizadas pela equipa da Psiquiatria de Intervenção Comunitária, em articulação com as estruturas parceiras da comunidade, com vista à discussão de estratégias para a reabilitação da pessoa com DM, a promoção da autonomia, a redução do estigma e discriminação. Estas reuniões constituíram-se como um exercício em que se demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas (A1.1); se lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade (A1.2) e se avalia o processo e os resultados da tomada de decisão

(A1.3).

Competência A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No exercício da sua profissão, o EE age de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), inserido no estatuto da OE. Os princípios que regem a profissão de enfermagem assentam no respeito pela vida, pela dignidade humana e nos direitos humanos, em todas as dimensões (OE, 2009), e a sua prática deve ter por base uma reflexão constante das questões éticas, legais e deontológicas.

O CDE (OE, 2005), que fornece as diretrizes da conduta profissional dos enfermeiros, tem os seus alicerces axiológicos na Declaração Universal dos Direitos do Homem. A *praxis* de enfermagem tem implícita os valores universais: a) a igualdade, b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, c) a verdade e a justiça, d) o altruísmo e a solidariedade, e e) a competência e o aperfeiçoamento profissional; assim como a responsabilidade social da enfermagem, como corresponsável pela promoção da saúde da população; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (OE, 2015).

A proteção da liberdade e dignidade humana encontra-se inscrita no CDE, artigo 78º. Implica a assunção de responsabilidade profissional, que deverá ter em conta, reconhecendo e respeitando, o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida na atividade profissional (OE, 2005). Neste sentido, informar é um dever de enfermagem, em respeito para com a autonomia, a dignidade e a liberdade da pessoa. As intervenções do enfermeiro devem ser informadas e esclarecidas, o enfermeiro deve explicar a sua importância, os riscos associados e alternativas possíveis, cabendo à pessoa o poder de decisão para o seu problema. É neste princípio que, de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental, se pode trabalhar com a pessoa enquanto parceiro nos cuidados de saúde contribuindo para a sua satisfação (OE, 2011).

A comunicação tem um papel preponderante. O enfermeiro deve garantir que as informações dadas à pessoa são as mais adequadas, salvaguardando a relação terapêutica entre ambos. Neste processo de aquisição de competências houve a intenção da clareza da informação, o esclarecimento das dúvidas colocadas, e a validação da assimilação da mensagem, recorrendo a técnicas comunicacionais. A informação surge pela comunicação. De acordo com Phaneuf

(2005), esta consiste num meio de acesso ao outro e de compreensão mútua tornando-se um instrumento fundamental através do qual se alicerçam as relações e as interações humanas, e é na comunicação que se valida a dignidade da pessoa doente.

É também na comunicação que o EE garante a confidencialidade e a segurança da informação, na equipa onde está inserido. O enfermeiro está obrigado a não divulgar qualquer informação referente à pessoa a terceiros, exceto informações no âmbito da saúde, a outros profissionais de saúde que careçam da informação para prestar cuidados ao mesmo, servindo assim de mediador entre a pessoa e os diversos profissionais da equipa multidisciplinar (OE, 2005).

Todas as intervenções realizadas enquanto profissional, e também ao longo deste percurso de mestrado, tiveram implícito a proteção dos direitos humanos (A2.1), o respeito pela pessoa, pela sua individualidade, autonomia e liberdade, pelos seus costumes, valores e crenças espirituais; considerando-se o respeito pela pessoa como o pilar do desenvolvimento da relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa (A.2.1.2 e A.2.1.6). Assegurou-se a ausência de discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, e foram salvaguardados os direitos da pessoa, no sentido do autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, indo assim ao encontro das diretrizes da Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015). O planeamento dos cuidados foi desenvolvido em parceria com a pessoa, respeitando os seus valores e crenças, tendo por base as necessidades identificadas por esta, negociando com ela as estratégias de resolução de problemas, como forma de a envolver no seu processo de reabilitação e acreditando que a pessoa é detentora dos seus verdadeiros recursos e potencialidades, e o enfermeiro, de acordo com Peplau, uma ferramenta educativa que tem como objetivo promover o progresso da personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (Howk, 2004). A relação interpessoal estabelecida com a pessoa cuidada foi assente na honestidade. As intervenções especializadas foram realizadas garantindo o sigilo, no sentido de assegurar a privacidade e proteção, e com o consentimento da pessoa (A.2.1.3; A.2.1.4; A.2.1.5).

O consentimento informado consiste na autorização dada pela pessoa para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após ter sido explicado o procedimento, o que se pretende fazer, como, porquê, e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem, e a pessoa ter compreendido. O consentimento informado decorre assim do respeito, da promoção e proteção da autonomia da pessoa estando assim ligado à autodeterminação, à liberdade

individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal (OE, 2007).

Em todos os contextos de estágio contactou-se com utentes privados do princípio da autonomia e autodeterminação, por se encontrarem numa situação de internamento ou tratamento compulsivo. Estas situações estão previstas na Lei nº 36/98 de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental e só pode acontecer quando a pessoa, portadora de anomalia psíquica grave, crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, se recuse a submeter-se ao necessário tratamento médico, ou não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado, devendo cessar assim que findem os fundamentos que lhe deram causa. O tratamento compulsivo em ambulatório ocorre quando deixa de haver necessidade que o tratamento decorra em regime de internamento, mas não deixou de ser necessário o tratamento médico. Este regime depende de aceitação expressa do doente, mas o tratamento ministrado continua a ser compulsivo, é determinado pelo psiquiatra assistente do doente, não podendo o utente opor-se. Uma situação de incumprimento por parte do doente das condições estabelecidas determina que o internamento seja retomado. Os utentes que se encontravam em regime compulsivo reuniam os critérios definidos na lei. O internamento ou tratamento compulsivo implica a limitação/perda do direito à liberdade, autonomia e autodeterminação, mas também um atraso no processo de recuperação, pela não adesão voluntária ao regime terapêutico. Considera-se que devem ser sempre encetados todos os esforços no sentido de que esta situação apenas ocorra após esgotadas todas as opções de internamento voluntário.

A gestão da prática segura implica que o EE tenha uma atitude preventiva face ao risco, promovendo uma cultura de segurança na prestação dos cuidados. O risco é uma constante dos cuidados de saúde. Segundo Fragata (2006, p.41), pode-se definir risco como “a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso”, sendo um evento adverso “qualquer ocorrência negativa ocorrida para além da nossa vontade “. A preocupação com a segurança dos cuidados prestados foi transversal a todos os contextos dos estágios. No contexto de internamento, de uma forma mais física e restritiva, onde o controlo do ambiente físico é muito rígido, (serviço de porta fechada, verificação dos bens pessoais e privação dos potencialmente perigosos); em contexto da comunidade, a segurança foi planeada de forma

antecipada nas reuniões multidisciplinares semanais, as intervenções em crise e multidisciplinares foram programadas e preparadas com vista ao melhor interesse do utente e família. O planeamento prévio da atuação e das visitas domiciliárias tiveram em conta as rotinas e necessidades de intervenção de cada pessoa, promovendo-se um ambiente físico e psicossocial gerador de segurança e proteção dos utentes.

1.1.2. Melhoria contínua da qualidade — Domínio B

A qualidade na saúde tornou-se uma prioridade, uma exigência e um requisito fundamental na gestão das organizações, representando a sua responsabilidade, ética e respeito pelos cidadãos que a elas recorrem (Mendes, 2012).

A qualidade aplicada à saúde é definida no anexo do Despacho n.º 5613/2015, “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020, como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”. No sentido de potenciar a qualidade em saúde, o Ministério da Saúde (2013) promove os ciclos de melhoria contínua da qualidade, onde através da identificação sistemática de problemas e oportunidades, com o objetivo de os solucionar ou melhorar, estabelece padrões desejáveis e realistas, identifica e atua sobre os pontos críticos, planeia e implementa as mudanças, monitoriza e avalia, pretendendo objetivar ganhos em saúde.

Os enfermeiros, no seu exercício profissional, têm o dever deontológico de garantir a qualidade dos cuidados que prestam, tal como o respeito pela pessoa humana. O EE, pelos conhecimentos e competências acrescidas que possui, tem um papel fulcral na dinamização de projetos que visam a qualidade na Saúde e dos cuidados de Enfermagem.

A OE, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade, definiu e documentou em 2001 os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), que constituem um referencial estruturante e orientador do exercício profissional dos enfermeiros em Portugal. Estes destacam a dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem e guiam a tomada de decisão em enfermagem. Em 2011, a OE regulamentou os PQCE especializados em ESM, descrevendo 8 categorias de enunciados: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, adaptação, organização dos cuidados de

enfermagem, relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social. O planeamento e a implementação das intervenções realizadas no contexto da prática clínica do EEESMP ao longo do percurso aqui evidenciado, tiveram como base estes enunciados.

Competência B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

De acordo com os PQCE da OE (2001), ao participar nas iniciativas organizacionais para a melhoria da qualidade, o EE atualiza-se teoricamente, e conseqüentemente desenvolve aptidões a nível quer da análise, mas também do planeamento estratégico, para melhorar a qualidade dos cuidados. Neste sentido, o EE deve conhecer as práticas e os processos de melhoria contínua da qualidade, entendendo os padrões de qualidade dos cuidados, quer a nível institucional, quer a nível nacional.

A OE (2015) no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), que sempre que necessário ou solicitado quer a nível da própria instituição ou em parceria com outras instituições, devem ser criadas ou atualizadas normas de procedimentos. Refere ainda que o enfermeiro deve manter-se atualizado sobre os programas existentes quer a nível da instituição, quer a nível nacional, e deve incorporar esses conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, assim como tem o dever de divulgar os resultados obtidos e trabalhar no sentido de os melhorar. Na persecução da demonstração desta competência, foram realizadas formações em serviço, em todos os contextos da prática especializada, visando a difusão do conhecimento junto das equipas, assim como a promoção da SM dos profissionais, indo ao encontro das diretivas nacionais recomendadas do Programa Nacional Saúde Mental (PNSM): “Aumentar ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais” (DGS, 2017, P.5). Estas formações realizadas, foram construídas na sequência de um diagnóstico da situação e perante as necessidades identificadas pelos clientes, e constituíram-se momentos importantes na construção da identidade da equipa. Estas formações foram também promotoras da aquisição de conhecimentos sobre as temáticas abordadas, de uma maior sensibilidade e reflexão desta para com os temas abordados, tendo também sido partilhadas opiniões e trocadas experiências acerca das temáticas: gestão emocional em tempos de pandemia (Apêndice I),

promoção da saúde mental positiva (Apêndice II). A utilização dos instrumentos de avaliação permite-nos analisar os resultados numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade. Neste sentido, foram identificadas lacunas e referidos possíveis aspetos a melhorar. Desta forma, as formações desenvolvidas foram instrumentos importantes na promoção do bem-estar dos profissionais e contribuíram no sentido de uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O exercício de identificação das necessidades formativas da equipa, a procura e aquisição de conhecimento científico sólido, a construção do planeamento das sessões e da abordagem, bem como a condução das mesmas junto dos profissionais, e a avaliação do seu impacto, constituiu-se como um momento de desenvolvimento de competências de EE do domínio B, tendo sido concebidos e operacionalizados projetos institucionais na área da qualidade e disseminada a sua apropriação junto dos pares. No estágio em cuidados diferenciados, foram realizadas duas sessões de formação em serviço (Apêndice III), que são demonstradoras da aquisição da competência B1.1 e B1.2. As sessões foram programadas com o Enfermeiro Orientador, foram dirigidas à equipa multidisciplinar, tendo-se elaborado os planos da sessão. A primeira sessão ocorreu no dia 09/12/2021 e teve como objetivo apresentar à equipa multidisciplinar o Programa de intervenção Psicoeducativa para profissionais de saúde – “CHL+” e os construtos da saúde mental positiva. Esta ação contou com a presença dos quatro enfermeiros da equipa, uma médica e um interno de especialidade. Os participantes reconheceram as intervenções propostas e a importância da temática do programa de intervenção, demonstrando intenção de aderir à proposta. A avaliação global dos participantes foi bastante positiva, pelo *feedback* dado, tendo sido elogiado o *layout* da apresentação e a iniciativa. A segunda sessão aconteceu no dia 13/01/2022, e teve como objetivo enquadrar o CHL+ como projeto de melhoria contínua da qualidade, identificando as suas etapas, de acordo com o Ciclo PDCA, partilhando os resultados da sua implementação e as propostas de melhoria. Esta ação contou com a presença de toda a equipa multidisciplinar, e de uma médica interna de especialidade. Os participantes reconheceram a pertinência dos conceitos abordados, manifestaram interesse na partilha dos resultados do programa, e naturalmente surgiu uma prática construtiva de experiências prévias de desenvolvimento pessoal. A equipa elogiou o projeto desenvolvido, assim como a sua apresentação. A análise das narrativas da equipa mostra que o trabalho realizado teve impacto relevante na aquisição de

conhecimentos na área da SM Positiva e na promoção da aquisição de estratégias de autorreflexão.

A construção e implementação desta atividade permitiu a concretização do desenvolvimento das competências comuns do EE (OE, 2019), nos seus vários domínios, mas de uma forma muito evidente no domínio B. Esta demonstra-se na construção do projeto CHL+, na transmissão e difusão do conhecimento evidenciado no momento formativo com a equipa multidisciplinar.

Ao longo dos estágios realizaram-se vários trabalhos de melhoria contínua da qualidade, que foram difundidos junto dos pares e das instituições. Foi também disseminado o conhecimento adquirido com a realização dos trabalhos, quer em comunicações orais em eventos científicos, quer na candidatura a publicações, assim como através de submissão de candidatura ao orçamento participativo da OE.

Estes momentos de difusão do conhecimento sólido e sustentado permitem a construção de outros saberes, são promotores de avanços da prática de enfermagem e da credibilidade da profissão. A realização destas atividades permitiu ainda demonstrar a aquisição da competência B1.1.2 e B1.2.4, do Regulamento n.140/2019 de 6 de fevereiro.

A realização de sessões psicoeducativas juntos dos clientes, tiveram como objetivo a mudança de comportamentos e atitudes, através do aumento da literacia em saúde, sendo os resultados desta intervenção reveladora da qualidade dos cuidados prestados.

Competência B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

A nível das unidades de saúde existem programas de melhoria da qualidade, que avaliam a qualidade de cuidados de enfermagem através de auditorias internas. Estes dados permitem a identificação de oportunidades de melhoria, e possibilitam estabelecer prioridades de intervenção. Este sistema de auditorias viabiliza uma personalização das necessidades do serviço. O EE está numa posição privilegiada para pertencer à equipa de auditores internos e de desenvolver e supervisionar as melhores estratégias e processos de melhoria dos cuidados.

Na procura da melhoria dos cuidados de enfermagem, foram consultadas as normas e procedimentos existentes nos diferentes serviços, bem como realizada pesquisa bibliográfica que desse suporte a essa mesma melhoria. Durante o período decorrido do ensino clínico foi

possível aceder e consultar vários processos clínicos de utentes acompanhados nestes serviços, proporcionando assim uma melhoria de conhecimentos e domínio das diferentes patologias existentes, o que possibilitou identificar, organizar e prestar cuidados de qualidade, de uma forma mais rápida e eficaz.

A qualidade também é espelhada nos registos de enfermagem. Estes, em todos os contextos de estágio, foram realizados informaticamente (na plataforma SClinic), recorrendo à CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem). Através desta classificação é possível estruturar o processo de comunicação e utilizar uma linguagem científica e unificada, comum à enfermagem mundial (INC, 2021). Esta ferramenta é mais simples de consultar e facilita quer na identificação dos problemas, quer nas intervenções a realizar ou nos resultados obtidos. A CIPE permite ao enfermeiro a conceção de dois tipos de intervenções, intervenções interdependentes e intervenções autónomas, sendo estas últimas da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, dando assim oportunidade a que o enfermeiro avalie uma determinada pessoa ou grupo num contexto específico, observando um conjunto de dados, que lhe permitem ajuizar e atribuir um diagnóstico, bem como prescrever intervenções em função desse diagnóstico, realizando posteriormente a respetiva avaliação. Em contexto de cuidados diferenciados foi construído, implementado e avaliado um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que valida a aquisição de competências.

Junto com outra mestranda, foi desenvolvido e implementado, em contexto da prática especializada em Enfermagem SMP, um projeto de melhoria contínua da qualidade na Unidade de Intervenção na Comunidade (Apêndice IV). Este projeto de intervenção em SM nasceu de um problema identificado experiencialmente pela equipa, aliado à evidência na literatura (Luch-Canut, Sequeira, 2015), bem como da experiência pessoal e profissional das intervenientes.

Seguindo o ciclo PDCA, de Deming (1986), após a identificação do problema - falta de estratégias de promoção de saúde mental positiva dos profissionais de saúde - construiu-se o "CHL+ - Programa de Intervenção Psicoeducativo para Profissionais de Saúde". O CHL+ teve como objetivo capacitar os profissionais de saúde para o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde mental positiva através da aplicação de um programa de intervenção psicoeducativa.

A implementação do programa operacionalizou-se via e-mail e decorreu no período de 13 de dezembro a 08 de janeiro. Foram envolvidos 25 profissionais de saúde do serviço de Psiquiatria a quem foram enviados 22 e-mails: 1 com a apresentação do programa, 4 com proposta de tarefas, 4 com sessões formativas e estratégias, 12 com frases motivacionais, e um outro email de avaliação final. Foram desenhados como indicadores de avaliação do programa, indicadores de processo de resultado e de qualidade, assim como a análise das narrativas de avaliação experiencial.

A avaliação dos resultados obtidos mostrou que dos 25 profissionais alvo da intervenção 12 responderam ao questionário, traduzindo-se numa taxa de adesão ao programa de pelo menos de 48% dos enfermeiros.

Como indicador de processo, identificou-se a taxa de adesão às atividades propostas, tendo-se obtido uma taxa de adesão de 100% dos participantes que responderam ao questionário. Destes, 10 cumpriram a totalidade das tarefas propostas e 2 realizaram mais de metade das mesmas.

Como indicadores de resultados definiu-se o reconhecimento de que as tarefas propostas pelo programa foram geradoras de saúde mental positiva e o reconhecimento de que as tarefas propostas no programa foram potenciadoras da autorreflexão, medidos através de uma escala de satisfação tipo *Likert*, em que 1 correspondia a “nada potenciadoras”, e 5 a “totalmente potenciadoras”.

A análise dos dados mostra que todos os enfermeiros consideraram as tarefas propostas como promotoras de SMP e da autorreflexão; 11 com um nível de satisfação numa escala de *Likert* de 5, e 1 com nível 4.

Como indicador de qualidade definiu-se a recomendação deste programa a outros profissionais, medido através de uma escala de *Likert*, em que 1 não recomendaria e 5 recomendaria totalmente. Todos os profissionais responderam que recomendariam o programa com um nível 5 de recomendação.

De acordo com as narrativas recolhidas na avaliação experiencial da equipa, foi referido que o “programa foi arrojado na simplicidade”. “Nos dias que correm estes momentos de simplicidade são muito importantes”; “achei tudo ótimo, a imagem, as tarefas, o *layout*”. “Tudo me pareceu extraordinário para o tempo que tiveram”. Na reflexão conjunta os

profissionais expressaram a necessidade de momentos presenciais “talvez os momentos presenciais fortalecessem a reflexão”; “sim, criar dois ou três momentos entre o envio das tarefas”; “eu não abro o mail institucional, mas via os títulos”. Surgiu ainda a ideia de criar um *link* de acesso direto no ambiente de trabalho dos computadores do serviço, “um *link* que os profissionais pudessem aceder no ambiente de trabalho com o título de saúde mental positiva”. Após um debate reflexivo profundo a equipa reconheceu a importância da dedicação de tempo pessoal na autorreflexão e no desenvolvimento pessoal.

A análise dos resultados obtidos permite afirmar que o programa CHL+ teve impacto relevante na promoção de estratégias de SMP e na potenciação da autorreflexão dos enfermeiros alvos da intervenção.

A concretização da etapa de proposta de medidas corretivas, standarizar e treinar a equipa, ocorreu na reunião de serviço. Após reflexão conjunta, foi sugerido como medidas corretivas para aplicações futuras a introdução de momentos presenciais e a utilização de emails pessoais, em detrimento do email institucional.

Sobre o reconhecimento e partilha do sucesso, os profissionais ficaram gratos pela participação e expressaram-no em palavras, sorrisos, descontração na expressão de sentimentos e incentivo às promotoras de continuarem a implementar noutros contextos. Manifestaram ainda a vontade de manter o programa, estendendo-o a outros serviços da instituição, tendo surgido a ideia de fazer uma candidatura do CHL+ ao orçamento participativo da instituição, como forma como forma de alargamento a todos os profissionais.

Os resultados obtidos mostram a eficácia do programa desenvolvido, não só na concretização da eficácia das intervenções psicoeducacionais realizadas, mas também no seu impacto face à promoção da SM dos participantes.

A construção, implementação, avaliação e divulgação deste projeto, à luz da evidência científica difundida na literatura, seguindo a metodologia PDCA, constituíram-se como momentos em que se compreendeu a importância que a qualidade assume nos cuidados de enfermagem e atua na sua melhoria, colocando-a ao dispor dos seus pares. A identificação das necessidades de melhoria sentidas pelas unidades é por si só um momento de consciencialização da necessidade de melhorar, e do envolvimento e adesão da equipa ao processo que se manifestou na colaboração com a aplicação dos instrumentos de colheita de

dados e na maior sensibilidade para as temáticas da melhoria.

A qualidade só pode ser confirmada quando é evidenciada. A avaliação das intervenções realizadas no “CHL+”, recorrendo a instrumentos de avaliação validados, permitiu a monitorização dos resultados das mesmas, sendo estes indicadores de qualidade. A utilização de indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa, e para o desenvolvimento profissional dos colaboradores.

A operacionalização do CHL+ constituiu-se um momento importante no desenvolvimento de competências de EE nos seus vários domínios. No que concerne ao domínio B, desempenhou-se um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte na concretização do projeto; adquiriram-se conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e na melhoria contínua, divulgou-se externamente os resultados obtidos, em comunicações orais (Anexo I) e em candidaturas a publicações. Os conhecimentos adquiridos foram incorporados na *praxis* dos cuidados e constituem-se como capital pessoal angariado, desenvolveram-se práticas de qualidade, ao gerir o programa de melhoria contínua; agilizou-se a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados; realizou-se um projeto na área da qualidade (B1). Foram identificadas oportunidades de melhoria e estabelecidas prioridades e estratégias. Foi implementado o projeto de melhoria contínua no serviço (B2). Foi promovido um ambiente terapêutico seguro ao fomentar a adesão à promoção da saúde mental positiva (B3). Foi realizada a avaliação das necessidades em SM da equipa multidisciplinar (B2.1). Coordenou-se, implementou-se e desenvolveu-se um projeto de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na equipa multidisciplinar (B2.2). Foram identificados os resultados esperados com a implementação do projeto de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental (B2.3). Desenvolveu-se, implementou-se e coordenou-se o programa de melhoria contínua da qualidade de cariz psicoeducativo e treino em saúde mental (B1, B2).

Ao longo dos estágios, as intervenções de enfermagem realizadas junto dos clientes tiveram sempre esta visão de avaliação da qualidade dos resultados obtidos, evidenciada na construção dos planos de cuidados/planos de sessões, e nos indicadores definidos na construção dos projetos de melhoria contínua da qualidade implementados, demonstrando, assim, a participação na definição de metas para a melhoria dos cuidados ao nível

organizacional.

Ao longo deste percurso de prática especializada foi ainda realizado outro projeto de melhoria contínua da qualidade, desenvolvido em contexto académico e aplicado em contexto profissional que será abordado na parte III deste relatório.

Competência B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

A busca pela qualidade em saúde e pelos processos de melhoria contínua da qualidade tem sempre implícita a segurança do doente. Estando o doente no centro dos cuidados, não poderia haver qualidade sem que existisse a preocupação de providenciar cuidados e ambientes seguros. Nightingale referiu que o primeiro requisito de um hospital era de “jamais fazer mal ao doente”. Transpondo para a atualidade, poderemos mudar o “hospital” por unidades de saúde ou cuidados de saúde, mantendo a integridade do princípio e o foco no utente. Este propósito foi ganhando impacto ao longo deste percurso académico. Foi notório, nas discussões com os pares e com os vários profissionais dos campos de estágio, na abordagem com os utentes, que a qualidade e os seus processos de melhoria são uma responsabilidade incontornável do EE.

A segurança onde decorre a relação terapêutica é também ela um indicador da qualidade dos cuidados. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 refere que o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos. Daí a reconhecida importância que esta representa para os resultados em saúde. Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro).

O EE, no exercício da sua atividade profissional, é frequentemente confrontado com a necessidade de participar e realizar tarefas relacionadas com a gestão de risco, e de colaborar e assumir responsabilidades diretas nesta área. Na gestão do risco associado à prática de enfermagem, existem mecanismos de controlo e monitorização que deverão ser aplicados e avaliados. O EE, ao exercer esta atividade, toma atenção em seu redor, àquilo que os seus

colegas necessitam para exercer a atividade de enfermagem de acordo com a prevenção do risco em todas as suas vertentes, e promover um ambiente e cultura de segurança, de forma a aprender com os erros e não os camuflar, perpetuando o risco. As situações de risco devem ser registadas e monitorizadas em plataformas próprias, como processo de melhoria dos cuidados.

Para garantir um ambiente terapêutico seguro, o EE tem que ter em conta o local onde a relação terapêutica se desenvolve, conhecendo ao pormenor o contexto e a estrutura física do espaço. Deverá ainda ter em conta as necessidades da pessoa cuidada para que as estratégias utilizadas venham ao encontro aos padrões de qualidade e gestão de risco. Ao mesmo tempo que o EE presta atenção ao espaço físico onde se desenvolve a relação terapêutica, dá igual importância ao ambiente cultural, social e espiritual que envolve a pessoa, inserida numa família e comunidade, considerando-a um ser bio-psico-social, com necessidades e características individuais que devem ser tidas em conta. Esta competência foi desenvolvida e manifestada nas intervenções psicoterapêuticas realizadas junto dos clientes nos vários contextos e descritas nos estudos de caso, onde esteve sempre presente o respeito pela pessoa, pelos seus contextos, cultura, crenças, valores e identidade.

Este respeito pelo “outro” como um ser único e particular, foi evidenciado nos estudos de caso realizados em todos os contextos de prática clínica especializada, na relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada e foi promotora de confiança, sendo esta um dos alicerces da relação terapêutica de qualidade e da segurança da mesma. Neste relatório e no sentido de salvaguardar a confidencialidade e confiança da relação terapêutica não serão anexados os estudos de caso realizados.

No relacionamento estabelecido com a pessoa doente, teve-se em conta o papel fundamental na prevenção, diagnóstico e tratamento. Procurou-se conhecer e respeitar os procedimentos, normas e protocolos de controlo de infeção. Todas as intervenções realizadas tiveram implícitas a primazia do bem-estar e segurança dos clientes em todos os seus domínios, físico, ambiental, cultural, social e espiritual. Atendendo à conjuntura pandémica que vivenciámos, que veio impor novas práticas e novos ajustes nas relações entre as pessoas, garantir a segurança e atender à qualidade da relação terapêutica foi um exercício acrescido de valorização de aspetos indiretos da comunicação. O uso da máscara, dos equipamentos de

proteção individual, o distanciamento social, foram obstáculos físicos à proximidade da relação, mas também oportunidades de valorização da importância da comunicação não verbal no processo da relação terapêutica. A relevância acrescida que o olhar, o silêncio, a atitude de ir ao encontro do outro, foram ferramentas desenvolvidas no sentido da qualidade da relação estabelecida.

Ainda neste contexto e indo ao encontro à prioridade 6 da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015 – 2020, o ponto V do Despacho n.º 5613/2015, visa “promover a educação e a literacia em saúde para que tenhamos cidadãos mais saudáveis e doentes mais participativos na tomada de decisão” (p.13153). A literacia em saúde mental adquire uma magnitude e uma intencionalidade completamente diferente manifestada na consciencialização da importância que esta tem na promoção da saúde mental e na abordagem diferenciadora do EEESMP na capacitação dos utentes e familiares na recuperação da perturbação mental e redução do estigma associado. Esta consciencialização foi espelhada na realização de várias intervenções psicoeducativas, socioeducativas e formativas realizadas nos vários contextos de estágios.

As sessões socioeducativas realizadas em contexto escolar tiveram como objetivo a promoção da coesão do grupo num contexto de regresso à escola após o confinamento. As atividades realizadas visaram o aumento da literacia emocional e a valorização da atenção dada às emoções e aos sentimentos vivenciados pelos próprios e pelos pares no desenvolvimento pessoal, no fortalecimento das relações sociais e no sucesso escolar (Apêndice V).

As intervenções psicoeducativas sobre a DM realizadas junto dos familiares, no Estudo de Caso no processo de *recovery* de um utente com Perturbação Afetiva Bipolar (PAB), tiveram como resultado o maior envolvimento destes no processo de recuperação do utente e na aceitação da doença do seu familiar.

O papel do EE na promoção da qualidade dos cuidados, vai além da prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, e atinge também a adesão e a satisfação do cidadão através da adequação dos cuidados às suas necessidades e expectativas, tal como preconizado pela Estratégia Nacional para Qualidade da Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio). Trata-se de elevar o papel profissional do EE, ao envolver-se de forma consistente na definição de um

plano estratégico com objetivos realistas e ajustados às necessidades ou oportunidades de melhoria detetadas nos seus contextos de trabalho.

1.1.3. Gestão dos cuidados — Domínio C

No domínio da gestão dos cuidados, o EE, face às suas responsabilidades e competências, encontra-se numa posição que o torna habilitado a reafirmar o seu papel na qualidade assistencial. Esta posição permite-lhe afirmar-se como elemento chave na conceção e gestão dos cuidados de maior complexidade, adequar os recursos às necessidades, e promover a qualidade dos cuidados, tornando-se, assim, agente de mudança dos mesmos.

No domínio da gestão dos cuidados, o EE deve demonstrar dois níveis de competências: na gestão dos cuidados de enfermagem e na liderança e gestão dos recursos.

Competência C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

A tomada de decisão em enfermagem tem um quadro de referência ético-deontológico-normativo. O EE, no exercício das competências na sua área de especialidade, gere os processos de tomada de decisão dos cuidados junto dos clientes, mas também, aquilo que é a tomada de decisão na gestão dos vários recursos da equipa em que está inserido. Para isso, deve procurar estar atualizado em conhecimentos teórico-científicos de forma a responder, da forma mais adequada, às situações específicas que surgem no dia-a-dia da sua *praxis*.

De acordo com a OE (2001), nos PQCE, a tomada de decisão que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Neste exercício da tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades, planeia as intervenções, de forma a minimizar os riscos, detetando precocemente potenciais problemas e resolvendo ou minimizando os problemas identificados.

Na sua prática profissional, o EE está inserido numa equipa multidisciplinar que visa a saúde da pessoa/família/grupo e comunidade. Na demanda por este objetivo, uma atitude de valorização e reconhecimento do trabalho da equipa, por parte do EE, torna-se uma ferramenta fundamental na construção da coesão das equipas (Rego, Pina e Cunha, 2015). Neste sentido, o EE deve ter um papel de destaque ao participar nas tomadas de decisões em equipa e disponibilizando assessoria aos pares, garantindo uma resposta de qualidade e em

segurança.

A prática de enfermagem reveste-se de grande complexidade. Por vezes, de forma a manter os cuidados enfermagem sistemáticos e contínuos, torna-se necessário proceder à delegação de funções. De acordo com o REPE, artigo 10º, “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependentes quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem” (OE, 2015). De forma a não comprometer a continuidade e qualidade dos cuidados, o EE, ao delegar, tem que garantir alguns aspetos fundamentais. A delegação só poderá ser feita a alguém com competências demonstradas, mantendo sempre a responsabilidade de quem delega, devendo este assegurar o uso de estratégias que vão contribuir para o sucesso da tarefa delegada, tais como explicá-la, identificar a sua finalidade e duração temporal da mesma. Sempre que se justifique cabe ao EE criar guias orientadores para as práticas a delegar. Como exemplo da delegação de competências pode-se referir a delegação feita pelo enfermeiro chefe nos enfermeiros especialistas com experiência e formação nas áreas de gestão de medicamentos, de materiais e equipamentos.

Ao longo da prática especializada, nos vários contextos de estágio, participou-se em várias reuniões de serviço, que constituíram momentos de eleição da tomada de decisão, constatando o papel central que o enfermeiro gestor tem na organização institucional, observando estratégias de delegação, e tendo a oportunidade de realizar de forma supervisionada, a decisão da gestão dos cuidados diferenciados a serem prestados aos utentes evidenciados nos estudos de caso realizados. Participou-se ainda, em contexto comunitário, em reuniões com entidades parceiras, na identificação das necessidades de cuidados diferenciados na área da saúde mental escolar, e na definição de um plano de intervenção junto desta população. Nas reuniões realizadas com os professores, estes referiram a influência negativa que o confinamento teve na construção da identidade do grupo-turma, e nos relacionamentos entre os estudantes. Perante este diagnóstico da situação, propôs-se a realização de duas intervenções socioeducativas promotoras da coesão do grupo e do aumento da literacia emocional, a todas as turmas do sexto ano desse agrupamento de escolas, prevendo-se posteriormente alargar esta intervenção a todo este ciclo escolar (Apêndice V). A realização desta intervenção permitiu a identificação para

posterior acompanhamento de jovens com maior nível de sofrimento emocional. Considerando que as intervenções decorreram em contexto pandémico, foram garantidas as normas de segurança, através do uso de máscara, da higienização das mãos e do distanciamento entre os estudantes, antes e após as dinâmicas realizadas.

A realização do projeto de melhoria contínua, “Saudavelmente Grávida”, implementado na unidade profissional da discente, dirigido às grávidas com diagnóstico de ansiedade, apresentado na Parte III deste relatório, foi também um exercício de gestão e de delegação de competências, na medida em que, como forma de poder abranger o maior número de grávidas possível, foi realizado um treino da equipa de enfermagem para a identificação das grávidas com ansiedade. Esta atividade potenciou o envolvimento da equipa no projeto, que se manifestou na pronta colaboração para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, assim como na maior sensibilização da equipa para esta temática, que se expressou na abordagem da mesma na prestação dos cuidados.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

Na unidade C2.1 - otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro) o EE assume um papel fundamental, agindo como um gestor intermédio, promovendo o bom funcionamento dos serviços, com mais qualidade, indo de acordo aos valores organizacionais, de gestão de recursos humanos, recursos materiais, recursos temporais, e mesmo gestão da qualidade dos cuidados prestados (CDE, 2015, artigo 90º, alíneas a), b), c); REPE, artigo 6º).

Um dos recursos mais importantes, em qualquer instituição, é o recurso humano, as pessoas. A forma como estas se envolvem, se motivam e realizam o trabalho num grupo social assume grande importância para o seu nível de eficiência nos resultados obtidos. Gerir recursos humanos é uma tarefa que se reveste de grande complexidade. Cada pessoa, única, com características e competências diversas, com objetivos distintos, com diferentes graus de motivação, mas, que ao trabalharem num mesmo contexto, estão sujeitas a objetivos institucionais próprios, que visam a maximização da qualidade dos cuidados prestados. A conciliação de todos estes aspetos pode constituir um desafio para o gestor de cuidados.

A motivação é um aspeto muito importante no seio de uma equipa, o grau de motivação da

equipa vai influenciar os resultados obtidos, a adesão às mudanças impostas e o envolvimento na melhoria da qualidade dos cuidados. A motivação humana tem sido uma das principais preocupações e desafios da gestão organizacional moderna (Rego, Pina e Cunha, 2015).

O EE, tendo em conta estes aspetos que movem o ser humano a querer fazer mais e melhor para o bem comum, adequa estratégias que vão ao encontro ao objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados. De acordo com o CDE, artigo 91º, alíneas b), c), a eficiente utilização dos recursos, é cada vez mais, essencial na prestação de cuidados, o que implica alcançar máxima qualidade com o menor consumo de recursos.

Um dos grandes desafios que se coloca aos enfermeiros na gestão dos recursos humanos relaciona-se com as dotações seguras de enfermagem.

O contexto da prática especializada em internamento de psiquiatria agudos, completamente novo para a discente, pela sua complexidade e violência emocional, levou a que se questionasse e consciencializasse sobre a importância do papel desempenhado pelo EESM neste contexto. Uma dessas situações foi a constatação da necessidade destes serviços terem dotações de enfermeiros em número suficiente para suprir as necessidades dos utentes, mas também dar ao EESM as condições necessárias para desenvolver a sua prática de forma plena. O papel do EESM no processo de estabilização e recuperação precoce da pessoa com descompensação da DM, na maximização do bem-estar e minimização do impacto da DM, só pode ser desenvolvido de forma consistente e com qualidade, nos serviços de SM onde existam condições que favoreçam a autodeterminação da pessoa com DM e a procura de um caminho pessoal desenvolvendo autonomia para adquirir um maior controlo sobre as decisões que afetam a sua saúde (OE, 2011).

Seguindo os pressupostos emanados no regulamento para cálculo das dotações seguras (OE,2019) e com base no parecer n.º 01/2019, da MCEESMP, verificou-se que para um serviço de internamento de psiquiatria com 20 camas, as dotações seguras são de 3 enfermeiros por turno, sendo que em todos os turnos deveria existir pelo menos 1 EESM. Para garantir os dias de férias, feriados e de formação, e contando com as eventuais faltas ao serviço, a equipa teria de ser constituída por cerca de 20 enfermeiros para prestação de cuidados, sendo que desses 12 deveriam ser detentores do título de EESMP. O cumprimento destes rácios não se verificou no estágio em contexto de internamento, onde o serviço era assegurado por 2

enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e por um no turno da noite. Esta situação de manifesta inadequação do rácio de profissionais às necessidades de serviço, também se verificou em contexto comunitário, onde o EEESMP apenas tinha uma carga de 10 horas semanais afetas aos cuidados na UCC. No seguimento do que foi referido, constata-se que ainda se encontra distante o cumprimento das dotações seguras preconizadas, com a implícita repercussão nos cuidados que são facultados e prestados à população.

Constata-se assim que é urgente capacitar os enfermeiros para assumirem lugares na gestão de topo e de representatividade governamental, para incremento da literacia em saúde em geral, mas sobretudo em SM, e conseqüentemente maior investimento nesta área. É necessário que o empoderamento conseguido no percurso académico pós-graduado tenha reflexo nas decisões estratégicas das instituições de saúde.

O tempo é um recurso, não visível, mas cuja gestão é um dos principais desafios que se colocam às instituições. O EE, no seu exercício de gestão, tem de saber gerir o tempo disponível com eficácia, definindo prioridades, planeando, organizando a agenda e sabendo delegar o que é possível delegar. Segundo Rohrich e Rocha (2014), este processo inicia-se com uma boa autogestão e disciplina, definindo o que realmente é importante, de forma a ser priorizada a sua concretização, antes que seja necessário tomar medidas que, pela falta de tempo, possam não ser as mais adequadas. Segundo este autor, é ainda pertinente perceber que tarefas consomem mais tempo, executando uma tarefa de cada vez, e priorizando a sequência certa das tarefas a desempenhar.

A gestão do tempo pode ser interpretada, de acordo com Barbosa (2016), por três perspetivas diferentes:

- aumento da quantidade de tempo disponível: implica o aumento das horas de trabalho até onde seja possível, o que pode ter como consequência a depressão, esgotamento e falta de eficiência.
- realizar mais trabalho durante o tempo disponível: está voltada para o trabalho e para os métodos. Requer uma mente orientada de forma mecânica.
- realizar apenas as tarefas importantes durante o tempo disponível, sugere que se estabeleça uma escala de prioridades na gestão do tempo. Propõe um compromisso exclusivo com

questões essenciais e conceptuais, exige uma estratégia orientada para a ação. Requer preparação, treino e em geral um clima organizativo adequado.

Ao longo de todo este percurso de aprendizagem, a gestão do tempo foi um dos maiores desafios vivenciados, não só a nível pessoal e familiar, mas também a nível da prática especializada. Não sendo possível aumentar a quantidade de tempo disponível, tornou-se imperativo realizar o trabalho de forma priorizada e estruturada. Um dos momentos onde a consciencialização da limitação do tempo disponível foi um exercício de desenvolvimento profissional foram as sessões realizadas em contexto escolar, onde o tempo estava perfeitamente definido e limitado, mas as características dos vários grupos eram distintas, necessitando do uso de estratégias de adequação e liderança para atingir os objetivos propostos, mantendo a integridade da relação com o grupo.

A gestão dos recursos materiais, pelo EE, requer um trabalho de parceria com toda a equipa. Para uma gestão eficiente é necessária uma adequada observação da realidade de forma a poder construir um bom diagnóstico de situação, identificando os recursos disponíveis, o grau de motivação e envolvimento da equipa, o que a motiva, e que estratégias podem ser utilizadas. Após esta análise, o EE pode então organizar e coordenar de forma mais eficaz e eficiente a equipa de prestação de cuidados.

C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

Os enfermeiros entendem a liderança como a capacidade de influenciar a equipa, visando atender aos objetivos da instituição, sendo necessário para isso o conhecimento técnico-científico e o desenvolvimento de habilidades humanas e interpessoais (Alves, Ribeiro e Campos, 2010).

A liderança em enfermagem é amplamente reconhecida como um fator importante na prestação de cuidados de qualidade ao doente, no desenvolvimento da prática de enfermagem e na criação de ambientes de trabalho produtivos para os profissionais de saúde (Murphy, Quillinan, & Carolan, 2009; Wong, Cummings, & Ducharme, 2013). A liderança envolve relação interpessoal, sendo a comunicação a base neste processo. É na da comunicação que o enfermeiro troca conhecimento, organiza o trabalho e traça objetivos junto da equipa. No exercício da liderança, o profissional deve propiciar um ambiente

favorável para a execução das atividades no quotidiano de trabalho. A liderança eficaz torna-se essencial para a profissão. Ter aptidão para comunicar, solucionar conflitos e ter iniciativa são atributos que contribuem para o cuidar (Ribeiro, Santos e Meira, 2006). O EEESMP, pelo seu desenvolvimento específico de competências na relação com o outro, encontra-se numa situação privilegiada na abordagem da liderança da sua equipa. (Alves, Ribeiro e Campos, 2010).

Para se ter sucesso enquanto líder, de acordo com Rego, Pina e Cunha (2015) não basta ser tecnicamente competente. A liderança, em diferentes níveis, requer quatro núcleos de competências: técnicas (lidar eficazmente com «coisas» e com «tecnologias»); sociais (desenvolver relacionamentos sociais frutuosos e criar organizações exigentes e humanizadas); concetuais (pensar a organização como um todo holístico e a sua presença no mercado para lá do presente); e de liderança pessoal (gerir devidamente a vida pessoal e compreender como os comportamentos próprios podem melhorar ou piorar a organização). Assim, é necessário um bom planeamento, boa capacidade de organização, capacidade de incentivar os outros, boa capacidade de controlo situacional e por último, boa capacidade de decisão. No entanto, sem uma liderança eficaz não será possível motivar e inspirar os outros para atingir os objetivos estabelecidos. Para que esta liderança decorra da melhor forma, é importante que haja uma adequação do estilo de liderança à maturidade da equipa.

Nos vários contextos de estágios constataram-se diferentes tipos de liderança. No internamento hospitalar identificou-se uma liderança mais autocrática, hierarquizada, centrada na pessoa do enfermeiro chefe e com uma maior definição e clarificação de papéis entre a equipa. Segundo Marquis e Huston (2010) neste tipo de liderança, as ações do grupo são claramente definidas e previsíveis, passando aos membros do grupo uma sensação de segurança. A produtividade costuma ser alta, no entanto as condições para a criatividade, a automotivação, e a autonomia tendem a ser reduzidas. Isto vai de acordo com o perçecionado junto da equipa de enfermagem, onde as rotinas dos cuidados estão muito enraizadas, e determinam os cuidados prestados, ficando pouco espaço para intervenções autónomas ou criativas, fora da rotina pré-estabelecida, o que também é influenciado pela subdotação da equipa, pela maior exigência de cuidados devido à situação pandémica, e pela maior instabilidade emocional que esta teve junto dos profissionais de saúde.

Em contexto comunitário, na UCC, todos os enfermeiros são especialistas e responsáveis pelas suas áreas de atuação, e embora exista uma enfermeira coordenadora, a liderança é diluída na articulação e cooperação entre a equipa em função dos objetivos institucionais. Esta liderança liberal caracteriza-se pela ênfase no grupo, pela ausência de controle, onde a tomada de decisão é diluída por todo o grupo, o que pode acarretar muita criatividade e produtividade quando os membros estão altamente motivados e autodirecionados, (Marquis e Huston, 2010).

No contexto de cuidados diferenciados, constatou-se uma liderança participativa, na qual todos dão contributos, em conjunto com o líder, definindo os objetivos e planeando a forma de os atingir, propiciando maior satisfação, uma vez que tomam parte na tomada de decisão (Kron e Gray, 1994). As decisões da equipa da Unidade de Intervenção na Comunidade são tomadas em reunião de equipa multidisciplinar, constituída por EEESMP, médicos psiquiatras e uma assistente social, em que cada elemento/grupo profissional tem o seu papel no plano de intervenção conjunto que realizam com o utente. Nesta equipa, a articulação e relacionamentos entre os elementos são fluídos e de proximidade, existindo cooperação e entreatajuda entre os pares. A motivação e empenho são elevados, há partilha de experiências, de dificuldades e de sucessos, e uma maior valorização do trabalho e dos resultados atingidos. Esta forma de liderança permitiu à discente vivenciar uma maior perceção de segurança na gestão das intervenções realizadas junto dos utentes, fruto do acolhimento recebido por todos os elementos, que proporcionaram sentimentos de integração na equipa, permitindo assumir a liderança supervisionada no acompanhamento ao utente e família alvo do estudo de caso realizado neste contexto.

1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais - Domínio D

O Domínio D das competências comuns do EE refere-se ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e é composto por duas competências. A primeira, correspondente ao autoconhecimento e assertividade, central na prática de enfermagem, onde o EE reconhece que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional. A segunda diz respeito à *praxis* clínica especializada baseada em evidência científica, onde o EE 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 de 6 de fevereiro).

Competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

No desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, o EE detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (D.1.1), e gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional (D.1.2) (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

A enfermagem tem como foco da sua *praxis* a pessoa, um ser único, na sua bio-psico-socio-culturalidade e espiritualidade. Nesta singularidade, surgem diariamente no quotidiano da enfermagem, uma multiplicidade de situações que tornam imperativa a aprendizagem ao longo da vida do enfermeiro, numa busca contínua de aquisição de competências, com vista à excelência dos cuidados.

O EE, antes de ser enfermeiro, é também, ele próprio, um ser humano, que é o produto das suas vivências, aprendizagens e experiências. Vive inserido num determinado contexto cultural, social, e é possuidor das suas próprias convicções, crenças e valores.

Salgueiro (2006) referido por Querido (2015), considera que, ao desenvolver-se como ser humano, o enfermeiro desenvolve-se também como profissional, capaz de compreender, de aceitar e respeitar, de ter compaixão por outro ser humano em condições de sofrimento e vulnerabilidade associada a processos complexos de sofrimento, doença, perda e incapacidade.

Em ESMP espera-se que o EE tenha competências acrescidas ao nível das relações interpessoais, uma vez que utiliza esse saber e a si próprio como ferramenta terapêutica na interação com os outros (OE, 2011).

A relação com o “outro” que o EE, e muito especificamente o EEESMP estabelece, exige deste, a compreensão das suas necessidades, e a aceitação da sua individualidade numa perspetiva objetiva e isenta de juízos. Este exercício de aceitação do “outro” só é possível se o enfermeiro tiver um conhecimento aprofundado de si mesmo como pessoa, também única e particular.

