

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Desenvolvimento de Competências Especializadas em
Saúde Mental e Psiquiátrica:**

**Intervenções psicoterapêuticas na abordagem à pessoa
em processo de transição saúde-doença oncológica**

Fátima Sofia Freitas Caldeira

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica.**

Funchal,

2025

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Desenvolvimento de Competências Especializadas em
Saúde Mental e Psiquiátrica:**

**Intervenções psicoterapêuticas na abordagem à pessoa
em processo de transição saúde-doença oncológica**

Fátima Sofia Freitas Caldeira

Orientadora: Professora Maria Luísa Franco Vieira Goncalves

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica.**

Funchal,

2025

“a vida é um processo contínuo de tornar-se, de crescer e de transformar desafios em força.”

Carl Rogers

AGRADECIMENTOS

É com imensa satisfação e profundo reconhecimento que redijo estas palavras de agradecimento às pessoas que, ao longo deste percurso, se fizeram presentes e ofereceram apoio incondicional, permitindo que a realização desta etapa fosse vivida de forma mais serena e concluída com êxito.

À Professora Luísa Gonçalves, minha orientadora, expresso a minha sincera gratidão pelo acompanhamento e orientação de excelência, sempre pautados pela grande disponibilidade e empatia em relação ao meu desenvolvimento profissional e pessoal. Agradeço-lhe pelo rigor e exigência constantes, que foram essenciais para o fortalecimento do meu pensamento crítico e reflexivo, contribuindo significativamente para o aprimoramento da minha prática profissional.

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, e em particular à Coordenadora de Curso, Professora Doutora Tânia Lourenço, agradeço o apoio contínuo e a qualidade do ensino proporcionado ao longo do meu processo de formação.

Aos meus pais, expresso o meu profundo agradecimento pelo amor e apoio incondicionais, pela dedicação constante para que nunca me faltasse nada. Agradeço especialmente à minha mãe, por me incentivar sempre a ser melhor e acreditar na minha capacidade de alcançar mais. A sua ajuda incansável com a minha roupa e as marmitas para os estágios foi fundamental, e a sua comida proporcionou-me a energia necessária para enfrentar os desafios. Agradeço também ao meu pai, pelo exemplo de que o sucesso é fruto de trabalho árduo, reforçado pela sua célebre frase que sempre me motiva: "A vida é dura para quem é mole."

Ao meu irmão, agradeço pelo apoio constante e palavras de incentivo, especialmente quando, à distância, me dizia: "Isso é Peanuts para ti!"

Ao meu namorado, David, expresso a minha gratidão pelo amor incondicional, apoio e paciência. Obrigada por acreditares em mim, por me incentivares a ser mais resiliente nos momentos de exaustão e por não me deixares desistir, compreendendo os meus dias de cansaço e frustração. Agradeço também por fazeres dos meus sonhos os teus. A vida é, de facto, mais bonita contigo.

Às minhas avós, Augusta e Isabel, pelo imenso amor, e à minha avó Maria, que já partiu, mas que continua a iluminar o meu caminho, agradeço com todo o meu coração.

Aos meus "chepos", sogros, cunhadas, cunhados e sobrinhos, que participaram ativamente nas minhas práticas de relaxamento, agradeço pela sua disponibilidade, coragem e apoio incondicional. Foram, sem dúvida, o meu melhor Grupo de Relaxamento.

A todos, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, cuja apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A elaboração deste trabalho visa demonstrar, através de uma análise crítica e reflexiva, a evolução e aquisição de competências comuns ao Enfermeiro Especialista, bem como das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e das inerentes ao grau de Mestre. Pretende-se, também, evidenciar o aperfeiçoamento do pensamento crítico na abordagem integral da pessoa, dos grupos e da família no contexto da saúde mental, ao longo dos diversos ensinamentos clínicos realizados. Por fim, este trabalho pretende fundamentar a argumentação necessária para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Com vista à concretização dos objetivos delineados, foram desenvolvidos Ensinos Clínicos em diversos contextos, nomeadamente, Ensino Clínico I desenvolvido em cuidados de saúde primários, em dois Centros de Saúde do SESARAM, Ensino Clínico II- Contexto de Internamento Psiquiátrico numa Unidade de Internamento de Psiquiatria de adultos numa Instituição Privada da RAM e Ensino Clínico III-Contexto de Respostas diferenciadas- Hospital de Dia Médico de Oncologia de um Hospital Distrital de Portugal Continental e Unidade de Cuidados Paliativos do SESARAM.

O presente relatório explora o meu gosto pela área de saúde mental e área de oncologia com a qual trabalho diariamente e, portanto, o relatório relata o desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, dando ênfase às intervenções psicoterapêuticas voltadas para a assistência à pessoa em transição pelo processo de saúde-doença oncológica, daí também a escolha pelos campos de estágios com abordagem à pessoa em situação de doença oncológica.

Este percurso permitiu concluir que as intervenções psicoterapêuticas aplicadas na área oncológica contribuíram para melhorar a adaptação emocional dos utentes, ajudando-os a lidar com o diagnóstico e com os desafios do tratamento. Verificou-se que o papel do ESMPP é indispensável no apoio às pessoas com estas vivências, promovendo o seu bem-estar psicológico.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório é a descritiva, analítica e crítico-reflexiva, recorrendo à evidência científica mais atual e as vivências obtidas em contextos de estágios ao longo do curso.