O autoconhecimento afeta todos os aspetos da vida, incluindo relações, habilidades funcionais e estado de saúde. Faz parte do que nos torna únicos, implica uma autoavaliação

nas dimensões física, emocional, intelectual e funcional, variando ao longo do tempo e consoante o contexto de cada situação. É o guia referencial para perceber e entender o mundo, e embora não seja visível nem tangível, exerce uma poderosa influência na vida de cada um. O conhecimento dos valores pessoais são a base para reconhecer e desenvolver valores profissionais, estes em última instância, fornecem um guia válido para a *praxis* da enfermagem. Neste sentido, sem uma constante consciência de quais são os valores pessoais e profissionais em cada momento da nossa vida, é impossível o estabelecimento de objetivos, o reconhecimento dos recursos e dos limites pessoais e profissionais (Carroll, 2007).

O autoconhecimento que o EEESMP tem de si mesmo, leva à consciência de si, da sua identidade, dos seus valores e princípios, das suas idiossincrasias e dos seus limites, e permite-lhe analisar constante e conscientemente o impacto que tem na relação que estabelece com o outro. Esta congruência consigo mesmo e com os outros é a base que efetiva a relação.

A assertividade é outra competência fundamental do EEESMP. A assertividade pode ser definida, segundo, Mesquita, Paulino, Galante e Alves (2011) citado por Querido et al (2020 p.3), como “uma atitude de consideração, respeito e defesa de si mesmo e do outro; expressar pensamentos, ideias, e sentimentos, de forma clara e autêntica, aceitando-os como parte representativa de si mesmo e da forma como vê o mundo”. Segundo Castayer (2004), a assertividade encontra-se diretamente relacionada com a autoestima, na medida em que quanto maior for o valor, o respeito e o carinho que temos por nós próprios, mais simples é a relação com os outros, estando assim associada a um desempenho social bem-sucedido.

O EE reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade e utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

A assertividade constitui uma ferramenta fulcral no desempenho do EE na gestão de conflitos, pois facilita o entendimento e conciliação dos interesses entre as partes envolvidas, procura a justiça e a durabilidade dos consensos, e potencia as interações positivas futuras (Hargie, Dickson, & Tourish, 2004).

Ao longo deste percurso académico a reflexão sobre o desenvolvimento e aquisição destas competências, despertou, potenciou e permitiu o crescimento pessoal e profissional da discente. Este crescimento traduziu-se numa maior consciência de si mesmo, fruto de análises reflexivas e introspectivas realizadas. A introspeção possibilita a consciencialização do impacto

das experiências vivenciadas no processo de mudança interior que ocorrem num *continuum*. As reflexões decorrentes da prática profissional, mas também da experiência vivida, incidiram sobre cognições, padrões de pensamentos, valores, emoções e sentimentos, bem como sobre as relações com os outros e as várias dinâmicas sociais. Por outro lado, foram também desenvolvidas a capacidade de escuta ativa, de servir de exemplo, de autocontrolo, as quais se manifestaram na consciencialização de si nas relações pessoais e profissionais, e de uma forma muito intencional na relação terapêutica e de ajuda estabelecidas com os utentes.

Estas competências e ganhos foram também evidenciadas no desenvolvimento de competências sociais e emocionais, através do contacto com a equipa multidisciplinar e com os utentes, estabelecendo relações interpessoais positivas e gratificantes, com consequências positivas ao nível da saúde mental. O desenvolvimento destas competências surge através do exercício de autoconhecimento que se reflete na capacidade de empatia para com a pessoa com DM. Segundo Goleman (2011), o conhecimento de si mesmo alimenta a empatia, isto porque quanto maior consciência se tem dos próprios sentimentos, melhor se consegue entender a emoção alheia. O ESMP compreende os processos de sofrimento e as implicações que a DM tem no projeto de vida da pessoa, e usa a excelência relacional, a mobilização de si mesmo e a relação de confiança e parceria com a pessoa, para aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução dos mesmos (OE, 2011). Na realização dos EC, em todos os contextos de estágio, foi-se ao encontro do sofrimento do outro, de compreender as suas necessidades, atitudes, limitações e falhas, mas também os seus talentos e qualidades. Consciente da importância de si como instrumento terapêutico, segundo Peplau (1952) cit in Howk (2004), a postura adotada pelo enfermeiro influencia a aprendizagem do paciente no momento em que recebe os cuidados de enfermagem. A construção destes processos terapêuticos foram momentos de grande reflexão sobre o impacto de si na relação, que levou à análise de si, dos seus valores e referências, e que se constituíram numa vivência transformadora da pessoa que é cuidada, mas também da pessoa da enfermeira. Estes processos reflexivos provocaram o aumento da tolerância para com os outros e para consigo mesma, e deste exercício cresceu o respeito mútuo que se tornou a base da relação estabelecida.

D2 - Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

A OE, no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem em saúde mental, advoga que o EEESMP incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, e que participe em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização (OE, 2015).

Ao atuar como formador, o EE diagnostica necessidades formativas, gere programas e dispositivos formativos, favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, e avalia o impacto da formação (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Para a OE, a formação e o desenvolvimento profissional são o pilar fundamental para a melhoria contínua de qualidade do desempenho profissional e, conseqüentemente, dos serviços prestados (OE, 2016). A formação contínua tem como objetivo proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de técnicas, sendo a sua função essencial a maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido (Hesbeen, 2001).

Na persecução da aquisição desta competência, e agindo como facilitador dos processos de aprendizagem, foram realizadas 4 formações em serviço nos vários contextos da prática especializada de ESMP, que tiveram como objetivos dar resposta a necessidades formativas identificadas pelas equipas e incorporar novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde, através da promoção da saúde mental das equipas.

Sessão de formação em serviço unidade de internamento psiquiatria (Apêndice I):

A formação em serviço realizada na unidade de Internamento de Psiquiatria intitulada “Gerir as emoções em tempo de pandemia”, decorreu no dia 20/07/2021, foi baseada nas necessidades formativas identificadas pela equipa e programada com a respetiva enfermeira supervisora. Foi realizada pesquisa bibliográfica que fundamentasse e aprofundasse o conhecimento sobre o tema, aplicando assim, na prática, a evidência científica. Foi realizado um plano de sessão e um cartaz de divulgação, e teve como objetivos promover a identificação das emoções, suas características e funções neste contexto de pandemia; refletir sobre a

importância das emoções nas relações interpessoais e nas relações sociais; promover a aquisição de estratégias de regulação de emoções, estimulando a reflexão sobre os relacionamentos, comportamentos sociais e sentimentos. Foram abordados conceitos de emoções, características das emoções, função das emoções, distinção entre sentimento e emoção, inteligência emocional, pilares da inteligência emocional e estratégias para promoção da regulação emocional em contexto pandémico. Houve espaço para a partilha de experiências, numa perspetiva de transpor o conhecimento adquirido para a *praxis*.

Os participantes refletiram sobre as suas experiências, bem como nas dificuldades sentidas enquanto equipa. Alves (2008) cit in Querido (2015), considera que a discussão que leva ao processo reflexivo individual e coletivo dos profissionais e conseqüente tomada de decisão, leva à integração do conhecimento.

A avaliação global da sessão, pelos participantes, baseadas nas suas narrativas e na avaliação dos questionários de avaliação foi muito positiva. Os enfermeiros agradeceram a abordagem dos conteúdos e reconheceram a importância da temática considerando-a muito pertinente e atual, “numa altura em que andamos saturados da pandemia, com elevados níveis de ansiedade, falar sobre emoções alerta-nos para a importância de usarmos estratégias para promover a nossa saúde mental e estar atentos aos outros!” (sic); “foi um momento de catarse, devíamos ter mais momentos destes!” (sic).

A dimensão de desenvolvimento das aprendizagens profissionais concretizou-se na dinamização dos momentos formativos com as equipas. O exercício de identificação das necessidades formativas da equipa, a procura e aquisição de conhecimento científico sólido, a construção do plano das sessões e da abordagem e condução das mesmas junto dos profissionais, a avaliação do impacto da mesma, constituiu-se como um momento de desenvolvimento de competências de EE nos domínios A, B, C, D e F. Na medida em que foram cumpridas as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, (domínio A); foi disseminada a sua apropriação junto dos pares (domínio B); foi realizada a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa multiprofissional para a participação na mesma (domínio C); a *praxis* foi baseada em conhecimentos sólidos (domínio D); foram desenvolvidos, refletidos e exercitados o autoconhecimento e a consciência de si enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, assim como a assertividade (domínios D e F).

Os EC realizados, em todos os estágios, proporcionaram a integração da investigação em Enfermagem nos cuidados prestados. A sua realização, usando métodos adequados de pesquisa, e fundamentada em referenciais teóricos, geraram conhecimentos com validade científica. Permitiram, também, a análise da prática de forma crítica, possibilitando a melhoria progressiva dos cuidados diferenciados prestados, assim como a evolução profissional. A realização do projeto de melhoria contínua da qualidade com a divulgação dos seus resultados junto da equipa multidisciplinar constituiu-se também um exercício de demonstração da investigação em enfermagem através da prática baseada na evidência e do papel diferenciador do EEESMP como elemento facilitador das aprendizagens profissionais.

Assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), a discente integrou a comissão organizadora das Jornadas “Mais acesso melhor saúde - capacitar as populações vulneráveis” (Anexo II) decorridas a 25 e 26 de fevereiro 2022, onde também apresentou a comunicação livre “CHL+ - Programa de intervenção Psicoeducativa de Promoção de Saúde Mental nos Profissionais do CHL” (Anexo I). Foi co-autora da comunicação oral “Avaliação da família em cuidados paliativos: um estudo de caso” apresentada no 3º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, 2º Congresso Ibérico de Saúde Familiar Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade, que decorreu nos dias 21, 22 e 23 de outubro de 2021 (Anexo III). Participou no Angelini University Award! 2020/2021, na qualidade de estudante, sobre o mote de Soluções de Crises em Saúde – identificar, gerir e cuidar, com o projeto: Projeto Curae... de mim (Anexo IV). Dinamizou e elaborou a formação dirigida ao serviço de Psiquiatria de Saúde Mental “As emoções em tempo de pandemia” no dia 20 junho 2021 (Anexo V). Candidatou-se ao orçamento participativo da OE com o Projeto TranSMutar - Projeto de prevenção da DM na pessoa enlutada, tendo a apresentação pública acontecido a 29 em novembro 2021 (Anexo VI).

A concretização destes projetos, além da divulgação do conhecimento, foram momentos de grande empenho pessoal e profissional, do qual resultou um evidente crescimento.

No sentido do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que permitam adquirir uma base sólida de conhecimentos, importantes para a prática especializada e a prestação de cuidados diferenciados e seguros, frequentaram-se diversas sessões de formação no âmbito

da Saúde Mental, nomeadamente: “Webinar - A Enfermagem de Saúde Mental na Comunidade formação acreditada pela OE decorrido a 16 dezembro, 2020; 1º congresso internacional “O cuidados centrado no cliente e nos padrões de qualidade”, decorrido a 7 outubro 2021; Seminário “Autonomia e Consentimento Informado” decorrido a 22 janeiro 2021; “Curso +Contigo” decorrido a 13, 14 e 15 de setembro 2021 e as “Jornadas mais acesso melhor saúde - capacitar as populações vulneráveis” decorrido a 25 e 26 de fevereiro 2022.

A participação nestes momentos formativos foram importantes momentos de aquisição e atualização de conhecimentos, fundamentais para uma *praxis* clínica baseada em evidência científica. É nestes momentos de aquisição de conhecimentos válidos, atuais e pertinentes que se alicerçam os processos de tomada de decisão, e as intervenções diferenciadas.

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

A ESMP tem como foco a promoção da SM, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou DM.

De acordo com o Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto, a prática clínica em ESMP distingue-se das demais especialidades nas suas competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem que o enfermeiro EEESMP desenvolva um juízo clínico singular e permitem que estabeleça relações de confiança e parceria com o cliente, aumentando o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução para os mesmos. No processo de cuidar da pessoa/família/grupo/comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da SM, na prevenção da DM, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O EEESMP, através do seu conhecimento aprofundado e das suas competências especializadas, compreende os processos de sofrimento da pessoa, a alteração e perturbação mental e as suas implicações no projeto de vida desta, o seu potencial de recuperação e a forma como a SM é afetada pelos fatores contextuais. Desenvolve ainda um processo de cuidar assente na relação de confiança e parceria com o doente, que lhe permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz.

O EEESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Com esta prática clínica, no que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com DM, as intervenções do EEESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família, face aos problemas específicos relacionados com a DM (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Reconhecendo a importância dos ganhos em saúde atribuídos aos cuidados prestados por EEESMP e a especificidade da sua prática clínica, o Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto define o perfil de competências específicas do EEESMP. Segundo o referido documento, as competências específicas do EEESMP são: “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1); assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2); ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (F3); presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (F4)”.

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

Esta competência relaciona-se com a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, central para a prática de enfermagem de saúde mental.

F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Tomar consciência de si mesma durante a relação terapêutica foi um objetivo definido neste percurso de aprendizagem, espelhado em todos os projetos de estágio. Deter um elevado conhecimento e consciência de si, significa conhecer-se, ter entendimento de si, da sua individualidade, saber quem se é, tem subjacente o autoconceito. Huitt (2004) cit in Townsend (2011, p. 250) define autoconceito como “a componente cognitiva ou de pensamento do *self*, refere-se à totalidade de um sistema complexo, organizado e dinâmico de crenças aprendidas, atitudes e opiniões que cada pessoa tem como verdadeiras sobre a sua existência pessoal”.

Esta primeira competência está profundamente imersa no indivíduo, na pessoa que é o enfermeiro, está relacionada com o *eu*, e de que forma esse *eu* está presente na relação com o outro. É necessário dizer quem se é para saber o que se reflete para o outro.

O percurso do conhecimento de si percorre-se na introspeção reflexiva, na autoanálise. A autoanálise é a consciência e percepção de si ou do acontecimento, o esclarecimento dos seus valores e comportamentos, a exploração dos sentimentos sentidos antes, durante e/ou depois de um acontecimento. A autoanálise é um processo profundamente dinâmico, que altera o *eu* que analisa, onde o *eu* analisado, se torna num novo *eu* depois da análise.

Ao conhecer-se a pessoa torna-se mais seguro, menos ansioso, e com maior poder de gestão das emoções, diminuindo o sofrimento emocional. Ao conhecer-se, assume-se o controle da própria vida, torna-se autor da própria história no palco da vida (Cury, 2004).

Esta competência é centrada no *eu* que é o enfermeiro, porque reconhece que a realização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, implicam a mobilização de si próprio, numa capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. A mobilização de si reflete-se na capacidade de estabelecer relações terapêuticas e condiciona os resultados esperados das intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas desenvolvidas (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

A tomada de consciência de si na relação terapêutica e nas intervenções psicoterapêuticas que executa, obriga a um conhecimento profundo e seguro da pessoa do enfermeiro, na rápida identificação e monitorização das suas reações emocionais, comportamentais ou corporais, conseguido na prática refletida, para que o foco seja a relação e a pessoa, e não o enfermeiro.

Este entendimento de si, pessoal e profissional, foi-se realizando ao longo da vida, mas de forma mais consciente, consistente, intencional e gradual neste percurso académico, e esteve

implícita em todas as atividades realizadas, em todos os contextos da prática especializada e de uma forma particularmente refletida, na concretização das intervenções efetuadas nos EC. Nas reflexões efetuadas ao longo deste percurso académico, quer individualmente, quer com os enfermeiros orientadores e com os pares, na construção das intervenções, na análise do percurso dos estágios, assim como da reflexão diária do percurso pessoal feito, reconhece-se o aumento do seu autoconhecimento, e isso refletiu-se na sua capacidade de empatia para com a pessoa com DM, e na perceção de segurança na relação com o outro. Os trabalhos/reflexões escritos e orais realizados ao longo deste percurso académico constituíram-se momentos importantes de treino de expressão de sentimentos e de habilidades comunicacionais. Os mesmos sustentaram o autoconhecimento e o aperfeiçoamento pessoal e profissional, manifestado numa maior abertura nas relações interpessoais. A prática da autorreflexão e autoanálise, promoveram a consciência de si mesma e foram potenciadoras de desenvolvimento pessoal e profissional.

Identificou-se “no aqui-e-agora”, emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar” (competência F1.1.1); tomou-se consciência de si mesma durante a relação terapêutica: exercitou-se o “estar atenta”, e analisou-se, com sentido crítico, sentimentos, emoções e valores que pudessem interferir na relação terapêutica com os utentes ou equipas multidisciplinares e instituiu-se uma análise diária da experiência vivida, que trouxe desenvolvimento pessoal e profissional.

Geriram-se fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica, mantendo os limites da relação profissional e preservando a integridade do processo terapêutico (competência F1.1.2). Estes fenómenos ocorrem no desencontro entre a pessoa e o terapeuta (Shaker, Muran, & Safran, 2014) e são sustentados nas perceções, associados ao sistema de valores e crenças, ao qual o enfermeiro deve estar atento, validando na comunicação, a trave-mestra da relação em SMP, as suas perceções sobre o que as pessoas sentem, pensam e vivem (Phaneuf, 2005). A gestão destes fenómenos foi mais exigente nas intervenções em grupo, onde se ficou exposta ao escrutínio conjunto e a complexidade das interações foi maior. A este respeito Phaneuf (2005), reforça que a postura corporal, as atitudes corporais, os gestos, a distância assumida, o contacto visual e a expressão facial, a voz, o toque, a respiração, o silêncio e a aparência geral são

elementos importantes que podem prejudicar ou potencializar a comunicação. Nestes momentos, a presença do enfermeiro orientador foi crucial na análise crítica das situações vivenciadas, que se constituiu uma ferramenta de desenvolvimento das aprendizagens, de tomada de consciência e atenção a si na relação que se estabelece com o(s) outro(s).

No decurso dos estágios manteve-se o contexto e limites da relação profissional, preservando a integridade do processo terapêutico (competência F1.1.3). Esta competência, fundamental em enfermagem, reveste-se de particular importância em ESMP. O enfermeiro ESMP na relação de confiança e parceria que estabelece com a pessoa foco da sua prática, no uso que faz de si como instrumento terapêutico e como exemplo, reconhece o limite e contexto da relação, essencial na integridade do processo terapêutico. Este dar de si mesmo na relação, constitui-se uma ferramenta terapêutica fundamental para o sucesso da relação que não pode ultrapassar os limites do profissional. A análise refletida realizada, com os supervisores e individualmente, sobre as balizas dos limites da relação, que não são estanques e que têm que ser ajustadas em cada situação, esteve presente em todas as intervenções terapêuticas realizadas e foi promotora de desenvolvimento profissional e pessoal.

Ao longo deste processo, monitorizaram-se as reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica (competência F1.1.4). Isso foi especialmente percebido e vivenciado em momentos concretos da relação terapêutica no decorrer dos EC.

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

A SM é uma dimensão fundamental da saúde, pois não há saúde sem SM (Sequeira e Sampaio, 2020). Otimizar a SM significa então, promover a saúde, prevenir a doença e recuperar da DM. A promoção da SM busca e valoriza fatores que protegem a SM e procura reduzir fatores prejudiciais à mesma. A promoção da saúde constitui-se numa estratégia e ferramenta fundamental no bem-estar das pessoas/grupos e comunidades. O nível de SM de uma população condiciona o funcionamento das comunidades, das organizações, dos locais de trabalho. Por outro lado, as condições ambientais onde se vive, trabalha e acontecem as atividades de lazer influenciam o nível de saúde mental de cada indivíduo. Ora, perante isto,

é necessário a construção de políticas públicas saudáveis que promovam a criação de ambientes favoráveis à saúde e a capacitação das comunidades na promoção da saúde (Gomes 2018, citado em Sequeira e Sampaio, 2020). O EEESMP ao reconhecer que a condição de SM das populações é fortemente determinada por fatores sociais e ambientais, considera e utiliza estes elementos na sua prestação dos cuidados (Sederer, 2016).

Ao prestar assistência na otimização da SM, o EEESMP parte da avaliação global da pessoa/comunidade, tendo em conta o seu ciclo vital, o seu estadio de desenvolvimento e o seu contexto de vida. Esta avaliação tem como objetivo a identificação das necessidades da pessoa/grupo ou comunidade e deve recorrer ao uso de estratégias, métodos e instrumentos de avaliação que possibilitem o estabelecer da relação de ajuda frutífera.

A entrevista em enfermagem de SMP é insubstituível na concretização de diagnósticos de enfermagem, na avaliação do estado mental e no estabelecimento da relação interpessoal entre o enfermeiro/pessoa e família. As entrevistas, como ferramenta de avaliação, são modos de avaliar as capacidades internas das pessoas para perceber o seu grau motivacional e a adesão à mudança, assim como as condições emocionais, comportamentais e cognitivas e as suas complicações (OE, 2017).

A entrevista é o principal recurso para obter dados e avaliar a pessoa e tem como objetivo a compreensão profunda do que se passa com a pessoa, a descoberta do modo como experimenta a situação que lhe causa problema, a clarificação da sua vivência e a descoberta de meios ou recursos que permitam uma mudança (Chalifour, 2009). No decorrer da entrevista, a observação constitui-se uma ferramenta complementar importante no processo de colheita de dados. Observar significa “prestar atenção e olhar cuidadosamente alguém” (INC, 2021). Na entrevista de colheita de dados, a observação permite analisar a forma como a pessoa reage à situação, esperada ou não, os seus comportamentos, a forma como comunica, a sua linguagem verbal e não verbal (Sequeira e Sampaio, 2020).

Na prática clínica de enfermagem em SMP e à luz da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, a avaliação global, centrada na abordagem de enfermagem psicodinâmica, consiste em compreender o comportamento dos seres humanos, para que uns possam ajudar outros a identificar as dificuldades percebidas, e a aplicar os princípios de relação interpessoal aos problemas identificados em todos os níveis de experiência, onde a enfermagem se constitui como uma ferramenta educativa que tem como objetivo promover o progresso da

personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária. Este sistema leva ao crescimento pessoal, compartilhado entre o enfermeiro e o doente, a partir do estabelecimento de uma relação interpessoal entre ambos, no processo de cuidar, onde o paciente e o enfermeiro são protagonistas na procura de objetivos em comum que consistem na recuperação, na humanização e na qualidade de vida (Howk, 2004).

É na comunicação que se alicerça a relação. É através da comunicação que se acede ao outro, à sua história, ao seu contexto e às suas necessidades, é na comunicação que se processa a tomada de decisão (Sequeira e Sampaio, 2020).

Todos estes fatores são essenciais para a concretização do processo de avaliação que “exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.” (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

A avaliação das necessidades da pessoa/grupo/comunidade, é sempre o ponto de partida para a intervenção diferenciada em SMP. A aquisição desta competência de avaliação abrangente das necessidades em SM (F2.1) fica demonstrada em todas as intervenções realizadas na prática especializada, dado que todas as intervenções partiram da identificação de uma necessidade em SM. A intervenção em contexto escolar (Apêndice V) partiu de uma necessidade identificada pelo gabinete de apoio ao estudante, em articulação com os professores da escola, que identificaram alterações no comportamento das turmas e das relações estabelecidas entre os estudantes, aquando do regresso do confinamento provocado pela pandemia Covid-19. A intervenção feita junto dos casais grávidos (Apêndice VI) aconteceu na sequência da verbalização pelas grávidas que frequentavam o curso de preparação para a maternidade de maiores níveis de ansiedade e de falta de literacia em saúde mental perinatal. A intervenção feita com os profissionais de saúde na promoção da saúde mental positiva – “CHL+” (Apêndice IV) veio na sequência de uma necessidade sentida e identificada pelos mesmos da falta de estratégias promotoras de saúde mental positiva. As formações em serviço realizadas em todos os estágios partiram do levantamento e diagnóstico das necessidades formativas das equipas (Apêndices I, II e III). O programa SaudavelMente Grávida partiu da necessidade identificada pelos profissionais e comprovada pelos instrumentos de caracterização da população, aliada à literatura.

Em todos os contextos da prática especializada de ESMP foram realizados estudos de caso,

que tiveram por base a identificação das necessidades de intervenção diferenciada em SM respetivos utentes. Estes demonstram a avaliação da SM da pessoa e/comunidade e a repercussão para a SM da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos (F2.1.1.). A realização dos estudos de caso permitiu, ainda, a avaliação global e uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de SM do indivíduo e família (F2.2). Foi com base nesta avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de SM da pessoa com DM (F2.2.1) que se identificaram as necessidades sentidas e expressas e delineado o respetivo plano de intervenção de EEESMP.

Estas avaliações aconteceram através de entrevistas, que seguiram guiões de colheita de dados, de avaliação do estado mental da pessoa, recorrendo a ferramentas como o genograma e ecomapa, e onde foram desenvolvidas técnicas observacionais, análise e interpretação das atitudes, emoções e medos, de forma que possibilitassem uma melhor compreensão do estado de SM. Estas entrevistas conduziram à execução de uma avaliação global, que permitiu uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de SM do indivíduo e família (F2.2.2.). No decorrer deste processo de identificação das experiências da pessoa e dos fatores predisponentes de perturbação mental, executou-se a avaliação das capacidades internas da pessoa e recursos externos, para manter e recuperar a SM (F2.2.2.). A orientação do pensamento para a definição de diagnósticos e/ou para a caracterização do problema esteve presente na avaliação do impacto que o problema de SM tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia (F2.2.3).

De forma a enquadrar a problemática, descreve-se brevemente o estudo de caso de Ana, onde se demonstra o processo de avaliação global da utente. O EC recaí sobre uma adolescente, Ana (nome fictício), de 18 anos, internada pela primeira vez num SPSM, por uma Intoxicação Medicamentosa Voluntária (IMV). O internamento teve a duração de 14 dias. Foi realizada uma primeira abordagem de intervenção em crise, indo ao encontro das necessidades da utente, que se encontrava num estado de grande ansiedade e tristeza, na sequência de um telefonema dos pais. Foi programada uma segunda intervenção para o dia seguinte, onde houve então lugar à entrevista de colheita de dados, seguindo um guião de orientação da entrevista e sistematizar a avaliação do estado mental. A observação com foco na comunicação não-verbal, fonte de significados, permitiu um melhor conhecimento de Ana. O

objetivo da avaliação inicial é recolher informações que permitam orientar o pensamento para definição de diagnósticos e/ou para a caracterização de um problema (Sequeira e Sampaio, 2020). A entrevista de avaliação permitiu que Ana falasse abertamente de si, da causa do internamento, do seu percurso de vida e contexto familiar e relacional, de acontecimentos marcantes da sua vida e das suas expetativas futuras. A observação da comunicação não-verbal que está “impregnada de significados e também é uma forma de expressão emocional” (Loureiro, 2013, p. 43). À medida que a entrevista avançava, foi-se criando proximidade entre a utente e a enfermeira, onde a comunicação terapêutica foi a ponte desta aproximação. Ana cruzava pontualmente o olhar com o da enfermeira, e progressivamente foi diminuindo a manifestação dos níveis de tensão. Com o objetivo de compreender o contexto de vida de Ana, foram elaborados o Genograma e o Ecomapa. Estes facilitaram a identificação da constituição familiar e dos sistemas em que Ana está inserida. São retratos gráficos da história e do padrão familiar, que identificam a estrutura básica, o funcionamento e os relacionamentos da família (Genograma) (Muniz & Eisenstein, 2009), bem como os sistemas em que a pessoa se inclui e as relações que estabelece com o meio envolvente, no fundo dá a imagem do sistema ecológico (Ecomapa) (Agostinho, 2007). Estes instrumentos facilitaram a visualização do contexto familiar, com foco na pessoa.

Esta avaliação global da utente, recorrendo a ferramentas de ESMP, como a entrevista de colheita de dados, a avaliação do estado mental, a comunicação terapêutica, os instrumentos de avaliação dos vários sistemas em que a pessoa vive, permitiram a identificação das necessidades em saúde, o reconhecimento dos fatores protetores e de risco de Ana: personalidade *borderline* ou antissocial; história de comportamento autolesivo anterior; distúrbios da ansiedade e/ou stresse; sentimento de desesperança; reduzido suporte familiar e/ou social; baixa autoestima; diminuída capacidade de resolução de problemas; acessibilidade a meios potencialmente letais e impulsividade. Este levantamento levou à elaboração do plano individual de cuidados, em parceria com Ana, e a implementação de técnicas específicas em ESMP.

O plano de cuidados foi negociado com a utente de acordo com a priorização dos problemas por si identificados. A construção do plano de cuidados teve como referência a TRI de Hildegard Peplau e o Padrão de Qualidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018). Foram identificados os diagnósticos de enfermagem de acordo com a linguagem

CIPE® (ICN, 2021): Ansiedade presente, autocontrolo da ansiedade ineficaz, autoestima comprometida, esperança comprometida, *coping* ineficaz, processo familiar comprometido, comportamento autolesivo presente. A aplicação do plano de cuidados, com uso de intervenções diferenciadas de ESMP, como a resolução de problemas, treino de assertividade através de *role play*, a promoção da esperança, entre outras, resultou na melhoria global de todos os diagnósticos de enfermagem levantados. Trabalhar a esperança, enquanto intervenção de enfermagem de SMP, em contexto de internamento, constitui uma estratégia de *coping*, colocando-se o enfoque nas possibilidades do presente, preparando o futuro, assente na confiança, em objetivos realistas, reforçando a SM e a redução da ansiedade (Sequeira e Sampaio, 2020).

Este EC mostra que, mesmo que o futuro constitua incerteza, a intervenção de enfermagem de SMP faz diferença na construção de caminhos de promoção de autoestima e esperança, e da redução de ansiedade.

Assim, este EC permitiu o desenvolvimento de competências de comunicação terapêutica e relação de ajuda, o treino no uso de instrumentos de avaliação em SMP, como o uso de escalas, a observação e escuta, assim como de intervenções específicas de ESMP, e mostra a execução da avaliação das capacidades internas da pessoa e recursos externos, para manter e recuperar a SM (F2.2.2). A orientação do pensamento para a definição de diagnósticos e/ou para a caracterização do problema esteve presente na avaliação do impacto que o problema de SM tem na qualidade de vida e bem-estar do utente, com ênfase na funcionalidade e autonomia (F2.2.3)

No que diz respeito à unidade de competência F2.3 - coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da SM e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos – destaca-se o Projeto de melhoria contínua da qualidade – “CHL+” dirigido aos profissionais de saúde, (Apêndice IV) já anteriormente descrito neste documento. A construção e implementação do projeto permitiu a concretização de todos os critérios de avaliação, nomeadamente a implementação na comunidade de programas centrados na população que promovam o empoderamento e a SM, e que previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo (F2.3.1.). O “CHL+” representou a experiência de implementação de programas de promoção da SM em locais de trabalho (F2.3.4.). O projeto partiu de uma necessidade

sentida e identificada pela equipa de intervenção comunitária, aliado à evidência na literatura (Lluch-Canut e Sequeira, 2020), assim como da experiência pessoal e profissional das intervenientes. O impacto do programa foi expresso nos resultados obtidos de potenciação da autorreflexão e de promoção de estratégias de saúde mental positiva dos enfermeiros do serviço de psiquiatria. Destaca-se, também, o Projeto “TranSMutar” - projeto de intervenção psicoterapêutico junto da pessoa enlutada, em contexto comunitário. O projeto tem como objetivo capacitar a pessoa enlutada com risco moderado de Perturbação de Luto Patológico com estratégias promotoras de luto adaptativo, através de uma intervenção psicoterapêutica potenciadora de ganhos em saúde, promovendo a alteração positiva na escala de avaliação da perturbação de luto prolongado PG13. Este projeto foi desenvolvido junto com outra mestranda, no âmbito da unidade curricular de Promoção da SM e foi divulgado publicamente em eventos científicos no decorrer dos ensinamentos clínicos. Embora ainda não tenha sido implementado, foi candidato ao Orçamento Participativo da OE, do qual recebeu a aprovação e incentivo do júri.

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

A OE preconiza a gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade dos mesmos, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades diversificadas como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Esta terceira competência, que tem como foco a recuperação da SM, implica a aplicação do processo de enfermagem enquanto metodologia científica de intervenção em SMP.

Para Townsend (2011), o Processo de Enfermagem em SMP é dinâmico e contínuo, que se mantém enquanto o enfermeiro e o cliente interagirem em direção à mudança esperada.

O processo de enfermagem em SMP consiste em seis etapas: a apreciação, onde há a recolha de dados de saúde abrangentes e que são pertinentes para a saúde ou situação da pessoa; o diagnóstico, onde se analisa os dados de avaliação para determinar diagnósticos ou

problemas, incluindo nível de risco, que exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, e pensamento crítico; a identificação dos resultados esperados para um plano personalizado ao doente ou à situação; o planeamento, onde se desenvolve o plano que prescreve estratégias e alternativas para obter resultados esperados, a implementação do plano definido e a avaliação, onde se aprecia o progresso respeitante aos resultados esperados e à eficácia dos cuidados (Towsend,2011).

O diagnóstico em enfermagem descreve a condição da pessoa, facilitando a prescrição das intervenções e estabelecendo os parâmetros de resultados.

Segundo Amaral (2010), a atuação autónoma do EEESMP é baseada na prescrição de intervenções de enfermagem que envolvem as relações interpessoais com os doentes/familiares, grupos e comunidades, através das várias interações e transações que diariamente desenvolve nas suas atividades.

Na perspetiva da Enfermagem Psicodinâmica de Peplau, o foco recai sobre a relação interpessoal e envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece no âmbito da relação terapêutica com o doente (O'Toole & Welt, 1996 cit in Almeida, et al., 2005) Para Peplau, a relação enfermeiro-doente acontece em 4 fases: Orientação, Identificação, Exploração e Resolução, que, apesar de independentes, se sobrepõem e ocorrem durante o tempo da relação (Howk, 2002).

Fazendo a ligação destes constructos do processo de enfermagem com a enfermagem Psicodinâmica, esta é entendida como um processo interpessoal, cujo foco está centralizado na relação entre o enfermeiro e o utente. E é nesta interação relacional compartilhada que o processo de cuidar se transforma em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal. (Peplau, 1990, referida por Almeida, et al., 2005).

A apreciação ou avaliação diagnóstica acontece na fase de orientação. O indivíduo sente uma necessidade e procura ajuda profissional. O enfermeiro ajuda o utente a reconhecer e compreender o seu problema, e ambos assumem partes igualmente importantes na relação terapêutica (Peplau, 1952 cit in Howk, 2002); o utente fornece pistas acerca da forma como visualiza as suas necessidades e o enfermeiro tem oportunidade de reconhecer as suas carências de informação e compreensão do problema. Perante as necessidades identificadas, o enfermeiro, em colaboração com outros elementos da equipa, orienta o utente acerca do

problema e de suas implicações (Peplau, 1990 cit in Almeida, et al., 2005).

A fase da Identificação corresponde à etapa do diagnóstico, onde se faz recurso da utilização da linguagem CIPE (ICN, 2021) que utiliza um padrão internacional que facilita a recolha e análise de dados de enfermagem. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Nesta etapa de identificação, o enfermeiro foca-se na ajuda ao utente na consecução de uma aprendizagem construtiva, a qual ocorre quando ele pode centrar-se nos elementos essenciais da situação, mediante os seus próprios esforços, e quando pode desenvolver respostas independentemente do enfermeiro (Peplau, 1990 cit in Almeida, et al., 2005).

Na identificação de resultados, Peplau considera que o objetivo da enfermagem é ajudar os indivíduos e a comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva as suas vidas, e os objetivos a atingir deverão ser estabelecidos pelo enfermeiro e pelo utente com vista a obter resultados satisfatórios (O'Toole & Welt, 1996 cit in Almeida, et al., 2005).

A fase da exploração corresponde às etapas do planeamento e implantação e refere-se ao processo de obtenção dos melhores benefícios possíveis. O utente faz pleno uso dos serviços que lhe são oferecidos. A atuação do enfermeiro é continuar a promover a satisfação do utente em relação às suas necessidades. O enfermeiro, conforme avança a recuperação, deverá estabelecer novas metas no intuito de diminuir a identificação do utente com a pessoa que lhe prestou ajuda (Peplau, 1990 cit in Almeida, et al., 2005).

A última etapa, de avaliação, corresponde à fase de resolução da TRI. É caracterizada como um fenómeno psicológico em que o paciente abandona os laços adquiridos e prepara-se para regressar a casa. Para que a resolução aconteça de forma bem-sucedida, há a necessidade da libertação gradual da identificação com o enfermeiro e o fortalecimento da autonomia (Peplau, 1990 cit in Almeida, et al., 2005).

Outro conceito implícito nesta competência é a gestão de caso. Esta pode ser definida como um processo que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções de serviços, destinados a responder às necessidades de pessoas mais vulneráveis com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde (Mullahy & Jensen, 2004

cit in OE, 2021). A gestão de caso estrutura-se a partir de uma equipa multidisciplinar que organiza um modelo colaborativo e articulado, transcendendo as áreas de especialização individuais (Casarin et al., 2002 cit OE, 2021).

A gestão de caso desenvolvida pelos EEESMP encontra a sua maior valorização na possibilidade de criar com as pessoas uma maior compreensão e validação das suas necessidades individuais e recursos favoráveis ao autocuidado, assim como a possibilidade de desenvolver uma relação de confiança mútua (Blancett & Flarey, 1996; Yamashita, Forchuk, & Mound, 2005 cit in OE, 2021). O enfermeiro, no contexto de negociação dos cuidados e do processo assistencial que promove, permite à pessoa a possibilidade de fazer escolhas informadas no seu percurso de recuperação, promovendo a sua independência. (Weydt, 2001 cit in OE, 2021).

Durante a prática especializada, foram identificadas necessidades dos utentes, seja ele o indivíduo, a família, o grupo ou a comunidade, no âmbito da SM. Compete ao EE elaborar e implementar um plano de cuidados individualizado em SM ao utente e à sua família, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem e resultados esperados com as intervenções. Integrou-se assim, também a experiência e figura de gestor de caso, visível nos estudos de caso realizados.

Na demonstração desta competência de ajuda a pessoa a recuperar a SM, que reflete as etapas do processo de enfermagem, o EEESMP estabelece o diagnóstico de SM da pessoa (F3.1); identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos utentes, mobilizando indicadores sensíveis em SM (F3.2.); realiza e implementa o planeamento de cuidados em SM de um grupo ou comunidade (F3.3.); realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em SM ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados (F3.4.); recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o utente a obter o acesso aos recursos apropriados, e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde (F3.5) (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

A demonstração da aquisição da competência F3 fica evidenciada no EC desenvolvido em contexto de cuidados diferenciados, no serviço de intervenção comunitária com a pessoa e portadora de Perturbação Afetiva Bipolar e família. Neste acompanhamento recorreu-se aos

constructos da TRI, tendo a pessoa, a experiência que ela tem com a DM, as suas necessidades identificadas e a relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o utente/família como o centro do processo de cuidar, que se transforma em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal.

Neste processo terapêutico interveio-se no acompanhamento do processo de reabilitação de um utente e sua família, com Perturbação Afetiva Bipolar (PAB), com décadas de evolução, e na sequência de mais um episódio de internamento, por descompensação da doença.

As intervenções de enfermagem efetuadas com o Pedro (nome fictício) e sua família, que foram alvo deste EC, aconteceram ao longo de 5 semanas, na sequência de intervenções já anteriormente iniciadas pela equipa de intervenção comunitária, assumindo o papel de gestor de caso, agindo como terapeuta de referência, garantindo a continuidade de cuidados, a implementação de estratégias individualizadas para que o utente e sua família desenvolvam conhecimentos e estratégias adaptativas, para melhor gerir o seu problema (F3.5; F3.5.1). As intervenções aconteceram no domicílio do utente. A elaboração do plano de cuidados teve como base as entrevistas de colheita de dados, que foram feitas individualmente junto dos familiares e do utente, e teve em conta o *feedback* das intervenções já realizadas pela equipa de intervenção comunitária, de forma que este fosse de acordo à realidade concreta do utente, no seu contexto familiar. As entrevistas permitiram identificar os problemas e as necessidades específicas do utente e família (F3.1.1) e avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais, ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar (F3.1.2).

Realizou-se pesquisa bibliográfica sobre a pessoa com PAB e intervenções de enfermagem em SM à pessoa com esse diagnóstico, aplicou-se o processo de enfermagem, promoveu-se a relação de ajuda e relação terapêutica alicerçada na relação interpessoal, desenvolveu-se competências de comunicação, facilitou-se a expressão de sentimentos, treinou-se e melhorou-se a técnica de entrevista terapêutica, promoveu-se a autoconsciencialização, incentivou-se a modificação do comportamento.

As intervenções realizadas tiveram como modelo a TRI e por base os seguintes diagnósticos de enfermagem, aplicando sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental (F3.1.9), catalogados de acordo com linguagem CIPE® (ICN, 2021): Ansiedade

presente em grau reduzido, hipersónia, risco de não adesão ao regime terapêutico e processo familiar comprometido.

Com o intuito de avaliar os resultados, foram definidos indicadores sensíveis aos cuidados em SM (F3.2.1), usando instrumentos de avaliação padronizados, nomeadamente a escala de ansiedade Hamilton e a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, que se constituem uma mais-valia no planeamento e execução das intervenções. Indo ao encontro do defendido por Gardona e Barbosa (2018, p.19) os “instrumentos de avaliação na prática clínica são recursos com capacidade de identificar, de maneira objetiva, importantes alterações físico-psíquico e espirituais, de aferir fenómenos subjetivos, de acompanhar de forma regular a progressão, retrocesso ou estagnação de um estado de saúde-doença” (F3.2).

A construção do plano de cuidados foi assente nas necessidades identificadas pelo utente e familiares, e negociados com estes de modo que estes se envolvam no processo e identifiquem os resultados obtidos. Neste âmbito, foi aplicado o processo de enfermagem, desde a apreciação, onde se recolheu dados através da entrevista, o diagnóstico, a identificação dos resultados esperados, o planeamento e implementação do plano individual de cuidados à respetiva teoria das relações interpessoais. As intervenções realizadas foram alicerçadas nas prescrições de enfermagem em SM à pessoa com esse diagnóstico e usou-se como ferramentas a relação de ajuda e relação terapêutica construída na relação interpessoal, a comunicação, a expressão de sentimentos, a empatia, a autoconsciencialização, e a promoção da modificação do comportamento (F.3.4).

Os resultados atingidos mostram as unidades de avaliação F3.4.1 – foram concebidas estratégias de empoderamento que permitam ao utente e família desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a reduzir o risco de perturbação mental; F3.4.4 – atuou-se na monitorização do regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para melhorar a funcionalidade. F3.4.5 – elaborou-se e implementou-se o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade, e promoveu-se a integração familiar, assim como o reforço das capacidades da família (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto). Os resultados foram demonstrados na verbalização pelo utente do reconhecimento da importância da medicação, dos estilos de vida saudáveis, na aceitação do apoio de pessoas

significativas no seu processo de recuperação, no compromisso assumido de adesão ao regime terapêutico, na verbalização por parte do utente e família da melhoria da relação familiar que se encontrava mais harmoniosa, e na perceção do utente e sua família da evolução do processo de recuperação, que se encontra mais ativo e com melhoria do padrão do sono.

A elaboração deste EC põe em evidência o papel determinante que o EEESMP, que acompanha o utente no seu contexto de vida, tem no processo de recuperação das pessoas portadoras de DM. A realização de intervenções de enfermagem diferenciadas, estruturadas, alicerçadas na relação interpessoal, na relação terapêutica, na empatia, na comunicação, no acompanhamento de proximidade, indo ao encontro das reais necessidades identificadas pelo utente e seus familiares, no seu *habitat* físico, familiar e social, trazendo para a processo de reabilitação os atores de referência do utente, são geradoras de ganhos em saúde. Ao escutar o utente, encontramos os significados que este atribui à vida e à doença e identificamos as suas necessidades numa perspetiva de desenvolvimento pessoal. A construção de um plano de ação recorrendo a necessidades por si identificadas, parece ter impacto positivo na adesão ao plano de intervenção, e consequentemente nos resultados obtidos.

A realização deste EC, a possibilidade de acompanhar o utente no seu domicílio, dentro desta equipa multidisciplinar, constituiu-se um privilégio e vivência profissional de qualidade, ao participar naquilo que se considera serem cuidados de qualidade em saúde mental.

Este caso constituiu um exercício de EEESMP em que se “compreendem os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a SM é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2018, p.2). Ainda, e também, em concordância com a OE este caso resultou para a discente enquanto futura EEESMP na utilização e “mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolvendo vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018, p.2). O processo de acompanhamento do utente e família que levou à construção deste EC, é também um exercício de demonstração das competências adquiridas específicas e comuns do EEESMP (A; C; D; F1; F3; F4).

A implementação do planeamento de cuidados em SM de um grupo ou comunidade (F3.3) fica demonstrada com Intervenção Psicoeducacional e Comportamental em grupo – treino de relaxamento muscular progressivo (Apêndice VII), realizada em contexto de internamento hospitalar, a utentes com diagnóstico de ansiedade presente em grau elevado; com a intervenção realizada com os casais grávidos na prevenção do *baby-blues* e depressão pós-parto (Apêndice VI); com o projeto de melhoria contínua desenvolvido em contexto profissional, através da implementação do “SaudavelMente Grávida”; com programa “CHL+” (Apêndice IV); e na intervenção realizada na comunidade escolar - as emoções na turma (Apêndice V).

Com a realização da intervenção psicoeducacional e comportamental em grupo – treino de relaxamento muscular progressivo, (Apêndice VII) interveio-se, em grupo, na gestão da ansiedade. Nesta intervenção pretendeu-se capacitar os utentes para os benefícios das técnicas de relaxamento, promover a aquisição de estratégias de gestão e autocontrolo da ansiedade, com a melhoria do padrão de sono; a técnica da distração, desviando a mente de pensamentos inapropriados, da capacidade de concentração e estimulação da coordenação motora. Deste modo fica demonstrado a unidade de competência F3.3.1: compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra, responsabilizando-se pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.

Numa fase inicial foi explicado o conteúdo da intervenção e feito o convite à participação das utentes. De seguida foi efetuada a apresentação dos objetivos da sessão, do conceito de ansiedade, benefícios do relaxamento e a explicação da técnica de relaxamento muscular progressivo. Foi solicitado às utentes o preenchimento da escala de avaliação de ansiedade *Stai Y1* – Inventário de ansiedade-estado, à qual acederam prontamente, revelando *scores* de 57 e 46, que corresponde a níveis elevados de ansiedade. Foi uma sessão dinâmica, onde as utentes identificaram os seus sintomas físicos de ansiedade. Foi apresentada a técnica de relaxamento como uma ferramenta, de autocontrolo da ansiedade, e as suas vantagens na utilização regular. De seguida foi executada a sessão de relaxamento, com a duração de cerca de 15 - 20 minutos. A intervenção, embora não tenha decorrido como o planeado, uma vez que no final da técnica de relaxamento ambas as utentes adormeceram, impedindo a reaplicação da escala de ansiedade, permitiu confirmar a eficácia da intervenção. No dia

seguinte as utentes referiram os efeitos benéficos do relaxamento na redução da insónia inicial, e evidenciaram sensação de redução de ansiedade durante a realização da técnica.

A aquisição das unidades de competência: F3.3.2 “desenvolve, dirige e implementa programas de cuidados comunitários assertivos e integrados para pessoas com DMG” da unidade F3.3.4 “concebe, coordena e implementa, projetos de promoção da SM na grávida, através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré-natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais” e da unidade de competência F3.3.5, “planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socio-emocional, direcionados para áreas específicas”, (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto), fica demonstrada na intervenção realizada em contexto escolar, e na realização do projeto SaudavelMente grávida. Este programa psicoeducativo desenvolvido teve como população alvo grávidas com diagnóstico de ansiedade moderado ou elevado. Os objetivos do programa foram a capacitação da grávida, para a aquisição de estratégias face à redução da ansiedade e promoção da SM, promovendo a redução do *score* da Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal; melhorar a forma como é encarada e vivida a gravidez, reforçando competências e empoderamento da grávida, de forma a capacitá-la para o desempenho eficaz e equilibrado da sua condição, antes e depois do nascimento, vigiando e potenciando a sua saúde física e mental, e minimizar o impacto da ansiedade na vivência da gravidez e transição para a maternidade. Os resultados obtidos, medidos através de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, mostram que o programa teve alteração positiva do *status* do diagnóstico. Este projeto será explorado detalhadamente na Parte III deste relatório.

No desenvolvimento da aquisição desta competência de ajuda à pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a SM, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (F3) foi fundamental o apoio dos enfermeiros supervisores e das equipas multidisciplinares que permitiram a articulação entre a teoria e o exercício da prática, assim como a partilha com os pares sobre as experiências vividas.

As intervenções realizadas com pessoas com DM permitiram a interiorização do papel diferenciador do EEESMP na ajuda à pessoa com DM, assim como potenciaram o seu crescimento pessoal e profissional. Estas vivências possibilitaram o desenvolvimento de uma

perspetiva holística da pessoa com DM, a aquisição de conhecimentos técnicos, visíveis em mudanças identificadas na melhoria da capacidade empática e relacional, assim como na intencionalidade na melhoria dos cuidados prestados, no estar atenta, na comunicação estabelecida, na importância da relação interpessoal, pessoal e laboral, e não apenas em contexto académico e profissional.

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

A quarta competência, tem o foco na prestação de cuidados e nas ferramentas de intervenção em ESMP. A prestação de cuidados especializados de ESMP à pessoa/família/comunidade de forma a melhorar/promover a SM foi um objetivo deste percurso académico, transversal a todos os contextos da prática clínica. Ao longo da prática especializada em SMP, no sentido de ajudar o utente a alcançar um estado de SM próximo do que deseja, foram desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas e de psicoeducação individuais e em grupo, intervenções socioterapêuticas, práticas de comunicação verbal e não-verbal, assim como estratégias relacionais na relação interpessoal com a pessoa e família, de forma terapêutica e seguindo princípios essenciais como o respeito, a autenticidade, a compreensão empática, a compaixão, e a esperança, visando a redução do sofrimento, a promoção dos processos adaptativos e mudanças a nível comportamental.

O treino desta competência manifestou-se com a realização de múltiplas intervenções individuais e grupais, em cada contexto de estágio. Descrevem-se seguidamente algumas dessas atividades desenvolvidas.

Intervenção psicoeducativas em grupo – gerir as emoções em tempo de pandemia (Apêndice VIII). Em contexto de internamento foi realizada uma intervenção psicoeducativa grupal. Teve como objetivo a gestão das emoções em tempo de pandemia, e como objetivos específicos: promover a identificação das 5 emoções básicas experienciadas pelo utente ao longo da vida; promover a interação social através da expressão de emoções através da comunicação não verbal; promover a identificação das emoções experienciadas durante a pandemia; identificar as principais implicações da pandemia na gestão destas emoções; e promover a identificação

de três estratégias que o utente com DM pode utilizar para gerir as emoções.

A intervenção incidiu sobre os utentes internados no serviço de psiquiatria que reuniam condições para participar. Excluíram-se da intervenção os utentes com agitação psicomotora, com delírio em fase ativa, que pudessem perturbar ou comprometer o normal decorrer da sessão. Participaram 5 utentes, 4 mulheres e 1 homem, com idades compreendidas entre os 21 e 66 anos.

De acordo com os PQCE em ESMP, a Psicoeducação é uma forma específica de educação, destinada a ajudar pessoas com DM ou outras com interesse na DM, possibilitando a compreensão dos fatos sobre a doença, de forma clara e concisa. É uma forma de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a DM e os seus efeitos (OE, 2011).

A Psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar de conhecimentos acerca do problema, e uma componente das emoções, das expectativas, entre outras (Santos, Sousa, & Dourado, 2011).

Ao fazer intervenções de psicoeducação, o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e parceria com os utentes com o objetivo de aumentar o *insight* sobre os problemas existentes e a capacidade de encontrar novas possibilidades de resolução das dificuldades. Através da psicoeducação consegue promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos.

As emoções fazem parte da vida de cada pessoa, têm um forte impacto e são fundamentais para as interações sociais, influenciando “o nosso julgamento, a nossa memória e a nossa atitude perante os acontecimentos, ‘executando’ um papel essencial na nossa comunicação com os outros” (André & Lelord, 2002. p.292). As emoções permitem a compreensão da própria pessoa, dos indivíduos à sua volta e também têm influência na forma como agimos com os outros.

A pandemia covid-19 veio condicionar a forma como nos relacionamos e estima-se que afete de modo desproporcional populações mais vulneráveis, nomeadamente aquelas com perturbações mentais graves. (Nascimento, et al., 2020). Os utentes internados no serviço de psiquiatria manifestaram dificuldades em gerir as emoções e identificaram a pandemia Covid-19 como um fator de risco para o seu bem-estar emocional e para o desenvolvimento das suas

relações sociais.

A sessão realizada teve início com a apresentação das enfermeiras e dos utentes, onde foi sugerido que cada pessoa se identificasse dizendo o seu nome e uma característica sua, tendo todos participado na atividade. De seguida foram apresentados os objetivos da sessão e foi proposta uma dinâmica de grupo em que cada pessoa retirava um cartão das emoções, ao acaso, e mimificava para o grupo, que a tentava identificar. Três utentes não conseguiram identificar as emoções do cartão, um deles preferiu não fazer a mímica, pelo que tentou descrever por palavras a emoção apresentada.

De seguida foi proposto que cada utente identificasse em *role-play*, um momento, durante o tempo de pandemia, em que tivesse sentido e vivenciado essa emoção. O grupo foi consensual em que as emoções mais frequentemente vivenciaram ao longo da pandemia foi a tristeza, o medo e a solidão, contudo foi difícil a exploração efetiva desses sentimentos em grupo. Foi feito ensino sobre o papel das emoções na saúde mental de cada pessoa e apresentada a importância de cada emoção.

Foi solicitado ao grupo que identificasse estratégias para gerir as emoções em contexto de pandemia, onde todos os elementos conseguiram identificar pelo menos uma estratégia. Identificaram a importância de se relacionarem em presença física, de verbalizarem as suas emoções e sentimentos com outros, e identificaram a importância de selecionarem fontes de informação fidedignas como forma de gerir o medo da doença e das vacinas. Contudo esta identificação de estratégias teve que ser dirigida, pois os utentes facilmente se dispersavam nas ideias, desviando o foco da sua atenção para outros assuntos. Por fim, foi sugerido ao grupo que colasse no placar das emoções, a afixar na sala de convívio do serviço, o cartão que lhes tinha sido sorteado, assim como, escreverem alguma estratégia de gestão das emoções em contexto pandémico. Os utentes agradeceram a intervenção, referindo que a mesma foi muito interessante e útil, valorizando a importância de usarem as estratégias identificadas como gestão das emoções.

Com esta intervenção, pretendeu-se explorar os benefícios da gestão das emoções, promover a aquisição de estratégias de gestão das mesmas. A avaliação da sessão mostra que a abordagem das emoções desta forma foi novidade para a maioria dos utentes, que participaram com interesse e motivação. A identificação da representação gráfica das

emoções foi difícil para alguns utentes. A identificação das estratégias teve que ser guiada uma vez que o grupo facilmente se dispersava nas ideias. Com esta sessão foram desenvolvidas competências de EEESMP na sua transversalidade, com foco na competência F4, cuja validação surgiu através da adesão das pessoas, assim como na mudança dos contatos relacionais entre as pessoas internadas, com maior aproximação entre elas, mas, também, na competência F1.

De realçar que todo o processo, desde a construção até à avaliação implicou reflexão na ação, no vivido, no escutado, no apreendido, das narrativas de sofrimento das pessoas, e teve repercussões no desenvolvimento pessoal e profissional.

Intervenção Psicoeducacional e intervenção Comportamental em grupo de casais grávidos – treino de relaxamento por imaginação Guiada (Apêndice VI). A intervenção ocorreu no estágio na UCC, nos CSP mais vocacionados para a promoção da saúde e prevenção da DM.

O EEESMP, tendo em conta as suas competências especializadas, tem um papel determinante na intervenção junto das mulheres que experienciam os processos de transição para a maternidade, pela abordagem multidimensional e individualizada, bem como no desenvolvimento de intervenções promotoras da saúde mental materna.

As sessões aconteceram em contexto de curso de preparação para a parentalidade, desenvolvido pela UCC e tiveram a duração de cerca de 1 hora cada. Participaram nas sessões um casal grávido de 32 semanas e uma grávida de 28 semanas, com gravidez de risco. Na primeira sessão pretendeu-se capacitar a grávida/casal com estratégias de lidar com o *baby blues*, aumentando a literacia em SM, e na segunda sessão pretendeu-se ensinar sobre os benefícios das técnicas de relaxamento, promovendo a aquisição de habilidades de gestão e autocontrolo da ansiedade e da melhoria do padrão de sono, assim como a promoção da vinculação mãe/pai-feto.

O conceito de literacia em SM, defendido pelos PQCE especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011) preconiza a alfabetização em saúde, capacitando a pessoa nas suas tomadas de decisão e potenciando-a como sendo a sua própria cuidadora, obtendo ganhos em saúde. A alfabetização em saúde concentra-se na necessidade de as pessoas desenvolverem o seu conhecimento, atitudes e competências de que precisam para se tornarem agentes eficazes nos seus próprios cuidados de saúde. Assim, a literacia em saúde

deve ser considerada como potencial para melhorar não só a saúde da pessoa, mas também a saúde da população em geral e melhorar o funcionamento dos sistemas de saúde.

O *baby blues* são reações consideradas normais, comuns e passageiras, relacionadas com alterações hormonais e com o stresse sentido nos primeiros dias após o nascimento, não provocam alterações no funcionamento da mulher e acontece entre 50% e 85% das mulheres no pós-parto (Sequeira e Sampaio, 2020).

A gravidez, sendo um momento privilegiado de transformações pessoais e sociais, muda inquestionavelmente a vida de uma mulher. A forma como a grávida vivencia todas as mudanças e os acontecimentos significativos exige, em termos de desenvolvimento, um duplo esforço, físico e psicológico, nem sempre fácil de gerir, no sentido de prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais (Silveira e Ferreira, 2011).

A World Psychiatric Association (2017) e a DGS (2015) referem a importância de se melhorar os cuidados no âmbito da saúde mental perinatal.

Na primeira sessão, psicoeducativa, foi explicado o conteúdo da intervenção e apresentados os objetivos das sessões, abordou-se a transição para a maternidade/paternidade como uma etapa desenvolvimental, a vivência das emoções na gravidez, o conceito de *baby blues*, sinais de alerta, fatores protetores e estratégias de lidar com o mesmo. Foi uma sessão interativa, com muitas partilhas de experiências entre os intervenientes. Nenhum dos participantes tinha ouvido falar sobre o tema e consideraram a sessão muito importante. Uma grávida referiu que tinha sido muito importante a abordagem objetiva daquilo que sentia e que afinal era normal e comum a todas as grávidas, e que isso iria influenciar de forma positiva a sua vivência da gravidez.

Na segunda sessão, inicialmente psicoeducativa e posteriormente comportamental, foram abordados: o conceito de ansiedade, os benefícios do relaxamento e a explicação e treino da técnica de relaxamento por imaginação guiada, de acordo com a ficha técnica de intervenção em SM. Foi solicitado às utentes o preenchimento da escala de rastreio de ansiedade perinatal, revelando *scores* de 30 e 33, corresponde a sintomas ligeiros a moderados de ansiedade. Foi uma sessão dinâmica, onde as utentes identificaram os seus sintomas físicos de ansiedade. Foi apresentada a técnica de relaxamento, como uma ferramenta de autocontrolo da ansiedade, e as suas vantagens na utilização regular e na promoção da vinculação mãe/casal -filho. De seguida foi executada a sessão de relaxamento propriamente

dito, com a duração de cerca de 15 - 20 minutos. Os participantes deitaram-se nos colchões na posição lateral de acordo com as recomendações do posicionamento das grávidas. A intervenção decorreu de acordo com o que foi planeado, e a avaliação que os intervenientes fizeram da sessão foi que esta foi muito pertinente e útil, referindo sensação de bem-estar físico e emocional após a mesma.

A enfermeira responsável do curso de parentalidade da UCC reconheceu a importância fulcral da abordagem da promoção da SM materna nestes cursos.

Estas intervenções comprovam a transversalidade da SM em todas as etapas do ciclo de vida, em todas as áreas de enfermagem, mesmo na ausência de doença, e de como estas parcerias entre as várias áreas de conhecimentos são potenciadoras de ganhos em saúde.

Com estas intervenções, foi promovida a promoção da SM e o *empowerment* das mulheres grávidas face ao *Baby Blues* e Depressão Pós-Parto. Foi promovida a capacidade das mulheres grávidas para tomarem decisões e exercerem controlo mais adequado sobre a vivência da gravidez. Com a execução do relaxamento, pretendeu-se ensinar os benefícios da técnica na SM dos participantes. Foi um momento muito gratificante pessoal e profissionalmente, com percepções de autoeficácia relevantes de autonomia na condução de sessões de grupo.

Com esta intervenção desenvolveram-se as competências específicas do EEESMP, demonstrando-se o critério de avaliação (F4.1.1) fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais (F4.1.3), implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais (F4.1.4), ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas), (F4.1.5) educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas.

Destaca-se ainda, na aquisição competência de coordenação, desenvolvimento e implementação de programas de psicoeducação (F4.1), a concretização do Programa “SaudavelMente Grávida” e do programa “CHL+” já abordado neste relatório. Relativamente ao desenvolvimento de processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos (F4.2), destaca-se a Intervenção Socioeducativa e Socioterapêutica – As emoções na turma (Apêndice V). A intervenção socioterapêutica, de acordo com os PQCE especializados em ESMP (OE, 2011),

assenta na relação interpessoal desenvolvida entre um profissional com competências reconhecidas, neste caso o EEESMP, e um grupo. O foco da intervenção é interação entre os elementos do grupo. A melhor compreensão dos problemas de interação vivida pelo grupo, possibilita a cada elemento desenvolver novas respostas para problemas de vida identificados, ou novos problemas que possam emergir.

A intervenção desenvolveu-se no estágio na unidade de cuidados na comunidade, e teve como âmbito a promoção da SM em contexto escolar. Foi dirigida a todas as turmas do 6º ano do Agrupamento de Escolas da área de influência da UCC. O tema partiu de uma necessidade identificada pelos professores, em articulação com a saúde escolar da UCC, e a enfermeira mestranda, numa conjuntura de regresso à escola após o confinamento pela pandemia Covid-19. As atividades realizadas visaram o aumento da literacia emocional e a valorização da atenção dada às emoções e aos sentimentos vivenciados pelos próprios e pelos pares no desenvolvimento pessoal, no fortalecimento das relações sociais e no sucesso escolar. O objetivo da intervenção foi promover a coesão do grupo e prevenir o *bullying*, através da valorização das emoções dos pares e da importância da inteligência emocional. A intervenção foi constituída por duas sessões: a primeira, incidindo na identificação das emoções e sentimentos, na identificação da importância da interação social através da expressão de emoções usando a comunicação não verbal; e uma segunda sessão, trabalhando conceitos de inteligência emocional e sua importância na interação social. Foram elaborados e implementados os respetivos planos de sessão.

As sessões decorreram em contexto de sala de aula, tendo havido lugar a pequenos ajustes no ambiente físico das salas para o efeito. Numa fase inicial foi explicado o conteúdo da intervenção e efetuada a apresentação dos objetivos da sessão, dos conceitos de emoção e sentimento. De seguida, a turma foi dividida em grupos, onde cada grupo trabalhou uma emoção básica, analisou um dos cartões das emoções que lhes foi entregue, identificando qual a emoção representada, em que momentos se vivência essa emoção, e quais as reações que o organismo manifesta perante a mesma. Posteriormente foi feito *role play*, onde foram mimificadas as emoções e apresentadas as suas características. Foi efetuada uma atividade de valorização da linguagem não verbal em que os alunos tinham que identificar as emoções representadas nas personagens que se encontravam de máscara cirúrgica. Os alunos realizaram ainda uma dinâmica em que concluíram que um grupo que está atento e valoriza

as emoções dos seus elementos é um grupo mais forte, mais coeso e que tem um ambiente mais propício para o sucesso escolar. As sessões terminaram com o resumo das ideias centrais e a apresentação das conclusões.

Os estudantes avaliaram a sessão como sendo muito importante nas suas vidas, alguns inclusivamente manifestaram pessoalmente a sua gratidão. Também os professores reconheceram a importância do tema na construção da coesão do grupo e de relações saudáveis entre os estudantes, tendo também eles se mostrado agradecidos pelas sessões.

As intervenções socioterapêuticas de grupo são impactantes na partilha de experiências com efeito positivo na gestão e regulação das emoções (Sequeira e Sampaio, 2020).

As intervenções realizadas em grupo com adolescentes em contexto escolar revelaram-se um desafio a nível profissional e pessoal, uma vez que é necessário manter e evidenciar o domínio do conhecimento, das atividades/dinâmicas, mas também do controlo da turma, da gestão do tempo e da perceção de autoeficácia. Foram momentos importantes nos quais se desenvolveram conhecimentos, competências e crescimento pessoal e profissional.

Esta intervenção permitiu o treino das competências de EEESMP na sua transversalidade, com grande evidência na competência F2, F4 e F4.1. A demonstração da aquisição surgiu através da adesão dos alunos, mesmo dos que não estavam inscritos na disciplina, que pediram para participar, assim como na manifestação de gratidão e expressão de emoções feita pelos alunos e pelos professores no final da sessão. O planeamento e construção da intervenção, a sua execução e a sua avaliação assentou num processo de análise e reflexão na ação e no vivenciado pela mestrandia, o que valida o desenvolvimento da competência F1.

Intervenção Psicoterapêutica e psicossocial – Estudo Caso - Pessoa com PAB. A psicoterapia, de acordo com os PQCE (OE 2011), é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida pelo profissional com competências reconhecidas e a pessoa/grupo. O estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que os intervenientes envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados. A melhor compreensão dos problemas, mediante a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos, possibilita que a pessoa desenvolva novas respostas para problemas identificados, ou para novos problemas que surjam, aumentando o sentimento de bem-estar.

A intervenção psicoterapêutica consiste na execução informada e intencional de técnicas de

psicoterapia, com o objetivo de assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais (Sampaio e Sequeira, 2020). O processo psicoterapêutico, de acordo com Lopes (2018), assenta na relação com o utente e este tem um potencial terapêutico. A intervenção psicoterapêutica constitui-se como uma estratégia de intervenção autónoma, que se concretiza na própria relação terapêutica, sendo esta um instrumento terapêutico em si mesmo.

O College of Nurses of Ontário (2019) nomeia cinco componentes nesta relação terapêutica: Confiança; Respeito; Intimidade profissional; Empatia e Poder. A estes componentes, Lopes (2018) adiciona o Cuidar e a Aliança Terapêutica. Esta aliança exige do enfermeiro uma comunicação empática, colocando questões ao utente para validar sentimentos e definindo objetivos em cooperação com ele (Lopes, 2018). O enfermeiro deve também deter capacidade de abertura, bom conhecimento de si mesmo, saber-fazer e saber-estar, em que estas duas últimas características são essenciais em contexto psicoterapêutico (Chalifour, 2008).

O *recovery* consiste num processo pessoal, exclusivo de uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou funções. É uma forma de viver uma vida com satisfação, de esperança e de contribuição que implica o desenvolvimento de um novo significado e propósito de vida, assente no conhecimento e aceitação da DM (OE, 2011).

A reabilitação psicossocial, de acordo com os PQCE especializados em ESMP (OE, 2011), é um processo que oferece à pessoa, que está debilitada devido à DM, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente, na comunidade.

A família constitui-se como um elemento fundamental de suporte à pessoa com DM e deve ser igualmente alvo de intervenção psicoterapêutica e/ou psicoeducacional, no sentido de a capacitar com conhecimento e estratégias de *coping* para se adaptar aos desafios diários, à gestão do stresse e das emoções, evitando a sobrecarga e aumentando a literacia em SM.

A intervenção junto da família tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e emoção expressa dos familiares da pessoa com DM, repercutindo-se numa melhor relação entre os membros da família. A psicoeducação familiar tem como objetivos principais aumentar o conhecimento sobre o processo da doença e mudar comportamentos na forma como se deve lidar com a mesma, ajudando na resolução de problemas, bem como diminuir o stresse familiar e providenciar suporte social (Pinho, 2020 in Sampaio e Sequeira, 2020).

No estágio de prática clínica especializada em contexto de cuidados diferenciados, mais vocacionada para o *recovery*, foram realizadas intervenções psicoeducativas, e psicoterapêuticas e psicossociais com o utente e família, manifestadas no EC da pessoa com PAB, já anteriormente descrito e aqui resgatado na perspetiva da demonstração das competências F4.2 e F.4.3.

As intervenções especializadas de SMP realizadas foram forjadas na relação terapêutica, com base nas descrições das histórias de vida dos utentes, na identificação das necessidades por eles percecionadas como fundamento para o cuidado em SM. Neste processo terapêutico interveio-se no acompanhamento do processo *recovery* de um utente, e sua família, com PAB com décadas de evolução e na sequência de mais um episódio de internamento por descompensação da doença. As intervenções de enfermagem aconteceram no domicílio do utente. A elaboração do plano de cuidados teve como base as entrevistas de colheita de dados, que foram feitas individualmente junto dos familiares e do utente, e teve em conta o *feedback* das intervenções anteriormente realizadas pela equipa de intervenção comunitária, de forma que este fosse de acordo à realidade do utente dentro do seu contexto familiar. Embora Pedro tenha um diagnóstico de DM desde os 16 anos, e a família tenha um histórico de DM, nem Pedro nem a família alguma vez aceitaram a doença.

As sessões realizadas foram dirigidas ao Pedro e à família, de forma individualizada com cada um deles. Com Pedro, as intervenções tiveram como modelo a TRI e por base os seguintes diagnósticos de enfermagem catalogados de acordo com linguagem CIPE® (ICN, 2021): Ansiedade presente em grau reduzido, hipersónia, risco de não adesão ao regime terapêutico e processo familiar comprometido, e tiveram como objetivo a reabilitação psicossocial de Pedro. Com a família trabalhou-se a literacia em SM e a comunicação familiar.

Os resultados atingidos revelaram-se na verbalização do utente no reconhecimento da importância da medicação, dos estilos de vida saudáveis, do apoio de pessoas significativas no seu processo de recuperação, no compromisso assumido de adesão ao regime terapêutico, na verbalização por parte de Pedro e família na melhoria da relação familiar, que se encontra presentemente mais harmoniosa, e na perceção de todos da evolução do processo de recuperação de Pedro, que se encontra mais ativo e com melhoria do padrão do sono, e com o estabelecimento de objetivos de vida.

A elaboração deste EC põe em evidência o papel determinante que o EEESMP que acompanha o utente no seu contexto domiciliário, tem no processo de recuperação da pessoa com DM. A realização de intervenções de enfermagem diferenciadas, estruturadas, alicerçadas na relação terapêutica, na empatia, na comunicação, no acompanhamento de proximidade, indo ao encontro das reais necessidades identificadas pelo utente e seus familiares, no seu *habitat* físico, familiar e social, trazendo para a processo de reabilitação os atores de referência do utente, são geradoras de ganhos em saúde. Este EC demonstra também a aquisição da unidade de competência F4.3, promove a reabilitação psicossocial da pessoa com DM.

O desenvolvimento da competência F4, aconteceu pelas oportunidades dos contextos de estágios, pela pesquisa individual, pelas reflexões feitas, pela partilha com os pares e pela colaboração dos enfermeiros supervisores, e traduziram-se em desenvolvimento profissional e pessoal. A interiorização da importância da consciência de si na relação interpessoal que se estabelece com a pessoa que está em sofrimento mental, a relação de ajuda, a relação interpessoal, e a comunicação terapêutica, são ferramentas basilares na construção destas intervenções. A existência de referencial teórico ganha uma grande relevância como elemento orientador e securizante do papel do profissional do enfermeiro.

PARTE III

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

SAUDELMENTE GRÁVIDA - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVO NA GRÁVIDA COM DIAGNÓSTICO DE ANSIEDADE

A parte III do presente relatório tem como objetivo descrever o projeto de melhoria contínua da qualidade. O projeto constituiu-se na construção e operacionalização de um programa de intervenção psicoeducativo junto da grávida com diagnóstico de ansiedade em grau moderado ou elevado. Foi implementado no local de trabalho da mestranda, uma Unidade de Saúde Familiar (USF) da zona centro do país. A elaboração do projeto seguiu as oito fases do Ciclo PDCA ou de Deming (*Plan; Do, Check; Act/Adjust*): Identificar e descrever o problema; perceber o problema e dimensioná-lo; Formular objetivos iniciais; Perceber as causas; Planear e executar as tarefas/atividades; Verificar os resultados; Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; Reconhecer e partilhar o sucesso (OE, 2013, p. 2).

O SaudavelMente Grávida enfoca a Saúde Mental na gravidez.

1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A gravidez e a maternidade são experiências únicas na vida da mulher, que envolvem adaptações fisiológicas a nível físico, psíquico, social e emocional, que têm diferentes implicações no bem-estar materno (Guerra, Braga, Quelhas e Silva, 2014). Brito, (2009) referido por Sequeira e Sampaio (2020) considera a gravidez como um período curto que serve de preparação para outro mais longo, caracterizado por mudanças psíquicas e vulnerabilidades psicológicas que irão ter repercussões na inter-relação com o bebé e no seu desenvolvimento.

Mendonça (1998) citando Maldonado (1976), refere que a gravidez como crise desenvolvimental apresenta algumas particularidades, sendo que a mulher perde a sua singularidade, surge uma relação simbiótica e dual com o feto, requerendo adaptações e ajustamentos interpessoais, intrapsíquicos e reintegração da personalidade, que nem sempre

é conseguida. Durante a gravidez ocorrem fenómenos naturais que envolvem estados psicológicos complexos, pois desde o início até ao *terminus* da gravidez, as tarefas psicológicas com as quais a grávida se depara são diversas, sendo, conseqüentemente variados, os medos, receios e queixas que surgem ao longo deste período.

A gravidez de acordo com a taxonomia de enfermagem é um processo complexo do sistema reprodutor: condição de desenvolver e nutrir um feto no corpo, com duração de aproximadamente 266 dias, desde a fecundação ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas que implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções corporais; o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos (ICN, 2021).

Ansiedade é definida por Herman e Kamitsuru (2014), referidos por Sequeira e Sampaio, (2020) como um sentimento vago de desconforto e temor, acompanhado por uma resposta automática, cuja fonte é frequentemente inespecífica ou desconhecida para a pessoa, sendo um sentimento de apreensão causado pela antecipação de um perigo. A ansiedade é foco da taxonomia de enfermagem que a define como uma emoção negativa, caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (ICN, 2021).

As perturbações de ansiedade são um dos fatores de risco mais importantes para a depressão pós-parto, sendo das perturbações mais difíceis de diagnosticar, uma vez que este período é, por si só, um período de ansiedade (Correia e Santos, 2017) referidos por Sequeira e Sampaio, (2020).

A prevalência da perturbação de ansiedade generalizada na gravidez é de 8,2%, a perturbação de ansiedade social tem uma prevalência de 4,1%, e as fobias inespecíficas, como a tocofobia, com 5,5% de taxa de prevalência (Correia e Santos, 2017, referido por Sequeira e Sampaio, 2020). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015) mostram que 10% das mulheres apresentam perturbação mental associada ao stresse e ansiedade durante a gravidez e 13% no período pós-natal. Dennis, Falah-Hassani e Shiri (2017), numa revisão de meta-análise de 102 estudos de 34 países com grávidas, encontraram 18,2% de autorrelatos de sintomas de ansiedade no primeiro trimestre, 19,1% no segundo trimestre, e 24,6% no terceiro trimestre. A prevalência da ansiedade nestes estudos foi de 9,9% e da ansiedade generalizada 5,7%.

As perturbações da ansiedade, para além das conseqüências para a mulher, como a ocorrência de problemas obstétricos, incluindo o parto pré-termo (O'Hara, 2009), podem levar a

comportamentos parentais negativos, ao desenvolvimento de psicopatologia infantil e ao aumento do risco de depressão entre os parceiros, sendo por isso considerado um problema de saúde pública (Haga, Drozd, Lisoy, 2018; Tripathy, 2020).

A USF, na sua atividade assistencial, assegura e promove o cumprimento da vigilância da saúde da mulher, nomeadamente através da realização da consulta de vigilância de saúde materna e de puerpério, tendo como indicadores de desempenho a proporção de consultas realizadas, proporção de exames laboratoriais e ecográficos nas idades chave da vigilância, todos eles com taxas de realização atingidos ou superados. Contudo, na USF, não existe a identificação e resposta estruturada à grávida com diagnóstico de enfermagem de ansiedade.

Com o objetivo de melhor descrever o problema na ansiedade da grávida na USF foi aplicado, durante o mês de dezembro de 2021, às grávidas que recorreram à unidade, um questionário de caracterização da ansiedade na grávida na USF (Apêndice IX).

Os dados recolhidos foram processados em Excel® e SPSS® (versão 27.0). Responderam ao questionário 23 grávidas, o que, de acordo com os dados SINUS®, corresponde a 25,55% das grávidas vigiadas nos polos 1 e 2 da USF durante o ano de 2021.

Caracterização sociodemográfica:

Para a análise descritiva foram utilizados, no número (n), a percentagem (%), a média (M), o desvio padrão (DP), mínimo (Min) e o máximo (Max).

De acordo com a Tabela 1, as grávidas têm idades compreendidas entre os 21 e os 40 anos, sendo a média da idade de 32,3 anos. O agregado familiar é composto por 1 a 3 elementos.

Tabela 1- Caracterização da amostra em função da idade e do agregado familiar

GRÁVIDAS	(n= 23)			
	M	DP	Mín.	Max.
Idade	32.30	5.78	21	40
Agregado familiar	2.35	0.57	1	3

Na Tabela 2 verificamos que 11 mulheres estão grávidas pela primeira vez, 8 mulheres estão grávidas pela segunda vez, 2 mulheres estão grávidas pela terceira vez e 2 mulheres estão grávidas pela quinta ou mais vezes. As mulheres que nunca abortaram são 20, uma mulher teve 1 aborto, 1 mulher teve 3 abortos e houve uma mulher que teve 4 ou mais abortos. Existem 12 mulheres que não têm filhos, 9 grávidas já tem um filho e 2 grávidas tem 2 filhos. A idade dos filhos oscila entre 2 e os 23 anos de idade.

Tabela 2- Caracterização da amostra quanto ao número de gravidezes, nº de abortos e número de filhos

Número	Nº gravidezes (n= 23)		Nº abortos (n=23)		Nº filhos (n= 23)	
	n	%	n	%	n	%
	0	0	0%	20	86,96%	12
1	11	47,82%	1	4,35%	9	39,13%
2	8	34,78%	0	0,00%	2	8,69%
3	2	8,69%	1	4,35%	0	0%
4	0	0%	1	4,35%	0	0%
5 ou mais	2	8,69%	0	0,00%	0	0%

A amostra é constituída por 17 grávidas que estão casadas/união de facto, 5 que estão solteiras e uma que está divorciada (Tabela 3)

Tabela 3- Caracterização da amostra quanto ao estado civil

Estado civil	Casadas / união de facto (n= 23)		Solteira (n=23)		Divorciada (n= 23)	
	n	%	n	%	n	%
		17	73,91%	5	21,74%	1

Na tabela 4 verificamos que duas grávidas têm o 6º ano de escolaridade e uma grávida possui doutoramento. A maioria das grávidas (9) têm o 12 ano de escolaridade (Tabela 4).

Tabela 4- Caracterização da amostra quanto às habilitações literárias

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	6º ano (n= 23)		9º ano (n=23)		10º ano (n= 23)		12º ano (n= 23)		Licenciatura (n= 23)		Mestrado (n= 23)		Douramento (n= 23)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%	N	%
		2	8,69%	4	17,39%	1	4,35%	9	39,13%	3	13,04%	3	13,04%	1

A amostra é constituída por 2 grávidas que se encontram desempregadas, 14 que desenvolvem uma atividade não diferenciada e 7 cuja atividade que desenvolvem é diferenciada (Tabela 5).

Tabela 5- Caraterização da atividade profissional

Atividade profissional	Desemprego (n= 23)		Atividade não diferenciada (n=23)		Atividade diferenciada (n= 23)	
	n	%	n	%	n	%
		2	8,69%	14	60,87%	7

- Verificamos que 10 grávidas mantêm a atividade profissional e 13 não se encontram a trabalhar (Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização da manutenção da atividade profissional na gravidez

Atividade profissional na gravidez	Mantém Atividade profissional (n= 23)		Sem atividade profissional (n=23)	
	n	%	n	%
	10	43,48%	13	56,58%

De entre as grávidas que não estão a trabalhar, 2 estão desempregadas e 11 encontram-se de baixa devido à gravidez (Tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto à causa da ausência à atividade profissional na gravidez

Causa da ausência à atividade profissional na gravidez	Desemprego (n= 13)		Baixa devido à gravidez (n=13)	
	n	%	n	%
	2	15,38%	11	84,61%

Da análise da tabela 8 verificamos que 18 grávidas planearam a gravidez e 5 gravidezes não foram planeadas.

Tabela 8 - Caracterização da amostra quanto ao planeamento da gravidez

Planeamento da gravidez	Gravidez Planeada (n= 23)		Gravidez não planeada (n=23)	
	n	%	n	%
	18	78,26%	5	21,74%

Foram inquiridas grávidas com idade gestacional entre as 5 e as 35 semanas (Tabela 9)

Tabela 9 - Caracterização da amostra quanto à idade gestacional

Idade gestacional (semanas)	Grávidas (n=23)			
	M	DP	Mín.	Max.
	23	9.28	5	35

A Tabela 10 mostra que 26,1% das grávidas apresentavam ansiedade quando engravidaram, 13,0% são portadoras de doenças prévias à gravidez e 17,4% tiveram complicações nesta gravidez.

Tabela 10 - Caracterização da gravidez quanto a presença prévia de ansiedade, doença prévia e complicações durante a gravidez

Gravidez atual	SIM (n= 23)		NÃO (n=23)	
	n	%	n	%
Presença de ansiedade quando engravidou	6	26,1%	17	73,9%
Presença de doença prévia à gravidez?	3	13,0%	20	87,0%
Complicações com a gravidez	4	17,4%	19	82,6%

Das 13 grávidas com gravidez anterior, 84,6 % não tiveram complicações na gravidez anterior, 23,1% tiveram ansiedade, nenhuma referiu dificuldades nos cuidados à criança e 66,7% tiveram o apoio de familiares (Tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização da gravidez anterior

Gravidez anterior	SIM (n= 13)		NÃO (n=13)	
	n	%	n	%
Complicações com a gravidez	2	15,3%	11	84,6%
Presença de ansiedade	3	23,1%	10	76,9%
dificuldades nos cuidados à criança	0	0,0%	13	100%
Apoio familiar	8	66,7%	4	33,3%

De acordo com os dados da Tabela 12, 47,82% das grávidas são vigiadas exclusivamente na USF.

Tabela 12 - Caracterização da amostra de acordo com o local de vigilância da gravidez

Local de vigilância da gravidez	(n= 23)	
	n	%
Na maternidade e USF	4	17,4%
Particular e USF	6	26,1%
USF	11	47,8%
USF, Maternidade e Particular	2	8,7%

A aplicação da Escala de Rastreamento de Ansiedade Perinatal (ERAP) revelou que das 23 grávidas que preencheram o questionário: 15 (65,21%) grávidas apresentam sintomas mínimos de ansiedade, 6 (26,08%) apresentam sintomas ligeiros a moderados e 2 (8,69%) grávidas apresentam sintomas graves de ansiedade (Tabela 13).

Tabela 13 - Caracterização da amostra pelo resultado da ERAP

Sintomas de Ansiedade	(n= 23)	
	n	%
Mínimos	15	65,2%
Ligeiros a moderados	6	26,1%
Graves	2	8,7%

Na Tabela 14 verificamos que ao longo do último mês os itens com maior frequência de resposta “muitas vezes” e “quase sempre”, são: Preocupar-me com a gravidez/bebé (14; 61%) e Medo que algo de mal aconteça ao bebé (16; 70%), preocupar-me com muitas coisas (10; 43%) e Preocupar-me com o futuro (10; 43%).

Tabela 14 - Frequência de resposta “muitas vezes” e “quase sempre” por item da ERAP

ESCALA de ERAP		Nº de grávidas com resposta "muitas vezes" e "quase sempre" (n=23)	
		n	%
1	Preocupar-me com a gravidez/bebé	14	61%
2	Medo que algo de mal aconteça ao bebé	16	70%
3	Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	4	17%
4	Preocupar-me com muitas coisas	10	43%
5	Preocupar-me com o futuro	10	43%
6	Sentir-me assoberbada/esmagada	3	13%
7	Ter medos muito intensos sobre várias coisas	3	13%
8	Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	1	4%
9	Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	1	4%
10	Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	3	13%
11	Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	4	17%
12	Querer que as coisas sejam perfeitas	5	22%
13	Precisar de ter as coisas sob controlo	5	22%
14	Dificuldade em parar de verificar ou repetir as coisas, vezes sem conta	1	4%
15	Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	3	13%
16	Preocupar-me com pensamentos que se repetem	2	9%
17	Estar alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	4	17%
18	Ficar perturbada com memórias repetidas, sonhos ou pesadelos	1	4%
19	Preocupar-me com a possibilidade de fazer má figura em frente aos outros	1	4%
20	Medo de que os outros me irão julgar negativamente	2	9%
21	Sentir-me muito desconfortável em multidões	4	17%
22	Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	1	4%
23	Evitar coisas que me preocupam	3	13%
24	Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	1	4%
25	Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	1	4%
26	Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	1	4%
27	Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas	2	9%
28	Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	4	17%
29	Medo de perder o controlo	4	17%
30	Sentir-me em pânico	2	9%
31	Sentir-me agitada	3	13%

Existe uma correlação negativa fraca ($\rho=1.188$) entre a idade e o valor total da escala de ansiedade sendo que esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=.391$), verificado com recurso ao coeficiente de correlação de *Spearman* e o respetivo teste de significância. Verificamos ainda que existe uma correlação positiva fraca ($\rho=0.17$) sem diferença estatisticamente significativa ($p= .947$) entre as habilitações literárias e o *score* da escala.

O número de gravidezes e o número de abortos apresentam uma correção positiva com o *score* da escala ERAPTotal ($\rho= .159$ e $.387$ respetivamente) sem diferença estatisticamente significativa ($p=.470$ e $.68$). O número de filhos tem uma correlação negativa fraca com o *score* da escala ERAPTotal também sem diferença estatística, ente significativa (Tabela 15).

Tabela 15 - Matriz de correlação de *Spearman* (ρ) entre a idade, habilitações literárias, número de gravidezes, número de abortos e número de filhos com o *score* da Escala (ERAPTotal).

Variáveis	ERAPTotal	
	ρ	p
Idade	-.188	.391
Habilitações literárias	.017	,947
Nº gravidezes	.159	.470
Nº de abortos	.387	.068
Nº de filhos	-.047	.831

As grávidas que se encontram a trabalhar ($n=10$) apresentam em média um *score* de 14.2 na escala de ERAPTotal, com desvio padrão de 13. As grávidas que neste momento não se encontram a trabalhar ($n=13$) apresentam uma média de 25.5 com desvio padrão de 17.9. A diferença estes dois grupos é estatisticamente significativa ($p= 0.05$).

Tabela 16 - Médias e desvios padrão observados no *score* da escala ERAPTotal por grupo com resposta SIM e Não à pergunta “neste momento está a trabalhar?” e resultados do Teste Mann-Whitney.

	SIM		NÃO		Mann-Whitney Teste		
	(n=10)		(n=13)		U	Z	p
	M	DP	M	DP			
Neste momento está a trabalhar?	14.2	13	25.5	17.9	33.500	-1.957	0.050*

Legenda: * $p=0,05$

As grávidas que não tiveram abortos anteriores ($n=20$) apresentam em média um *score* na ERAPTotal de 17.75, com desvio padrão de 11,22. As grávidas que já tiveram abortos ($n=3$) apresentam uma média na ERAPTotal de 43.3 com desvio padrão de 31,01. A diferença destes dois grupos é estatisticamente significativa ($p= 0.067$).

Tabela 17 - Médias e desvios padrão observados no *score* da escala ERAPTotal por grupo com resposta SIM e Não à pergunta “Teve abortos anteriores?” e resultados do Teste *Mann-Whitney*.

	NÃO (n=20)		SIM (n=3)		Mann-Whitney Teste		
	M	DP	M	DP	U	Z	p
Teve abortos anteriores	17.75	11.22	43.3	31.02	50.000	1.829	0.067

A análise destes resultados alerta para a importância de uma maior monitorização dos sintomas de ansiedade das grávidas que não trabalham e das que tiveram abortos anteriores, através da reavaliação da ERAP uma vez por trimestre gravídico.

2. PERCEBER O PROBLEMA

De forma que se possa entender e perceber o problema, importa enquadrá-lo dentro do seu contexto.

No ciclo de vida de uma pessoa ocorrem constantes mudanças que se refletem na vivência de sucessivas transições. Tornar-se mãe é uma dessas transições, particularmente crítica, pois é duradoura e o sucesso com que é realizada influencia diretamente a saúde da mãe, assim como a saúde e desenvolvimento do filho (Martins, 2013). A transição para a maternidade é considerada como uma das fases do ciclo vital, onde se experienciam alguns dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher, que envolve grandes mudanças e reorganizações ao nível biológico, psicológico e interpessoal e pela aprendizagem de novas competências, associadas ao cumprimento de novos papéis e tarefas (DGS, 2015; Guerra, Braga, Quelhas e Silva, 2014). Colman e Colman (1994) consideram que a transição para a maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez e obriga a adaptações contínuas entre expectativas e realidade.

Vários autores consideram o período perinatal um período de “crise”. A complexidade que envolve esta fase pode proporcionar uma possibilidade de evolução e desenvolvimento, contudo também constitui um risco pelas dificuldades associadas (Carvalho et al. 2006). Segundo Canavarro (2006), os significados da gravidez e da maternidade que cada mulher possui e que estão também relacionados com a cultura onde se insere, determinam a vivência destes processos. O stresse decorre dos ganhos e perdas associados a esses significados e tem implícita uma reorganização ao nível cognitivo, emocional e comportamental, para um funcionamento cada vez mais adaptado.

A saúde mental materna neste período, transição para a maternidade, reveste-se da maior importância e relaciona-se com o modo como todas estas mudanças são elaboradas, vivenciadas e integradas pela mulher. Aspectos como a estrutura da sua personalidade, apoio conjugal, familiar e social, significados da gravidez e projeto de maternidade, são considerados determinantes na forma como a mulher vivencia todo o processo de transição (Leal, 2005, referido por Airosa e Silva, 2013).

A saúde mental perinatal, enquanto área clínica e de investigação, tem vindo a promover uma mudança de paradigma. O foco, anteriormente limitado ao pós-parto ampliou-se a todo o período perinatal (Macedo, Pereira e Marques, 2014), abrangendo as complexas alterações biológicas, emocionais e sociais que ocorrem desde a concepção até ao primeiro ano de vida da criança (Nogueira, Marques, Roque e Pereira, 2014).

Durante a gravidez a mulher vivencia níveis elevados de ansiedade relacionados com preocupações sobre o bem-estar do feto e com o do seu próprio bem-estar (Alderdice, MacNeill, e Lynn, 2013). Os desconfortos associados às adaptações fisiológicas da gravidez comportam problemas de saúde a nível do bem-estar físico e psicológico da mulher (Guerra et al. 2014). A prevalência e incidência destes sintomas podem implicar que, em algumas mulheres, estes problemas possam afetar a sua qualidade de vida e ter um efeito negativo na sua relação com a criança, parceiro e outros membros da família (Schmied, Johnson, Naidoo, Austin et al., 2013). As transformações biológicas, psicológicas e interpessoais que ocorrem na transição para a maternidade, podem precipitar o início ou a recorrência de perturbações psicopatológicas no período perinatal, sendo as mais frequentes, as perturbações da ansiedade e do humor (Tripathy, 2020). Desde a década de 80, que vários estudos confirmam que a sintomatologia relacionada com a ansiedade é a condição que se encontra com maior frequência na gravidez (Camarneiro e Justo, 2020).

A ansiedade durante a gravidez é considerada um processo comum, podendo ser uma resposta normal e adaptativa, mas, em alguns casos pode tornar-se incapacitante e prejudicial para a mãe e para o bebé quando se torna persistente, geradora de angústia, perturbadora do funcionamento materno, necessitando de uma intervenção especializada (Nogueira et al, 2014).

As principais manifestações de ansiedade no período perinatal são: choro fácil (sinal de depressão e/ou preocupação e ansiedade); a agitação e inquietação (sinal de ativação

vegetativa); preocupação excessiva, idas frequentes ao serviço de urgência; procura recorrente de ansiolíticos e comportamentos de evitamento (falta a consultas; contato visual pobre, postura submissa, vergonha) (Nogueira, et al, 2014). A ansiedade durante a gravidez foi associada a complicações na gravidez e no parto, como o aborto espontâneo, a pré-eclâmpsia e o parto prematuro e a complicações do RN, como baixo peso ao nascer. Os filhos de mães muito ansiosas apresentam o dobro do risco de desenvolver perturbações do défice de atenção e de hiperatividade. A ansiedade pré-natal foi também identificada como um forte preditor de depressão pós-parto, mesmo após o controle dos níveis de depressão pré-natal (Fairbrother, Young, Janssen, et al, 2015). Nogueira et al, (2014) associam, ainda, a ansiedade perinatal, a uma perceção de ineficácia parental, à redução na adequação de estratégias de *coping*, à alteração na responsividade do bebé e à vinculação insegura e desorganizada.

A ansiedade na grávida é um tema amplamente evidenciado na literatura, contudo, é uma área que continua a ser descurada, (Vale, 2017 referido por Sequeira e Sampaio, 2020). A World Psychiatric Association (2017) e a Direção Geral da Saúde (2015) reforçam a importância e a necessidade de se melhorarem os cuidados no âmbito da saúde mental perinatal. Estudos realizados relacionados com a saúde mental materna evidenciam a necessidade urgente de promover políticas de saúde a este nível, de forma a desenvolver respostas de saúde especializadas, ao nível preventivo e no acesso ao diagnóstico e tratamento precoces, devendo ser garantida esta dimensão de cuidados a todas as mulheres (Tripathy, 2020). O autor refere que desenvolver ações no sentido da promoção da saúde mental materna, bem como da prevenção da psicopatologia, podem representar estratégias muito importantes para a promoção da saúde mental e bem-estar de toda a família. Refere ainda que é importante na redução de fatores de risco no desenvolvimento infantil, uma vez que o bem-estar materno afeta diretamente a relação mãe-filho e as restantes relações familiares (Haga et al, 2018; Macedo, Pereira e Marques, 2014).

A DGS, (2015) reconhece que as perturbações de saúde mental são muitas vezes subdiagnosticadas porque algumas das suas características principais tais como a fadiga, dificuldades no sono, alimentares e alterações do humor são frequentes durante a gravidez. O Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (2015), identifica as consultas de vigilância da gravidez e a consulta de puerpério como oportunidades para identificar as mulheres e famílias que apresentam vulnerabilidade ou que podem vir a apresentar uma

perturbação mental, e reconhece que a presença de bons vínculos afetivos, de suporte emocional, a sensação de estar integrado num grupo ou comunidade, a resiliência, a capacidade de enfrentar e responder positivamente a eventos de vida potencialmente adversos são alguns dos fatores protetores para a saúde mental. Aquela documento refere ainda que grávidas ou mães com problemas de saúde mental apresentam geralmente uma saúde física mais deficiente e comportamentos de risco, incluindo o consumo de álcool e o abuso de substâncias, e que tem um risco acrescido de complicações obstétricas e de partos pré-termo (DGS, 2015). Também a WPA (2017) refere a necessidade e importância de se melhorar os cuidados no âmbito da saúde mental perinatal.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (WHO, 2018), assim como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) da Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2014), não diferenciam claramente as perturbações de ansiedade e de humor que ocorrem no período perinatal, das que ocorrem noutros momentos do ciclo vital. Contudo, a DSM-V possui o especificador “perinatal” para a patologia psiquiátrica, considerando que os transtornos do humor e os transtornos esquizofreniformes podem ocorrer até 4 semanas após o parto (APA, 2014). Alguns autores consideram esta classificação limitada: em termos temporais, por não abarcar todo o período perinatal, e por não reconhecer o impacto das alterações fisiológicas, hormonais e sociais presentes no desenvolvimento das perturbações neste período. De igual modo, é também considerada redutora, pois não considera as perturbações de ajustamento, as perturbações de relação mãe-filho e as perturbações de ansiedade relacionada com o stresse, e impossibilita a sua utilização na classificação dos quadros de ansiedade perinatal (Macedo, Pereira e Marques, 2014; Nogueira, Marques, Roque e Pereira, 2014).

Associado à ansiedade, vários autores sublinham o forte impacto que o estigma social ligado à doença tem no atraso nos pedidos de ajuda por parte destas mulheres. Este estigma está associado ao mito de que na gravidez e no pós-parto qualquer mulher tem de se sentir feliz. As mulheres que não sentem esta felicidade, podem desenvolver sentimentos de vergonha, culpa, fracasso ou medo de serem estigmatizadas ou que lhes sejam retirados os filhos por receio de serem consideradas “más mães” (Macedo, et al, 2014; Nagle e Farrelly, 2018; Stanevaa, Bogossianb, Morawskaa e Wittkowskic 2017).

O EEESMP em CSP, encontra-se numa posição privilegiada para detecção e prestação de cuidados diferenciados à mulher que vivencia estes processos de transição. A prática de enfermagem deve estar alicerçada naquilo que é o seu conhecimento específico enquanto ciência e disciplina. A realização deste projeto baseia-se na teoria das Transições desenvolvido por Alfar Meleis. Esta teoria de médio alcance propõe como foco central da prática de enfermagem as pessoas e famílias que, num determinado contexto sociocultural, vivem um processo de transição. A transição significa, segundo Meleis e Trangenstein (2010, p.256), “uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro (...). A transição refere-se tanto ao processo como aos resultados de interações complexas entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e assenta no contexto e na situação”. Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) definiram três domínios, todos eles interligados, e sobre os quais são orientadas as intervenções de enfermagem: a natureza das transições (tipo, padrões e propriedades da transição); as condições das transições facilitadoras e inibidoras do processo (pessoais, da comunidade e da sociedade); e os padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado). Quanto à natureza, são considerados quatro tipos de transições relevantes para a profissão: desenvolvimentais - associadas a mudanças relacionadas com o ciclo vital; saúde/doença - resultam de mudanças repentinas ou graduais de bem-estar para um estado de doença; situacionais – relacionadas com acontecimentos que implicam alterações de papéis e organizacionais - aquelas que surgem por mudanças sociais, políticas e económicas na estrutura ou dinâmica intra-organizacional, que vão implicar transições a nível do ambiente. Os diferentes tipos de transição podem ter como padrão a ocorrência de uma forma única ou múltipla, podendo estas serem sequenciais ou simultâneas, relacionadas ou não entre si. Normalmente, um indivíduo vivencia mais que uma mudança, já que uma transição implica reajustes que conduzem a outras transições.

Meleis et al. (2000) referem cinco atributos como propriedades das transições - consciencialização, envolvimento, mudanças e diferença, espaço temporal da transição, acontecimentos e pontos críticos.

A consciencialização é uma propriedade da transição e relaciona-se com a “perceção, o conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição” (Meleis et al., 2000, p.18).

O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento (outra propriedade que cada

pessoa demonstra no processo de transição). Na ausência de consciencialização, pode não acontecer o envolvimento. A procura de informação e a modificação pró-ativa das atividades da pessoa envolvida no processo (Meleis e Trangenstein, 2010) são fatores que permitem avaliar o grau de envolvimento nos processos de transição. Toda esta mudança e diferença fazem parte das transições, mas como refere Meleis e Trangenstein (2010), uma não é sinónima da outra, pois todas as transições envolvem mudança, mas, nem toda a mudança está relacionada com transições. Perante uma mesma situação, o modo como cada pessoa vive uma transição é única, influenciando assim a sua duração. A distância entre o princípio e o fim da mudança, pode ser curta ou longa, podendo não ter as mesmas características (Meleis e Trangenstein, 2010), dependendo não só da natureza das transições e o modo como a mulher convive com as suas características, mas também pelas condições facilitadoras do processo de transição, em que o enfermeiro tem um papel de destaque. Outro fator importante, são os recursos da comunidade, de pessoas significativas para a grávida em transição, como as fontes de informação, a disponibilidade de recursos existentes na comunidade em matéria de saúde e o acesso a esses mesmos recursos. De acordo com Meleis et al. (2000) e Meleis e Trangenstein (2010), estes recursos constituem-se como condições facilitadoras ou inibidoras da transição. Quanto melhor for a organização, preparação e acessibilidade aos recursos disponíveis, maior a probabilidade de ocorrer uma transição saudável.

Meleis et al. (2000) denominam as respostas, durante e depois do processo de transição, como indicadores de processo e resultados. São indicadores de processo, segundo os mesmos autores: sentir-se ligado, interagir, localizar-se e estar situado, desenvolver confiança e adaptar-se. Sentir-se ligado implica uma interação responsável do indivíduo com a mudança e com os participantes envolvidos também no processo - a grávida não só se sente ligada com a mudança que está a acontecer consigo mesma. A interação possibilita que os comportamentos sejam adequados às transições, permitindo, assim, a evolução do processo. Perante as modificações por que está a passar (por exemplo, aumento do peso corporal, alteração do padrão de sono, ...), a grávida vai adequar as suas atitudes, de modo a que o processo de transição continue a evoluir. Localizar-se e estar situado implica a criação de novos significados e perceções - com a vivência da gravidez, a mulher percebe e dá significados diferentes a situações que, possivelmente, já experienciou, mas que agora

possuem um novo significado (a importância de uma alimentação equilibrada, a importância da vigilância do peso, ...). Desenvolver confiança e adaptar-se manifesta-se pela utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias a que a pessoa em transição, ou seja, neste contexto, a grávida, recorre, de modo a responder às mudanças que estão a acontecer.

Estas estratégias demonstram um conhecimento cumulativo da situação, maior adaptabilidade aos eventos críticos e uma sabedoria resultante da experiência. Pelos indicadores de processo, é possível verificar qual a tendência da transição, permitindo, assim, identificar se a grávida se encontra na direção da saúde e do máximo bem-estar, ou em direção à situação de risco de doença ou mesmo doença. Os indicadores de resultado resumem-se à mestria, capacidade e independência que a pessoa em transição deverá apresentar, de modo que se possa dizer que a transição foi bem-sucedida (Meleis et al., 2000). O bem-estar subjetivo, a mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações são indicadores deste sucesso (Meleis et al., 2000).

Pode-se considerar as transições associadas à gravidez como bem-sucedidas quando a grávida demonstra conhecimentos, é capaz de manter uma relação saudável com os que lhe são próximos e, finalmente, é capaz de manter uma boa relação consigo mesma, compreendendo as transformações físicas e psicológicas. Todos estes aspetos contribuem para uma reformulação da identidade da mulher, onde a “confiança no desempenho do novo papel” e o “domínio de novas competências” (Meleis et al., 2000) são indicadores positivos do modo como a mulher vive o processo de transição. As terapêuticas de enfermagem são definidas por Meleis (2010) como todas as ações implementadas intencionalmente para cuidar dos utentes. Podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada ao longo do processo de transição, em que o enfermeiro identifica a melhor ação para a manutenção e promoção da saúde (Chick e Meleis, 1986). Meleis et al. (2000) referem que os enfermeiros podem influenciar os processos de transição, se a sua intervenção for centralizada na pessoa e nas suas reais necessidades.

3. OBJETIVOS

A elaboração deste projeto de melhoria continua da qualidade visa a implementação de um programa de intervenção psicoeducativo na grávida com diagnóstico de ansiedade. Assenta

nos conhecimentos e competências do EEESMP e tem como base a individualidade do utente e a relação terapêutica. Procura criar recursos na comunidade para possibilitar a diminuição dos níveis da ansiedade na grávida atuando na promoção de uma transição para a maternidade saudável.

Este programa tem como objetivos:

- Capacitar as grávidas para a aquisição de estratégias face à redução da ansiedade e promoção da saúde mental, promovendo a redução do *score* da Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal, durante a gravidez.
- Melhorar a forma como é encarada e vivida a gravidez, reforçando competências e empoderamento da grávida, de forma a capacitá-la para o desempenho eficaz e equilibrado da sua condição, antes e depois do nascimento, vigiando e potenciando a sua saúde mental.
- Minimizar o impacto da ansiedade na vivência da gravidez e transição para a maternidade, promovendo a saúde mental e a prevenção da doença,

A aplicação deste programa visa tornar a USF uma unidade de referência a nível da satisfação das utentes grávidas e dos profissionais, tornando-se uma referência na formação especializada e investigação de enfermeiros na área da saúde mental perinatal.

A missão é garantir o acesso cuidados de saúde diferenciados e o acompanhamento especializado à grávida com diagnóstico de ansiedade na USF.

Estratégias/atividades a desenvolver:

- 1) Identificar as grávidas com ansiedade em grau moderado e elevado;
- 2) Aplicar um programa de intervenção Psicoeducativo à grávida
- 3) Realizar 6 sessões com periodicidade semanal/quinzenal;
- 4) Avaliar a ansiedade da grávida antes e após a intervenção.

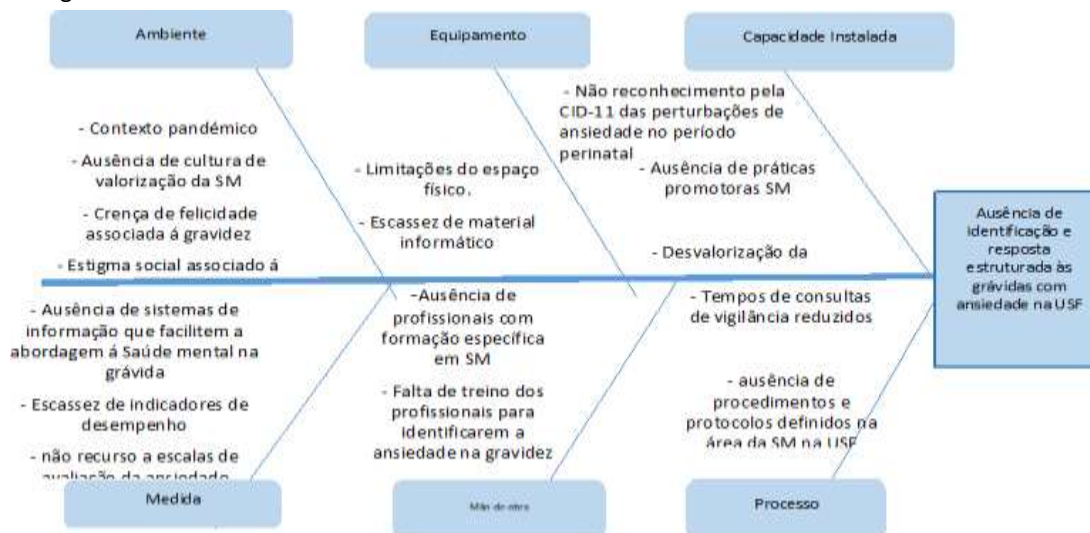
4. PERCEBER AS CAUSAS

O processo de melhoria implica que haja uma identificação e perceção daquilo que está na origem do problema identificado.

Com base na revisão da literatura efetuada para identificar e perceber o problema e após realizado após um *brainstorming* com a equipa de saúde, foi elaborado um Diagrama de

Ishikawa ou de Causa e Efeito, para perceber as causas da não identificação e ausência de resposta estruturada às grávidas com diagnóstico de ansiedade na USF.

Figura 1- Diagrama de Ishikawa para identificação das causas da ausência de identificação e resposta estruturada às grávidas com ansiedade na USF



Na dimensão ambiente, há a considerar o contexto pandémico provocado pela COVID-19, que veio limitar a forma dos relacionamentos entre as pessoas, assim como a vivência da gravidez nos cuidados de saúde (Maciel, Avinte, Lopes, 2021), a ausência da valorização da saúde mental, tanto por parte da população como pelas instituições (CNS, 2019), assim como estigma social associado à DM (CNS, 2019).

No que diz respeito ao equipamento, e em relação ao edificado, a USF apresenta graves limitações de espaço e gabinetes de atendimento que promovam a privacidade das consultas. Além deste, constata-se ainda que os equipamentos existentes são desajustados e insuficientes (mobiliário e outros), assim como o material informático e a dificuldade de acesso a computadores por todos os profissionais.

Na capacidade instalada, identifica-se a desvalorização da ansiedade na grávida por parte da própria, bem como pelos profissionais (DGS, 2015). O próprio manual internacional de doenças (CID -11) não reconhece as perturbações de ansiedade associadas à gravidez, sendo o foco principal da vigilância da grávida o bem-estar físico da grávida do feto.

Ao nível da mão-de-obra e recursos humanos, constata-se não existir na USF nenhum profissional especialista em saúde mental na USF.

No que diz respeito à dimensão medida, assinala-se a ausência de indicadores de desempenho que atendam à saúde mental da grávida, a ausência de ferramentas processuais de avaliação

e registo que valorizem as intervenções na área da saúde mental, assim como a ausência de protocolos de utilização de escalas de avaliação da ansiedade.

Por fim, face à dimensão “processos”, assinala-se o facto de não existirem procedimentos de atuação na vigilância da saúde mental da grávida, assim como o tempo protocolado das consultas de vigilância ser muito reduzido.

Assim, tendo em conta o problema identificado, a ausência de identificação e resposta estruturada às grávidas com ansiedade na USF, e após o diagnóstico das diversas dimensões que estão na sua causa, sugere-se como proposta de melhoria um programa de intervenção psicoeducativa.

Intervenção Psicoeducativa é uma competência do EEESMP, que, de acordo com Sampaio (2011) citado por Sequeira e Sampaio (2020, p.174):

“é uma intervenção de enfermagem que compreende intervenções sistemáticas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas para informar o doente e os seus familiares acerca da doença e do seu tratamento, facilitando a compreensão e a gestão responsável da doença, e dando suporte a todos aqueles que se veem obrigados a lidar com a doença. Não tendo a estrutura da psicoterapia, a psicoeducação refere-se aos componentes do tratamento em que a comunicação ativa de informação, a partilha de informação com todos as pessoas implicadas no processo, e o tratamento de aspetos gerais da doença são proeminentes”

Fonte dos dados

As fontes de dados são instrumentos de aquisição de informação e são fundamentais para analisar a pertinência do projeto. A colheita de dados, neste projeto, é feita através do questionário de caracterização da população em estudo, inclui a caracterização sociodemográfica e a história obstétrica (Apêndice IX), e da Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal – ERAP, validada para a população portuguesa e autorizada a sua utilização pela autora (Anexo VII), aplicada a todas as grávidas do ficheiro da enfermeira investigadora como seleção da população alvo, e na última sessão como avaliação do programa. A ERAP é formada por 31 itens de autopreenchimento (cada item é pontuado de 0 a 3), tem como objetivo detetar a ansiedade patológica tanto no período pré como pós-natal, e baseia-se na deteção de sintomas como ansiedade aguda, perfeccionismo, trauma, ansiedade social, preocupações comuns e medos exclusivos da situação (Somerville, Dedman, Hagan, Oxnam, et al., 2014.) O *cut-off* utilizado é 26 pontos com uma sensibilidade de 0,7 e uma especificidade de 0,3. Foram

desenvolvidos outros intervalos para melhor avaliar a severidade dos sintomas, nomeadamente, sintomas mínimos de ansiedade de 0 a 20, sintomas ligeiros a moderados de 21 a 41 e sintomas graves a partir de 42 (Somerville, et al., 2015).

“A observação direta visa descrever os componentes de uma dada situação social (pessoas, lugares, acontecimentos, etc.) a fim de extrair tipologias desta, ou ainda permitir identificar o sentido da situação social por meio da observação participante” (Fortin, 1999, p. 241).

5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

Planear é determinar uma sequência de ações que têm como objetivo alcançar um resultado desejado, determina aquilo que deve ser feito e como deve ser feito. Deve procurar maximizar os resultados e minimizar as deficiências buscando maior eficiência, eficácia e efetividade (Gama, 2010). No planeamento do projeto de melhoria contínua da qualidade foi realizado o cronograma (Apêndice X) assim como o respetivo fluxograma do programa (Apêndice XI).

Após a seleção da população alvo do programa, foi aplicado, entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022, o programa psicoeducativo individual, com base numa abordagem cognitivo-comportamental, com a periodicidade de 8/15 dias, articulando as disponibilidades das intervenientes. O programa constituiu-se em 6 sessões individuais, com a duração de 45 minutos, e tendo como conteúdos a caracterização da ansiedade, o treino da resolução de problemas e assertividade, treino de relaxamento e regulação de emoções (Apêndice XII).

6. VERIFICAR OS RESULTADOS

O grau de sucesso na realização dos objetivos acontece com base em critérios e normas (Tavares, 1990, p.205). A avaliação de um programa é diferente da avaliação de um projeto, pois a do programa visa o impacto enquanto a do projeto visa sobretudo a execução (Tavares, 1990, p.166). Neste programa definiu-se como indicadores:

Indicadores de processo: taxa de aplicação da escala

Indicador de Resultado: diminuição do *score* na ERAP

Indicador de Qualidade: identificação das utentes que necessitam de intervenção no pós-parto.

Resultados obtidos

Os questionários para avaliação do grau de ansiedade das grávidas foram aplicados entre 29 de novembro e 29 de dezembro de 2021 à totalidade das grávidas presentes no ficheiro da discente, o que corresponde a uma taxa de aplicação da escala de 100%. Destas, 1 apresentava ansiedade em grau elevado, 75 na ERAP, tendo recaído sobre esta a aplicação do programa. A avaliação do programa de intervenção psicoeducativo foi feita através da reaplicação da ERAP e do impacto do programa descrito pela utente. As sessões do programa foram realizadas de forma presencial e individual, com periodicidade semanal entre 5 de janeiro e 11 de fevereiro de 2022.

Na última sessão foi solicitado à participante a avaliação do programa, referindo o que mais gostou, o que descobriu, o que sentiu, o que menos gostou e para que lhe serviu o programa. De acordo com a sua narrativa o que mais gostou foi de *“poder partilhar os seus medos e emoções com um profissional que me escute sem me julgar!”* (sic). O que descobriu foi *“que sou capaz de controlar a minha mente e a forma como me sinto! que tenho mais capacidades do que as que conhecia em mim! E que não sou a única sentir-me assim, a ter estes medos!”* (sic). Sobre o que sentiu ao longo do programa, referiu *“senti-me livre de poder contar os meus problemas, ter alguém que me ouça, é muito bom! senti-me relaxada! Senti-me menos ansiosa!”* (sic). Sobre o que menos gostou no programa, referiu que *“não houve nada que não tivesse gostado! Gostei de tudo!!”* (sic). Sobre o para que serviu este programa, a grávida narrou que *“serviu para ajudar a minha ansiedade..., bastante!!, serviu para ter aprendido a as coisas numa perspetiva mais positiva! sobretudo, serviu para poder desfrutar da minha gravidez!!”* (sic).

Foi reaplicada a ERAP, que revelou uma redução 54 pontos no score passando para 21 situando-se no limite inferior do grau moderado de ansiedade.

A análise dos resultados obtidos permite afirmar que o programa teve impacto relevante na redução da ansiedade da grávida, que mantém a interiorização das estratégias desenvolvidas, verificadas nas consultas de follow-up realizadas.

Os resultados obtidos vão ao encontro ao referido na literatura (Araújo e Cerqueira-Santos, 2020; Almeida e Arrais, 2016; Carvalho, Faria, Gonçalves, Moskovics, et al 2009), que expõe que as intervenções preventivas com base psicoeducativa que abordem os temas sobre estratégias de resolução de problemas, relaxamento, habilidades de comunicação com o

parceiro, rede de apoio e parentalidade podem ter impacto na redução do risco de depressão pós-parto e na ansiedade.

7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA; RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

Os resultados da implementação foram apresentados em reunião de serviço da USF. O trabalho foi elogiado pelos resultados obtidos, mas também pela consciencialização da problemática, explanada na caracterização da população em estudo. Esta consciencialização foi sobretudo relevante para a abordagem das grávidas que não se encontram a trabalhar, bem como com antecedentes de abortos, devido aos resultados estatisticamente significantes, obtidos através da análise dos resultados do instrumento de colheita de dados. Foi proposto dinamizar em formação de serviço os pressupostos para aplicação da escala a todas as grávidas entre as 12 e as 14 semanas de gestação, dos vários ficheiros, e possível referenciação para integração da grávida que reúna os critérios acima definidos, no programa de intervenção psicoeducativa na grávida.

Como forma de avaliação do projeto e com vista à melhoria contínua faz-se uma análise SWOT.

Quadro 1- Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

<p>FORÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os resultados obtidos com o programa de intervenção psicoeducativo - A motivação da equipa - Plano de formação em serviço 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maior divulgação social sobre a saúde mental - Maior número de figuras públicas que assumem as suas patologias, diminuindo o estigma associado - Maiores oportunidades de formação na área da SM - Plano nacional de vigilância da gravidez
<p>FRAQUEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de recursos humanos com formação em SM - Pouco tempo de duração das consultas - Sobrecarga de trabalho dos serviços - Falta de formação dos profissionais na área da SM - Falta de procedimentos instituídos de avaliação da ansiedade na gravidez - falta de Instrumentos de avaliação inseridos nos sistemas de informação 	<p>AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - A falta de políticas que estimulem a promoção da SM - Desvalorização da ansiedade na gravidez - Não identificação dos sintomas de ansiedade pela grávida por se confundirem com sintomas de gravidez

A análise do quadro 3 mostra que os resultados obtidos com a aplicação do programa, aliado ao envolvimento da equipa no projeto e ao momento de execução do mesmo, que coincide com o momento de elaboração do plano de formação em serviço, possibilitando a integração do projeto no plano de formação da USF, constituem-se como as forças do projeto.

As oportunidades identificadas para a aplicação e sucesso do projeto são a maior disseminação social sobre a saúde mental que se verifica, através de várias campanhas de divulgação e promoção levadas a cabo por vários organismos, nomeadamente pela DGS, o crescente número de figuras públicas que assumem a sua DM, promovendo a diminuição do estigma associado à doença. Também foi identificada como oportunidade a maior oferta formativa existente, de forma mais acessível (*webinars*, cursos, programas de promoção de SM levados a cabo pelas instituições de saúde) na área da saúde mental, assim como a existência do Plano Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, que preconiza o rastreio e avaliação da ansiedade de forma sistematizada nas consultas de vigilância de gravidez.

As ameaças identificadas ao projeto são a falta de políticas que estimulem a promoção da SM, a desvalorização social da ansiedade na gravidez, assim como a não identificação dos sintomas de ansiedade pela grávida por se confundirem com sintomas de gravidez.

As fraquezas associadas ao projeto são a falta de recursos humanos com formação em SM e a falta de investimento dos profissionais na formação na área da SM na USF, a curta duração protocolada das consultas de vigilância da gravidez, que dificulta a expressão de sentimentos por parte da grávida, assim como a adequada abordagem por parte do profissional sobre uma temática ainda muito estigmatizada, a sobrecarga de trabalho de todos os profissionais da USF. Foi também identificada como ameaça ao sucesso do projeto, a falta de procedimentos instituídos de avaliação da ansiedade na gravidez, assim como a ausência da sua disponibilização nos sistemas de informação da instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório constitui o culminar de uma etapa importante, de um percurso de aprendizagens que se iniciou em outubro de 2020 e que certamente nunca estará concluído. Foi um período de significativas aquisições de competências, mas também de grandes transformações interiores, pessoais e profissionais, tatuadas na pessoa da enfermeira que termina esta etapa. É o *terminus* de um ciclo, de um percurso que agora se inicia, com mais conhecimento e foco no caminho que se quer percorrer.

A elaboração deste trabalho pretende transmitir a impressão do percurso feito, das aprendizagens conquistadas, das competências comuns e específicas do EE em ESMP adquiridas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro e Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto), e do desenvolvimento pessoal alcançado.

Analisando os objetivos definidos para este percurso de aprendizagem, adquirir competências específicas de EEESMP; compreender o papel do EEESMP na comunidade, como promotor da SM e como facilitador no processo de *recovery* da pessoa com DM neste contexto, e a sua concretização, constata-se que a Teoria das Relações Interpessoais, adotada como referencial teórico deste percurso, vai ao encontro do referencial normativo da ESMP, designadamente no Código Deontológico de Enfermagem (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro), nas Competências Específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto) e no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho).

Considera-se que os objetivos da elaboração deste relatório se encontram plenamente atingidos: foram caracterizados os contextos da prática clínica especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; foram analisadas as intervenções realizadas no contexto dessa prática na aquisição das competências comuns e específicas de EE em ESMP e foi apresentado um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvido em contexto profissional, na grávida com diagnóstico de ansiedade, acompanhada numa USF.

Sobre os contextos da prática especializada realça-se a agradece-se com reconhecimento o papel dos Enfermeiros Supervisores como elementos facilitadores e promotores das aprendizagens feitas, a sua generosidade na partilha de experiências e reflexões sobre os cuidados prestados e o impacto do enfermeiro nos resultados obtidos pela pessoa/família/grupo/comunidade alvo das intervenções. A observação da sua *praxis*, da forma como se relacionam, como comunicam, o empenho que demonstram, a abordagem que fazem às intervenções que executam, são mananciais das referências inspiradores e motivadores de prestação dos cuidados holísticos.

O processo de desenvolvimento e aquisição das competências de EEESMP foi assente na observação, na pesquisa bibliográfica, no treino, mas sobretudo na reflexão, que se constituiu como metodologia/ferramenta de crescimento interno e externo, pela possibilidade de análise dos resultados das suas intervenções, com os ganhos que daí advêm. Fernandes (2008, p. 77) afirma que “a reflexão sobre a experiência transforma-a, e é esta transformação que lhe dá sentido, extraíndo dela um conhecimento próprio e dinamiza a identidade dos participantes”. Almonacid-Fierro e Moreno-Doña (2014, p. 181) declaram que “a reflexão permite repensar as suas experiências, de modo a contribuir para a construção do conhecimento profissional, tendo consciência da sua ação...”.

A aquisição das competências de EEESMP é um processo de desenvolvimento pessoal e profissional complexo e abrangente. É necessário sair da zona de conforto e de segurança, é necessário palmilhar caminhos ainda não percorridos, inclusive no conhecimento de si mesmo, condição essencial para o uso de si como instrumento terapêutico. Esta noção de si na relação terapêutica é um exercício constante de autoconhecimento e autoanálise que leva ao crescimento pessoal. A pessoa da enfermeira que hoje existe não é a mesma que iniciou este percurso académico. Detém um maior conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, que possui ferramentas específicas de SMP para assistir a pessoas/família/grupo/comunidade ao longo do ciclo de vida, na otimização e recuperação da saúde mental (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto).

Com a realização do Projeto de melhoria contínua da qualidade, segundo o ciclo PDCA, fez-se intervenção na grávida com diagnóstico de ansiedade, através da implementação de um Programa de Intervenção Psicoeducativo, com o objetivo de capacitar as grávidas para a

aquisição de estratégias face à redução da ansiedade e promoção da saúde mental, promovendo a redução do *score* da Escala de Rastreo de Ansiedade Perinatal.

Os resultados obtidos não podem ser extrapoláveis, mas mostram a eficácia do programa desenvolvido, não só na concretização da eficácia da

64 s intervenções psicoeducativas realizadas, mas também no seu impacto face à redução da ansiedade da participante. Por outro lado, reforçam a importância do papel preponderante do EEESPM no rastreio, na identificação precoce e no acompanhamento através de intervenções preventivas no período perinatal, das grávidas com perturbações de ansiedade (Macedo e Ferreira, 2014, referido em Sequeira e Sampaio, 2020). Na operacionalização deste programa, foram desenvolvidas competências comuns do EE experienciadas no envolvimento e adesão da equipa ao projeto, e de competências de EEESMP. A implementação e operacionalização do programa validou a capacidade de promover e capacitar para a saúde mental, com expressão na competência F2 “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” e F4 “presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”. Os resultados obtidos mostram a diferenciação e importância da prática baseada na evidencia.

Termina-se esta etapa com emoções positivas de superação, sucesso, conquistas feitas e de gratidão pelo percurso feito, e para com aqueles que estiveram neste caminho.

O caminho abre-se à medida que é percorrido. Olhando para trás, reconhece-se ter-se feito um pouco mais de caminho, olhando para a frente vê-se muito mais por percorrer, e tem-se prazer na possibilidade desse trajeto!

Tem-se consciência de que este foi apenas o início do percurso, e que é importante continuar a caminhar.

Fica o desafio de ser capaz de mais, mais disponível para ser instrumento terapêutico do outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Airosa, S., e Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), 64-77
- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(3), 327-30. doi: Retrieved from <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10366>
- Alarcão, I., e Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), July-setiembre 373-378. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Alderdice, F., MacNeill, J., & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and weel-being. *Midwifery*, 29, 389-399
- Almeida, N. e Arrais, A. (2016). O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. v. 36, ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001382014>
- Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2005, v. 39, n. 2, pp. 202-210. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>
- Almonacid-Fierro, A. e Moreno-Doña, A. (2014). Caracterización del saber pedagógico: Estudio en profesorado. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.18-3.10>
- Alves, J. A. da C., Ribeiro, C., & Campos, S. (2010). Liderança e enfermagem: estudo realizado com enfermeiros chefes e especialistas. *Gestão e Desenvolvimento*, (17-18), 51-71. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2010.129>
- Amaral, C. (2010). *Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE*. Lusociência. Loures.
- American Psychiatric Association(APA) (2014). *DSM 5 Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª ed. revisão de texto. Lisboa: Climepsi.
- André, C., & Lelord, F. (2002). *A força das emoções*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Almeida, N. e Arrais, A. (2016). O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. v. 36, ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001382014>
- Araújo, N. e Cerqueira-Santos, E. (2020). Características e impacto dos programas de

- prevenção da depressão pós-parto em Terapia Cognitivo-Comportamental: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16(1), 10-18. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20200003>
- Barbosa, C. (2016). *A Tríade do Tempo. Um Modelo Comprovado Para Organizar Sua Vida, Aumentar Sua Produtividade e Seu Equilíbrio*. Brasil: Editor, Sextante. ISBN 9788575427248
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (A.A. Queirós, Trad.) Coimbra: Quarteto Editora
- Burroughs, A. (1992). *Uma Introdução à Enfermagem Materna*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas
- Camarneiro, A. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau.
- Camarneiro, A. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. (Tese Doutoramento). Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. Departamento de Psicologia, Portugal.
- Camarneiro, A., Maciel, J. e Silveira, R. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (5), 109-117.
- Camarneiro, A., e Justo, J. (2020). Emotional states and psychopathological symptoms in couples during pregnancy and post-partum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39. DOI: 10.1080/02646838.2020.1814226
- Canavarro, C. (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. 2ªed. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M., e Pereira, A. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 323-358). Coimbra: Quarteto.
- Carrol, T. (2007). *Manage Yourself for a more Fulfilling Career*. In Jones, R., Leadership and Management: theories, processes and practice. Chapter 2. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Carvalho, P., Loureiro, M., e Simões, M. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 2(V), 39-49.
- Carvalho, F., Faria, E., Gonçalves, T, Moskovics, J. e Piccinini, C. (2009). Intervenção psicoeducativa para gestantes vivendo com HIV/Aids: uma revisão da literatura.

- Psicologia: teoria e prática*, 11(3), 157-173. Recuperado em 12 de fevereiro de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000300013&lng=pt&tlng=pt.
- Castanyer, O. (2004). *A assertividade, expressão de uma auto-estima saudável*. (3ª Ed.). Coimbra: Edições Tenacitas.
- Chalifour J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanista da relação de ajuda*, 1º Volume. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção*. (Vol. II). Loures: Lusodidacta.
- Ciampone, M. (1991). *Tomada de decisão em enfermagem*. In: Kurcgant, P. Administração em enfermagem. São Paulo, EPU, 1991. P.194. São Paulo: EPU.
- Chick, N. e Meleis, A. I. (1986) *Transitions: a nursing concern*. In: Chinn PL. Nursing research methodology. Maryland: Aspen.
- College of Nurses of Ontario [CNO]. (2019). *Therapeutic nurse-client relationship*, Revised 2006. Toronto, Canada: College of Nurses of Ontario. Disponível em: https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic.pdf
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa. Direção Geral da Saúde (2020). Retrieved from <https://saudental.covid19.min-saude.pt/>
- Costa, J. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 234–251. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8449>
- Cury, A. (2004). *Seja Líder de Si Mesmo O maior desafio do Ser Humano*. Editora Sextante. ISBN: 9788575421215
- Damásio, A. (2017). *O Sentimento de Si: Corpo, emoção e consciência*. Temas e Debates. Lisboa. Círculo de Leitores
- Deming, W. (1986) - *Out of the Crisis* - Cambridge University Press, Cambridge
- Dennis, C., Falah-Hassani, K., e Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 210 (5) DOI: 10.1192 / bjp.bp.116.187179

- Despacho n.º 5613/2015 de 27 maio 2015 do Ministério da Saúde. (2015). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014. Diário da República II serie, N. 102 <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24/09/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- DGS (2017). Plano Nacional para a Saúde Mental 2017-2020. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Fairbrother, N., Young, A., Janssen, P., Antony, M., e Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>
- Fernandes, O. (2008). Ensino clínico hospitalar em enfermagem. Formar no confronto com a experiência. *Pensar enfermagem*, 12(1), 73-78.
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico: Complexidade e performance*. Coimbra: Almedina.
- Franco, M. (2007). *A gestão das emoções na sala de aula*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Gama, B. (2010). *As funções administrativas e o planeamento em enfermagem*. Universidade federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem: Administração em enfermagem 1. Disponível em: <https://www.ufjf.br/admenf/files/2019/02/Aulas-9-e-10-As-fun%C3%A7%C3%B5es-administrativas-e-o-Planejamento-em-Enfermagem.pdf>
- Gardona, R. & Barbosa, D. (2018). The importance of clinical practice supported by health assessment tools. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71. 1815-1816. 10.1590/0034-7167-2018710401.
- Goleman D.(2011). *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente*. Objetiva. Rio de Janeiro.
- Greco, R; Moura, D e Caldeira, E. (2016). Tomada de decisão e pensamento crítico-refletivo em enfermagem. Universidade Federal Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem.

http://docplayer.com.br/49039659-Tomada-de-decisao-e-o-pensamento-critico-reflexivo-em-enfermagem-1.html#google_vignette

- Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I., e Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe1), 117-124.. Disponível em http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&tlng=pt.
- Haga, S., Drozd, F., Lisøy, C., Wentzel-Larsen, T., e Slinning, K. (2018). Mamma Mia - A randomized controlled trial of an internet-based intervention for perinatal depression. *Psychological medicine*, 49(11), 1850–1858. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002544>
- Hargie, O.; Dickson, D. & Tourish, D. (2004). *Communication skills for effective management*. Basingstoke: *Palgrave Macmillan* [online]. Available from: <https://doi.org/10.1007/978-1-4039-3893-0>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7.
- Howk C. (2004) Hildegard E. Peplau: *Enfermagem Psicodinâmica*. In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição (pp. 423-35) Lusodidacta.
- Imperatori, E., Giraldes, M.R. (1992). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.ª Edição. Lisboa: Edições de Saúde.
- International Council of Nurses [ICN] (2021). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®/ICNP), versão 2019*. Acedido a 02-02-2021. Retrieved from: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.
- Kron, T. & Gray, A. (1994). *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente*. 6ª. Rio de Janeiro: Interlivros.
- Laranjeira, C., Querido, A. (2021). *Planeamento dos Ensinos Clínicos* Leiria: IPL.
- Leal, I. (2005). *A Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. Reflexão RH. *Pessoal* 61-63. Retrieved from: <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Lei nº 36/98 de 24 de julho (1998). Aprova a Lei de Saúde Mental. Diário da República, 1ª

Série-A, Nº169 (98-07-24), 3544-3550
<https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/p/cons/20180814/pt/html>

- Lei n.º 147/99, de 01 de setembro (1999). Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. Diário Da República — I Série-A, Nº 204 (1-9-1999), 6115-6132
<https://files.dre.pt/1s/1999/09/204a00/61156132.pdf>
- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Diário da República, 1.ª série N.º 180, 6528-6550
- Lluch-Canut, T., Sequeira, C. (2020). *Saúde Mental Positiva* in Sequeira, C.; Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. (pp.61-63). Edições Técnicas. Lidel
- Lopes, M. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. in Santos, J., Cutcliffe, J. *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing*. Switzerland: *Springer International Publishing*.
- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – Uma estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9), 41-47. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a07.pdf>
- Macedo, A., Pereira, A., e Marques, M. (2014). *Psiquiatria Perinatal – Perspetiva histórica e aspetos nosológicos*. In Macedo, A. e Pereira, A. (Coords), *Saúde Mental Perinatal* (pp. 3-25). Lisboa: LIDEL
- Maciel, M., Avinte, V. O, Lopes, G. (2021). Percepções na saúde mental das gestantes durante a pandemia de Covid-19 Research, *Society and Development*, v. 10, n. 16, DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23922_1
- Marquis, B. e Huston, C. (2010). *Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação*. 6ª ed. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Martins, C. (2013). A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2019). Parecer 01/2019 Cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem. Retrieved

from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16943/parecer-n%C2%BA-01-2019_25012019_mceesmp_dota%C3%A7%C3%B5es-seguras_iniciativa-da-mceesmp.pdf

- Meleis, A., e Trangenstein, P. (2010). *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*. In: Meleis, A. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp.65-72) New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, H., e Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: evolução recente e perspectivas futuras*. Tese de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10362/9400>
- Mendonça, M. (1998), *Enfermagem agora: a gravidez a luz da teoria da crise*. *Revista Enfermagem XII* (2ª Serie), 18-22.
- Mesquita, A., Paulino, C., Galante, C. & Alves, S. (2011). *Comunicação assertiva: uma aprendizagem efetiva e salutar na relação com os pares*. *Percursos*, nº 20, pp. 11-13.
- Ministério da Saúde (2013). *Despacho 3635/2013, de 7 de março*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República n.º 47/2013, Série II de (2013-03-07)*.
- Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5613/2015. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020*. Retrieved from: <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Moraes, P., Lopes, O. & Braga, B. (2006). *Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (2), 228 – 233.
- Morgado,T., Simões, C. (2021). *Algoritmo de Tomada de Decisão Ética de Enfermagem Apontamentos das aulas de Ética e Deontologia em Enfermagem*, Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Leiria Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
- Muniz, J.; Eisenstein, E. (2009) *Genograma: informações sobre família na (in)formação médica*. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 72-79. Retrieved from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/10.pdf>

- Murphy, J., Quillinan, B., & Carolan, M. (2009). Role of clinical nurse leadership in improving patient care. *Nursing Management* - UK, 16(8), 26–28. Retrieved from: <https://doi.org/10.7748/nm2009.12.16.8.26.c7395>
- Nagle, U., e Farrelly, M. (2018). Women’s views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery*, 66, 79-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.015>
- Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., & Gonçalves, M. (2020). Pandemia COVID 19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, 6(2), 67-76. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i2.146>
- Neves, M. (2004). *Para uma Ética da Enfermagem*. Coimbra: Gradiva de Coimbra.
- Nogueira, V., Marques, M., Roque, C., e Pereira, A. (2014). *Ansiedade perinatal*. In A.F. Macedo e A. Pereira (Coords), *Saúde Mental Perinatal* (pp.77-99). Lisboa: LIDEL
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências, em Todos os Caminhos*. Lisboa: Lusociência.
- Nunes, L., Amaral, M., e Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários a análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, R. (2014). Consentimento informado e boa prática clínica. *Julgar* - Número Especial. Coimbra Editora. Retrieved from: <http://julgar.pt/wp-content/uploads/2019/02/JULGAR-ESPECIAL-CONSENTIMENTO-INFORMADO-06-CONSENTIMENTO-RN.pdf>
- O’Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258–1269. doi:10.1002/jclp.20644
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros, (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Dos comentários à análise dos casos. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2007). Parecer nº 136/2007. Proposta de Enunciado de Posição do Conselho Jurisdicional sobre Delegação. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoP>

[o_sicao_23Abr2007.pdf](#)

Ordem dos Enfermeiros, (2007). Desenvolvimento Profissional- Individualização das especialidades em Enfermagem. Revista da ordem dos Enfermeiros, 26(supl.), 9-20.

Ordem dos Enfermeiros, (2009). Código Deontológico. Retrieved from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Legis-lacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros OE. (2011) Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros OE. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de cuidados Gerais. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). 15 Propostas para melhorar a eficiência no serviço nacional de saúde: contributos da ordem dos enfermeiros. Lisboa: Ordem dos enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. 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 (2014). Programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMCQCE). Conselho de Enfermagem Regional Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/acoes/eventos/Documents/Gui%C3%A3o%20PMCQCE.pdf>

Ordem Enfermeiros. (2015). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2015). Código Deontológico de Enfermagem. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros OE. (2015) Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho - Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental.
- Ordem Dos Enfermeiros (2016). Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>
- Ordem Enfermeiros. (2017). Parecer 01/2017 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica. Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf
- Ordem dos Enfermeiros OE. (2018). Regulamento nº 515/2018, de 7 agosto - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário Da República, 2a Série, Anexo I, 21427–21430. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros OE. (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>
- Ordem Enfermeiros. (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Papa-Letras. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-57-8. Retrieved from:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppessdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf

Organização Mundial de saúde (OMS) (2015). Maternal mental health. Disponível em:

http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Querido, A. (2015). *A Esperança na Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.8/1709>

Querido, A.; Tomás, C.; Laranjeira, C.; Carvalho, D.; Gomes J.; e Valentim, O. (2020). *Evidências Em Saúde Mental: Da Conceção À Ação*. 1ª Edição. 1ª Edição de 2020 (e-book) DOI: <https://doi.org/10.25766/j4hy-dg37>

Rego, A e Pina e Cunha, M. (2015). Liderança e motivação: explorando caminhos no contexto português. *Revista Dirigir&Formar* n.º 11. IEFP. ISSN 2182-7532 Retrieved from: <https://www.iefp.pt/documents/10181/702841/D%26F+n.%C2%BA%2011.pdf/be3a67e2-2f81-4a93-8d13-150a6552661e>

Ribeiro, M., Santos, S., Meira, T. (2006). *Refletindo sobre liderança em Enfermagem*. Escola Anna Nery [online]. v. 10, n. 1, pp. 109-115. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100014>

Rohrich, O., Rocha, A. (2014). *Gestão emocional de equipas em ambiente de projeto*, 5ª edição. Lisboa: FCA Editora de Informática, Lda., 2014. ISBN 978-972-801-0.

Santos, R, Sousa, M., & Dourado, D, (2011). Intervenções de grupo para a sobrecarga de cuidados de pacientes com demência. Uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiátrica Clínica*, 38 (4), 161-7.

Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M.-P., Matthey, et al. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth*, 132, 167-178.

- Sederer L. I. (2016). The Social Determinants of Mental Health. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 67(2), 234–235. Retrieved from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500232>
- Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Edições Técnicas. Lidel
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). (2021). Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101751/Pages/default.aspx>
- Shaker, A., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2014). Research on Therapeutic Impasses and Ruptures in the Therapeutic Alliance. Research on Therapeutic Impasses and Ruptures in the Therapeutic Alliance, *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 211-232.
- Silva, M. (2015). *Avaliação Do Risco De Queda – Contributos Para a Implementação Da Supervisão Clínica Em Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Silveira, C. e Ferreira, M. (2011). Auto-Conceito da Grávida – Factores Associados. *Millenium*, 40: 53-67
- Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*. 17(5):443–54.
- Somerville S, Byrne SL, Dedman K, Hagan R, Coo S, Oxnam E, et al. (2015). *Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS)*. *J Affect Disord*. 186:18–25.
- Stanevaa, A., Bogossianb, F., Morawskaa, A., e Wittkowskic, A. (2017). “I just feel like I am broken. I am the worst pregnant woman ever”: A qualitative exploration of the “at odds” experience of women’s antenatal distress. *Health care for women international* 38(6), 658–686. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2017.1297448>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lisboa. Lusociência

- Tripathy, P. (2020). A public health approach to perinatal mental health: Improving health and wellbeing of mothers and babies. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iogoh.2020.101747>
- Vaz, C. Rosário, E., Silva I., & Nunes, L. (2011). Pareceres – Reflectir O Agir. Análise Complexa de um Caso. *Percursos*, nº 21 Julho-Setembro2011
- Wong, C. A., Cummings, G. G., e Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/ionm.12116>
- World Health Organization (WHO) (2008). *Improving Maternal Mental Health*. Disponível em https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf
- World Health Organization (WHO) (2019). *International Classification of Diseases (ICD) ICD-11*. Disponível em <https://icd.who.int/en>
- World Psychiatric Association (2017). *Perinatal Mental Health Position Statement*. October. disponível em https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_81a7da1703454d68b0847fc19c28add4.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I - SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E
SAÚDE MENTAL

GERIR AS EMOÇÕES EM TEMPO DE PANDEMIA.

Plano da sessão

Formação em Serviço - Internamento de Psiquiatria e saúde Mental

Gerir as emoções em tempo de pandemia.

Data: 20/7/2021 **Hora:** 14h-15h

Local: Biblioteca do serviço de Internamento de Psiquiatria

Destinatários: Equipa de Enfermagem Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Dinamizadora: Enfermeira Rita Santos Alves, Estudante de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria sob orientação do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria Sandrina Sousa

Objetivo: Promover a identificação das emoções, suas características, e funções neste contexto de pandemia. Refletir sobre a importância das emoções nas relações interpessoais e nas relações sociais. Promover a aquisição de estratégias de regulação de emoções, estimulando a reflexão sobre os relacionamentos, comportamentos sociais e sentimentos.

Etapas da sessão	Método	Estratégias/atividades	Duração	Recursos
Introdução	Expositivo	Apresentação da formadora e dos objetivos da sessão	5'	Mesa Cadeiras Canetas Computador Projetor
Desenvolvimento	Expositivo/Interativo	Abordar conceitos de: <ul style="list-style-type: none">• Emoções- Características das emoções- Função das emoções• Distinção entre sentimentos e emoção<ul style="list-style-type: none">• Inteligência emocional- Pilares da inteligência emocional• Estratégias para promoção da regulação emocional em contexto pandémico• Partilha de experiências	45'	
Conclusão	Interativo	Resumo e avaliação da sessão.	10'	
Avaliação:	No dia 20/07/2021 às 14h foi realizada a sessão formativa com a presença de 5 enfermeiros. A sessão decorreu de acordo com o que foi planeado. A sessão decorreu de acordo com o que foi planeado. Os participantes fizeram questões centradas nas suas experiências, bem como nas dificuldades sentidas. A avaliação global da sessão, pelos participantes, baseadas nas suas narrativas e na avaliação dos questionários de avaliação foi muito positiva. Os enfermeiros reconheceram que a temática foi muito pertinente e atual, “numa altura em que andamos saturados da pandemia, com elevados níveis de ansiedade, falar sobre emoções alerta-nos para a importância de usarmos estratégias para promover a nossa saúde mental e estar atentos aos outros!” (sic); “foi um momento de catarse, devíamos ter mais momentos destes!” (sic).			

Sessão formativa dia 20 julho 2021 às 14h

Gerir as emoções em tempos de pandemia



Dirigido á equipa de enfermagem do serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental do XXXXXXXX

Local: Biblioteca do serviço de Internamento de Psiquiatria

Formadora: enfermeira Rita Santos Alves, sob a orientação da enfermeira especialista XYZ

Apresentação digital:

EMOÇÕES EM TEMPO DE PANDEMIA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Centro Hospitalar de Leiria - Internamento de psiquiatria e saúde mental
Rita Santos Alves
Sandra Iria Sousa

Objetivos: Promover a identificação das emoções, suas características, e funções neste contexto de pandemia. Refletir sobre a importância das emoções nas relações interpessoais e nas relações sociais. Promover a aquisição de estratégias de regulação de emoções, estimulando a reflexão sobre os relacionamentos, comportamentos sociais e sentimentos.

Rita Santos Alves


Sumário:

- O que são emoções
- Características das emoções
- Função das emoções
- Distinção entre sentimentos de emoção
- O que é inteligência emocional
- Pilares da inteligência emocional
- Estratégias para promoção da regulação emocional em contexto pandémico
- Partilha de experiências

Rita Santos Alves

O QUE SÃO EMOÇÕES?


Rita Santos Alves



As emoções representam processos biológicos que foram consolidados no decorrer da história da evolução da humanidade. São a ponte entre a mente e o corpo, entre respostas internas e comportamentos externos, pelo que se pode afirmar que as emoções constituem o primeiro mecanismo de defesa da mente e do organismo uma vez que levam a mudanças fisiológicas que por sua vez desbloqueiam comportamentos de sobrevivência (Damásio, 2017).

Emoções Básicas: Medo, Aversão, Raiva, Tristeza, Alegria
Emoções secundárias, ex.: Culpa, vergonha, orgulho, ciúme, inveja...

Rita Santos Alves



Processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença. (ICM, 2021)

Rita Santos Alves

EMOÇÃO ≠ SENTIMENTO

Os sentimentos são uma consequência das emoções e são sentidos por cada pessoa de acordo com a sua experiência, personalidade, cultura e educação...

Sentimentos são o "Sentir a emoção", e são referentes à experiência individual e privada de uma emoção, sofrendo modificações relacionadas com o estado cognitivo e corporal iniciando-se esta na mente. As emoções são, portanto, respostas neurais e químicas com ativação automática, sem decisão consciente e direcionadas para o exterior ou meio ambiente (Damásio, 2017).

Rita Santos Alves

PARA QUE SERVEM AS EMOÇÕES?


- **Função adaptadora:** prepara o organismo para a ação sendo esta uma das mais importantes. Graças a esta capacidade podemos atuar eficazmente.
- **Função social:** expressam o nosso estado de ânimo e facilitam a interação social para que se possa prever o comportamento. Além da expressão oral a comunicação não verbal, que se manifesta muitas vezes inconscientemente, tem muita importância.
- **Função motivadora:** existe uma relação entre motivação e emoção, retroalimentando-se ambas. Qualquer comportamento motivado para algo.
Ex., se no sentimos alegres quando estamos uma pessoa, estaremos mais motivados para voltar a estar com ela.

(Freitas-Magalhães, 2011)

Rita Santos Alves

COMPONENTES DA EMOÇÃO:

1. Componente cognitiva: conhecimento dos factos que desencadeou a emoção;
2. Componente avaliativa: a reação a situação é feita de acordo com o valores e crenças pessoais;
3. Componente fisiológica: Apresenta manifestações orgânicas;
4. Componentes expressiva: Traduz um conjunto de expressões corporais;
5. Componente comportamental: o estado emocional desencadeia um conjunto de comportamentos;
6. Componente subjetiva: a emoção está sempre associada a um estado afetivo. (Queirós, 2014)




Rita Santos Alves

CARACTERÍSTICAS DAS EMOÇÕES:

1. Tempo: tem um princípio e um fim;
2. Intensidade: cada emoção tem um tipo de intensidade;
3. Alterações corporais: traduzem varias manifestações corporais;
4. Causas e direção: tem sempre uma causa direcionada a algo;
5. Versatilidade: aparecem e desaparecem com rapidez;
6. Polaridade: podem ser negativas ou positivas;
7. Reações: são sempre uma reação a algo;
8. Interpretação: traduz a intensidade dos factos.

(Queirós, 2014)



Rita Santos Alves

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Caracteriza-se como uma habilidade relacional em que o indivíduo é capaz de entender seus próprios sentimentos e os sentimentos dos outros, além de fomentar a motivação interna, regular emoções pessoais e as relações com o grupo.

(Goleman, 2011)

Rita Santos Alves

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

- Auto-consciência,
- auto-regulação,
- Auto-motivação,
- empatia
- gestão de relacionamentos (associada às relações intrapessoais, correspondentes à pessoa e interpessoais, que são estabelecidas com o grupo).

(Goleman, 2011)

Rita Santos Alves

AUTOCONSCIÊNCIA

• Representa a base da inteligência emocional, na qual o indivíduo é capaz de afastar um estado de espírito negativo, não se trata de reagir com exageros, mas sim um modo neutro, que mantém a autorreflexividade mesmo em meio a emoções turbulentas.

(Goleman, 2011)

• Isto é, estar ciente de diferentes aspectos do eu, incluindo traços, comportamentos e sentimentos. É um estado psicológico no qual a pessoa se torna o foco da atenção.

Rita Santos Alves

AUTO-REGULAÇÃO

• Consiste na capacidade de manter o autocontrole, de suportar o turbilhão emocional, exercitar a temperança e contenção de excessos.

• O foco está na procura do equilíbrio e não na supressão das emoções, pois cada sentimento possui valor e significado. Quando as emoções são sufocadas, podem causar embotamento, por outro lado, ao extrapolarem o controle de modo extremo, tornam-se patológicas (Goleman, 2011).

• Controlar as próprias emoções contribuiu para que o enfermeiro desenvolvesse a capacidade de adaptação, seja receptivo à mudanças e promova inovações no trabalho.

Rita Santos Alves

AUTO-MOTIVAÇÃO

• Consiste na utilização da energia gerada pelas emoções para alcançar objetivos e metas pessoais, assim como auxiliar para que a pessoa se torne mais eficiente com as adversidades da vida. Pessoas motivadas e esperançosas dificilmente apresentam depressão, ansiedade e distúrbios emocionais.

(Goleman, 2011)

Rita Santos Alves

EMPATIA

• É a capacidade de saber como o outro se sente. Apoiada no autoconhecimento.

• Raramente, as emoções são expressas por palavras, é necessário investir na interpretação de canais não-verbais, como analisar o tom da voz, gestos, expressões faciais e corporais. (Goleman, 2011)

• A empatia, facilita o estabelecer de relações emocionais com a equipa de profissionais promove a construção de relações de confiança.

• Fundamental na relação enfermeiro/utente.

Rita Santos Alves

HABILIDADES NOS RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS

• Capacidade de gerir a emoção de outras pessoas, o que requer domínio das competências anteriores. Retrata a inteligência social, mediante a facilidade de estabelecer relações com os outros, de interpretar reações e sentimentos, permitindo "guiar" as emoções dos outros, gerir conflitos....

• Fundamental no estabelecimento da relação terapêutica com o utente.

• O enfermeiro deve investir na autorreflexão e autoanálise, conhecer suas potencialidades e limitações.

Rita Santos Alves

AS EMOÇÕES E A PANDEMIA

A pandemia COVID-19 aumentou os níveis de stress na população em geral. A preocupação exacerbada face à pandemia em associação com sintomatologia prévia de ansiedade e depressão, bem como o necessário distanciamento físico, apresentam um risco cumulativo de agravamento da doença de base e a tendência para a solidão, isolamento e comportamentos autolesivos (Nascimento, Pereira, Caldas, Silva, et al, 2020).

Rita Santos Alves

A PANDEMIA IMPÕE DIVERSOS DESAFIOS E DIFICULDADES AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- MEDO DE INFECÇÃO pela exposição elevada.
- MEDO DE SER VÍCULO de infeção para os familiares e amigos.
- SENSACÃO de insegurança no trabalho.
- CULPA pela dificuldade em conciliar papeis, profissionais e familiares.
- EXAUSTÃO FÍSICA por excesso de trabalho e diminuição do autocuidado.
- SOBRECARGA emocional e "anestesia" emocional.
- DIFICULDADE em gerir o mal-estar psicológico dos doentes.
- PRESSÃO do tempo e dificuldade na priorização de tarefas e gestão de recursos.
- NECESSIDADE de gerir falhas de comunicação e desinformação / 'fake news'.
- ESTIGMA e discriminação social.

Rita Santos Alves

ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O IMPACTO EMOCIONAL DA PANDEMIA COVID-19

- Ter conhecimento acerca da doença,
- distanciamento de informações tóxicas, excessivas, sobre a pandemia. determinar a frequência e a qualidade dos canais de comunicação
- Manter as rotinas diárias e adotar estilos de vida saudáveis (alimentação, atividade física)
- Auto-monitorizar problemas de saúde prévios/doença crónica e cumprir com o plano de tratamento estabelecido.
- Promover o contato social recorrendo a meios que garantam o distanciamento

Rita Santos Alves

ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O IMPACTO EMOCIONAL DA PANDEMIA COVID-19

- Cultivar pensamentos positivos e otimismo, minimizar sentimentos negativos que possam gerar medo, angústia e depressão.
- prática meditação, Mindfulness (A prática de mindfulness leva a que o intervalo entre o fator desencadeador de uma determinada emoção e o aparecimento da resposta emocional seja cada vez mais longo, havendo gradualmente uma maior avaliação reflexiva, e existindo mais tempo para ponderar e pensar qual a resposta ou atitude mais adequada, em determinada situação ou acontecimento, uma vez que, as pessoas passam a ter mais consciência da emoção, não se deixando dominar por ela (Simón, 2014)).

Rita Santos Alves

ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O IMPACTO EMOCIONAL DA PANDEMIA COVID-19

- Colocar no lugar do outro e nutrir relacionamentos interpessoais construtivos, fundamentais para a prática do cuidado.
- Praticar a auto-regulação: Auto análise sistemática dos sentimentos e compreender a relação destes com o momento atual.
- Manter-se auto-motivado
- ter objetivos claros, o que deseja alcançar tanto a nível pessoal como profissional,
- Investir no bem-estar pessoal, dos utentes e dos colegas de trabalho, pode gerar uma rede de emoções saudias e impulsiona a motivação e a satisfação pessoal e profissional.

Rita Santos Alves

ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O IMPACTO EMOCIONAL DA PANDEMIA COVID-19

- Identificar e gerir os pensamentos automáticos negativos
- Aceitar que as questões que não podemos controlar, não necessitamos de nos desgastar a procurar mudá-las
- Expressar o que sente,
- Projetar o futuro de forma positiva
- Procurar ajuda

Rita Santos Alves

Rita Santos Alves

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

QUESTÕES	1	2	3	4	5
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 - Considero importante o tema da sessão					
2 - Considero que esta atividade foi útil					
3 - Esta sessão vai modificar a forma como vai encarar a sua situação no dia-a-dia					

Rita Santos Alves

OBRIGADA!

Rita Santos Alves

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Damásio, A. (2017). O Sentimento de Si: Corpo, e emoção e consciência. Temas e Debates. Lisboa. Circulo de Leitores

Fillozat, I. (1998). A Inteligência do Coração. Lisboa: Pergaminho.

Freitas-Magalhães, A. (2011). A Psicologia das emoções: O fascínio do rosto humano (3ª ed). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Goleman D.(2011). *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro.

Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *ComprPsychiatry*. 2012;53:15-23. doi:10.1016/j.comppsy.2011.02.003.

Nascimento, S., Pereira, C., Cadoz, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., & Gonçalves, M. (2020). Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, 6(2), 67-76. <https://doi.org/10.51338/rpsm.2020.v6.i2.146>.

Queiroz, M (2014). *Inteligência Emocional: aprenda a ser feliz*. Porto: Porto Editora.

Silva, C. (2011). *Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito*. Dissertação de mestrado, Universidade reinanda resaca, porto.

Rita Santos Alves



APÊNDICE II

FORMAÇÃO EM SERVIÇO UCC - SAÚDE MENTAL POSITIVA

Plano da sessão: Saúde Mental Positiva

Formação em Serviço

Data: 11 /11/2021 **Hora:** 14h **Local:** Sala de reuniões da UCC

Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCC

Dinamizadora: Rita Santos Alves, sob orientação da Enfermeira Mestre SMP XXX

Objetivo: Promover a identificação de conceitos de saúde mental e saúde mental positiva. Refletir sobre a importância da saúde mental positiva como fator construtor de boas relações laborais.

Fundamentação: As características psicossociais positivas tem vindo a ser declaradas fundamentais na saúde geral das pessoas (Jeste et.al., 2015). Investigações realizadas nos últimos anos demonstram objetivamente como a resiliência, o otimismo e o compromisso social, entre outros, estão associados a melhores resultados de saúde, tais como o aumento da longevidade e do bem-estar subjetivo (Diener e Chan, 2011).

A saúde mental positiva diz respeito ao conjunto de características psicossociais positivas (satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e habilidades de relação interpessoal) que, além de permitir à pessoa ter uma vida plena e harmónica consigo própria e com a sociedade, protegem face ao desenvolvimento da doença mental. Este constructo baseia-se no conceito de que a saúde vai mais além da ausência de doença e considera-se fundamental nas intervenções de promoção da SM (Sequeira e Samapio, 2020).

Etapas da sessão	Método	Estratégias/atividades	Duração	Recursos
Introdução	Expositivo	Apresentação da formadora e dos objetivos da sessão	5'	Mesa
Desenvolvimento	Expositivo/Interativo/participativo	Aplicação do QSM+ Abordar conceitos de: Saúde mental Saúde mental positiva Modelo multifatorial da SM+ Decalogo da SM+ Reflexão e partilha de experiências sobre o decálogo da SM+ no quotidiano individual Avaliação do resultado do QSM+ Partilha de experiências	45'	Cadeiras Canetas Computador Projektor Questionário SM+
Conclusão	Interativo	Resumo e avaliação da sessão.	10'	

Avaliação: A sessão aconteceu a 11/11/2021 na sala de reuniões do centro de saúde e contou com a presença de todos os enfermeiros da UCC, mais a enfermeira de saúde pública e ainda uma enfermeira da USF, num total de 8 enfermeiros. A sessão começou à hora planeada e decorreu de acordo com o que foi planeado. Os participantes aderiram às intervenções propostas e reconheceram a importância do tema dentro do contexto de sobrecarga extrema de trabalho que atravessamos. A avaliação global dos participantes foi positiva, não só

do ponto de vista do formador, mas também pelos resultados dos questionários de avaliação que os participantes fizeram da sessão.

Diener, E. e Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. Vol. 3, nº 1 p. 1-43

Jeste, D. et.all. (2015). Positive Psychiatry: Its Time Has Come. *The Journal of Clinical Psychiatry*. [Em linha]

Vol 76, nº 6, p. 675-683.

<http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2015/v76n06/v76n0601.aspx>.

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Edições Técnicas. Lidel

Autorização para o uso do Questionário de Saúde Mental Positiva

Pedido de uso do Questionário de Saúde Mental Positiva Caixa de entrada

 **Sofia, Rita e Lucio Alves** <santos.alves2@gmail.com>
para carlossequeira

quarta, 3/11, 16:58 (há 4 dias) ☆ ↶ ⋮

Bom Tarde professor Doutor Carlos Sequeira!

O meu nome é Rita Santos Alves, sou mestranda do curso de Enfermagem em saúde mental e psiquiatria da IPLeia, encontro-me a desenvolver o estágio de natureza profissional e no decorrer do mesmo estou a desenvolver uma sessão sobre Saúde Mental Positiva, junto dos profissionais de saúde. Venho por este meio solicitar o acesso ao questionário de Saúde Mental Positivo desenvolvido por si para a população adulta, assim como a autorização para o uso do mesmo.

Atentamente,

—
Rita Santos Alves

 **Carlos Sequeira**
para mim

quarta, 3/11, 16:59 (há 4 dias) ☆ ↶ ⋮

Estimada Sofia

Informa-se que poderá utilizar o Questionário de avaliação da Saúde Mental positiva, traduzida e validada para a população Portuguesa, no seu estudo.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização do Questionário.

No entanto, se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Divulgação da Sessão:

Sessão formativa dia 11 novembro 2021 às 14 h

Saúde Mental Positiva



Dirigido à equipa de enfermagem do Centro de Saúde XXXX

Local: Sala de reuniões do Centro de Saúde

Formadora: Enfermeira Rita Santos Alves, sob a orientação da Enfermeira Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria XXXXX.

Apresentação digital:

SAÚDE MENTAL POSITIVA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Unidade Cuidados na Comunidade D. Fias Roupinho
Mestranda: Rita Santos Alves
Supervisão: Mestre.

Saúde Mental em Portugal em números:

- ✓ As perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9%, - 2º lugar entre os países europeus.
- ✓ A depressão afeta 10% dos portugueses.
- ✓ O suicídio em 2017, foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos.
- ✓ A demência assume uma frequência de 20,8% por cada 1000 habitantes, Portugal em 4.º lugar da OCDE.
- ✓ Apenas cerca de 33% das pessoas diagnosticadas receberam cuidados adequados
- ✓ Existem atrasos preocupantes entre o aparecimento dos primeiros sintomas de doença e o início do tratamento. (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2008-2009)
- ✓ Portugal está em 5.º na OCDE no consumo de medicamentos anti-depressores, apresentando também números preocupantes no consumo de ansiolíticos. (CNS, 2019)

SAÚDE MENTAL:

1. Não se sentir doente;
2. Ausência de doença mental;
3. Uma capacidade de resistência e/ou de rápida recuperação;
4. Comportamento – “estilos de vida saudáveis”;
5. Energia e vitalidade;
6. Relacionamento social;
7. Capacidade – ser capaz de fazer “coisas”;
8. Bem-estar psicossocial.

Blaxter (1990)

SAÚDE MENTAL

Saúde mental é o bem estar psicológico ou ausência de problemas de saúde mental – Um contínuo que vai desde a boa (positiva) saúde mental até à doença mental. Ao longo do ciclo vital e em função dos vários acontecimentos, cada pessoa, poderá alterar o seu posicionamento neste contínuo.

Bom saúde mental significa ter um bom funcionamento cognitivo, ser capaz de controlar as emoções, interagir socialmente de forma adequada, aproveitar ao máximo o potencial; lidar bem com a vida no dia a dia; desempenhar bem o papel na profissional e relacional

SAÚDE MENTAL:

⇒(OMS, 2001): é um estado de bem-estar no qual o indivíduo:

- ✓ Pode desenvolver suas próprias habilidades
- ✓ Pode lidar com os agentes stressores normais da vida
- ✓ Pode trabalhar de forma produtiva e com satisfação
- ✓ É capaz de fazer contribuições para a comunidade

Uma visão de saúde mental...

Fonte: Querido et al (2019)

A ausência de doença mental não é um indicador suficiente de saúde mental!

Marie Jahoda

Saúde Mental Positiva – prespetiva histórica:

Início do século XX: Higiene Mental. “A saúde é mais que a ausência de transtorno mental”

1947: Saúde Mental: inclui a saúde e a doença mental

1948: OMS: “Saúde: o nível máximo de bem-estar físico, psicológico e social”

1958: Marie Jahoda publica o primeiro documento com o conceito “Saúde Mental Positiva”. Current concepts of positive mental health”

1958 a 1998: Muito poucas referências. Negligência de conceitos relacionados: Bem-estar e Qualidade de Vida.

Final do séc. XX e início do séc. XXI: – “Explosão” da terminologia positiva

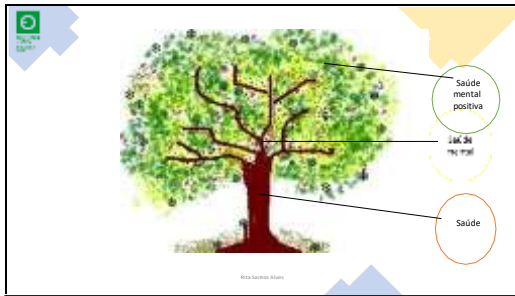
PSICOLOGIA POSITIVA
viver uma vida plena inclui:

- ✓ **SATISFAÇÃO** ⇒ Viver com alegria, felicidade e prazer ter emoções positivas.
- ✓ **ENVOLVIMENTO** ⇒ Viver o melhor de si. Usar as próprias forças e virtudes de caráter.
- ✓ **SENTIDO** ⇒ Encontrar um sentido na vida.
- ✓ **RELACIONAMENTOS** ⇒ Ter relacionamentos saudáveis, com vínculo e apoio mútuo.

Âmbito da SM+ ⇒ Manter/Fortalecer/ Maximizar/Incrementar ⇒ O nível de Bem-estar Mental

PorquêSM+?

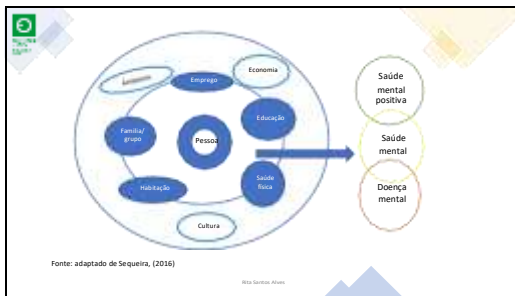
As características psicossociais positivas tem vindo a ser declaradas fundamentais na saúde geral das pessoas (Ieste et al., 2015). Investigações realizadas nos últimos anos demonstram objetivamente como a resiliência, o otimismo e o compromisso social, entre outros, estão associados a melhores resultados de saúde, tais como o aumento da longevidade e do bem-estar subjetivo (Diener e Chan, 2011).



Saúde Mental Positiva:

Saúde mental de pessoas saudáveis edificada na otimização do bem estar geral. Isto é, estar e sentir-se o melhor possível nas circunstâncias específicas em que se encontra, interpretando e aceitando a normalidade de muitos dos nossos pensamentos, sentimentos e comportamentos." (Teixeira, Sequeira & Luch, 2020)

Rita Santos Alves



Saúde Mental Positiva:

A saúde mental positiva diz respeito ao conjunto de características psicossociais positivas (satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e habilidades de relação interpessoal) que, além de permitir à pessoa ter uma vida plena e harmónica consigo própria e com a sociedade, protegem face ao desenvolvimento da patologia mental. Este constructo baseia-se no conceito de que a saúde vai mais além da ausência de doença e considera-se fundamental nas intervenções de promoção de saúde.

Rita Santos Alves

SM+ é ter capacidade para:

- ✓ Disfrutar da vida
- ✓ Lidar favoravelmente com eventos de vida
- ✓ Sentir-se bem emocionalmente
- ✓ Ter valores ético
- ✓ Estar conectado socialmente e manter o respeito pela cultura, pela equidade, pela justiça social e pela dignidade pessoal.

(Sequeira, 2015)

Rita Santos Alves

O conceito de SM+ é dirigido à promoção da saúde mental numa perspetiva de desenvolvimento de fortalecimento ótimo do funcionamento do ser humano.

Segundo Lluich (2008) SM+:

- a) Não é estar sempre feliz e contente
- b) É manter a atração por um mundo ideal, mas integrando o significado de realidade de vida: nascemos, vivemos e morremos num mundo altamente complexo e como seres humanos somos dotados de sentimentos positivos e negativos.
- c) É ser capaz de estar triste nos momentos que são tristes, mantendo a capacidade de funcionamento social e individual.
- d) É um conceito que está totalmente imerso na promoção da saúde mental e que se pode incluir no quadro de "psicologia de vida quotidiana".
- e) É um constructo.

Rita Santos Alves

SM+

Esta é considerada um constructo resultante da interação de seis fatores ou características psicossociais positivas: satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e habilidades de relação interpessoal (Luch, 1999, 2002, 2003).

Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva

F1 Satisfação Pessoal
F2 Atitude Pró-social
F3 Autocontrolo
F4 Autonomia
F5 Resolução de Problemas e Autoatualização
F6 Habilidades de Relacionamento Interpessoais

Rita Santos Alves

"MODELO" MULTIFATORIAL DE SM+

Factor 1: SATISFAÇÃO PESSOAL

- ✓ Autoconceito
- ✓ Autoestima
- ✓ Satisfação com a própria vida

Factor 2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL

- ✓ Capacidade de ajudar e apoiar os outros
- ✓ Capacidade de aceitar os outros e os factos sociais diferentes

Factor 3: AUTOCONTROLO

- ✓ Equilíbrio emocional
- ✓ Capacidade para lidar/ gerir o stress
- ✓ Capacidade para lidar / gerir situações de conflito
- ✓ Tolerar a ansiedade e o stress.

Rita Santos Alves

"MODELO" MULTIFATORIAL DE SM+

Factor 4: AUTONOMIA

- ✓ Autorregulação do seu comportamento
- ✓ Capacidade para desenvolver critérios de decisão
- ✓ Segurança pessoal / autoconfiança

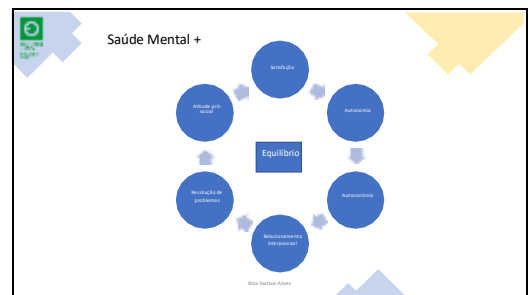
Factor 5: RESOLUÇÃO PROBLEMAS / AUTOATUALIZAÇÃO

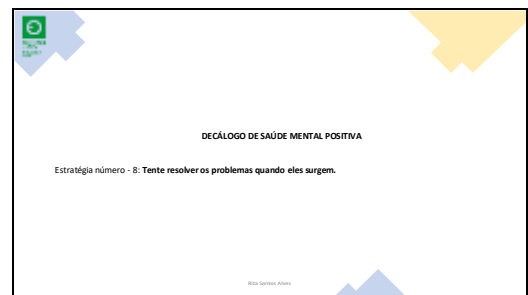
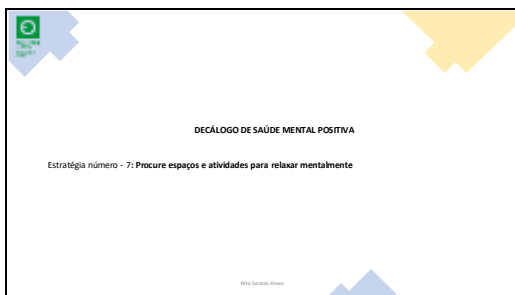
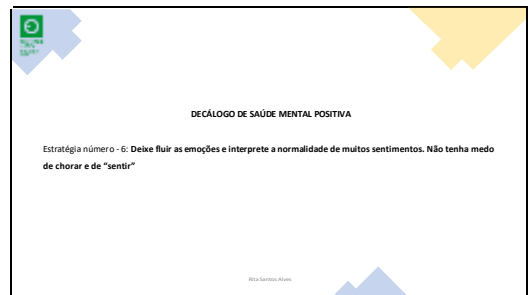
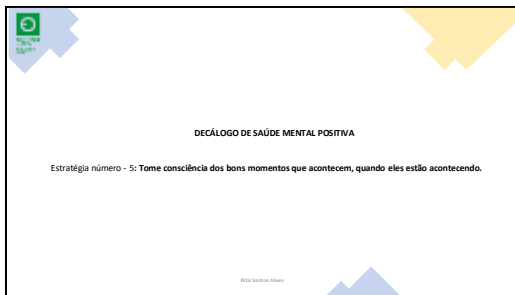
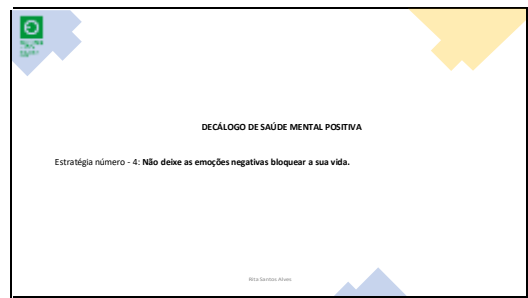
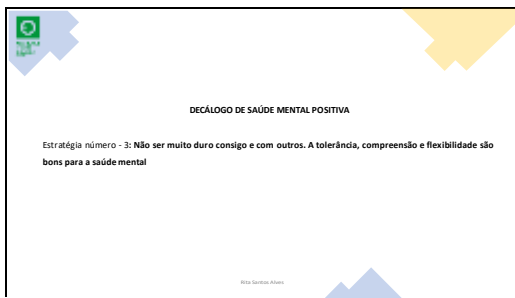
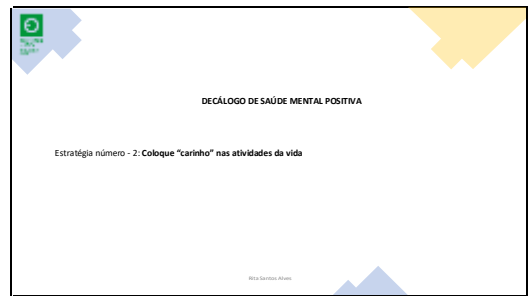
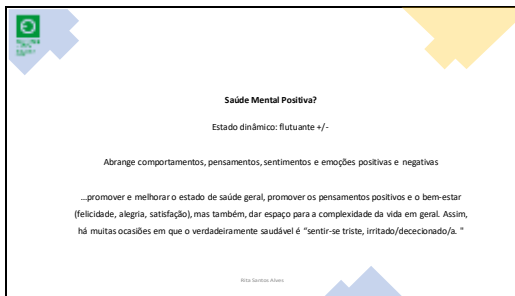
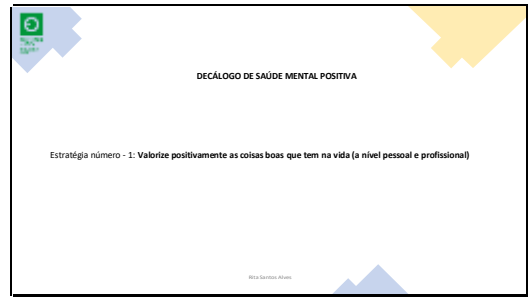
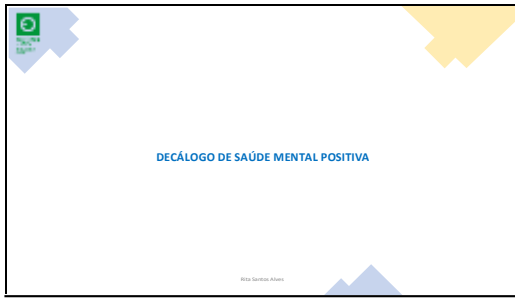
- ✓ Capacidade de análise
- ✓ Habilidade para tomar decisões
- ✓ Capacidade para adaptar-se às mudanças / flexibilidade
- ✓ Atitude de crescimento pessoal contínua

Factor 6: HABILIDADES DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

- ✓ Habilidades para estabelecer / manter relações interpessoais harmoniosas
- ✓ Habilidades para estabelecer/ manter relações íntimas
- ✓ Habilidades para comunicar respeitosamente
- ✓ Habilidades para expressar sentimentos

Rita Santos Alves





APÊNDICE III

FORMAÇÃO EM SERVIÇO UNIDADE DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE
PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE
PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE INTERVENÇÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE–
CHL+

Plano da sessão

Formação em Serviço – Equipa de intervenção comunitária

Data: 09/12/2021 **Hora:** 9h – 9:30h **Local:** Sala de reuniões

Destinatários: Equipa de multidisciplinar XXX

Dinamizadoras: Catarina Afonso e Rita Santos Alves

Enfermeiros orientadores: Enfermeiros ESPM XXXX e YYYY

Objetivo: Apresentar à equipa multidisciplinar o Programa de intervenção Psicoeducativa para profissionais de saúde – CHL+ e os constructos da SM positiva.

Fundamentação: As características psicossociais positivas tem vindo a ser declaradas fundamentais na saúde geral das pessoas (Jeste et.al., 2015). Investigações realizadas nos últimos anos demonstram objetivamente como a resiliência, o otimismo e o compromisso social, entre outros, estão associados a melhores resultados de saúde, tais como o aumento da longevidade e do bem-estar subjetivo (Diener e Chan, 2011).

A saúde mental positiva diz respeito ao conjunto de características psicossociais positivas (satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e habilidades de relação interpessoal) que, além de permitir à pessoa ter uma vida plena e harmónica consigo própria e com a sociedade, protegem face ao desenvolvimento da doença mental. Este constructo baseia-se no conceito de que a saúde vai mais além da ausência de doença e considera-se fundamental nas intervenções de promoção da SM (Sequeira e Sampaio, 2020).

O regulamento de competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019), define que, no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (competência B); o enfermeiro garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, (Competência B1). B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B1.2 – orienta projetos institucionais na área da qualidade. B2, avalia, planeia e lidera programas de melhora contínua da qualidade. (B2.1, B2.2, B2.3). No domínio da Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais Competência (competência D) o enfermeiro especialista: Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho - competência D2.1. e suporta a prática clínica em evidência científica- competência D2.2.

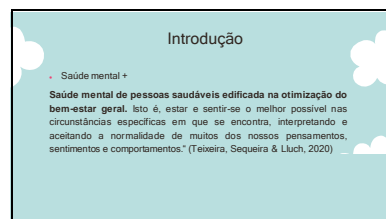
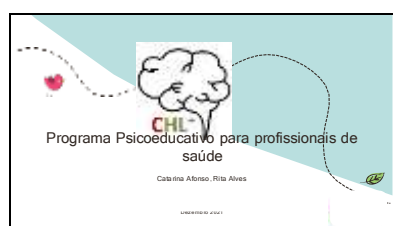
Etapas da sessão	Método	Estratégias/atividades	Duração	Recursos
Introdução	Expositivo	Apresentação da formadora e dos objetivos da sessão	5'	Mesa Cadeiras
Desenvolvimento	Expositivo/ Interativo/ participativo	- Abordar os constructos de Saúde mental positiva - Apresentar o programa CHL+ á equipa multidisciplinar artilha de experiências	20'	Canetas Computador com apresentação digital
Conclusão	Interativo	Resumo e avaliação da sessão.	5'	digital
Avaliação:	A sessão aconteceu a 09/12/2021 na sala de reuniões da equipa. Contou com a presença dos quatro enfermeiros da equipa, uma médica e um interno de especialidade. Os participantes reconheceram as intervenções propostas e a importância da temática do programa de intervenção, demonstrando intenção de aderir à proposta. A avaliação global dos participantes foi positiva, o pelo feedback dado, tendo elogiado o layout da apresentação e a iniciativa.			

Diener, E. e Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. Vol. 3, nº 1 p. 1-43

Jeste, D. et.all . (2015). Positive Psychiatry: Its Time Has Come. *The Journal of Clinical Psychiatry*. [Em linha] Vol 76, nº 6, p. 675-683. <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2015/v76n06/v76n0601.aspx>.

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Edições Técnicas. Lidel

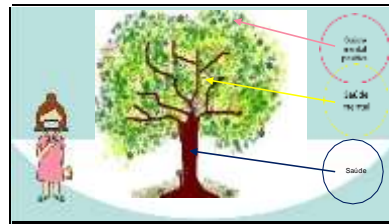
I Formação em Serviço – 9/12/2021



Introdução

- Saúde mental +

Conjunto de características psicossociais positivas (satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e habilidades de relação interpessoal) que, além de permitir à pessoa ter uma vida plena e harmónica consigo própria e com a sociedade, protegem face ao desenvolvimento da patologia mental.



Porquê SM+?

As características psicossociais positivas têm vindo a ser declaradas fundamentais na saúde geral das pessoas (Jeste et al., 2015). Investigações realizadas nos últimos anos demonstram objetivamente como a resiliência, o otimismo e o compromisso social, entre outros, estão associados a melhores resultados de saúde, tais como o aumento da longevidade e do bem-estar subjetivo (Diener e Chan, 2011).

Abordagem

Objetivo Geral
Desenvolver um programa de intervenção psicoeducativa à equipa do serviço de psiquiatria, recorrendo à equipa para pilotagem, capacitando a o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde mental positiva.

Objetivos Específicos

- Implementar o Programa CHL+, recorrendo ao envio de email com instruções de realização de atividades (com foco nas temáticas do modelo de SMP);
- Conceber estratégias que permitam aos profissionais desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a aumentar a saúde mental.
- Assegurar o autocuidado dos profissionais através da execução de uma intervenção semanal, um total de 4

Proposta

Conteúdos

- 01 Satisfação pessoal
atitude pró-social
- 02 Autocontrolo
Autonomia
- 03 Resolução de problemas/autorregulação
relacionamentos interpessoais

1ª Semana

Satisfação Pessoal
Atitude pró-social

Autoconceito
Autoestima
Satisfação com a própria vida
Capacidade de ajudar e apoiar os outros
Capacidade de aceitar os outros e os factos sociais diferentes

2ª Semana

Autocontrolo
Autonomia

Equilíbrio emocional
Capacidade para lidar/gerir o stress
Autorregulação do seu comportamento
Capacidade para desenvolver critérios de decisão
Segurança pessoal/autoconfiança

3ª Semana

Resolução de Problemas/Autorregulação
Habilidades relacionais

Capacidade para desenvolver critérios de decisão
Capacidade para adaptar-se às mudanças/flexibilidade
Capacidade para estabelecer/ manter relações harmoniosas
Habilidade para comunicar respeitosamente
Habilidade para expressar sentimentos

4ª Semana

Percurso realizado

Atividade

Bibliografia

Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2019). Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa, Direção Geral da Saúde (2020). Retrieved from [https://saudemental.cns.gov.pt/](https://saudemental.cns.gov.pt)

Diener, E. e Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, Vol. 3, nº 1, p. 1-43

Jeste, D. et al. (2015). Positive Psychology: Its Time Has Come. *The Journal of Clinical Psychiatry*. [Em linha] Vol.76, nº 6, p. 675-683. <http://www.psychiatry.com/DOI?url=/doi/10.1097/JCP.0b013e31829001a0>

Luich, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*. ISSN 0165-3315, Vol.25, nº 4, p. 42-50.

Luich, M. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. *Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona*, 1299. Tesis de Doctoramento.

Luich, M. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual*, Vol. 21, nº 1 (2003), p. 61-78.

Sáizgarcía, C. e Luich, M. (2016). *Salud Mental Positiva*. Conferência apresentada na celebração do dia da Saúde Mental do Estado Superior de saúde de Vila. Vila (Portugal), celebrada em 8 de Outubro de 2015. Barcelona: Diposit Digital de la Universitat de Barcelona, Col·lecció 014040. Disponível em: <https://diposit.ub.edu/handle/document/24217>

Silveira, C., Samartino, F. (2020). *Entrevista em Saúde Mental*. Metodologia e Intervenção. Editora Lúcia. Lúcia Teixeira, S., Sequência Escobar, M. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental positiva para idosos: Manual de apoio. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Thanks!

©2020: This presentation template was created by Slidego, including icons, photos, and illustrations of iStockphoto.com.

Plano da sessão

Formação em Serviço – Unidade de intervenção na comunidade

Data: 13/01/2022 **Hora:** 9h – 10h **Local:** Sala de reuniões da Unidade

Destinatários: Equipa de multidisciplinar da Unidade

Dinamizadoras: Catarina Afonso e Rita Santos Alves Enfermeiros orientadores EEESPM

Objetivo: Enquadrar o CHL+ como projeto de melhoria contínua da qualidade, identificando as suas etapas, de acordo com o Ciclo PDCA, partilhando os resultados da sua implementação e as propostas de melhoria.

Fundamentação: A implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de acordo com o preconizado pela OE, (2013) segue o Ciclo Deming ou PDCA (Plan; Do; Check; Act/Adjust): Identificar e descrever o problema; Perceber o problema e dimensioná-lo; Formular objetivos iniciais; Perceber as causas; Planear e executar as tarefas/atividades; Verificar os resultados; Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; Reconhecer e partilhar o sucesso (Conselho de Enfermagem Regional, 2013, p. 2). A presente formação visa executar as etapas: Propor medidas corretivas; Reconhecer e partilhar o sucesso.

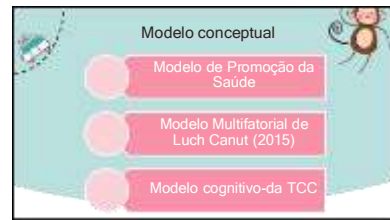
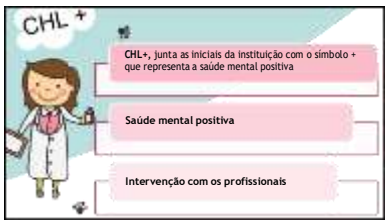
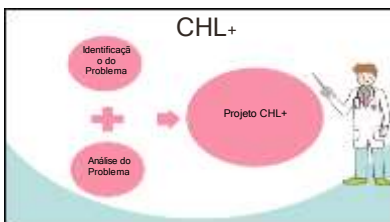
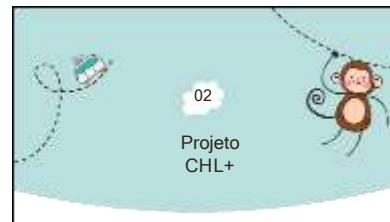
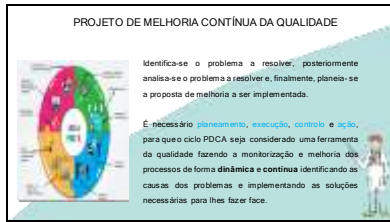
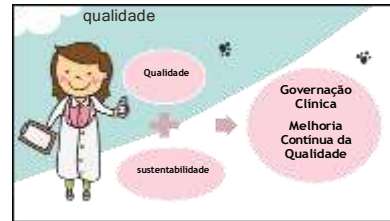
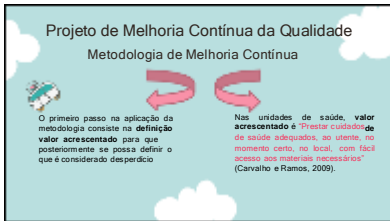
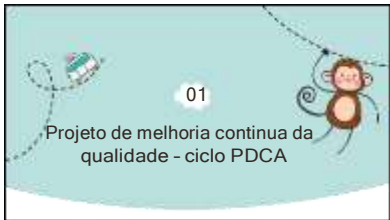
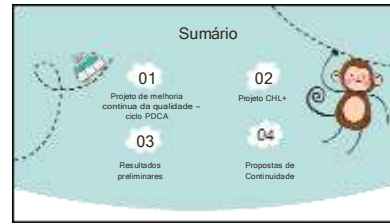
Etapas da sessão	Método	Atividade	Duração	Recursos
Introdução	Expositivo	Apresentação da formadora e dos objetivos da sessão	5'	Mesa Cadeiras
Desenvolvimento	Expositivo/ Inteativo/ participativo	Abordagem de conceitos: Qualidade em saúde Projetos de melhoria contínua da qualidade Ciclo PDCA Apresentação dos resultados do programa CHL+ à equipa multidisciplinar Discussão de propostas de melhoria Reconhecimento e partilha do sucesso	40'	Canetas Computador com apresentação digital
Conclusão	Interativo	Resumo e avaliação da sessão.	15'	

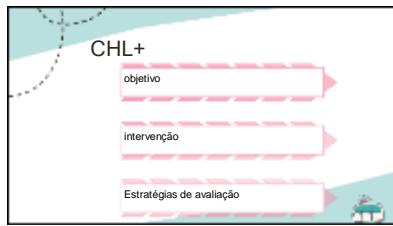
Avaliação: A sessão aconteceu na sala de reuniões da unidade. Contou com a presença de toda a equipa multidisciplinar, e de uma médica interna de especialidade. Os participantes reconheceram a pertinência dos conceitos abordados, manifestaram interesse na partilha dos resultados do programa, e naturalmente surgiu uma partilha construtiva de experiências prévias de desenvolvimento pessoal. A equipa elogiou o projeto desenvolvido assim como a sua apresentação á equipa.

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

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções. Edições Técnicas. Lidel

II Formação em serviço 13/01/2022



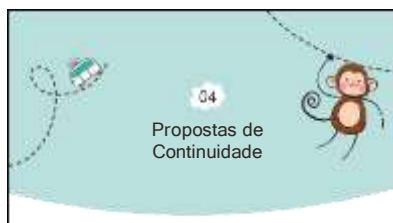
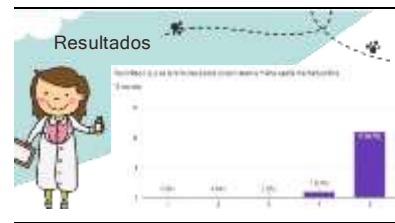


Intervenção				
Programa Promotores				
Objetivo	Intervenção	Atividade	Material	Observações
Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades		
Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades		
Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades		
Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades		
Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades		
Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades		
Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades		
Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades		
Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades	Realizar a avaliação de necessidades		



Resultados preliminares

- ✓ 25 profissionais de saúde (serviço de Psiquiatria - CHL)
- ✓ 21 mails: 4 com proposta de tarefas e estratégias, 4 com sessões formativas, 12 com frases motivacionais
- ✓ 1 mail de avaliação final



Bibliografia

Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2019). Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: Direção Geral da Saúde (2020). Retrieved from <https://saude.mtc.pt/2019/09/19/sem-mais-tempo-a-perder/>

Dineen, L. e Chan, M. (2011). Happier people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, Vol. 3, nº 2, p. 1-43

Isola, D. et al. (2015). Positive Psychology in Times Has Come. *The Journal of Clinical Psychiatry*. [Em linha] Vol 76, nº 6, p. 675-683. <http://www.psychiatrist.com/CPJ/article.aspx?articleid=760601.aspx>

Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*. México: ISSN 0185-3325, vol.25, nº 4, p. 42-55.

Lluch, M. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona, 1999. Tesis de Doctorando.

Lluch, M. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual*, Vol. 11, nº 1 (2003), p. 61-78.

Silveira, C. e Lluch, M. (2016). Saúde Mental Positiva. Conferência apresentada na celebração do dia da Saúde Mental do Estado de São Paulo de São Paulo - São Paulo (Portugal), celebrada em 8 de Outubro de 2015. Barcelona: Diposa Digital de la Universitat de Barcelona, Col·lecció OMAODO. Disponível em: <https://www.libros.uab.cat/maestro/handle/2447/2457>

Siqueira, C., Silveira, S. (2020). Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e intervenções. CEBELA Editora. Londrina, S. Siqueira, C., Lluch, M. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental positiva para idosos: Manual de apoio. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Thanks!

CHESTNUT: The presentational illustration was created by iStockphoto, including elements from Shutterstock and Freepress.com

APENDICE IV

CHL+ - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE
MENTAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

1ª Edição (2020-2021)



- Programa de intervenção Psicoeducativa de Promoção de
Saúde Mental nos Profissionais do ████████

Docente Supervisor

Professora Catarina Tomás

Supervisor Clínico

YYYY MsN | RN Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

XXXX MsN | RN Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Elaborado por:

Catarina Afonso

Rita Alves

Janeiro, 2022

INDÍCE

INTRODUÇÃO	3
1. CICLO PDCA OU DE DEMING (PLAN; DO; CHECK; ACT/ADJUST)	4
CONCLUSÃO	24
BIBLIOGRAFIA.....	26
APÊNDICES	30

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com Relatório inserida no Plano de Estudos do 2ºano, 3º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, foi proposto a realização de um projeto para implementação de promoção de saúde mental à equipa multiprofissional da XXX para ser posteriormente implementada noutras equipas do [REDACTED]. O CHL+ assenta no modelo da saúde mental positiva (Lunch & Sequeira, 2020)

Assim, em conjunto com a equipa de enfermagem da XXX, foi desenvolvido um projeto de melhoria contínua – “CHL+”. [REDACTED] e + representa a associação ao modelo de saúde mental positiva.

O presente programa responde a um problema identificado, apresentando-se de seguida o seu enquadramento teórico, proposta de metodologia na implementação, bem como os resultados esperados.

CHL+ constitui-se como um projeto de melhoria contínua. Deste modo, de seguida apresentam-se as oito fases do Ciclo PDCA ou de Deming (Plan; Do; Check; Act/Adjust): Identificar e descrever o problema; Perceber o problema e dimensioná-lo; Formular objetivos iniciais; Perceber as causas; Planear e executar as tarefas/atividades; Verificar os resultados; Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; Reconhecer e partilhar o sucesso (Conselho de Enfermagem Regional, 2013, p. 2).

1. CICLO PDCA OU DE DEMING (PLAN; DO; CHECK; ACT/ADJUST)

1.1 IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

As perturbações psiquiátricas são cada vez mais comuns, e o seu impacto afeta as populações de todo o mundo. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS): as perturbações psiquiátricas, em Portugal, têm uma prevalência de 22,9% (2º lugar entre os países europeus); a depressão afeta 10% dos portugueses; o suicídio em 2017 foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos; a demência assume uma frequência de 20,8% por cada 1000 habitantes (Portugal em 4.º lugar da OCDE). Ainda de acordo com o CNS Portugal está em 5.º na OCDE no consumo de medicamentos antidepressores, apresentando também números preocupantes no consumo de ansiolíticos.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2018) preconiza que o EEESMP assista a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015) o enfermeiro especialista em saúde mental, na procura permanente da excelência no exercício profissional, ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde. Este projeto fundamenta-se: na promoção do potencial de saúde mental do cliente através da otimização das respostas humanas aos processos de transição: desenvolvimentais, situacionais, fortuitas; na identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do cliente, na promoção de competências, tais como o sentir-se seguro, a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade em lidar com stressores, criar e manter relações íntimas sustentáveis, a auto consciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a auto confiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância e na promoção da literacia em Saúde Mental.

A necessidade de intervenções psicoeducativas dirigidas a profissionais é amplamente evidenciado na literatura (Sequeira & Sampaio, 2020; Townsend, 2011 Jahoda, 1958; Lluch, 1999, 2002, 2003).

Tendo em conta o Modelo de Promoção de Saúde, a promoção de saúde é definida como um conjunto de atividades cujo objetivo é o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar das pessoas, sendo que isto envolve ações de educação em saúde (presentes na atuação do enfermeiro) (Sequeira e Sampaio, 2020).

A promoção da saúde mental, engloba, muitas vezes, a saúde mental positiva, considerando-a como um recurso e um valor por si só, portanto, um direito humano básico crucial para o desenvolvimento social e económico. A SMP serve como um elemento de proteção convincente contra a doença mental (World Health Organization (WHO), 2001)

As características psicossociais positivas têm vindo a ser declaradas fundamentais na saúde geral das pessoas (Jeste *et.al.*, 2015). Investigações realizadas nos últimos anos demonstram objetivamente como a resiliência, o otimismo e o compromisso social, entre outros, estão associados a melhores resultados de saúde, tais como o aumento da longevidade e do bem-estar subjetivo (Diener e Chan, 2011; Park & Peterson, 2007; Snyder & Lopez, 2002). Estes resultados definem uma interação estreita entre saúde mental e a saúde física o qual se alinha com o paradigma holístico de saúde, assim como com a conceção utilizada pela WHO (2005) para definir saúde. O estudo de Marujo, Neto, Caetano & Rivero (2007) reforça a importância do desenvolvimento do capital humano positivo na canalização de talentos, forças e capacidades.

Alicerçado à literatura associa-se a experiência profissional, bem como a identificação local no contexto da necessidade de desenvolver um programa psicoeducativo dirigido a profissionais, tendo-se identificado problema de **falta de estratégias de promoção de saúde mental positiva dos profissionais de saúde.**

1.2 PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO

Na análise das causas para a **falta de estratégias de promoção de saúde mental positiva dos profissionais de saúde** recorreu-se ao Diagrama de Ishikawa ou de Causa e Efeito. As causas foram classificadas de Ambiente, Equipamento, Capacidade Instalada,

Medida, Mão de obra e Processo. Esta classificação foi realizada após um *brainstorming* com a equipa.

Ambiente – Indica o contexto atual que favorece a ocorrência do problema;

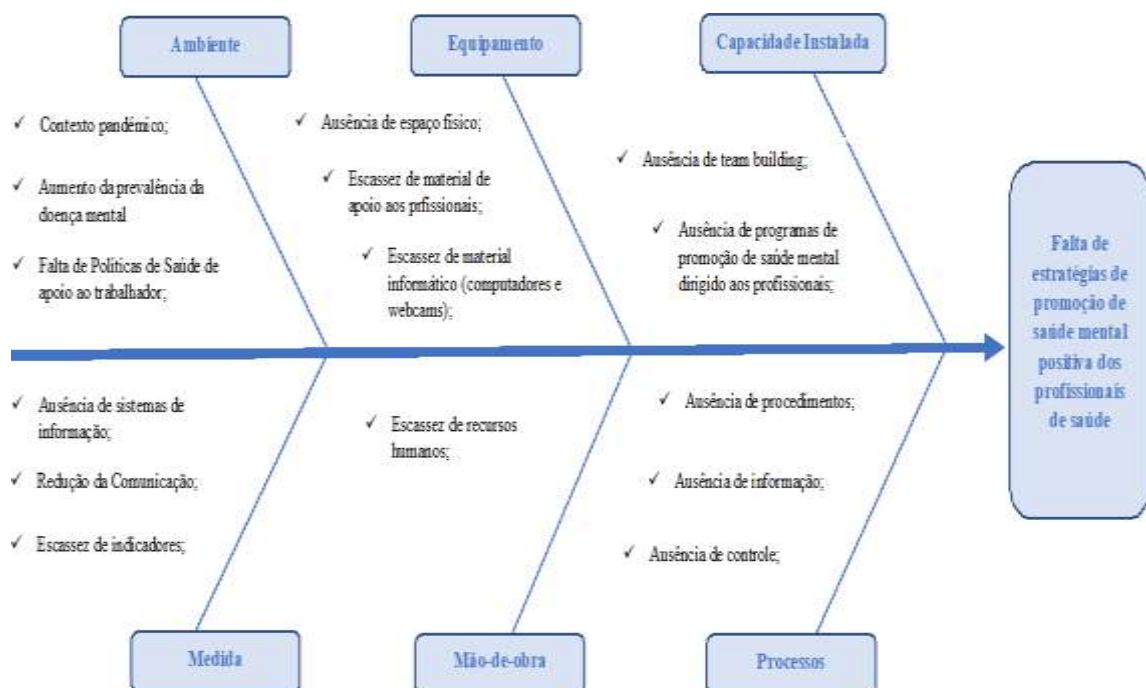
Equipamento – Diz respeito às falhas de equipamentos adequados;

Capacidade Instalada – Refere-se ao estado atual do contexto do [] e a sua capacidade interna;

Medida – Indica decisões que indicam a dificuldade de monitorizar o problema;

Mão de obra – Diz respeito ao grupo de trabalho, à equipa multidisciplinar;

Processo – Refere-se a um conjunto de tarefas interrelacionadas que contribuem para acentuar o problema.



O diagrama foi elaborado com o intuito de apurar as principais causas que estão na origem do problema da falta de estratégias de promoção de saúde mental positiva dos profissionais de saúde do []

Sobre a dimensão **ambiente**, vivenciamos um contexto pandémico com implícita sobrecarga de exigências profissionais na área da prestação de cuidados de saúde, aumento do *burnout* em profissionais de saúde (Duarte e Serrão, 2020) aumento da taxa de

absentismo laboral aumento incidência das perturbações mentais e onde continua a não ser valorizada a saúde mental dos colaboradores. Relativamente à dimensão **equipamento**, constata-se que a inexistência de um espaço físico onde possa ser desenvolvido o programa de modo a manter o distanciamento preconizado pela DGS. Na dimensão **capacidade instalada**, identificamos a ausência de *team building* e a ausência de programas de promoção de saúde mental dirigida aos profissionais. No que diz respeito à dimensão **medida**, assinala-se a ausência de sistemas de informação adequados, a redução da comunicação e a escassez de indicadores que monitorizem a intervenção. Ao nível da **mão-de-obra**, a inexistência de profissionais com formação específica em saúde mental positiva. Por fim, face à dimensão **processos**, assinala-se o facto de não existirem procedimentos instituídos de valorização da saúde mental dos profissionais.

Assim, tendo em conta o problema identificado, **falta de estratégias de promoção de saúde mental positiva dos profissionais de saúde**, e após o diagnóstico das diversas dimensões que estão nas causas do problema, sugere-se como proposta de melhoria um programa de intervenção psicoeducativa por via digital. Para melhor compreender a proposta segue-se um enquadramento que melhor o ilustra, com uma abordagem aos conceitos centrais.

Saúde mental positiva

A WHO (2005) define saúde como o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença. Esta definição assume a multidimensionalidade dos seres humanos e reconhece a saúde como o resultado de uma contínua interação entre as suas dimensões física, psíquica, social e entre estas e o ambiente.

No conceito de saúde mental, embora o termo seja marcadamente positivo (refere a saúde da mente), a história mostra a sua associação aos sintomas da patologia mental, e logo, catalogado a um significado marcadamente negativo, sendo este um dos principais motivos do estigma existente (WHO, 2008). Contudo, nos últimos 30 anos a investigação tem contribuído para uma mudança de perspetiva do entendimento do conceito de saúde mental. Sendo, atualmente, cada vez mais, percebida como um

estado de funcionamento ótimo na vida que permite à pessoa reconhecer as próprias habilidades, lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e dar um contributo a si próprio ou à comunidade (WHO, 2005).

Esta nova conceção rompe com o postulado clínico tradicional assistencial, focado no tratamento das patologias, e direciona a atenção dos profissionais para a promoção e prevenção da saúde no sentido de conseguir este bem-estar nas suas três dimensões: física, mental e social (Lluch, 2003). É nesta linha de pensamento que surge o termo de Saúde Mental Positiva (SMP).

A SMP diz respeito ao conjunto de características psicossociais positivas que permitem à pessoa ter o funcionamento ótimo na vida descrito pela WHO (Keyes 2002, 2007; Monte, Fonte e Alves, 2015). Sequeira (2015) define saúde mental positiva como *“a capacidade de disfrutar da vida, lidar e afrontar favoravelmente eventos da vida, sentir-se bem emocionalmente, ter valores éticos, estar conectado socialmente, assim como, manter o respeito pela cultura, equidade, justiça e dignidade social.”* Esta é considerada um constructo resultante da interação de seis fatores ou características psicossociais positivas: satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e realização pessoal e habilidades de relação interpessoal (Jahoda, 1958; Lluch, 1999, 2002, 2003).

O conceito de SMP tem a sua origem na Psicologia Positiva, uma vertente da psicologia cujo objetivo principal consiste em amplificar as forças ou qualidades pessoais, em vez de focalizar a atenção nas fraquezas (Nunes, 2007). A Psicologia Positiva direciona os esforços para minorar os problemas sociais, incentiva o estudo dos fatores protetores e de risco; e promove e estimula a compreensão das emoções e dos traços positivos que devem ser estimulados para a resolução dos problemas (Nunes, 2007).

Modelo Saúde Mental Positiva Lluch

Em 1999 Maria Teresa Lluch-Canut desenvolveu o modelo multifatorial de SMP, tendo por base o modelo construído por Johada em 1958. Neste modelo Lluch descrevem as características psicossociais, que definem o constructo de SMP segundo Lluch (1999): satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e auto atualização e habilidades de relacionamento interpessoal.

Satisfação Pessoal

A satisfação pessoal diz respeito à valoração que a pessoa faz de si mesma e à atitude que esta tem consigo mesma e com a vida. Engloba quatro critérios específicos: o autoconceito, a autoestima, a satisfação com a vida e a perspectiva otimista do futuro.

- O autoconceito, reflete a forma como a pessoa se concebe a si própria. É de caráter evolutivo, considera-se estável, mas não imutável pois vai-se formando ao longo da vida da pessoa. Este tem um aspeto descritivo pois a pessoa descreve os próprios aspetos pessoais (atributos físicos, características de comportamento, qualidades emocionais) reconhecendo as próprias capacidades e limitações (Palacios e Zabala, 2009).

Ter um autoconceito objetivo e ajustado com a realidade considera-se um indicador de SMP. Assim, para Lluch (1999) no autoconceito objetivo, a pessoa deve ter a habilidade de diferenciar entre o eu-real, o que realmente é, e o eu-ideal, o que gostava de ser. Logo, uma pessoa mentalmente saudável além de ter presente e de ser consciente do seu eu-real irá igualmente conservar um eu-ideal, o qual, sem o afastar da realidade, irá orientar-lhe para o crescimento pessoal.

- A autoestima, é um componente do autoconceito e diz respeito das emoções e afetos que acompanham a descrição da própria pessoa. Engloba sentimentos e emoções que a pessoa tem de si mesma, pelo que pode ser igualmente definida como amor-próprio ou auto valorização. A autoestima, portanto, implica a aceitação global da própria pessoa, das suas virtudes e dos seus defeitos (autoaceitação). Esta irá influir na forma como a pessoa vê o mundo, reage ante ele e se relaciona com ele pelo que é considerada fundamental na saúde mental (Lluch, 1999). Outros conceitos relacionados com a autoestima são a autoconfiança e auto dependência.

A autoconfiança quer dizer que a pessoa se considera a si mesma, forte, boa e capaz, enquanto a auto-dependência diz respeito da convicção de que a pessoa depende unicamente de si mesma e dos seus critérios (Lluch, 1999).

Palacios e Zabala (2009), no sentido de diferenciar os conceitos de autoconceito e autoestima, assinalam que, enquanto o primeiro faz referência à ideia que cada pessoa tem de si mesma (dos aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais), o segundo aponta para o apreço, estima e amor pela própria pessoa. Assim, segundo estes autores, o autoconceito alude à dimensão cognitiva ou percetiva e a autoestima à vertente

afetiva ou avaliativa.

- A satisfação com a vida, é considerada uma das dimensões (dimensão cognitiva) que integra a estrutura dupla do bem-estar subjetivo ou emocional (Lluch, 1999). Esta consiste numa sensação de contento e paz resultado da avaliação cognitiva que o indivíduo realiza entre as diferentes dimensões da sua vida (saúde, trabalho, residência, relações sociais, etc.) e os seus desejos, necessidades, realizações e conquistas existenciais (Snyder e López, 2009)

- a perspectiva otimista em relação ao futuro supõe esperar e acreditar que o futuro traga experiências e resultados favoráveis para o indivíduo. O otimismo é um produto de herança-ambiente, gera emoções positivas e é considerado um fator que influi positivamente em diversos aspetos da vida, entre eles a saúde (Lluch, 1999).

Assim, estar satisfeito consigo próprio (autoconceito e autoestima), com a vida e com o futuro, são considerados bons preditores da satisfação global, assim como de saúde mental.

Atitude Pró-social

A atitude pró-social aglomera uma atitude de ajuda e apoio aos outros, a aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes, uma predisposição ativa para a sociedade e uma atitude altruísta.

Segundo Lluch (1999) ter uma atitude pró-social considera-se fundamental para o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias. A atitude é a propensão de responder perante um objeto social, situação ou pessoa. Não é considerada um comportamento, mas sim uma predisposição para a pessoa se comportar de uma determinada forma. As atitudes não são diretamente observáveis, mas é possível conhecê-las através do comportamento.

A pró-sociabilidade, por outro lado, tem como motivação básica beneficiar o outro de forma voluntária, sem pressões externas, e sem esperar recompensas materiais ou sociais (altruísmo). Esta pode ser manifestada mediante intenções, ações ou expressão verbal (Koller e Bernardes, 1997).

Os comportamentos e pensamentos pro-sociais tais como ajudar, partilhar ou aceitar as diferenças sociais, modificam-se ao longo da vida, em função da presença e interação de aspetos do desenvolvimento humano tais como idades, motivações,

características da personalidade e condições situacionais (Koller e Bernardes, 1997).

Ter predisposição para ajudar aos outros de forma voluntária ou altruísta, pensar nas necessidades dos outros para além das próprias, assim como conhecer, aceitar e respeitar as diferenças de comportamento dos outros, são qualidades consideradas promotoras do crescimento pessoal. O ser humano é um ser social, vive em sociedade, pelo que é fundamental e necessário romper a barreira do egocentrismo, do egoísmo e das crenças limitantes que o reduzem a um ser que só pensa nas próprias necessidades ou desejos. O respeito pelos outros e a compaixão são fundamentais para relacionar-se de forma saudável e positiva com o ambiente e a sociedade (Koller e Bernardes, 1997).

Autocontrolo

O autocontrolo é o terceiro fator do modelo multifatorial de SMP delineado por Lluch (1999). Este apresenta os seguintes critérios específicos: equilíbrio emocional, capacidade para lidar ou gerir o stresse em situações de conflito e para tolerar a ansiedade ou o stresse.

Para Fujita (2011), autocontrolo é a capacidade de regular a própria conduta mediante a inibição ou restrição de respostas ou impulsos, motivados por recompensas a curto prazo, no sentido de conseguir benefícios a longo prazo. Além de monitorizar a conduta, o autocontrolo permite igualmente regular os próprios pensamentos ou emoções. Com isto, ante situações de stresse, a pessoa antes de atuar impulsivamente, é capaz de observar a situação, ouvir os seus pensamentos, sentir as suas emoções e pensar quais os benefícios e prejuízos da reação que o nosso corpo ou mente deseja ter nesse determinado momento.

Assim, ter autocontrolo implica não atuar segundo os impulsos ou instintos e ser conscientes dos nossos processos mentais e emocionais. Cada pessoa tem o poder do seu próprio corpo (ações, emoções, pensamentos, palavras, comportamentos, etc), no entanto, será preciso acreditar e ser consciente desta faculdade para a fortalecer mediante diferentes técnicas.

Autonomia

Segundo Lluch (1999) uma pessoa autónoma a nível pessoal será capaz de regular o próprio comportamento, de desenvolver critérios de decisão e de ter segurança pessoal ou autoconfiança. A autonomia permite ao indivíduo comportar-se ou tomar decisões

segundo os próprios valores, necessidades, crenças ou objetivos pessoais. A pessoa ganha independência em relação ao mundo externo pelo que o comportamento e conduta tornam-se mais estáveis e menos flutuantes em relação às influências sociais ou ambientais.

Tomar decisões, por outro lado, supõe uma contínua discriminação consciente dos fatores ambientais, pessoais ou sociais que a pessoa deseja aceitar ou rejeitar. Implica autogerir as próprias ações desde o autorrespeito e autoconfiança (Lluch, 1999; Jahoda, 1958). Ser autónomo a nível pessoal permite uma participação ativa em todas as dimensões da vida para o qual é imprescindível desenvolver segurança e confiança pessoal. O indivíduo não depende dos outros para poder decidir ou atuar, o seu mundo interno é mais influente que o externo o qual lhe permite manter serenidade e felicidade em situações ambientais pouco favoráveis (Lluch, 1999). Assim, a pessoa não aceita automaticamente as influências, estereótipos ou normas sociais ou ambientais, mas, ao invés, questiona-as, desenvolve uma opinião baseada nos próprios valores, crenças, objetivos pessoais ou necessidades e, segundo estes, irá comportar-se de forma a existir um equilíbrio entre as exigências sociais e os seus próprios critérios.

Resolução de Problemas e Realização Pessoal

Segundo Lluch (1999), este critério de SMP implica ter capacidade de análise e de tomar decisões, assim como de ser capaz de adaptar-se às mudanças e de ter uma atitude de crescimento pessoal. Ao longo da vida todas as pessoas experienciam situações prazerosas e positivas, mas também frustrações e acontecimentos negativos que serão necessários solucionar ou ultrapassar no sentido de conseguir um funcionamento positivo em todas as esferas da vida. A habilidade de resolver situações problemáticas que surgem nas diferentes facetas da vida (social, laboral, sentimental, etc.) implica tomar decisões que irão promover estratégias direcionadas à solução do conflito ou à adaptação da pessoa à nova situação. Estas estratégias dependem de cada indivíduo e são determinantes da sua saúde mental.

Segundo Jahoda (1958) a resolução de problemas não deve estar focada unicamente no resultado final, mas também no processo. Assim, esta autora define três aspetos que definem o processo idóneo a seguir na resolução satisfatória de problemas:

- Seguir uma sequência das etapas que guiam a resolução: análise do problema, busca

de possíveis soluções, tomada de decisões e implementação da solução.

- Ter uma atitude e motivação favoráveis no processo de resolução. Se isto não acontecer, a solução dos problemas será realizada de forma incorreta com a consequente interrupção do processo mencionado no ponto anterior.

- Optar preferivelmente por afrontar os problemas de forma direta e não indireta. Por exemplo, se uma pessoa não gosta do trabalho a posição direta seria mudar de trabalho enquanto a indireta poderia ser encontrar atividades prazerosas no tempo livre.

Por outro lado, a realização pessoal ou auto atualização é imprescindível na resolução dos problemas e na adaptação às novas situações. Esta pode ser considerada como a força ou motor que gera o desejo de crescimento e superação pessoal (Lluch, 1999).

Habilidades de Relacionamento Interpessoal

Este último fator, diz respeito à habilidade em estabelecer relações interpessoais nas quais a pessoa seja capaz de entender os sentimentos dos outros (empatia), de os apoiar emocionalmente e de estabelecer e manter relações interpessoais íntimas. As habilidades de relacionamento interpessoal estão intimamente relacionadas com a atitude pró-social abordada anteriormente. Assim, uma pessoa que não apresenta uma predisposição ativa para o social ou uma atitude de ajudar aos outros, dificilmente irá ser capaz de prestar apoio emocional a outra pessoa, de entender como esta pessoa se sente e de estabelecer relações interpessoais íntimas satisfatórias.

Como referido, o ser humano é um ser social, e como tal encontra-se em contínua interação com os outros. As habilidades sociais permitem ao indivíduo transmitir e comunicar o que deseja, e de forma correta, à outra pessoa, assegurar-se de que o recetor entende a mensagem e adaptar a interação em função da resposta do interlocutor. Ter esta capacidade de comunicação é fundamental para o desenvolvimento em diversos aspetos da vida, promove e favorece o bem-estar, a autoeficácia e permite receber reforço social (Lluch, 1999).

Decálogo de saúde mental positiva

Maria Teresa Lluch-Canut (2011) com o intuito de reforçar a SMP na vida pessoal e concretizar de um modo mais operacional os fatores conceptuais do Modelo Multifatorial de SMP, definiu um decálogo de 10 recomendações essenciais, que foram

traduzidas para a língua portuguesa por Sequeira:

- ✓ Estratégia número - 1: Valorize positivamente as coisas boas que tem na vida (a nível pessoal e profissional)
- ✓ Estratégia número - 2: Coloque “carinho” nas atividades da vida
- ✓ Estratégia número -3: Não ser muito duro consigo e com outros. A tolerância, compreensão e flexibilidade são bons para a saúde mental
- ✓ Estratégia número - 4: Não deixe as emoções negativas bloquear a sua vida.
- ✓ Estratégia número - 5: Tome consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles estão acontecendo.
- ✓ Estratégia número - 6: Deixe fluir as emoções e interprete a normalidade de muitos sentimentos. Não tenha medo de chorar e de “sentir”
- ✓ Estratégia número - 7: Procure espaços e atividades para relaxar mentalmente
- ✓ Estratégia número - 8: Tente resolver os problemas quando eles surgem.
- ✓ Estratégia número -9: Cuide das suas relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntima como as de trabalho (colegas).
- ✓ Estratégia número - 10: Não se esqueça de colocar “humor” na sua vida.

Modelo de Promoção da Saúde

O modelo de promoção de saúde proposto por Nola Pender (1982), determina a promoção de saúde como o processo de capacitar os indivíduos, grupos, famílias e comunidades para se tornarem ativos, controlarem os determinantes dos seus comportamentos de saúde e tomar medidas visando o bem-estar. Contrariamente à prevenção da doença que é motivada pelo medo e ansiedade, a motivação subjacente ao comportamento de promoção da saúde é o desejo de aumentar o bem-estar e potencializar a saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

O modelo dá foco à multidimensionalidade das pessoas em interação com o seu ambiente interpessoal e físico, no sentido de identificar quais os comportamentos que as pessoas podem adotar para melhorar a saúde, estendendo-se ao longo da vida. O objetivo é identificar quais os fatores que motivam os indivíduos a adotarem comportamentos direcionados para a saúde, identificando quais os que vão influenciar esses mesmos comportamentos. A promoção da saúde, enquanto estratégia de ação,

constitui-se pelo conjunto de atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar das pessoas, o que requer ações de educação para a saúde, levadas a cabo pelos enfermeiros (Sequeira & Sampaio, 2020).

Técnica Cognitiva-Comportamental

Os termos terapia cognitiva e o termo genérico terapia cognitivo-comportamental são usados na generalidade como sinónimos para descrever técnicas baseadas no modelo cognitivo (Beck, 2013). O Modelo Cognitivo, propõe que os pensamentos, as emoções e os comportamentos não são influenciados pela situação em si, mas pela forma como as pessoas percebem e processam a realidade (Beck, 2013). Assim, a técnica cognitivo-comportamental é a combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais (Beck, 2013). Na abordagem da TCC a cognição tem influencia controladora sobre as emoções e o comportamento, e a forma como nos comportamos pode influenciar o padrão de pensamento e as emoções (Sequeira & Sampaio, 2020).

Psicoeducação

A Psicoeducação é uma Intervenção Terapêutica da competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica descrita no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018 (F4 – Presta Cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais 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)

Ao fazer intervenções de psicoeducação, o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e parceria com os utentes com o objetivo de aumentar o insight sobre os problemas existentes e a capacidade de encontrar novas possibilidades na resolução das dificuldades. Através da psicoeducação consegue promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos.

A Psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar de conhecimentos acerca do problema e uma componente das emoções, das expectativas, entre outras (Santos, Sousa, & Dourado, 2011).

1.3 OBJETIVO GERAL

Capacitar os profissionais de saúde para o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde mental positiva através da aplicação de um programa de intervenção Psicoeducativa.

Objetivos Específicos

- Implementar o Programa CHL +, recorrendo ao envio de email com instruções de realização de atividades (com foco nas temáticas do modelo de SMP);
- Divulgar estratégias que permitam aos profissionais desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a potenciar a saúde mental positiva.
- Divulgar o autocuidado dos profissionais através da execução de tarefas semanais, num total de 4, de forma a potenciar a autorreflexão;

1.4 PERCEBER AS CAUSAS

a) Dimensão do Estudo

Contexto: hospitalar

Proposta que pode ser integrado no Plano de Ação do serviço de Psiquiatria e sequencialmente do ■■■.

b) Unidades de Estudo

Participantes: profissionais de saúde da XXX.

Período de tempo de Aplicação: dezembro de 2021 a janeiro de 2022

Fonte de Dados

As informações serão utilizadas somente no contexto do estudo e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a confidencialidade e privacidade dos seus dados pessoais. Serão utilizados pseudónimos para todos os nomes e locais referenciados, assim como omitidos quaisquer detalhes que possam permitir a identificação dos entrevistados e das pessoas locais a que ele(a) se refere.

c) Tipo de avaliação

Avaliação interna

Prevê-se a seleção aleatória de 3 a 4 participantes a quem será solicitada a realização de uma narrativa experiencial. A análise das narrativas será a forma de avaliar internamente o programa. Acrescenta-se que será enviado um questionário de satisfação via email a todos os participantes.

Avaliação Externa

Será feita uma proposta de apresentação final dos resultados obtidos com discussão do seu impacto bem como das vantagens e desvantagens da sua replicação acessível a todos os participantes.

d) Critérios de avaliação

Participantes

Critérios de seleção: profissionais de saúde

Sessões do Programa

Realização de um plano todas as sessões, espelhado em quadro (ver tabela 1), em articulação com os enfermeiros supervisores.

e) Quem colhe os dados

As estudantes de EEESMP

f) Relação Temporal

Avaliação concorrente

g) Definição da população e seleção da amostra

Equipa do Serviço de Psiquiatria, com amostra pilotagem da equipa de XXX

h) Quais as medidas corretivas passíveis de ser usadas

i) Discussão com orientador após cada sessões e reflexão de necessidade de adaptações.

1.5 PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

Planear permite transformar uma finalidade ou um conjunto de intenções em ações, formalizando-as para que possam ser implementadas e articulando as consequências e resultados previstos (Mintzberg, 1994). O planeamento é um processo iterativo,

cíclico, em espiral (Tavares, 1990), uma vez que não se volta exatamente ao ponto de partida inicial, mas a um ponto de partida aperfeiçoado (Imperatori e Giraldes, 1992). Tendo em conta o Programa a desenvolver, é fundamental seguir a proposta de Cronograma (Apêndice I), Programação das sessões (apêndice II) e Apresentação das sessões (Apêndice III)

Proposta de indicadores

É através de indicadores baseados em evidência que é possível fornecer medidas objetivas, para que sejam avaliadas estruturas, processos e resultados em saúde, por parte das organizações de saúde (Schall, Cullen, Pennathur, Chen, Burrell, & Matthews, 2017). A avaliação destas intervenções é imprescindível e implica a utilização de indicadores (Halpin & Schanche, 2019).

Indicadores de processo

- Taxa de adesão às atividades propostas;

Indicadores de resultado

- Taxa de reconhecimento de potenciação de estratégias de saúde mental positiva;
- Taxa de reconhecimento potenciação de autorreflexão;

Indicadores de qualidade

- Taxa de recomendação do programa a outros (Escala tipo *Likert*)

Resultados esperados

Com a implementação do Programa, neste campo específico na área de saúde mental, espera-se que:

- Os profissionais desenvolvam estratégias de SMP;

Lopes, Oliveira, David e Rebelo (2014) referem que os ganhos em saúde são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde e incluem referências sobre a

respetiva evolução. Os ganhos em saúde expressam a melhoria dos resultados e traduzem-se, na sociedade, por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (*World Health Organization, 1998*).

1.6 VERIFICAR OS RESULTADOS

O grau de sucesso na realização dos objetivos acontece com base em critérios e normas (Tavares, 1990, p.205). A avaliação do programa CHL+ é feita através do impacto descrito pelos profissionais e da análise dos indicadores definidos.

Com o objetivo de monitorizar os indicadores de avaliação do programa, foi construído, através da ferramenta *Google forms*, um questionário de avaliação do impacto do CHL+, (Apêndice 1), enviado na última sessão aos profissionais alvo do programa.

Assim, CHL+, teve como população alvo 25 enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço de Psiquiatria [REDACTED], que receberam a intervenções por e-mail.

Entre 10/12/2021 e 7/01/2022, foram enviados 22 e-mails: 4 com proposta de tarefas, 4 com sessões formativas e estratégias, 12 com frases motivacionais e 1 mail de avaliação final.

Dos 25 profissionais alvo da intervenção 12 responderam ao questionário, traduzindo-se numa taxa de adesão ao programa de pelo menos de 48% dos enfermeiros.

Numa análise dos resultados obtidos, como indicador de processo, identificamos a taxa de adesão às atividades propostas. Tendo obtido uma taxa de adesão de 100% dos participantes que responderam ao questionário, destes 10 cumpriram a totalidade das tarefas propostas e 2 realizaram mais de metade das mesmas.

Realizei as tarefas proposta pelo programa CHL+. Número de respostas: 12

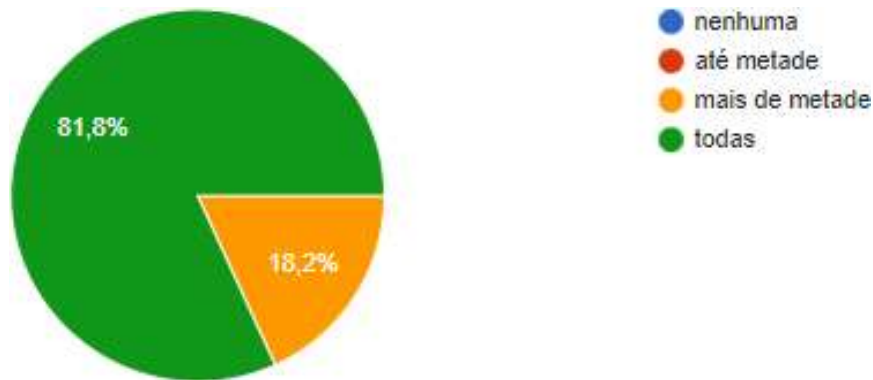


Gráfico 1: Taxa de adesão as tarefas propostas no programa.

(Fonte: elaboração própria)

Como indicadores de resultados definimos: o reconhecimento de que as tarefas propostas pelo programa foram potenciadoras da saúde mental positiva e o reconhecimento de que as tarefas propostas no programa foram potenciadoras da autorreflexão, medidos através de uma escala de satisfação tipo *Lirket*, em que 1 nada potenciadoras e 5 totalmente potenciadoras.

A análise dos dados mostra que todos os enfermeiros consideram as tarefas propostas como promotoras de SMP e de autorreflexão; 11 com um nível de satisfação numa escala de *Likert* de 5 e 1 com nível 4.

Reconheço que as tarefas realizadas potenciaram a minha saúde mental positiva.

12 respostas

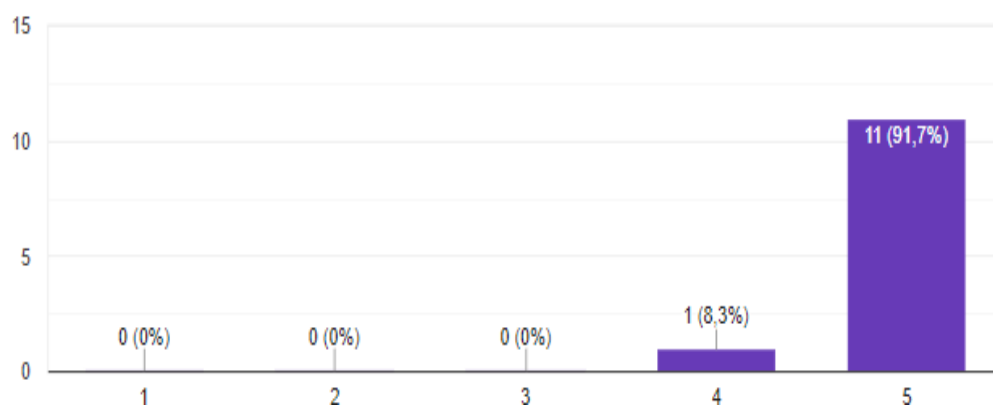


Gráfico 2: Nível de Reconhecimento das tarefas propostas no CHL+ como potenciadoras de SMP

(Fonte: elaboração própria)

Reconheço que as tarefas que realizei potenciaram a minha autorreflexão.

12 respostas

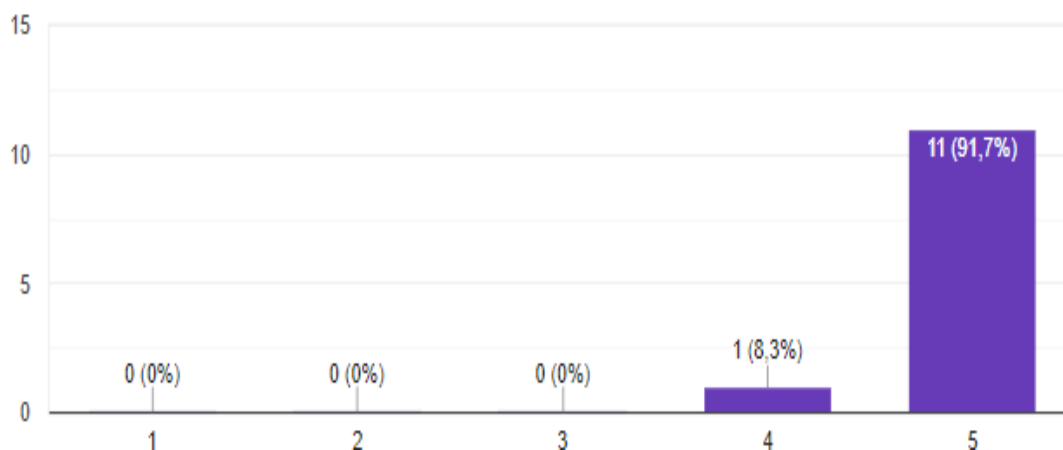


Gráfico 3: Nível de 21 e conhecimento das tarefas propostas no CHL+ como potenciadoras da autorreflexão.

(Fonte: elaboração própria)

Como indicador de qualidade definimos: se recomendaria este programa a outros profissionais, medido através de uma escala de *Lirket* em que 1 não recomendaria e 5 recomendaria totalmente. Todos os profissionais responderam que recomendariam o programa com um nível 5 de recomendação.

Recomendaria este programa a outros profissionais.

12 respostas

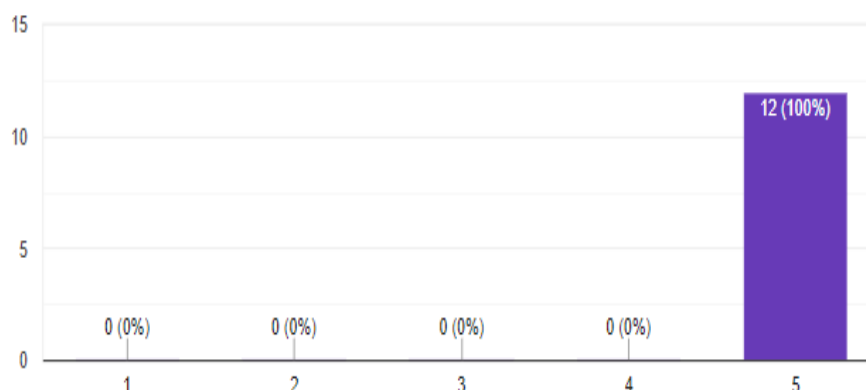


Gráfico 4: Nível de recomendação do programa a outros profissionais.

(Fonte: elaboração própria)

De acordo com as narrativas recolhidas na avaliação experiencial da equipa da XXX foi referido que o “Programa foi arrojado na simplicidade. Nos dias que correm estes momentos de simplicidade são muito importantes”; “achei tudo ótimo, a imagem, as tarefas, o layout. Tudo me pareceu extraordinário para o tempo que tiveram”. Na reflexão conjunta os profissionais expressaram a necessidade de momentos presenciais “talvez os momentos presenciais fortalecessem a reflexão”; “sim, criar dois ou três momentos entre o envio das tarefas”; “eu não abro o mail institucional, mas via os títulos”. Ainda surgiu a ideia de criar um link de acesso direto no ambiente de trabalho “um link que os profissionais pudessem aceder no ambiente de trabalho com o título de saúde mental positiva”.

Após um debate reflexivo profundo a equipa da XXX reconheceu a importância da dedicação de tempo pessoal na autorreflexão e desenvolvimento pessoal.

A análise dos resultados obtidos permite-nos afirmar que o programa CHL+ teve impacto relevante na aquisição de estratégias de SMP e na potenciação da autorreflexão dos enfermeiros do serviço de psiquiatria [REDACTED]

Os resultados obtidos reforçam estudos prévios no âmbito da promoção saúde mental positiva (Loureiro, Santos & Frederico-Ferreira, 2015; Sequeira e Sampaio, 2020) e do capital psicológico positivo (Avey et al., 2010; Luthans, Avey, Avolio, & Peterson, 2008; Luthans et al., 2006; Luthans, Avey, Avolio, & Peterson, 2011).

O programa desenvolvido vai ao encontro do que é emanado pela literatura (Avey et al., 2010; Luthans, Avey, Avolio, & Peterson, 2008; Luthans et al., 2006; Luthans, Avey, Avolio, & Peterson, 2010; Loureiro, Santos & Frederico-Ferreira, 2015; Sequeira e Sampaio, 2020), reforçando-se que pequenos programas ou micro-intervenções (intervenções de curto prazo altamente focalizadas), com sessões de treino de 1 a 3 horas, em contexto de sala, contexto exterior (ar livre) e / ou por via eletrónica têm forte impacto na saúde mental dos participantes.

1.7 PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

A concretização desta etapa ocorreu na reunião de serviço de uma das equipas constituintes do serviço de psiquiatria, a XXX. Com esta equipa apresentou-se o CHL+ antes da operacionalização, com o propósito de afinar o contexto de aplicação e de incentivar à adesão dos profissionais. Após a aplicação, foi também com esta equipa que se refletiu os resultados, bem como as medidas corretivas. Após reflexão conjunta, surgiram como medidas corretivas para aplicações futuras: a introdução de momentos presenciais e a utilização de emails pessoais.

1.8 RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

Os profissionais ficaram gratos pela participação e expressaram-no em palavras, sorrisos, descontração na expressão de sentimentos e incentivo às promotoras de continuarem a implementar noutros contextos. Manifestaram ainda a vontade de manter o programa, estendendo-o a outros serviços [REDACTED], tendo surgido a ideia de fazer uma candidatura do CHL+ ao orçamento participativo [REDACTED], como forma de alargamento a todos os profissionais do [REDACTED]

CONCLUSÃO

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1998) refere que as intervenções autónomas de enfermagem, são realizadas pelos enfermeiros, sendo única e exclusivamente da sua responsabilidade, de acordo com as qualificações profissionais, quer seja, na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação, com os devidos contributos para e na investigação em enfermagem. Ainda neste mesmo Regulamento, podemos verificar no ponto 6 do artigo 9.º que "os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem". Desta forma, as funções na área da gestão por parte dos enfermeiros são fundamentais para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo uma forte componente para a obtenção de ganhos em saúde. De acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), este ao nível das competências da gestão deve gerir os cuidados de enfermagem de forma a otimizar a resposta da sua equipa e a articulação com a equipa de saúde. Deve ainda adaptar a liderança e gestão de recursos às situações e aos contextos de forma a garantir ou maximizar a qualidade dos cuidados.

Com a realização do CHL+ desenvolveu-se e implementou-se um projeto de melhoria contínua da qualidade. Este projeto de intervenção em saúde mental, nasceu de um problema identificado experiencialmente pela equipa da XXX, aliado à evidência na literatura (Luch, Sequeira, 2015), bem como da experiência pessoal e profissional das intervenientes.

Seguindo o ciclo PDCA de Deming (1985) após a identificação do problema, falta de estratégias de promoção de saúde mental positiva dos profissionais de saúde, construiu-se o CHL+ - Programa de Intervenção Psicoeducativo para Profissionais de Saúde. [REDACTED] e + representa a associação ao modelo de saúde mental positiva. CHL+ tem como objetivo capacitar os profissionais de saúde para o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde mental positiva através da aplicação de um programa de intervenção Psicoeducativa.

Com a operacionalização do CHL+ foram desenvolvidas competências comuns do EE

experienciadas no envolvimento e adesão da equipa da XXX ao projeto.

No que concerne à aquisição de competências de EEESMP a verbalização dos profissionais face ao desenvolvimento de autoreflexão, validou a capacidade de promover e capacitar para a saúde mental, com expressão na competência F2 “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” e F4 “presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Os resultados obtidos mostram a eficácia do programa desenvolvido, não só na concretização da eficácia das intervenções psicoeducacionais realizadas, mas também no seu impacto face à promoção da saúde mental dos participantes.

BIBLIOGRAFIA

- Avey, J. B., Hughes, L. W., Norman, S. M., & Luthans, K. W. (2008). Using positivity, transformational leadership and empowerment to combat employee negativity. *Leadership & Organization Development Journal*, 29(2), 110-126.
- Beck, J. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed
- Conselho de Enfermagem Regional (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa. Direção Geral da Saúde (2020). Retrieved from <https://saudemental.covid19.min-saude.pt/>
- DGS (2014). *Saúde Mental em Números – 2014*. Lisboa: DGS.
- Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República, 2.a série — N.º 102 — 27 de maio de 2015*. Ministério da Saúde.
- Diener, E. e Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. Vol. 3, nº 1 p. 1-43
- Direção-Geral da Saúde; Departamento da Qualidade na Saúde (2014). *Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de saúde - Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Direção-Geral da Saúde; Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (s.d.). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - 3.3 Eixo estratégico – Qualidade em saúde*.
- Duarte, I e Serrão, C. (2020) “Impacto da Covid-19: o papel da resiliência na depressão, na ansiedade e no burnout em profissionais de saúde”. Faculdade de Medicina Porto. <https://saudeonline.pt/covid-19-mais-de-metade-dos-profissionais-de-saude-apresenta-sinais-de-exaustao/>
- Halpin, A., & Schanche, F. (2019). Transition Theory Applications --"Wishes". *American Journal of Education and Information Technology*, 3(1), 12–16. Disponível em: <https://doi.org/10.11648/j.ajeit.20190301.13>,
- Jahoda, M. – *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books, 1958.

- Jeste, D. et.all . (2015). Positive Psychiatry: Its Time Has Come. The Journal of Clinical Psychiatry. [Em linha] Vol 76, nº 6, p. 675-683. <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2015/v76n06/v76n0601.aspx>.
- Jiopp Imperatori, E.; Giraldes, M.R. (1992). *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª edição. Lisboa.
- Keyes, C. L. M - Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. American Psychologist. Vol. 62 (2007), p. 95- 108.
- Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. Salud Mental. México. ISSN 0185-3325. Vol.25, nº 4 P. 42-55.
- Lluch, M. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona, 1999. Tese de Doutoramento.
- Lluch, M. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. Psicología Conductual, Vol. 11, nº 1 (2003). p. 61-78.
- Lopes, F., Oliveira, K., David, M., & Rebelo, R. (2014). “Projecto Mensanus” – ganhos em saúde mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 11,55-60.
- Loureiro, C., Santos, M. R., & Frederico-Ferreira, M. (2015). Conceção do programa de intervenção em enfermagem ‘Melhorar competências com os outros’. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (2), 27-32. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a05.pdf>
- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – Uma estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (9), 41-47. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a07.pdf>
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. M., & Combs, G. M. (2006). Psychological capital development: toward a micro-intervention. Journal of Organizational behavior, 27(3), 387-393.
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., & Peterson, S. J. (2010). The development and resulting performance impact of positive psychological capital. Human Resource Development Quarterly, 21(1), 41-67.
- Luthans, F., Avey, J. B., & Patera, J. L. (2008). Experimental analysis of a web-based training intervention to develop positive psychological capital. Academy of Management Learning & Education, 7(2), 209-221.

- Martinez, M. C.; Paraguay, A. I. B. (2003). *Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos*. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. Vol. 6, p.59-78. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25851>.
- Marujo, H., Neto, L, Caetano, A e Rivero, C.. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento organizacional e gestão*. VOL 13. 115-136.
- Mintzberg (1994). *The fall and rise of strategic planning*. Harvard Business Review. January-February. Disponível em <https://hbr.org/1994/01/the-fall-and-rise-of-strategic-planning;#rmação>.
- Monte, K., Fonte, C. E Alves, S. – Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. ISSN 1647-2160. nº 2 (2015), p. 83-87.
- Nunes, P. (2007). *Psicologia positiva*. Psicologia.com.pt <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0115.pdf>
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem. Lisboa.
- Orientação nº 002/2017 (2017). *Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022017-de-20012017-pdf.aspx>.
- OMS (2001). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: DGS.
- Pender, N., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in Nursing Practice*. (6ª ed.). New Jersey: Pearson.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Santos, R. L, Sousa, M. F.B. de, Brasil, D. & Dourado, M. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38 (4), 161-167.

- Schall, M. C., Jr, Cullen, L., Pennathur, P., Chen, H., Burrell, K., & Matthews, G. (2017). Usability Evaluation and Implementation of a Health Information Technology Dashboard of Evidence-Based Quality Indicators. *Computers, informatics, nursing: CIN*, 35(6), 281–288. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000325>
- Sequeira, C. e Lluch, M. (2016).Saúde Mental Positiva. Conferência apresentada na celebração do dia da Saúde Mental do Escola Superior de saúde de Viseu . Viseu (Portugal), celebrada el 8 de Outubro de 2015. Barcelona: Diposit Digital de la Universitat de Barcelona, Colecció OMADO. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/2>
- Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Edições Técnicas. Lidel
- Shikimoto, R., et al (2021). *Group cognitive behavioural therapy for family caregivers of people with dementia: A single-arm pilot study. Psychogeriatrics*, 21(1), 134–136. <https://doi.org/10.1111/psyg.12643>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa. Ministério da Saúde- Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Teixeira, S., Sequeira, C., Lluch, M. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental positiva para adultos: Manual de apoio. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lisboa. Lusociência

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA

Cronograma

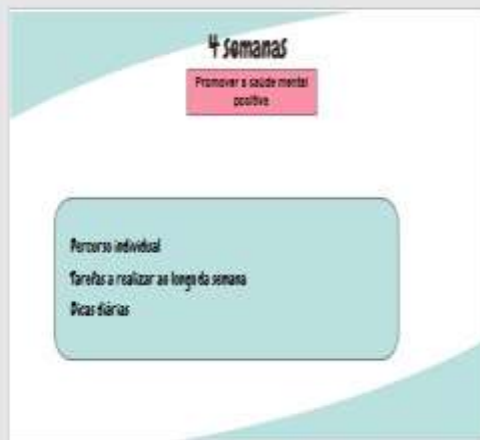
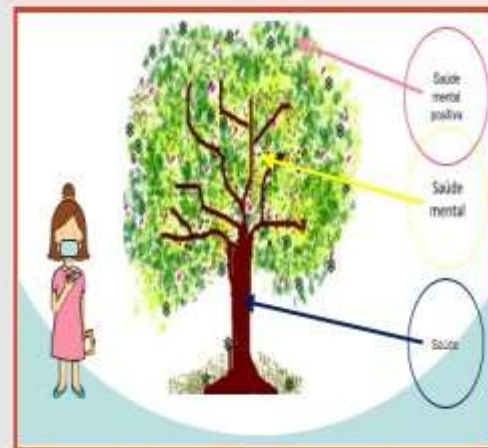
Semana	2021						2022		
	1	2	3	4	5	6	5	6	7
	22/11 a 26/11	29/11 a 03/12	6/12 a 10/12	13/12 a 17/12	20/12 a 24/12	27/12 a 21/12	03/01 a 07/01	10/01 a 14/01	17/01 a 21/01
Atividades									
Diagnóstico da situação	X								
Elaboração do projeto		X	X						
Apresentação do projeto á equipa			X						
Implementação do projeto				X	X	X	X		
Avaliação do projeto			X	X	X	X	X	X	
Apresentação dos resultados e propostas de melhoria								X	

APÊNDICE II - PROGRAMA DAS SESSÕES

CHL + Programa Psicoeducativo				
Constructos de SMP	Objetivo	Titulo sessão	Explicitação das Intervenções e Estratégias	Ferramentas
Apresentação do programa	Dar a conhecer a estrutura do programa, o enquadramento teórico e o modelo conceptual	CHL+	Apresentação do programa CHL+ Identificação do conceito de saúde mental positiva.	Envio por email: Power Point com os conceitos e estratégias;
Satisfação Pessoal Atitude pró-social	Estimular a satisfação e motivação com a própria vida; Estimular para estratégias de autorreflexão; Estimular atitudes altruístas.	Eu consigo	Envio de sugestão de tarefas, registo de: Escreve três conquistas da tua vida. Escreve um sonho altruísta (se pudesses fazer a diferença no mundo o que farias? Quando o farias?) estratégias: -Valorizar positivamente as coisas boas da tua vida (a nível pessoal e profissional); - Colocar carinho nas atividades da tua vida; - Não deixar as emoções negativas bloquearem a vida. Envio de conceitos de autoconceito, autoestima, satisfação com a vida, perspetiva otimista do futuro e atitude pró-social.	Envio por email: Power Pointo com as tarefas; Power Point com os conceitos e estratégias; Frases motivadoras.
Autocontrolo Autonomia	Reconhecer autocontrolo e autonomia; Estimular estratégias de autocontrolo e autoafirmação; Estimular para estratégias de autorreflexão;	Eu com os outros	Envio de sugestão de tarefas para registo de: - Identificar valores que orientam a vida; - Praticar estratégias de relaxamento Estratégias: (procura de espaços e atividades para relaxar mentalmente, realização de atividades prazerosas, pratica de desporto regular, Meditação). Envio de conceitos de autocontrolo e autonomia (promoção da valorização pessoal).	
Resolução de Problemas e Autoatualização Habilidades de relacionamento interpessoal	Estimular para estratégias de resolução de problemas; Incentivar para as relações gratificantes; Estimular a adequação das relações interpessoais; Estimular para estratégias de autorreflexão;	Eu resolvo	Envio de sugestão de tarefas para registo de: - Escrever momentos em que as emoções não bloquearam a vida; - Escrever momentos de gratidão e generosidade. Estratégias: Valorização positiva das coisas boas das relações pessoais e profissionais, tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles estão a acontecer, aceitar as emoções e interpreta a normalidade dos sentimentos, cuidar das relações interpessoais, da esfera pessoal e íntima como as de trabalho) Envio de conceitos de conceito de resolução de problemas e autoatualização, e relacionamento interpessoal positivo	
Intervenções de enfermagem SMP	Estimular para estratégias promotoras de Saúde mental positiva; Estimular para estratégias de autorreflexão;	Eu consigo	Envio de sugestão de tarefas para registo de: - Escrever o percurso realizado Envio de conceitos de Decálogo da Saúde mental positiva	
Sessão final	Avaliação do programa	CHL+ Final	Reflexão narrativa de 3 a 4 participantes Preenchimento de formulário de satisfação via email	

APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO DAS SESSÕES

Primeira sessão CHL+



Segunda sessão: Eu e os outros

Tarefas:

1

2

3

4

5

6

Frase motivacional:



Percorri um longo caminho até chegar aqui. Mereço valorizar-me por isso. (Luch)



Conceitos e estratégias:

	<p>Eu e os outros</p> <p>01 Satisfação Pessoal</p> <p>02 Atitude pró-social</p>	<p>Eu e os outros</p> <p>01 Satisfação Pessoal</p>	<p>A satisfação pessoal diz respeito à valoração que a pessoa faz de si mesma e a atitude que esta tem consigo mesma e com a vida. Inclui-se quatro critérios específicos: o autoconceito, a autoestima, a satisfação com a vida e a perspetiva otimista de futuro.</p>	<p>autoconceito</p> <p>É a representação que o indivíduo tem de si próprio e do mundo em que vive. É formada por um conjunto de ideias, sentimentos, atitudes, valores, expectativas, aspirações, sonhos, desejos, etc. que se relacionam com a própria identidade (Bassolato & Santos, 2015).</p>	<p>Autoestima</p> <p>É a avaliação que o indivíduo faz de si próprio e do mundo em que vive. É formada por um conjunto de ideias, sentimentos, atitudes, valores, expectativas, aspirações, sonhos, desejos, etc. que se relacionam com a própria identidade (Bassolato & Santos, 2015).</p>
1	2	3	4	5	6
				*	*
<p>Satisfação com a vida</p> <p>É a avaliação que o indivíduo faz de si próprio e do mundo em que vive. É formada por um conjunto de ideias, sentimentos, atitudes, valores, expectativas, aspirações, sonhos, desejos, etc. que se relacionam com a própria identidade (Bassolato & Santos, 2015).</p>	<p>Perspetiva otimista de futuro</p> <p>É a avaliação que o indivíduo faz de si próprio e do mundo em que vive. É formada por um conjunto de ideias, sentimentos, atitudes, valores, expectativas, aspirações, sonhos, desejos, etc. que se relacionam com a própria identidade (Bassolato & Santos, 2015).</p>	<p>Estratégias:</p> <p>Realizar experiências em situações reais que lhe dêem a oportunidade de experimentar.</p> <p>Utilizar recursos tecnológicos e digitais.</p> <p>Desenvolver estratégias de aprendizagem colaborativa.</p>	<p>Eu e os outros</p> <p>02 Atitude pró-social</p>	<p>A atitude pró-social engloba uma atitude de ajuda e apoio aos outros, a aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes, uma predisposição ativa para a sociedade e uma atitude altruísta.</p>	<p>Atitude pró-social</p> <p>É a avaliação que o indivíduo faz de si próprio e do mundo em que vive. É formada por um conjunto de ideias, sentimentos, atitudes, valores, expectativas, aspirações, sonhos, desejos, etc. que se relacionam com a própria identidade (Bassolato & Santos, 2015).</p>
7	8	9	10	11	12
*	*				*
<p>Atitude pró-social</p> <p>É a avaliação que o indivíduo faz de si próprio e do mundo em que vive. É formada por um conjunto de ideias, sentimentos, atitudes, valores, expectativas, aspirações, sonhos, desejos, etc. que se relacionam com a própria identidade (Bassolato & Santos, 2015).</p>	<p>Estratégias:</p> <p>Realizar experiências em situações reais que lhe dêem a oportunidade de experimentar.</p> <p>Utilizar recursos tecnológicos e digitais.</p> <p>Desenvolver estratégias de aprendizagem colaborativa.</p>	<p>Positiva-iz</p>	<p>Bibliografia</p> <p>Bassolato, J. & Santos, I. (2015). <i>Programa Psicoeducativo para profissionais de saúde</i>. Universidade de Beira.</p>	<p>Stenofon</p>	
13	14	15	16	17	
*					

Frases motivacionais:

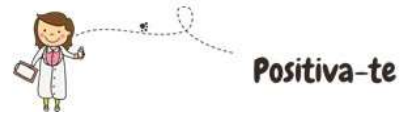


A paz vem de dentro de ti. Não procures paz à tua volta. Procura em ti. (Buda)





Não penses no que te falta, agradece o que tens! (Buda)



Positiva-te

Terceira sessão: Eu consigo

Tarefa:

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

7

Frases motivacionais:



Quando verdadeiramente me amei, libertei-me de tudo o que não era saudável (pessoas ou situações que me diminuíssem). (Charlie Chaplin)



Conceitos e estratégias:

1 Programa Psicoeducativo para profissionais de saúde
Diana Barros, Tânia Esteves

2 Su Cômigo
03 Autonomia
04 Adama

3 Su Cômigo
03 Autocontrolo

4 autocontrolo é a capacidade de regular a própria conduta mediante a inibição ou restrição de respostas ou impulsos, motivados por recompensas a curto prazo, no sentido de conseguir benefícios a longo prazo (Fujita, 2010).

5 autocontrolo
O autocontrolo permite regular as próprias reações e controlar as condutas próprias, perante situações de stress, a pressão social de situações socialmente, a vontade de fazer as coisas, a vontade de fazer as coisas, a vontade de fazer as coisas...
Neste, ter autocontrolo implica estar atento ao impulso ou impulso e ao conteúdo das próprias reações e emoções. Cada pessoa tem o poder de sua própria mente, emoções, pensamentos, palavras, comportamentos, etc., no entanto, é possível aprender a ser consciente destas faculdades para a melhorar, melhorar, melhorar.

6 Estratégias:
• Aprender a pensar e a agir de forma mais eficaz
• Melhorar o trabalho, que se fizer bem
• Não ser dependente dos outros
• Melhor

7 Su Cômigo
04 Autonomia

8 A autonomia permite ao indivíduo comportar-se ou tomar decisões segundo os próprios valores, necessidades, crenças ou objetivos pessoais. A pessoa ganha independência em relação ao mundo exterior pelo que o comportamento e conduta tornam-se mais estáveis e menos flutuantes em relação às influências sociais ou ambientais.

9 autonomia
Uma pessoa autónoma regula o próprio comportamento, decisões próprias de decisão e tem a capacidade de se controlar (Fujita, 2010).
Ter decisões, saber que certas decisões são tomadas de forma autónoma, permite ao indivíduo que o mesmo decida sobre o próprio comportamento, a própria vida e a autonomia e a autonomia. Ter autonomia permite portanto alcançar um nível de liberdade de vida para qual é responsável e assumir a responsabilidade.
O indivíduo que decide das suas próprias ações e se mantém firme é mais feliz do que o indivíduo que não faz as suas próprias decisões e se mantém firme em situações de decisão e se mantém firme em situações de decisão e se mantém firme em situações de decisão.

10 Estratégias:
• Melhorar o trabalho e a vida
• Melhorar o trabalho e a vida
• Melhorar o trabalho e a vida

11 Positiva-ão

12 Bibliografia
Clemente, C. (2010). Su Cômigo. Livro de texto para os alunos. Lisboa: Alameda.
Diana Barros, Tânia Esteves (2010). Su Cômigo. Livro de texto para os alunos. Lisboa: Alameda.
Fujita, K. (2010). Autocontrolo. Lisboa: Alameda.
Fujita, K. (2010). Autonomia. Lisboa: Alameda.
Fujita, K. (2010). Positividade. Lisboa: Alameda.
Fujita, K. (2010). Resiliência. Lisboa: Alameda.
Fujita, K. (2010). Saúde Mental. Lisboa: Alameda.
Fujita, K. (2010). Stress. Lisboa: Alameda.
Fujita, K. (2010). Trabalho. Lisboa: Alameda.

13 Thank!

Frases motivacionais:

Quando verdadeiramente me amei, desisti de querer ter sempre razão e com isso errei menos vezes. (Charlie Chaplin)



Catarina Afonso
Rita Santos Alves



Quando verdadeiramente me amei, compreendi que em qualquer circunstância estava no lugar certo. (Charlie Chaplin)



Catrina Alencar
Rita Santos Alves

Quarta Sessão: Eu resolvo

Tarefa:

1

2

3

4

5

6

Programa Psicoeducativo para profissionais de saúde
Catarina Alves, Tânia Alves
Diana ESP

Eu resolvo

06
Resolução de Problemas: Auto-avaliação

06
Habilidades interpessoais

Tarefas da semana

Numa folha ou caderno...

Escreve três momentos em que te adaptaste a mudanças

Escreve três momentos em que não te deixaste bloquear por emoções negativas...

Escreve três momentos em que foste generoso... elegaste...agradeciste

Positiva-te

Thanks!
www.cchp.pt/pt/programa-psicoeducativo

Frase motivacional:



Sê tolerante contigo e com os outros! (Luch)



Frases motivacionais:



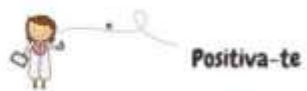
A única revolução possível é dentro de nós. (Ghandi)



Clínica Alora
Rta Santa Rita



Tenho de me tornar na mudança que quero ver. (Ghandi)



Carina Alves
Ria Soares Alves

Quinta Sessão: Eu consigo!

Tarefas:



1



2



3



4

★



5



6

Frase motivacional:



O mar foi ontem o que o idioma pode ser hoje, basta vencer alguns Adamastores. (Mia Couto)



Positiva-te

Conceitos e estratégias:

1

2

3

4

5

6

7

8

Frases motivacionais:



Para que as luzes do outro sejam percebidas por mim devo por bem apagar as minhas, no sentido de me tornar disponível para o outro. (Mia Couto)





Cada Homem é uma Raça. (Mia Couto)



CHL+ Programa Psicoeducativo para Profissionais

No final deste percurso...

Realizei as tarefas proposta pelo programa CHL+

nenhuma

até metade

mais de metade

todas

Outra opção...

Reconheço que as tarefas realizadas potenciaram a minha saúde mental positiva. *

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

Reconheço que as tarefas que realizei potenciaram a minha autorreflexão. *

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

Recomendaria este programa a outros profissionais. *

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

APÊNDICE V
AS EMOÇÕES NA TURMA

Intervenção Psicoeducativas, Psicoterapêutica, Socioeducativa e Socioterapêutica

Plano da sessão

Tema: As emoções na turma

Data: 4,6 e 11/10/2021 **Hora:** 11:15-12:15h **Local:** Escola EB 2 XXXXXX

Enfermeira dinamizadora: Enf^a Rita Alves, **Enfermeira Supervisora:** Mestre SMP XX

Destinatários: Alunos do 6^o

Crítérios de exclusão: sem exclusões previstas

Objetivo geral: Promover a coesão do grupo através do incentivo à atenção e valorização das emoções dos pares.

Objetivos Específicos: ▪ Identificar o conceito e importância das emoções; ▪ Distinguir os conceitos de emoção e sentimento; ▪ identificar as 5 emoções básicas; identificar a importância interação social através da expressão de emoções usando a comunicação não verbal.

Fundamentação: A Psicoeducação é uma Intervenção Terapêutica da competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica descrita no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018 (F4 – Presta Cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais 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). A Psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar de conhecimentos acerca do problema e uma componente das emoções, das expectativas, entre outras (Santos, Sousa, e Dourado, 2011).

Ao fazer intervenções de psicoeducação, o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e parceria com os utentes com o objetivo de aumentar o insight sobre os problemas

existentes e a capacidade de encontrar novas possibilidades na resolução das dificuldades. Através da psicoeducação consegue promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos.

A intervenção psicoterapêutica consiste na execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, com o objetivo de assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais (Sampaio e Sequeira, 2020)

A socioterapia é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre profissionais com competências reconhecidas e o cliente, que neste caso é sempre o grupo. O foco da intervenção socioterapêutica centra-se na interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interações familiares, sociais, profissionais ou outras. A melhor compreensão dos problemas de interação vividos em grupo, possibilita ao cliente desenvolver novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem nos diferentes grupos que integra ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar (OE, 2018).

A intervenção socioeducativa consiste numa ação intencional e sistemática que visa afetar uma situação ou processo específico, a fim de promover benefícios nos participantes, ambiente ou comunidade. É um processo de interferência e influência que procura a transformação educacional e social orientada para a construção de realidades que aspiram a autorrealização coletiva (Capdevilla, 2009).

As emoções fazem parte da vida de cada pessoa, têm um impacto frequente e são fundamentais para as interações sociais influenciando “o nosso julgamento, a nossa memória e a nossa atitude perante os acontecimentos” executando “um papel essencial na nossa comunicação com os outros” (André e Lelord, 2002. p.292). As emoções permitem a compreensão da própria pessoa, dos indivíduos à sua volta e também têm influência na forma como agimos com os outros.

O apoio e o suporte social relacionam-se de forma a contribuir e promover a qualidade de vida do indivíduo, com impacto na saúde física e psicológica, diminuindo o stress e sentimentos de insucesso e de solidão). Ao estabelecer ligações afetivas positivas que promovem a integração social e desenvolvimento de competências e valores, o suporte social estabelece um sistema de trocas sociais, através do qual reforça a utilidade do ser humano na prestação de cuidados a outros (Kleiman, Riskind, & Schaefer, 2014).

A satisfação com o suporte social, está associada à componente cognitiva do bem-estar subjetivo, ou seja, à satisfação com a vida comprovando os efeitos do suporte social na diminuição do mal-estar e na promoção do bem-estar emocional (Mühlén et al., 2013).

Etapas da sessão	Método	Estratégias/atividades	Duração	Recursos
Introdução	Interativo	Apresentação aos participantes Apresentação dos objetivos da sessão	5'	Sala de aula Cadeiras
Desenvolvimento	Interativo/ Dinâmico Expositivo	distinguir emoções de sentimentos dinâmica - atividade de grupo de e conhecimento e identificação das várias emoções. - Características das emoções ensinar sobre emoções básicas; unção das emoções reconhecer da importância da coesão do grupo no bem-estar emocional.	40'	Desinfetante de mãos Cartões das emoções Mesa, Computador, Vídeo- projetor Papel caneta
Conclusão	Interativo	avaliação da sessão Agradecer a participação	5'	

Avaliação: Foram realizadas um total de 7 sessões. 5 sessões na escola EB xx, nos dias 4, 6, 11 de outubro e mais duas sessões no dia 10 de novembro na escola de xx, de forma a abranger todo os alunos do 6º ano do agrupamento de escolas de xxxx.

As sessões decorram em contexto de sala de aula, das disciplinas de cidadania e Religião e

moral, com a presença dos respetivos professores das disciplinas, houve lugar a pequenos ajustes no ambiente físico das salas para o efeito. Os alunos mostraram-se motivados e recetivos á intervenção tendo-se envolvido e colaborado nas atividades propostas, com interesse. Numa fase inicial foi explicado o conteúdo da intervenção e efetuada a apresentação dos objetivos da sessão, dos conceitos de emoção e sentimento. De seguida a turma foi dividida em grupos, cada grupo trabalhou uma emoção básica, analisou o cartão da emoção que lhes tinha calhado, identificando qual a emoção representada, em que momentos se vivência essa emoção e quais as reações que o organismo manifesta perante a mesma. Posteriormente foi feito role play onde foram mimificadas as emoções e apresentadas as suas características. Foi efetuada uma atividade de valorização da linguagem não verbal em que os alunos tinham que identificar as emoções representadas nas personagens que se encontravam de máscara cirúrgica. Os alunos realizaram ainda uma dinâmica em que concluíram que um grupo que está atento e valoriza as emoções dos seus elementos, é um grupo mais forte, mais coeso e que tem um ambiente propicio para o sucesso escolar. As sessões terminaram com o resumo das ideias centrais. Apenas a sessão “As emoções na turma” foi implementada, a segunda sessão planeada,” Inteligência emocional na turma” acabou por não ser efetuada por dificuldades de articulação de agendas entre a escola e a UCC, contudo prevê-se a sua implementação futura dentro do projeto da saúde escolar. Estas sessões constituíram-se como oportunidades de identificação de situações que possam requerer acompanhamento por parte do gabinete do aluno.

Os estudantes avaliaram a sessão como muito importante nas suas vidas, alguns manifestaram pessoalmente a sua gratidão. Também os professores reconheceram a importância do tema na construção da coesão do grupo e de relações saudáveis entre os estudantes. Também eles agradeceram pelas sessões.

Referências bibliográficas:

André, C., & Lelord, F. (2002). A força das emoções. Cascais: Editora Pergaminho.

Capdevila, M. (2009). Ámbitos de Intervención socioeducativa. In Sarrate, M. & M. Hernando (coord.). Intervención en Pedagogía Social. Espacios y Metodologías. Madrid: Narcea/UNED, (pp.55-80).

Damáσιο, A. (2017). O Sentimento de Si: Corpo, emoção e consciência. Temas e Debates. Lisboa. Círculo de Leitores

Franco, M. (2007). A gestão das emoções na sala de aula. Lisboa: Fundação

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 515/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário Da República, 2ª Série – N.º 151, 2142721430.

Kleiman, E. , Riskind, J. , e Schaefer, K. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. Archives of Suicide Research, 18, 144-155. doi: 10.1080/13811118.2013.826155

Mühlen, M., Stechman, M., Aerts, D., Palazzo, L., Alves, G., Câmara, S. (2013). Estratégias de enfrentamento de situações estressantes e satisfação com a vida entre adolescentes escolares no sul do brasil. Revista de Iniciação Científica, 11, 77-85. Retrieved from: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/490/693>

Santos, R., Sousa, M., Brasil, D., e Dourado, M. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. Revista de Psiquiatria Clínica, 38(4), 161-167. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/a09v38n4.pdf>

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções. Edições Técnicas. Lidel

Apresentação digital:



O QUE SÃO EMOÇÕES?

Rita Santos Alves



As emoções representam processos biológicos que foram consolidados no decorrer da história da evolução da humanidade. São a ponte entre a mente e o corpo, entre respostas internas e comportamentos externos, pelo que se pode afirmar que as emoções constituem o primeiro mecanismo de defesa da mente e do organismo uma vez que levam a mudanças fisiológicas que por sua vez desbloqueiam comportamentos de sobrevivência (Damásio, 2017).

Emoções Básicas: Medo, Aversão, Raiva, Tristeza, Alegria
Emoções secundárias, ex.: Culpa, vergonha, orgulho, ciúme, inveja...

Rita Santos Alves



EMOÇÃO = SENTIMENTO

Os sentimentos são uma consequência das emoções e são sentidos por cada pessoa de acordo com a sua experiência, personalidade, cultura e educação...

Sentimentos são o "Sentir a emoção", e são referentes à experiência individual e privada de uma emoção, sofrendo modificações relacionadas com o estado cognitivo e corporal iniciando-se esta na mente. As emoções são, portanto, respostas neurais e químicas com ativação automática, sem decisão consciente e direcionadas para o exterior ou meio ambiente (Damásio, 2017).

Rita Santos Alves



EMOÇÕES PRIMÁRIAS

As emoções primárias, básicas ou universais: são emoções que não controlamos, inatas, pré-organizadas e relacionadas com o processo adaptativo do ser humano, nomeadamente em termos de estratégias de proteção, as emoções básicas surgem como resposta às necessidades básicas de sobrevivência.

emoções básicas: Medo, Aversão, Raiva, Tristeza, Alegria (MARTA)

Rita Santos Alves



Rita Santos Alves



MEDO

O medo é a reação do nosso organismo face àquilo que considera ser perigoso/uma situação de perigo. O medo pode ter causas: incapacidade em respirar; dor; abandono; aproximação súbita...

(Silva 2011)



Rita Santos Alves



AVERSÃO

A Aversão é a sensação de repulsa ou evitamento da possibilidade (real ou imaginária) a um estímulo ofensivo.

(Silva, 2011)

Rita Santos Alves



RAIVA

A raiva é considerada a emoção mais intensa, mais instável e mais difícil de gerir. Está relacionada com a sensação de frustração e é a resposta a uma ofensa, a uma falta e/ou à ameaça à dignidade/integridade física ou moral do indivíduo e/ou dos que lhe são próximos, injustiça.

(Goleman 1995; Fillozat, 1998; Silva, 2011)



Rita Santos Alves



TRISTEZA




A tristeza é a emoção negativa mais frequentemente experienciada. É a resposta natural face à **separação** física ou psicológica, a **perdas** significativas e à **deceção**. É a causa da sensação de vazio, da perda de motivação e do aumento das inquietações.

(Goleman 1995; Fillozat, 1998; Silva, 2011)

IMAGEM DA TRISTEZA: CRIADO AUTO ANILISE - AVANÇADA

Rita Santos Alves

ALEGRIA



A alegria é, das emoções básicas a mais desejada pelo indivíduo. É provocada por acontecimentos favoráveis e **está na base do bem-estar** físico e psicológico e da satisfação, mostrando sempre um impacto positivo no organismo.

(Silva, 2011)

Rita Santos Alves

PARA QUE SERVEM AS EMOÇÕES?

- **Função adaptadora:** prepara o organismo para a ação sendo esta uma das mais importantes. Graças a esta capacidade podemos atuar eficazmente.
- **Função social:** expressam o nosso estado de ânimo e facilitam a interação social para que se possa prever o comportamento. Além da expressão oral ganha muita importância a comunicação não verbal que se reflete, muitas vezes, inconscientemente.
- **Função motivadora:** existe uma relação entre motivação e emoção, retroalimentando-se ambas. Qualquer comportamento motivado para algo.
Ex., se nos sentimos alegres quando estamos com uma pessoa, estaremos mais motivados para voltar a estar com ela.

Rita Santos Alves

ATIVIDADE DE IDENTIFICAÇÃO EMOCIONAL EM TEMPO DE COVID-19



Rita Santos Alves



Como se está a sentir?

Rita Santos Alves



COMO SE ESTÁ A SENTIR?

Rita Santos Alves



Como se está a sentir?

Rita Santos Alves



COMO SE ESTÁ A SENTIR?

Rita Santos Alves





Como se está a sentir?

Rita Santos Alves



Rita Santos Alves



Rita Santos Alves

Estratégias de gestão de emoções em turma

- Dar Atenção às emoções – nossas e dos outros
- Respeitar as ideias dos outros
- Encontrar soluções para os problemas e não os alimentar
- Partilhar o sucesso
- Relaxar/Praticar desporto

Rita Santos Alves

Gabinete do Aluno



Rita Santos Alves

QUAL A IMPORTÂNCIA DESTA SESSÃO NA TUA VIDA?



--	--	--

Rita Santos Alves

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Damasio, A. (2017). O Sentimento de Si. Corpo, emoção e consciência. Temas e Debates. Lisboa, Circulo de Letras Filosóficas. 1 (1998). A inteligência do Coração. Lisboa: Pergaminho.

Goleman, D. (1995). Inteligência Emocional Rio de Janeiro: Objetiva.

Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *CompPsychiatry*. 2012;53:15–23. doi:10.1016/j.comppsych.2011.02.003

Silva, C. (2011) Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

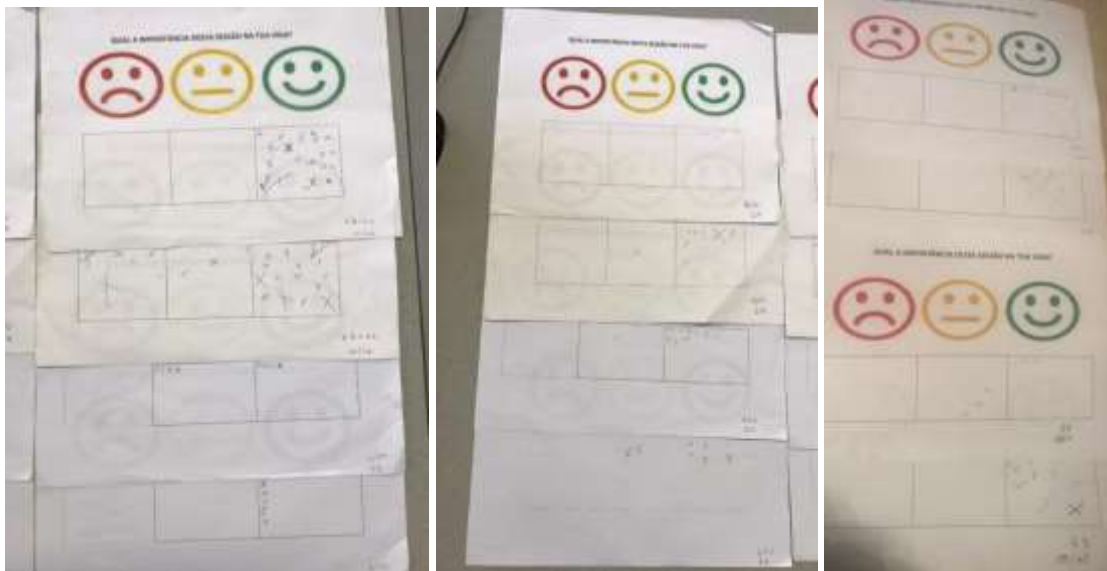
Rita Santos Alves

OBRIGADA!



Rita Santos Alves

Instrumento de avaliação da sessão:



Intervenção Psicoeducativas, Psicoterapêutica, Socioeducativa e Socioterapêutica

Plano da sessão

Tema: Inteligência emocional na turma

Data: **Hora:** **Local:** Escola EB 2

Enfermeira dinamizadora: Enf^a Rita Santos Alves, **Enfermeira Supervisora:** MestreSMP XX

Destinatários: Alunos do 6^o

Crítérios de exclusão: sem exclusões previstas

Objetivo geral: Promover a coesão do grupo através da valorização da importância da inteligência emocional.

Objetivos Específicos:

- identificar o conceito e importância da inteligência emocional.
- identificar os pilares da inteligência emocional.
- Identificar a importância inteligência emocional na interação social.

Fundamentação: A Psicoeducação é uma Intervenção Terapêutica da competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica descrita no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018 (F4 – Presta Cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais 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). A Psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar de conhecimentos acerca do problema e uma componente das emoções, das expectativas, entre outras (Santos, Sousa, e Dourado, 2011).

Ao fazer intervenções de psicoeducação, o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e parceria com os utentes com o objetivo de aumentar o insight sobre os problemas existentes e a capacidade de encontrar novas possibilidades na resolução das dificuldades. Através da psicoeducação consegue promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos.

A intervenção psicoterapêutica consiste na execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, com o objetivo de assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais (Sampaio e Sequeira, 2020)

A socioterapia é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre profissionais com competências reconhecidas e o cliente, que neste caso é sempre o grupo. O foco da intervenção socioterapêutica centra-se na interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interações familiares, sociais, profissionais ou outras. A melhor compreensão dos problemas de interação vividos em grupo, possibilita ao cliente desenvolver novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem nos diferentes grupos que integra ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar (OE, 2018).

A intervenção socioeducativa consiste numa ação intencional e sistemática que visa afetar uma situação ou processo específico, a fim de promover benefícios nos participantes, ambiente ou comunidade. É um processo de interferência e influência que procura a transformação educacional e social orientada para a construção de realidades que aspiram a autorrealização coletiva (Capdevilla, 2009).

As emoções fazem parte da vida de cada pessoa, têm um impacto frequente e são fundamentais para as interações sociais influenciando “o nosso julgamento, a nossa memória e a nossa atitude perante os acontecimentos” executando “um papel essencial na nossa comunicação com os outros” (André e Lelord, 2002. p.292). As emoções permitem a compreensão da própria pessoa, dos indivíduos à sua volta e também têm influência na forma como agimos com os outros.

A inteligência emocional, de acordo com Goleman (2011) caracteriza-se como uma habilidade relacional em que o indivíduo é capaz de entender os seus próprios sentimentos e os sentimentos dos outros, além de estimular a motivação interna, gerenciar as emoções pessoais e os relacionamentos nos grupos.

Ainda o mesmo autor defende que embora a nossa herança genética nos dote de uma série de referenciais que determinam o temperamento, estes não são determinantes, dado que os circuitos cerebrais são maleáveis; as lições emocionais aprendidas na infância, seja em casa ou na escola, modelam os circuitos emocionais, tornando-nos mais aptos — ou inaptos — nos fundamentos da inteligência emocional. Isso significa que a infância e a adolescência são ótimas oportunidades para determinar os hábitos emocionais básicos que irão governar nossas vidas (Goleman, 2011).

Ao estabelecer ligações afetivas positivas que promovem a integração social e desenvolvimento de competências e valores, o suporte social estabelece um sistema de trocas sociais, através do qual reforça a utilidade do ser humano na prestação de cuidados a outros (Kleiman, Riskind, & Schaefer, 2014). A satisfação com o suporte social, está associada à componente cognitiva do

bem-estar subjetivo, ou seja, à satisfação com a vida comprovando os efeitos do suporte social na diminuição do mal-estar e na promoção do bem-estar emocional (Mühlen et al., 2013).

Etapas da sessão	Método	Estratégias/atividades	Duração	Recursos
Introdução	Interativo	Apresentação aos participantes Apresentação dos objetivos da sessão	5'	Sala de aula Desinfetante de mãos
Desenvolvimento	Interativo/ Dinâmico Expositivo	Validar a distinção dos conceitos de emoções e sentimentos Ensinar sobre as características das emoções. Ensinar sobre inteligência emocional. Ensinar sobre os pilares da inteligência emocional Identificar estratégias de regulação emocional. Identificar estratégias para lidar com emoções negativas. Reconhecer a importância da inteligência emocional e a coesão do grupo e no bem-estar emocional.	40'	Mesa, Computador, Vídeo-projetor Papel caneta
Conclusão	Interativo	avaliação da sessão Agradecer a participação	5'	

Avaliação: A sessão não teve lugar por incapacidade de articulação de horários entre a escola e a UCC em tempo útil de estágio, estando prevista a sua execução pela equipa da UCC.

Referências bibliográficas:

André, C., & Lelord, F. (2002). A força das emoções. Cascais: Editora Pergaminho.

Capdevila, M. (2009). Ámbitos de Intervención socioeducativa. In Sarrate, M. & M. Hernando (coord.). Intervención en Pedagogía Social. Espacios y Metodologías. Madrid: Narcea/UNED, (pp.55-80).

Damásio, A. (2017). O Sentimento de Si: Corpo, emoção e consciência. Temas e Debates. Lisboa. Círculo de Leitores

Franco, M. (2007). A gestão das emoções na sala de aula. Lisboa: Fundação

Goleman D.(2011). Inteligência emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente. Objetiva. Rio de Janeiro

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 515/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário Da República, 2ª Série – N.º 151.

Kleiman, E. , Riskind, J. , e Schaefer, K. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. Archives of Suicide Research, 18, 144-155. doi: 10.1080/13811118.2013.826155

Mühlen, M., Stechman, M., Aerts, D., Palazzo, L., Alves, G., Câmara, S. (2013). Estratégias de enfrentamento de situações estressantes e satisfação com a vida entre adolescentes escolares no sul do brasil. Revista de Iniciação Científica, 11, 77-85. Retrieved from: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/490/693>

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções. Edições Técnicas. Lidel

Apresentação digital:

The image shows four digital presentation slides arranged in a 2x2 grid. The top-left slide has a yellow background and the title "INTELIGÊNCIA EMOCIONAL" in large, bold, black letters. Below the title, it says "Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica UCC D. Faust Roupinho Rita Santos Alves Joana Bragança" and has a small logo in the bottom right. The top-right slide also has a yellow background and the title "O QUE SÃO EMOÇÕES?" in large, bold, black letters. Below the title, it says "Rita Santos Alves Joana Bragança" and has a small logo in the bottom right. The bottom-left slide has a white background and features a blue cartoon character of a pig-like creature. Below the character, it says "As emoções representam processos biológicos que foram consolidados no decorrer da história da evolução da humanidade. São a ponte entre a mente e o corpo, entre respostas internas e comportamentos externos, pelo que se pode afirmar que as emoções constituem o primeiro mecanismo de defesa da mente e do organismo uma vez que levam a mudanças fisiológicas que por sua vez desbloqueiam comportamentos de sobrevivência. (Damásio, 2017)." and "Rita Santos Alves Joana Bragança" with a small logo in the bottom right. The bottom-right slide has a white background and the title "PARA QUE SERVEM AS EMOÇÕES?". Below the title, it lists three functions: "Função adaptadora: prepara o organismo para a ação sendo esta uma das mais importantes. Graças a esta capacidade podemos atuar eficazmente.", "Função social: expressam o nosso estado de ânimo e facilitam a interação social para que se possa prever o comportamento. Além da expressão oral ganha muita importância a comunicação não verbal que se reflete, muitas vezes, inconscientemente.", and "Função motivadora: existe uma relação entre motivação e emoção, retroalimentando-se ambas. Qualquer comportamento motivado para algo. Ex., se no sentirmos alegres quando estamos uma pessoa, estaremos mais motivados para voltar a estar com ela." Below the text, there is a small illustration of a blue cartoon character and "Rita Santos Alves Joana Bragança" with a small logo in the bottom right.

CARACTERÍSTICAS DAS EMOÇÕES:

1. Tempo: tem um princípio e um fim;
2. Intensidade: cada emoção tem um tipo de intensidade;
3. Alterações corporais: traduzem várias manifestações corporais;
4. Causas e direção: tem sempre uma causa direcionada a algo;
5. Versatilidade: aparecem e desaparecem com rapidez;
6. Polaridade: podem ser negativas ou positivas;
7. Reações: são sempre uma reação a algo;
8. Interpretação: traduz a intensidade dos factos.



Rita Santos Alves
Joana Bragança

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL



caracteriza-se como uma habilidade relacional em que o indivíduo é capaz de entender os seus próprios sentimentos e os sentimentos dos outros, além de estimular a motivação interna, gerência as emoções pessoais e os relacionamentos nos grupos.

(Goleman, 2011)

Rita Santos Alves
Joana Bragança

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL - COMPONENTES

- Auto-consciência,
- auto-regulação,
- Auto-motivação,
- empatia
- gestão de relacionamentos (associada às relações intrapessoais, correspondentes à pessoa e interpessoais, que são estabelecidas com o grupo).

(Goleman, 2011)

Rita Santos Alves
Joana Bragança

AUTOCONSCIÊNCIA



- Representa a base da inteligência emocional, na qual o indivíduo é capaz de afastar um estado de espírito negativo, não se trata de reagir com exageros, mas sim um modo neutro, que mantém a autorreflexividade mesmo em meio a emoções turbulentas.

(Golman, 2011).

Rita Santos Alves
Joana Bragança

AUTO-REGULAÇÃO



- consiste na capacidade de manter o autocontrole, de suportar o turbilhão emocional, exercer a temperança e contenção de excessos. O foco está na busca pelo equilíbrio e não na supressão das emoções, tendo em vista que cada sentimento possui seu valor e significado.

- Quando as emoções são sufocadas, podem causar embotamento e frieza, porém ao extrapolarem do controle, de modo extremo, tornam-se patológicas, conforme acontece na depressão, na ansiedade, na raiva de mente. (Goleman, 2011)

- Possuir controle das próprias emoções promove a capacidade de adaptação, a receptividade à mudança e criatividade.

Rita Santos Alves
Joana Bragança

Estratégias de Autorregulação

- Autoanálise sistemática dos sentimentos e procurar compreender a relação destes com o momento atual.
- Cuidados com a saúde física
- prática de meditação e relaxamento - ferramentas que ajudam no alívio do stress e da ansiedade, por contribuírem no autocontrole e na gestão das emoções.

(Golman, 2011)

Rita Santos Alves
Joana Bragança



Estratégias de autorregulação

- Identificar e gerir os pensamentos automáticos negativos
- Aceitar que as questões que não podemos controlar, não necessitamos de nos desgastar a procurar mudá-las
- Expressar o que sente, por meio de atividades
- Projetar o futuro de forma positiva
- Procurar ajuda



Rita Santos Alves
Joana Bragança

AUTO-MOTIVAÇÃO

- Consiste na utilização da energia gerada pelas emoções para alcançar objetivos e metas pessoais. Ajuda a que a pessoa se torne mais eficiente com os percalços vivenciados no decurso da vida.
- Pessoas motivadas e esperançosas dificilmente apresentam depressão, ansiedade e distúrbios emocionais. (Golman, 2011)



EMPATIA

- é a capacidade de saber como o outro se sente. Apoiada no autoconhecimento.
- Raramente, as emoções são expressas por palavras, ..., necessário investir na interpretação de canais não-verbais, como o tom da voz, gestos, expressões faciais e corporais. (Goleman,2011)
- A empatia, facilita o estabelecer de conexões emocionais com os outros e promove a construção de relações de confiança.



Rita Santos Alves
Joana Bragança

HABILIDADES NOS RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS

- Capacidade de gerir a emoção de outras pessoas, o que requer domínio das componentes anteriores.
- Retrata a **inteligência social**, mediante a facilidade de estabelecer ligações com outras pessoas, de interpretar reações e sentimentos, além de conduzir, organizar e controlar as disputas estabelecidas em qualquer atividade humana.
- Fundamental no estabelecimento da relação com o outro.
- Investir na autorreflexão e autoanálise, conhecer suas potencialidades e limitações.



Rita Santos Alves
Joana Bragança

Estratégias de treino de inteligência emocional:

- A gestão das emoções, com base nos pilares da inteligência emocional e seus benefícios, como ferramenta de enfrentamento do desgaste emocional e do sofrimento.
 - cultivo de pensamentos positivos,
 - prática meditação,
 - cuidados com a saúde física
 - Investimentos no próprio bem-estar e no dos colegas de turma - gera uma rede de emoções saudáveis e impulsiona a motivação e a satisfação pessoal e académica.
 - Colocar no lugar do outro e desenvolver relacionamentos interpessoais construtivos.

Rita Santos Alves
Joana Bragança

Estratégias de treino de inteligência emocional:

- Colocar no lugar do outro e desenvolver relacionamentos interpessoais construtivos.
- Manter-se auto-motivado
- Procurar ultrapassar situações de crise, a partir da manutenção do foco e da atenção,
- Definir objetivos e desejos claros, - o que deseja alcançar tanto a nível pessoal como académico,

Rita Santos Alves
Joana Bragança

Estratégias para lidar com as emoções negativas:

- Escolher situações para evitar, situações para enfrentar;
- Redirecionar o pensamento;
- Pergunta com resposta: qual é a pior coisa que pode acontecer?
- Técnica de relaxamento;
- Agir como observador das suas próprias experiências emocionais sem se julgar;
- Prática a Aceitação;
- Compare-se consigo.

Rita Santos Alves
Joana Bragança

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Rita Santos Alves
Joana Bragança



APÊNDICE VI

INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL E INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL EM GRUPO– TREINO
DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA

Plano da sessão de Psicoeducação

Saúde Mental Perinatal

Data: 09/11/2021 **Hora:** 9-10h

Local: Sala do curso de preparação para o parto da UCC

Destinatários: Grávidas/Casais grávidos que frequentam o curso de preparação para o parto da UCC

Dinamizadora: Enfª Rita Santos Alves, sob orientação da Mestre SMP XX

Objetivo: Promover a identificação das perturbações mentais perinatais mais frequentes e suas características. Identificar estratégias para lidar com o Baby Blues. Refletir sobre a importância de estar atento aos sinais de alarme.

Etapas da sessão	Método	Estratégias/atividades	Duração	Recursos
Introdução	Expositivo	Apresentação da formadora e dos objetivos da sessão	5'	Mesa Cadeiras
Desenvolvimento	Expositivo/ Interativo	Abordar conceitos de: Saúde mental Doença mental Transição para a maternidade Baby Blues Sintomas de baby Blues <ul style="list-style-type: none">• Estratégias para lidar com o baby blues• Depressão pós-parto• Partilha de experiências	15'	Canetas Computador Projektor
Conclusão	Interativo	Resumo e avaliação da sessão.	10'	

Avaliação: As sessões tiveram a duração de cerca de 1 hora cada. Participaram nas sessões um casal grávido de 32 semanas e uma grávida de 28 semanas com gravidez de risco. Na primeira

sessão pretendeu-se capacitar a grávida/casal com estratégias de lidar com o *baby blues*, e na segunda sessão pretendeu-se ensinar sobre os benefícios das técnicas de relaxamento, promovendo a aquisição de habilidades de gestão e autocontrolo da ansiedade e da melhoria do padrão de sono, assim como a promoção da vinculação mãe/pai-feto.

Numa fase inicial, psicoeducativa, foi explicado o conteúdo da intervenção e apresentados os objetivos das sessões, abordou-se a transição para a maternidade/paternidade como uma etapa desenvolvimental, a vivência das emoções na gravidez, o conceito de baby blues, sinais de alerta, fatores protetores e estratégias de lidar com o mesmo. Foi uma sessão interativa com muita partilha de experiências entre os intervenientes. Nenhum dos participantes alguma vez tinha ouvido falar sobre o tema e consideraram a sessão muito importante. Uma grávida referiu que tinha sido muito importante a abordagem objetiva daquilo que sentia e que afinal era normal e comum a todas as grávidas, e que isso iria influenciar de forma positiva a sua forma de vivenciar a gravidez. Na segunda sessão, inicialmente psicoeducativa e posteriormente comportamental, foram abordados: o conceito de ansiedade, os benefícios do relaxamento e a explicação e treino da técnica de relaxamento por imaginação guiada, de acordo com a ficha técnica de intervenção em SM. Foi solicitado às utentes o preenchimento da escala de rastreio de ansiedade perinatal, revelando *scores* de 30 e 33 corresponde a sintomas ligeiros a moderados de ansiedade. Foi uma sessão dinâmica, onde as utentes identificaram os seus sintomas físicos de ansiedade. Foi apresentada a técnica de relaxamento, como uma ferramenta de autocontrolo da ansiedade e as suas vantagens na utilização regular e na promoção da vinculação mãe/casal filho. De seguida foi executada a sessão de relaxamento propriamente dito, com a duração de cerca de 15 - 20 minutos. Os participantes deitaram-se nos colchões na posição lateral de acordo com as recomendações do posicionamento das grávidas. A intervenção decorreu de acordo com o que foi planeado, e a avaliação que os intervenientes fizeram da sessão foi que esta foi muito

pertinente e útil, referindo sensação de bem-estar emocional.

A enfermeira responsável do curso de parentalidade da UCC reconheceu a importância fulcral da abordagem da promoção da SM materna nestes cursos.

Apresentação Digital:



Baby Blues

Baby Blues

O baby blues é uma reação normal às alterações físicas e sociais após o nascimento do bebê, caracterizado por um **curto período** de emoções voláteis, que frequentemente ocorrem entre o segundo e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea no período máximo de 10 dias.

(O.Hara, 1997; Souza et al., 1997; Sequeira e Sampaio, 2020)

Baby Blues

Estas alterações hormonais podem produzir **alterações químicas no cérebro** que resultam em sentimentos que associamos a depressão...

... e o **ajustamento necessário após o nascimento do bebê**, tendo em conta as naturais alterações de sono, das rotinas, e das emoções da experiência do pós parto **podem contribuir para a forma como a mãe se vai sentir!!!**


(O.Hara, 1997; Souza et al., 1997; Sequeira e Sampaio, 2020)

Baby Blues

- ⇒ São reações consideradas normais, comuns e passageiras.
- ⇒ Relacionadas com alterações hormonais e com o stress sentido nos primeiros dias após o nascimento.
- ⇒ Não provocam alterações no funcionamento da mulher.
- ⇒ Não exigem tratamento profissional obrigatório.
- ⇒ Acontece entre 50% e 85% das mulheres no **pós-parto**...


...mas, 20% das mulheres com **Baby Blues** podem desenvolver **Depressão Pós-Parto**.

(O.Hara, 1997; Souza et al., 1997; Sequeira e Sampaio, 2020)



SINAIS DE ALARME... !!!!

- !!!! Choro fácil
- !!!! Irritabilidade;
- !!!! insónia;
- !!!! alterações do apetite e da memória
- !!!! Oscilações bruscas de humor;
- !!!! Indisposição;
- !!!! Tristeza;
- !!!! Insegurança;
- !!!! Baixas autoestima;
- !!!! Sensação de incapacidade para tomar conta do bebé...



Correia e Santos (2017)


Fatores Protetores ♥♥

- ♥ Apoio do companheiro, família e amigos;
- ♥ Não se preocupar excessivamente com arrumações ou limpeza;
- ♥ Esclarecer dúvidas e preocupações;
- ♥ Procurar momentos de descontração e relaxe (cuidar de si);
- ♥ Dormir quando o bebé está a dormir (repor o sono);
- ♥ Trocar experiências com outras mães;



ESTRATEGIAS DE LIDAR COM O BABY BLUES:


- ✓ Cuidar da mãe... de si mesma...
- ✓ Conversar com alguém sobre o que está a sentir, sem medo ou vergonha
- ✓ Manter hábitos alimentares saudáveis
- ✓ Fazer um diário dos seus pensamentos...
- ✓ Ir à rua... sair... passear... ter "vida" para além das novas rotinas que tem que instalar
- ✓ Pedir ajuda



ESTRATEGIAS DE LIDAR COM O BABY BLUES:

- ✓ Dormir/descansar enquanto o seu bebé dorme!...
- ✓ Não esperar perfeição nas primeiras semanas...
- ✓ ...dar tempo para se restabelecer do parto e se adaptar à nova vida
- ✓ Lembrar-se de que **NÃO ESTÁ SOZINHA !..** e que não é a única a sentir-se assim!!!
- ✓ Organização: ... um calendário das refeições da família... uma lista afixada de coisas que amigos e familiares podem ajudar
- ✓ Fale com os profissionais de saúde!!!

... e não querer ser a **SUPER-MULHER!!!**





Plano de Sessão Psicoducativa e Comportamental

Treino de Relaxamento por Imaginação Guiada

Data: 09/11/2021 **Hora:** 09:00-10:00H **Local:** Gabinete UCC

Enfermeira dinamizadora: Enf^a Rita Santos Alves, **Enfermeira supervisora:** Mestre SMP XX

Destinatários: Grávidas/casais que frequentam o curso de preparação para o parto na

Objetivos Específicos: Promover a aquisição de estratégias de gestão e autocontrolo da

ansiedade da grávida e treino de auto-relaxamento, como ferramenta de autocontrolo da ansiedade; da melhoria do padrão de sono; da distração desviando a mente de pensamentos inapropriados; de estimulação da capacidade de concentração e promoção da coordenação motora.

Fundamentação: Realização de uma atividade cognitivo-comportamental.

A Psicoeducação é uma Intervenção Terapêutica da competência do EE em Saúde Mental e Psiquiátrica descrita no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018 (F4 – Presta Cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais 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)

Ao fazer intervenções de psicoeducação, o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e parceria com os utentes com o objetivo de aumentar o insight sobre os problemas existentes e a capacidade de encontrar novas possibilidades na resolução das dificuldades. Através da psicoeducação consegue promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos. A Psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar de conhecimentos acerca do problema e uma componente das emoções, das expectativas, entre outras (Santos, Sousa, & Dourado, 2011).

Desenvolvimento da intervenção:

Etapas	Método	Conteúdos	Duração	Avaliação	Recursos
Introdução	Expositivo/ Participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Explicação da intervenção; • Apresentação dos objetivos. 	10 min	Questionar sobre compreensão da intervenção;	Mesa Cadeiras Desinfetante de mãos

				Avaliar motivação e interesse.	Inventário de ansiedade stai y1
Desenvolvimento	Ativo Expositivo Participativo	Aplicação do inventário de ansiedade Stai Y1; - Ensinar sobre as vantagens das técnicas de relaxamento - Execução do procedimento da técnica (Tabela 1)	40 min	Observar o desempenho das pessoas	Canetas Telemóvel com música; Coluna de som; roupa confortável.
Conclusão	Ativo Expositivo Participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha da experiência com expressão de sentimentos e opiniões • Reaplicação do inventário de ansiedade Stai Y1 • Cumprimentos finais 	10 min	Observar as pessoas e questionar a sua avaliação da sessão	https://www.youtube.com/watch?v=1javruW-Ycw <ul style="list-style-type: none"> • Escala de avaliação

FICHA TÉCNICA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Identificação: Relaxamento por Imaginação Guiada.

Modelo: Cognitivo-Comportamental.

Objetivos: Promover a aquisição de estratégias de gestão e autocontrolo da ansiedade com a melhoria do padrão de sono; desviando a mente de pensamentos relacionados com medo, da capacidade de concentração no momento do trabalho de parto.

Enquadramento da técnica: O relaxamento caracteriza-se por um estado de consciência, através do qual se obtêm sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de stress (Payne, 2000). A imaginação guiada pode ser definida por um processo de uso intencional de imagens mentais e atributos sensoriais que são fruto da imaginação ou da

memória, para alcançar um objetivo terapêutico (Naparstek, 1994). Segundo Apóstolo (2010) o recurso ao relaxamento por imaginação guiada representa uma experiência tão intensa que o cérebro reage como se tratasse de uma experiência real, com impacto positivo nos sintomas psicossomáticos. Ainda o mesmo autor, refere evidência do benefício do uso da técnica de relaxamento por imaginação guiadas em doentes psiquiátricos (Apóstolo, 2010)

Indicações: Pretende-se que a grávida utilize, de forma intencional, imagens mentais e atributos sensoriais resultado da sua imaginação ou memória, para produzir efeitos terapêuticos desejados. Permite dar resposta aos seguintes diagnósticos de Enfermagem de acordo com a nomenclatura CIPE® (ICN, 2019) Autocontrolo da Ansiedade Presente; Ansiedade Presente (Grau Moderado/Elevado).

Intervenções de Enfermagem CIPE:

Orientações quanto à execução: A técnica deve ser dinamizada pelo EEESMP de acordo com o diagnóstico de enfermagem identificado. Antes da realização da intervenção, a pessoa deverá ser submetida à avaliação do diagnóstico identificado através da aplicação das escalas respetivas.

O Guião utilizado será disponibilizado em papel. Deve ser lido utilizando um tom de voz grave, num ritmo lento, com recurso a música ambiente que deverá ser instrumental, calma e relaxante (com ausência de sons de água) e ouvida durante toda a técnica.

Indicadores de Resultado NOC: Ansiedade - redução do nível de ansiedade; concentração, equilíbrio do humor.

Recursos: leitor de música e CD, colchão; almofada; roupa confortável; manta; temperatura da sala controlada.

Duração: 40 minutos.

Procedimento da Técnica:

Quadro 2 - Técnica de Relaxamento por imaginação guiada.

<p>Introdução 10 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação da técnica; • Aplicação do instrumento de avaliação; • Assegure-se de que não necessita ir ao WC e que tem o telemóvel desligado.
<p>Desenvolvimento 20 min</p>	<p>Procure respirar suavemente, de forma regular e profunda. Feche os olhos suavemente.</p> <p>Está a caminhar numa praia, o mar está calmo, o sol emana uma luz e um calor agradável, relaxante... sente-se cansado e resolve deitar-se na areia a descansar um pouco.</p> <p>De olhos fechados e com o sol a aquecer-lhe o rosto, sente-se tranquilo... Extremamente relaxado...</p> <p>Começa a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que tentasse levantá-las, não seria capaz... os seus braços estão tão pesados, tão pesados, que não é capaz de levantá-los do chão. Sente-se preso ao chão, muito cansado... o mar vai chegando calmamente perto de si, molhando delicadamente os seus pés, as pernas, os seus braços.... Até que começa a boiar á superfície daquele mar calmo, e, levando pela suave corrente o seu corpo deixa de ter peso, aquele peso que o fazia estar colado ao chão.</p> <p>A boiar naquela imensidão azul, o dia vai declinado e anoitece. Agora é a luz da lua que banha o seu rosto... o único ruído que ouve é o ondular suave do mar e, ao longe, o som despreocupado dos golfinhos que mergulham alegremente.</p> <p>A sua respiração é suave e calma, e o seu corpo é leve como uma pena, boiando na superfície líquida... o tempo passa e a corrente vai arrastando o seu corpo levemente... já se sentem os primeiros raios de sol a aquecerem delicadamente o seu corpo, está a amanhecer...</p>

O mar leva-o devagarinho até á praia e deixa-o sobre a areia fina à beira mar...
continua de olhos fechados, a dormir suavemente, e, à medida que o sol vai
aquecendo mais o seu rosto...

Começa a despertar

Feche os olhos. (cada um deve concentrar a atenção em si próprio.)

Sinta a respiração tranquila e siga a sua ordem natural: inspirar... expirar... (pausa
de 1 min)

Agora sinta o peso dos seus pés, apoiados sobre o chão (breve pausa) Também
as pernas começam a ficar pesadas, relaxadas (breve pausa). Agora, sinta o
peso da bacia (breve pausa) ... também a coluna e o peito estão relaxados...
(breve pausa). As costas estão relaxadas... (breve pausa). Sinta todo o corpo
calmo e relaxado...

A respiração é fluida e profunda Inspirar Expirar.... Inspirar.... Expirar.... Agora
está calmo, olhe em redor.... (breve pausa). Está num sitio tranquilo, calmo e
sente-se bem (breve pausa).

Ao longe, vê as nuvens e uma delas voa para si (breve pausa) ... suba para cima
dela, é muito fofa e sente-se seguro.... Não tem medo de nada... (breve pausa).
Enquanto voa pela nuvem olha e vê coisas belas... respira fundo e sente-se
bem... (breve pausa).

Sente o vento na cara, sorri, sente-se cada vez mais calmo... cada vez mais em
paz... (breve pausa). Começa a olhar em volta.... A nuvem caminha para o local
de onde partiu (breve pausa). Sente-se tão bem e calmo.... Sente-se bem...
(breve pausa).

Chega onde partiu e desce da nuvem.... Ela voa para longe.... Mas continua a sentir
a leveza e a paz que ela causou... (breve pausa).

	<p>Começa a sentir de novo a respiração tranquila e segue a sua ordem natural: inspirar... expirar... (pausa de 1 minuto).</p> <p>Sente-se muito bem... sabe que, quando voltar a abrir os olhos, a sensação de calma se vai manter.... Inspira Expira.... Inspira.... Expira.... (breve pausa).</p> <p>Sente-se a acordar Irá abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos E os pés.... Espreguiça-se como se estivesse a acordar... (breve pausa). Inspira e expira Acordou e sente-se bem.</p>
<p>Conclusão 10 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Vamos tomar consciência do local onde estamos •Sentir o nosso espaço e o nosso corpo •Ao nosso ritmo, vamo-nos sentando e olhando uns para os outros •Partilha das sensações e emoções •Aplicação do instrumento de avaliação.

Fonte: Sequeira e Sampaio (2020)

Referências Bibliográficas:

Clemente, V., Ruivo Marques, D., Miller-Mendes, M., Morin, C. M., Serra, J., & Allen Gomes, A. (2021). The European Portuguese version of the insomnia severity index. *Journal of sleep research*, 30(1), e13198. <https://doi.org/10.1111/jsr.13198>

Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde*. (2ª edição). Camarate: Lusociência.

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Edições Técnicas. Lidel

Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde mental e psiquiatria. Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. Loures. Lusociência.

Apóstolo, L. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stress*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

525

Escala de Rastreo de Ansiedade Perinatal

AO LONGO DO ÚLTIMO MÊS, com que frequência experimentou o seguinte?

Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência com um círculo, em todas as questões.

	0	1	2	3
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Preocupar-me com a gravidez/bebê				0 1 2 3
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebê				0 1 2 3
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer				0 1 2 3
4. Preocupar-me com muitos coisas				0 1 2 3
5. Preocupar-me com o futuro				0 1 2 3
6. Sentir-me assustada/assustado				0 1 2 3
7. Ter muitos outros pensamentos sobre várias coisas (de apáthas, de sangrar, de parto, de dor, etc...)				0 1 2 3
8. Alguns sintomas de medo ou desconforto internos				0 1 2 3
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar				0 1 2 3
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer				0 1 2 3
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem				0 1 2 3
12. Querer que as coisas sejam perfeitas				0 1 2 3
13. Preocupar-me de ter as coisas sob controle				0 1 2 3
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, mesmo sem razão				0 1 2 3
15. Sentir-me sobrecarregada ou facilmente assustada				0 1 2 3
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem				0 1 2 3
17. Estar alerta ou sentir necessidade de ter cuidado				0 1 2 3
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonhos ou pesadelos				0 1 2 3
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros				0 1 2 3
20. Medo de que os outros me vão julgar negativamente				0 1 2 3
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões				0 1 2 3
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa				0 1 2 3
23. Evitar coisas que me preocupam				0 1 2 3
24. Sentir-me desajustada, como se estivesse a ser-me a não pertença num filme				0 1 2 3
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me de que aconteceu				0 1 2 3
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes				0 1 2 3
27. Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas				0 1 2 3
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração				0 1 2 3
29. Medo de perder o controlo				0 1 2 3
30. Sentir-me em pânico				0 1 2 3
31. Sentir-me agitada				0 1 2 3

33

526

Escala de Rastreo de Ansiedade Perinatal

AO LONGO DO ÚLTIMO MÊS, com que frequência experimentou o seguinte?

Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência com um círculo, em todas as questões.

	0	1	2	3
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Preocupar-me com a gravidez/bebê				0 1 2 3
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebê				0 1 2 3
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer				0 1 2 3
4. Preocupar-me com muitas coisas				0 1 2 3
5. Preocupar-me com o futuro				0 1 2 3
6. Sentir-me assustada/assustado				0 1 2 3
7. Ter muitos outros pensamentos sobre várias coisas (de apáthas, de sangrar, de parto, de dor, etc...)				0 1 2 3
8. Alguns sintomas de medo ou desconforto internos				0 1 2 3
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar				0 1 2 3
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer				0 1 2 3
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem				0 1 2 3
12. Querer que as coisas sejam perfeitas				0 1 2 3
13. Preocupar-me de ter as coisas sob controle				0 1 2 3
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, mesmo sem razão				0 1 2 3
15. Sentir-me sobrecarregada ou facilmente assustada				0 1 2 3
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem				0 1 2 3
17. Estar alerta ou sentir necessidade de ter cuidado				0 1 2 3
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonhos ou pesadelos				0 1 2 3
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros				0 1 2 3
20. Medo de que os outros me vão julgar negativamente				0 1 2 3
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões				0 1 2 3
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa				0 1 2 3
23. Evitar coisas que me preocupam				0 1 2 3
24. Sentir-me desajustada, como se estivesse a ser-me a não pertença num filme				0 1 2 3
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me de que aconteceu				0 1 2 3
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes				0 1 2 3
27. Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas				0 1 2 3
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração				0 1 2 3
29. Medo de perder o controlo				0 1 2 3
30. Sentir-me em pânico				0 1 2 3
31. Sentir-me agitada				0 1 2 3

33

APÊNDICE VII

ATIVIDADE PSICOEDUCATIVA E COMPORTAMENTAL DE GRUPO

TREINO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Plano de Intervenção Psicoducativa e Comportamental: Treino de Relaxamento

Data: 25/06/2021**Hora:** 21:00h-22:00H **Local:** Enfermaria do serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental

Enfermeiras dinamizadoras: Enf^a Rita Santos Alves sob orientação da EEESMP XYZ

Destinatária: Utentes do internamento de psiquiatria com diagnóstico de Enfermagem CIPE: Ansiedade Presente em Grau moderado a elevado.

Objetivo Geral: Promover o uso da técnica de relaxamento, como estratégia de redução da ansiedade, com impacto na melhoria do padrão de sono; da distração desviando a mente de pensamentos inapropriados; de estimulação da capacidade de concentração e estimulação da coordenação motora.

Objetivos Específicos: Que o utente identifique uma vantagem pelo uso da técnica de relaxamento com redução da ansiedade (ex: melhoria do padrão de sono; distração da mente de pensamentos inapropriados; estimulação da capacidade de concentração e estimulação da coordenação motora).

Atividade: Realização de uma atividade cognitivo-comportamental de grupo constituída por duas partes: a primeira referente à explicitação da técnica e suas vantagens e a segunda referente à execução da técnica.

Fundamentação: A Psicoeducação é uma Intervenção Terapêutica da competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica descrita no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018 (F4 – Presta Cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais 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)

Ao fazer intervenções de psicoeducação, o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e parceria com os utentes com o objetivo de aumentar o insight sobre os problemas existentes e a capacidade de encontrar novas possibilidades na resolução das dificuldades. Através da psicoeducação consegue promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos.

A Psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar de conhecimentos acerca do problema e uma componente das emoções, das expectativas, entre outras (Santos, Sousa, & Dourado, 2011). O RMP de Jacobson é um conhecido método de relaxamento muscular profundo, cuja técnica se baseia na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam tensão muscular. (Townsend, 2011).

Segundo Payne (2003) o RMP de Jacobson consiste no cessar da tensão residual ao nível dos principais grupos musculares. Deste modo, o utente terá de criar e libertar a tensão nos músculos para aprender “a ajustar subtis sensações nos músculos, a reconhecer diferentes níveis de tensão e a libertar essa tensão” (Payne 2003, p.37), no decorrer da técnica de relaxamento. O RMP de Jacobson (modificada), trabalhada, numa só sessão, um total de 16 grupos musculares através de ciclos de tensão-libertação, induzindo a diminuição do ritmo cardíaco e da pressão sanguínea.

Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade presente				
Etapas da sessão	Método	Estratégias/atividades	Duração	Recursos
Introdução	Expositivo	Apresentação dos objetivos da sessão	5'	Mesa Cadeiras Desinfetante de mãos Inventário de ansiedade stai y1 Canetas Telemóvel com música; Coluna de som; roupa confortável; manta. Cama Escala de avaliação
Desenvolvimento	Interativo	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do inventário de ansiedade Stai Y1; • Ensinar sobre as vantagens das técnicas de relaxamento a importância das técnicas de relaxamento no controlo da ansiedade, na melhoria do padrão do sono. • Como usar a técnica de relaxamento no dia a dia. • Executar Técnica de relaxamento de acordo com a ficha técnica de relaxamento - (anexo). 	30' + 20'	
Conclusão	Interativo	Resumo e avaliação da sessão	5'	

Avaliação: Por motivos de limitação de espaço, tempo e meios e, optou-se por realizar a sessão com as participantes deitadas nas suas camas da enfermaria.

Participaram apenas 2 utentes internadas por serem as únicas que reuniam os critérios de inclusão

A sessão iniciou com a apresentação dos objetivos da sessão. Foi uma sessão dinâmica, onde as utentes identificaram os seus sintomas físicos de ansiedade. Foi apresentada a técnica de

relaxamento como uma ferramenta, de autocontrolo da ansiedade, e as suas vantagens na utilização regular.

Foi solicitado às utentes o preenchimento da escala de avaliação de ansiedade Stai Y1 á qual acederam prontamente, revelando *scores* de 57 e 46 que corresponde a níveis elevados de ansiedade.

De seguida foi executada a sessão de relaxamento propriamente dito, com a duração de cerca de 15 - 20 minutos.

Na execução da técnica as utentes adormeceram, pelo que não foi aplicada a escala Stai Y1, no entanto, no dia seguinte, ambas identificaram como efeito benéfico do uso da técnica na melhoria do padrão de sono. uma delas referiu não ter tido necessidade de medicação em s.o.s. para a insónia e identificaram como muito importante o conhecimento destas técnicas para utilizarem na gestão da ansiedade no seu dia-a-dia

Ambas as utentes classificaram como muito útil (5) a sessão, numa escala de 1-5 em que 1 é nada útil e 5 muito útil.

Quadro 3 - Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo Modificado de Jacobson.

Introdução 10'	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação da técnica; • Aplicação do instrumento de avaliação; • Assegure-se de que não necessita ir ao WC e que tem o telemóvel desligado.
Desenvolvimento 20 min	<p>Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração...é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade...Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade...Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspire.... Expire.... Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora a sua respiração é totalmente suave e relaxada, todos os seus músculos se encontram relaxados. • Inspire profundamente.... Expire profundamente.... Feche a sua mão esquerda como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está.

Respire calma e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contração e a do relaxamento. Agora, dobre o pulso esquerdo para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço, sinta a contração e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está procurando comparar e diferenciar as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal. Inspire.... Expire....

- Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contração e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações. Respire tranquilamente.
- Dobre o cotovelo, sinta a contração nesta musculatura e memorize-a. Agora, relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal.
- Inspire.... Expire Feche a sua mão direita como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calma e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contração e a do relaxamento. Agora, dobre o pulso direito para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço, sinta a contração e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está procurando comparar e diferenciar as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal.
- Inspire.... Expire.... Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contração e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações. Respire tranquilamente.
- Dobre o cotovelo, sinta a contração nesta musculatura e memorize-a. Agora, relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal.
- Agora, concentre a sua atenção na sua perna esquerda. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contração, memorize esta sensação. Agora, solte e relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal.
- Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contração. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente.
- Inspire.... Expire....Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para a manter elevada, preste atenção na contração. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente na superfície. Sinta

	<p>toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não poder mover. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agora, concentre a sua atenção na sua perna direita. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contração, memorize esta sensação. Agora, solte e relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal. • Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contração. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente. • Inspire.... Expire....Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para a manter elevada, preste atenção na contração. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente na superfície. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não poder mover. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal. • Agora contraia ambos os ombros, elevando-os como se fosse encostá-los na ponta das orelhas. Contraia, mais e mais. Relaxe, deixe os ombros apoiados de maneira confortável, sinta a diferença entre a sensação da contração e a do relaxamento. Respire tranquilamente. • Eleve a cabeça como se fosse alcançar com o queixo o peito. Sinta a contração, procure memorizar esta sensação. Agora, solte, relaxe, deixe a cabeça apoiada de forma bem confortável. Compare as duas sensações tentando memorizar a diferença entre elas. Respire pausadamente. • Inspire.... Expire.... Franza a testa e os olhos e cerre os dentes. Aperte, preste atenção nessa sensação. Agora, solte, relaxe, sinta o rosto pesado, os olhos fechados suavemente. Memorize as duas sensações. Respire somente com a musculatura abdominal. • Aperte os dentes, os de baixo de encontro aos de cima. Sinta a tensão, e agora compare com a de relaxamento, soltando o seu rosto mais e mais. Respire calmamente. • Inspire.... Expire.... Nos próximos minutos mantenha o seu corpo todo relaxado, confortavelmente apoiado na superfície em que está respirando tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal, deixando o ar entrar e sair suavemente. • Agora espreguice-se e calmamente abra os olhos.
<p>Conclusão 10 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vamos tomar consciência do local onde estamos • Sentir o nosso espaço e o nosso corpo • Vamos mexer os dedos das mãos e dos pés • Ao nosso ritmo, vamo-nos sentando e olhando uns para os outros • Vamos espreguiçar-nos, ativando todos os músculos e a circulação • Aplicação do instrumento de avaliação.

Fonte: Adaptado de Payne, (2003)

Referências Bibliográficas

- Clemente, V., Ruivo Marques, D., Miller-Mendes, M., Morin, C. M., Serra, J., & Allen Gomes, A. (2021). The European Portuguese version of the insomnia severity index. *Journal of sleep research*, 30(1), e13198. <https://doi.org/10.1111/jsr.13198>
- Cunha, O. e Gonçalves, R. (2012). Análise confirmatória factorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. *Laboratório de Psicologia*, 10(1): 3-17. Retrieved from: em: <https://core.ac.uk/download/pdf/235397979.pdf>
- Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde. (2ª edição). Camarate: Lusociência.
- Townsend, M.C. (2011). Enfermagem em Saúde mental e psiquiatria. Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência. Loures. Lusociência.

APENDICE VIII

INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA E PSICOEDUCATIVA DE GRUPO

“GERIR EMOÇÕES EM TEMPOS DE PANDEMIA”

Intervenção Psicoterapêutica e Psicoeducativa de grupo

Plano da sessão

Tema: Gerir emoções em tempos de pandemia

Data: 9/07/2021 **Hora:** 18h-19h **Local:** refeitório do serviço de internamento de psiquiatria

Enfermeiras dinamizadoras: Enf^a Rita Santos Alves, Enf^a XYZ

Destinatários: Utentes internados no serviço de psiquiatria

Critérios de exclusão: Utentes com agitação psicomotora, utentes com delírio em fase ativa, perturbando o normal decorrer da sessão.

Objetivos Específicos:

- Promover a identificação das 5 emoções básicas experienciadas pelo utente ao longo da vida.
- Promover a interação social através da expressão de emoções através da comunicação não verbal.
- Promover a identificação das emoções experienciadas durante a pandemia.
- Identificar as principais implicações da pandemia na gestão destas emoções.
- Promover a identificação de três estratégias que o utente com doença mental pode utilizar para gerir as emoções durante a pandemia.

Fundamentação: A Psicoeducação é uma Intervenção Terapêutica da competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica descrita no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018 (F4 – Presta Cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais 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).

A Psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar de conhecimentos acerca do problema e uma componente das emoções, das expectativas, entre outras (Santos, Sousa, & Dourado, 2011).

Ao fazer intervenções de psicoeducação, o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e parceria com os utentes com o objetivo de aumentar o insight sobre os problemas existentes e a capacidade de encontrar novas possibilidades na resolução das dificuldades. Através da psicoeducação consegue promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos.

A intervenção psicoterapêutica consiste na execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, com o objetivo de assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais (Sampaio e Sequeira, 2020)

As emoções fazem parte da vida de cada pessoa, têm um impacto frequente e são fundamentais para as interações sociais influenciando “o nosso julgamento, a nossa memória e a nossa atitude perante os acontecimentos” executando “um papel essencial na nossa comunicação com os outros” (André & Lelord, 2002. p.292). As emoções permitem a compreensão da própria pessoa, dos indivíduos à sua volta e também têm influência na forma como agimos com os outros.

A pandemia covid-19 veio condicionar a forma como nos relacionamos e estima-se que afeta de modo desproporcional populações mais vulneráveis, nomeadamente aquelas com perturbações mentais graves. (Nascimento, Pereira, caldas, Silva, et al., 2020)

Etapas da sessão	Método	Estratégias/atividades	Duração	Recursos
Introdução	Interativo	Apresentação dos participantes e enfermeiras Apresentação dos objetivos da sessão	5'	Cadeiras Desinfetante e de mãos Cartões das emoções Mesa, Computador ,Vídeo-projetor Papel caneta
Desenvolvimento	Interativo Expositivo	Dinamizar atividade de reconhecimento e identificação das várias emoções, por mimica, do grupo; Promover a partilha de momentos de vivências de emoções. Apresentar o conceito de emoção; Ensinar sobre emoções primárias; Abordar estratégias para lidar com as emoções em tempo de pandemia; Elaborar do placar das emoções	20'	
Conclusão	Interativo	avaliação da sessão Agradecer a participação	5'	

Avaliação: Apenas 6 dos utentes internados foram selecionadas para participarem na intervenção, um dos quais recusou não querer falar no grupo.

Foi aberta a intervenção agradecendo a participação de todos, feita a apresentação das enfermeiras e proposto a apresentação de todos os utentes, identificando o nome e uma característica individual. Todos participaram na atividade.

Apresentados os objetivos da sessão foi proposto uma dinâmica de grupo em que cada pessoa retirava um cartão das emoções ao acaso e mimificava-a para o grupo que tentava a identificar.

Três utentes não conseguiram identificar as emoções do cartão, um deles preferiu não fazer a mimica, pelo que tentou descrever por palavras a emoção.

De seguida foi proposto que cada utente identificasse um momento, durante o tempo de pandemia, em que tivesse vivenciado essa emoção. O grupo foi consensual em que as emoções que mais frequentemente vivenciaram ao longo da pandemia foi a tristeza, o medo e a solidão.

Foi exposto a qual o papel das emoções na saúde mental de cada pessoa e apresentada a importância de cada emoção.

Foi solicitado ao grupo que identificasse estratégias para gerir as emoções em contexto de

pandemia, todos os elementos conseguiram identificar pelo menos uma estratégia. Identificaram a importância de se relacionarem em presença física, de verbalizarem as suas emoções e sentimentos com outros, identificaram a importância de selecionarem fontes de informação fidedignas como forma de gerir o medo da doença e das vacinas. Contudo esta identificação de estratégias teve que ser dirigida, pelo que se revela que estes utentes não possuem

Por fim foi sugerido ao grupo que colasse no placar das emoções o cartão que lhes tinha calhado, assim como, escreverem pelo menos uma estratégia de gestão das emoções em contexto pandémico, um utente saiu da sessão para receber uma chamada de um familiar, no entanto, esta atividade não foi concluída devido ao fato de os utentes terem sido chamados para jantar. Houve, contudo, duas utentes que permaneceram e tentaram completar a atividade referindo que a mesma foi muito interessante e útil, valorizando a importância de usarem as estratégias identificadas como gestão das emoções.

A atividade não começou á hora prevista pela dinâmica do serviço não o ter permitido, pelo que não foi possível encerrar corretamente a sessão. Outra limitação da sessão foi o fato do projetor não ser compatível com o computador, pelo que a apresentação digital preparada não ter sido usada, contudo não se considera que a sessão tenha sido prejudicada por essa limitação.

Da avaliação pessoal que se faz da sessão, a abordagem das emoções desta forma foi novidade para a maioria dos utentes, que participaram com interesse e motivação. A identificação da representação gráfica das emoções foi difícil para alguns utentes. A identificação das estratégias teve que ser guiada uma vez que o grupo facilmente se dispersava nas ideias.

De uma forma global considera-se muito positiva esta sessão.

Referências bibliográficas:

- André, C., & Lelord, F. (2002). A força das emoções. Cascais: Editora Pergaminho.
- Damásio, A. (2017). O Sentimento de Si: Corpo, emoção e consciência. Temas e Debates. Lisboa. Círculo de Leitores
- Franco, M. (2007). A gestão das emoções na sala de aula. Lisboa: Fundação
- Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., & Gonçalves, M. (2020). Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, 6(2), 67-76. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i2.146>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n. 9515/2018 de 7 de agosto. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- Santos, R, Sousa, M., & Dourado, D, (2011). Intervenções de grupo para a sobrecarga de cuidados de pacientes com demência. Uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiátrica Clínica*, 38 (4), 161-7.
- Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Edições Técnicas. Lidel.

Apresentação digital:

AS EMOÇÕES EM TEMPO DE PANDEMIA

Medrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Rita Santos Alves

O QUE SÃO EMOÇÕES?

Rita Santos Alves

As emoções são respostas neurais e químicas com ativação automática, sem decisão consciente e direcionadas para o exterior ou meio ambiente.

(Damásio, 2017)

Rita Santos Alves



AS EMOÇÕES E A PANDEMIA

A pandemia COVID-19 aumentou o nível de stress na população em geral. A preocupação exacerbada face à pandemia em associação com sintomatologia prévia de ansiedade e depressão, bem como o necessário distanciamento físico, apresentam um risco cumulativo de agravamento da doença de base e a tendência para a solidão, isolamento e comportamentos autolesivos.

Rita Santos Alves

- ### ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O IMPACTO EMOCIONAL DA PANDEMIA COVID-19
- Consultar fontes de informação fidedignas, limitando a exposição diária excessiva
 - Ter conhecimento acerca da doença, principais sintomas, cuidados de prevenção e transmissão do vírus e recursos disponíveis em caso de necessidade
 - Manter as rotinas diárias e adotar estilos de vida saudáveis (alimentação, atividade física)
 - Promover o contato social recorrendo a meios que garantam o distanciamento físico
 - Automonitorizar problemas de saúde prévios/doença crónica e cumprir com o plano de tratamento estabelecido.
- Rita Santos Alves

- ### ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR O IMPACTO EMOCIONAL DA PANDEMIA COVID-19
- Identificar e gerir os pensamentos automáticos negativos
 - Aceitar que as questões que não podemos controlar, não necessitamos de nos desgastar a procurar mudá-las
 - Expressar o que sente, por meio de atividades
 - Projetar o futuro de forma positiva
 - Procurar ajuda
- Rita Santos Alves



QUE EMOÇÕES SENTE NESTE MOMENTO?

Rita Santos Alves

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Atividade	Objetivos	Conteúdos	Recursos	Tempo	Observações
1. Apresentação e boas-vindas	Conhecer os participantes e o facilitador	Objetivos da sessão	Slide de boas-vindas	10 minutos	
2. Apresentação do tema da sessão	Contextualizar o tema da sessão	Objetivos da sessão	Slide de introdução	10 minutos	
3. Apresentação do conteúdo teórico	Apresentar o conteúdo teórico da sessão	Objetivos da sessão	Slide de conteúdo teórico	20 minutos	
4. Atividade prática	Aplicar o conteúdo teórico na prática	Objetivos da sessão	Atividade prática	20 minutos	
5. Conclusão e avaliação	Concluir a sessão e avaliar o impacto	Objetivos da sessão	Slide de conclusão	10 minutos	

Rita Santos Alves

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Damásio, A. (2017). O Sentimento de Si. Corpo, emoção e consciência. Temas e Debates. Lisboa: Circulo de Letras
Fleissner, I. (1988). A inteligência do Coração. Lisboa: Pergamo.
Goleman, D. (1995). Inteligência Emocional. Rio de Janeiro: Objetiva.
Liu, X, Kakada, M, Fuller, C.J, Fan, B, Fang, Y, Kong, J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *CompPsychiatry*. 2012;3:15-23. doi:10.1016/j.compsych.2011.02.003
Silva, C. (2011). Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Rita Santos Alves

APÊNDICE IX
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção este documento e não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida.

Cara Senhora:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, estou a realizar um Projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem intitulado “Programa Psicoterapêutico nas grávidas com diagnóstico de Ansiedade na USF”. A sua colaboração, através do preenchimento do questionário e da escala de Rastreo de Ansiedade Perinatal é fundamental para a avaliação do projeto. Assegura-se o anonimato, a confidencialidade e a proteção dos seus dados de acordo com a legislação em vigor. Os dados recolhidos são usados exclusivamente para fins académicos, de tratamento estatísticos do projeto acima referido ou para eventuais publicações que daí advenham, garantindo sempre a confidencialidade.

_ Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pela autora do projeto;

_ Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

_ Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade não será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo;

_ Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado (a), autorizo a participação neste estudo. XXXX,
/ / ____

Nome _____

Assinatura do participante _____

Dados Sociodemográficos grávida

1- Idade: _____ anos

2 - Estado civil: _____

3 - Agregado familiar: _____

4 - Habilitações Literárias: _____

5 - Profissão: _____

6 - De momento está a trabalhar? Sim Não

6.1 - Se não, qual a razão? _____

Relativamente à gravidez:

7- A sua gravidez foi planeada? Sim Não

8 - Quantas vezes esteve grávida (incluindo esta gravidez)? _____

9 - Quantos abortos teve? _____

10 - Quantos filhos tem? _____ 10.1 - Idades atuais _____

11 - Idade gestacional atual: _____ semanas

12 - Quando engravidou estava com ansiedade/stress? Sim Não

12.1 - Se sim, estava a fazer medicação para a ansiedade/stress? Sim Não

12.1.1 - Se sim, qual? _____

12.1.2 Atualmente mantém a toma da medicação? Sim Não

13 - Tem alguma doença que conheça anterior à gravidez? Sim Não

13.1 - Se sim, qual? _____

13.1.1 - Se sim, está a fazer alguma medicação/tratamento para essa doença(s)?

Sim Não Se sim, qual? _____

14 - Teve alguma complicação durante a gravidez? Sim Não

14.1 - Se sim, qual? _____

15. No caso de gravidez anterior, teve: complicações na gravidez? Sim Não ; ansiedade? Sim Não , dificuldade nos cuidados à criança? Sim Não ; apoio familiar? Sim Não

16 - Onde é realizada a vigilância da sua gravidez (selecione todas as respostas aplicáveis)?

USF Na maternidade Particular

Escala de Rastreo da Ansiedade Perinatal (ERAP)

Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência com um círculo, em todas as questões.

AO LONGO DO ÚLTIMO MÊS, com que frequência experienciou o seguinte?

	0	1	2	3
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1				0 1 2 3
2				0 1 2 3
3				0 1 2 3
4				0 1 2 3
5				0 1 2 3
6				0 1 2 3
7				0 1 2 3
8				0 1 2 3
9				0 1 2 3
10				0 1 2 3
11				0 1 2 3
12				0 1 2 3

13	Precisar de ter as coisas sob controlo	0	1	2	3
14	Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	0	1	2	3
15	Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	0	1	2	3
16	Preocupar-me com pensamentos que se repetem	0	1	2	3
17	Estar alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	0	1	2	3
18	Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos	0	1	2	3
19	Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	0	1	2	3
20	Medo de que os outros me irão julgar negativamente	0	1	2	3
21	Sentir-me muito desconfortável em multidões	0	1	2	3
22	Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	0	1	2	3
23	Evitar coisas que me preocupam	0	1	2	3
24	Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	0	1	2	3
25	Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	0	1	2	3
26	Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	0	1	2	3
27	Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas	0	1	2	3
28	Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	0	1	2	3
29	Medo de perder o controlo	0	1	2	3
30	Sentir-me em pânico	0	1	2	3
31	Sentir-me agitada	0	1	2	3

APÊNDICE X
CRONOGRAMA DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE SAUDAVELMENTE
GRÁVIDA

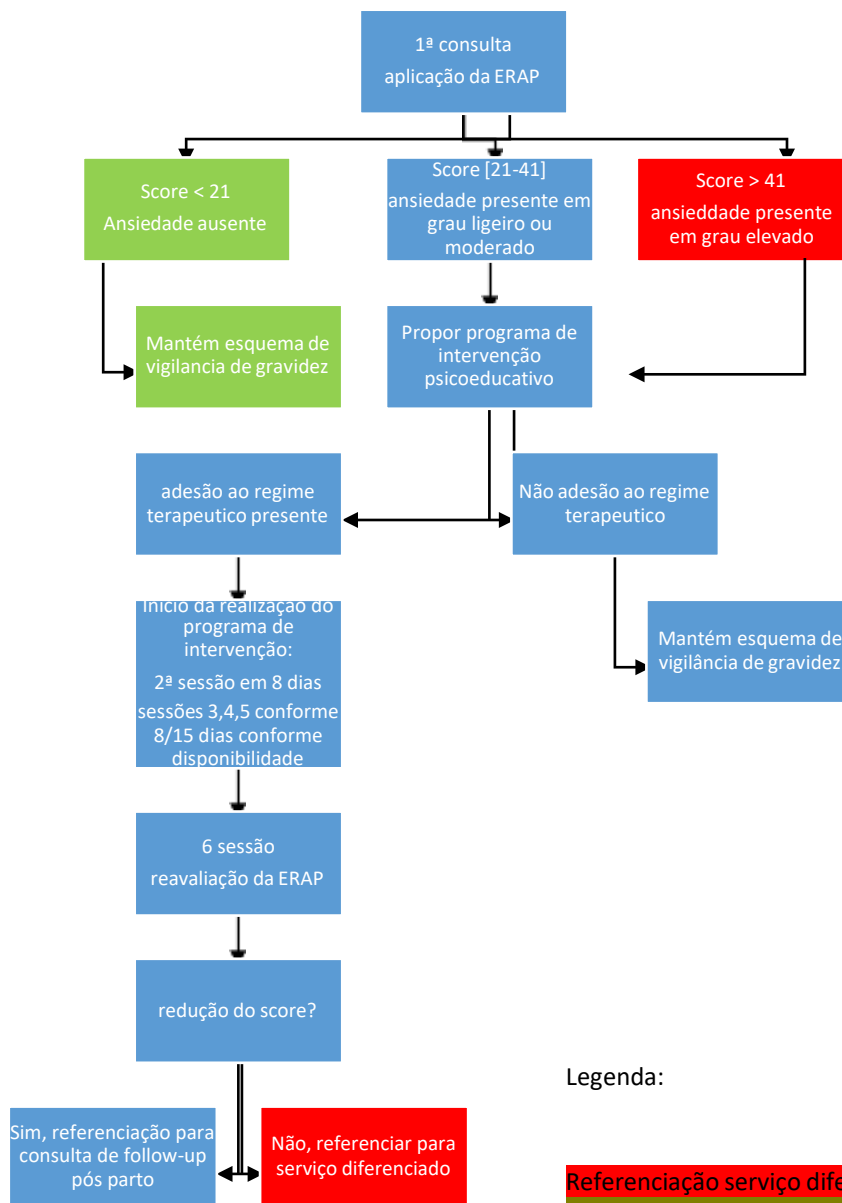
CRONOGRAMA:

Cronograma do projeto de melhoria contínua da qualidade

Ano	2021				2022		
	Meses	9	10	11	12	1	2
Atividades							
Propor a elaboração do projeto na unidade funcional	X						
Elaboração do Projeto	X	X					
Implementar o projeto			X	X	X		
Colher os dados			X	X	X		
Tratamento de dados					X		
Verificar os resultados							X
Propor medidas corretivas/standarizar e treinar a equipa							X
Reconhecer e partilhar o sucesso							X

APÊNDICE XI
FLUXOGRAMA DO PROGRAMA SAUVALEMENTE GRÁVIDA

Fluxograma do programa de intervenção psicoeducativo na grávida com diagnóstico de ansiedade na USF



Legenda:

- Referenciação serviço diferenciado
- Sem intervenção psicoeducativa
- Programa de intervenção psicoeducativo

Fonte: elaboração própria

APÊNDICE XII

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVO SAUDAVELMENTE GRÁVIDA

Programa de intervenção psicoeducativo na grávida com diagnóstico de ansiedade na USF

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVO NA GRÁVIDA COM DIAGNÓSTICO DE ANSIEDADE NA USF				
Sessão	Objetivos	Procedimento		Recursos
Sessão 0 Apresen- tação	Estabelecer contato com as puérperas Aplicar a Escala de Rastreo de ansiedade Perinatal Avaliar, com a puérpera, a ansiedade perinatal, através do resultado da escala Incentivar a adesão ao programa às puérperas com <i>score</i> moderado ou elevado na escala	- Apresentação das participantes e da enfermeira investigadora - Proposta de preenchimento da ERAP - Avaliação da ERAP - Apresentação da proposta do programa psicoterapêutico na grávida com diagnóstico de ansiedade da USF e obtenção do consentimento Agendamento da próxima sessão	5' 10' 5' 20' 5'	Sala, mesa, cadeiras, caneta Escala de rastreio de ansiedade perinatal
Sessão 1 Sessão psicoedu- cativa sobre ansiedade	Caracterizar a Ansiedade; Promover responsabilização e consciencialização; Promover a aquisição de conhecimentos sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade;	- Cumprimentos iniciais - Exposição dos diapositivos da psicoeducação relativa à Ansiedade; - Identificação e verbalização de sintomas de ansiedade, - Transmitir confiança nas capacidades das utentes em lidar com as situações desencadeadoras de medos, ansiedade ou sentimentos de culpa; - Executar apoio emocional; - Estabelecer Relação de ajuda; - Incentivar o autocuidado: atividade recreativa Trabalho de casa: identificação, por parte das grávidas de situações desencadeadoras de	5' 10' 5'	Sala, mesa, cadeiras, caneta Computador Apresentação digital

				Maca ou cadeira
Sessão 4 Regulação de emoções	<p>Promover o conhecimento do conceito de emoções;</p> <p>Promover a consciencialização das próprias emoções;</p> <p>Promover a identificação de emoções;</p> <p>Compreender a importância das emoções;</p> <p>Promover a reflexão sobre emoção e gatilhos das emoções;</p> <p>Identificar as diversas emoções e associar às mesmas as situações vivenciadas;</p> <p>Desenvolver a capacidade de gestão de emoções;</p>	<p>Comprimentos iniciais</p> <p>Exposição dos diapositivos da psicoeducação relativa às emoções e Inteligência emocional</p> <p>Promoção da identificação e verbalização das alterações emocionais decorrentes da gravidez /Impacto das alterações físicas e emocionais /aspectos psicológicos envolvidos na transição para a maternidade.</p> <p>Agendamento da próxima sessão</p>	<p>5'</p> <p>10'</p> <p>5'</p> <p>20'</p> <p>5'</p>	<p>Sala, mesa, cadeiras, papel, caneta</p> <p>Computador</p> <p>Apresentação digital</p>
Sessão 5 Avaliação	<p>Reavaliar a ansiedade perinatal através da aplicação da ERAP</p> <p>Identificar recursos desenvolvidos</p> <p>Avaliar o feedback sobre o Programa</p>	<p>Cumprimentos iniciais</p> <p>Aplicação da escala de ERAP</p> <p>Reconhecimento do percurso realizado</p> <p>Recolher opiniões sobre o programa</p> <p>Orientar para o follow-up pós parto</p> <p>Agradecer a participação</p> <p>Encerrar o programa</p> <p>Cumprimentos finais</p>	<p>5'</p> <p>5'</p> <p>15'</p> <p>5'</p> <p>5'</p> <p>5'</p> <p>5'</p> <p>5'</p>	<p>Sala, mesa, cadeiras, caneta</p> <p>Escala de rastreio de ansiedade perinatal</p>

Fonte: elaboração própria

ANEXOS

ANEXO I

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO COMUNICAÇÃO ORAL CHL+



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



CERTIFICADO

Certifica-se que Rita Santos Alves apresentou a comunicação livre *CHL+ - Programa de intervenção Psicoeducativa de Promoção de Saúde Mental nos Profissionais do CHL* no Congresso "*Mais Acesso, Melhor Saúde: Capacitar Populações Vulneráveis*", que teve lugar nos dias 25 e 26 de fevereiro de 2022, entre as 9h00 e as 18h00 (dia 25) e entre as 9h00 e as 13h30 (dia 26), na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Pela Comissão Científica e Organizadora

Ana Isabel Fernandes Querido

ANEXO II

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



CERTIFICADO

Certifica-se que Rita Alves integrou a comissão organizadora do Congresso "*Mais Acesso, Melhor Saúde: Capacitar Populações Vulneráveis*" que teve lugar nos dias 25 e 26 de fevereiro de 2022, entre as 9h00 e as 18h00 (dia 25) e entre as 9h00 e as 13h30 (dia 26), na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Pela Comissão Científica e Organizadora

Ana Isabel Fernandes Querido

ANEXO III

CERTIFICADO DE CO-AUTORIA DA COMUNICAÇÃO ORAL “AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA EM
CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO CASO”

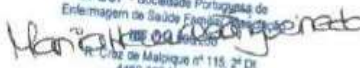


Certificado

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que Catarina Afonso, Dora Domingues, Lídia Moutinho, Rita Alves e Paula Carvalho são autoras da comunicação oral *Avaliação da família em cuidados paliativos: um estudo caso*, apresentada por Lídia Moutinho no 3º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, 2º Congresso Ibérico de Saúde Familiar e 1º Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade, que decorreu nos dias 21, 22 e 23 de outubro de 2021.

Porto, 23 de outubro, 2021

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar


SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Rua Cruz de Maloque nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos



ANEXO IV


CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ANGELINI UNIVERSITY AWARD! 2020/2021

CERTIFICADO

Certifica-se que **Rita Santos Alves** participou no Angelini University Award! 2020/2021, na qualidade de **estudante**, sobre o mote de **Soluções de Crises em Saúde – identificar, gerir e cuidar**, com o projeto:

Projeto Curae... de mim

Lisboa, 16 de novembro de 2021



DIRETORA DE RECURSOS HUMANOS & COMUNICAÇÃO
CONCEIÇÃO MARTINS

ANEXO V
CERTIFICADO DE FORMADORA NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO


GEFOP
Gabinete de Educação e Formação Permanente

Unidade Formativa Acreditada por Decisão n.º 150, de 4 de Fevereiro de 1999 da Sra. Ministra da Saúde, nos termos do Despacho Normativo n.º 13019 (2.ª Série) de 29/07

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que **Rita Marisa Santos Batista Alves**, apresentou o tema "*Emoções em Tempo de Pandemia*", em formação dirigida ao Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, realizada neste Hospital no dia 20 de julho de 2021.

Leiria, 15 de dezembro de 2021


Pelo GEFOP
BRUNA PAIS
(Bruna Pais)

ANEXO VI

PREPONENTE AO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

ANEXO VII

AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA O USO DA ESCALA DE RASTREIO DE ANSIEDADE
PERINATAL

Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal Caixa de entrada x



Ana Cassilda Silva Pinto <cassilda.1995@gmail.com>
para rpirc, mim, berta.ferreira, catiac.alves, l39866, apereira@fmed.uc.pt ▾

segunda, 25/10/2021, 22:05 ☆ ↶ ⋮

Boa noite,

Mediante autorização de uma das coordenadoras do projeto, onde a minha tese de mestrado foi desenvolvida, anexo a este email a Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal, para que possa ser aplicada nos vossos projetos.

Votos de um bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,
Cassilda Pinto