Palavras-chave: **Saúde Mental;** Enfermagem especialista de SMP; Transição Saúde-Doença; Doença Oncológica

ABSTRACT

This internship report is developed within the framework of the Master's Course in Mental Health and Psychiatry Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, within the module "Internship with Report." The public presentation and discussion aim at obtaining the Master's degree in Mental Health and Psychiatric Nursing.

The purpose of this work is to demonstrate, through a critical and reflective analysis, the evolution and acquisition of fundamental competencies of the Specialist Nurse, as well as the specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing and those inherent to the Master's degree. It also seeks to highlight the enhancement of critical thinking in the holistic approach to the individual, groups, and family within the context of mental health, throughout the various clinical trainings undertaken. Finally, this study intends to underpin the necessary argumentation for obtaining the Master's degree in Mental Health and Psychiatric Nursing.

To achieve these objectives, Clinical Trainings were carried out in various contexts, namely: Clinical Training I, developed in primary healthcare at two SESARAM Health Centres; Clinical Training II, in the context of psychiatric hospitalization in an adult Psychiatry Unit at a private institution in the RAM; and Clinical Training III, in the context of differentiated responses at a Medical Day Hospital for Oncology in a District Hospital in Continental Portugal, and at a Palliative Care Unit of SESARAM.

This report also explores my passion for the fields of mental health and oncology, with which I work daily. Therefore, the report details the development of advanced competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing, with an emphasis on psychotherapeutic interventions aimed at assisting individuals transitioning through the oncological health-disease process, which is also reflected in the choice of internship placements involving the care of individuals with oncological conditions.

This journey led to the conclusion that the psychotherapeutic interventions applied in the oncology area contributed to improving patients' emotional adjustment, helping them cope with the diagnosis and the challenges of treatment. It was found that the role of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist is essential in supporting people through these experiences, promoting their psychological well-being.

The methodology employed in this report is descriptive, analytical, and critically reflective, drawing on the most up-to-date scientific evidence and the experiences acquired during the clinical trainings throughout the course.

Keywords: Mental Health; Mental Health and Psychiatric Nursing; Specialist Nurses; Health-Illness Transition; Oncological disease

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA- American Phsychological Association

CDE- Código Deontológico de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EE-Enfermeiro Especialista

EM- Entrevista Motivacional

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAM- Região Autónoma da Madeira

REPE- Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros

SESARAM-Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E. P.E

UC- Unidade Curricular

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO I- MODELOS E TEORIAS DE ENFERMAGEM NO APOIO A TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA ONCOLÓGICA.....	21
1.1. Teoria de Transição Afaf Meleis	23
1.2. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	27
CAPÍTULO II - O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA ONCOLÓGICA	29
2.1. Transição Saúde-Doença Oncológica: Conceitos e Enquadramento	31
2.2. Reações emocionais e Suporte familiar do utente oncológico.....	32
2.3. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no processo de transição Saúde-Doença Oncológica	34
2.4. Intervenções Especializadas na transição Saúde- Doença Oncológica	35
2.4.1. Intervenções Psicoterapêuticas	36
2.4.1.a. Intervenção em Crise	37
2.4.1.b. Aconselhamento	38
2.4.1.c. Técnica de Resolução de Problemas	41
2.4.1.d. Reestruturação Cognitiva	43
2.4.1.e. Entrevista Motivacional.....	45
2.4.1.f. Técnica de Relaxamento	48
2.4.2. Intervenções Psicoeducacionais	50
2.4.2.a. Intervenção Promotora do Processo Familiar.....	56
2.4.3. Intervenções Socioterapêuticas	57
2.4.3.a. Técnica de Mediação Artístico-Expressiva	57
2.4.3.b. Terapia pela Reminiscência.....	59
2.4.4. Intervenções Psicossociais	60
2.4.4.a. Técnica de Modificação do Comportamento.....	60

CAPÍTULO III- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	63
3.1. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	65
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal;.....	66
3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;	68
3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados;	70
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	72
3.2. Desenvolvimento de Competências Específicas em Enfermagem de Saúde de Mental e Psiquiátrica	76
3.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	77
3.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.....	79
3.2.3. 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	82
3.2.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, scioterapêuticos, 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	85
3.3. Desenvolvimento de Competências de Mestre	91
CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICES.....	i
APÊNDICE A - CONVITE PARA SESSÃO DE RELAXAMENTO E PLANO DE SESSAO DE RELAXAMENTO IMPLEMENTADAS NO CENTRO DE SAÚDE DA RAM	iii
APÊNDICE B - INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA COM RECURSO A MEDIADORES EXPRESSIVOS NO GRUPO DE MULHERES HOSPITAL DE DIA MÉDICO DE ONCOLOGIA, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO	ix

APÊNDICE C – TRABALHOS DESENVOLVIDOS NO HOSPITAL BEATRIZ ANGELO	xi
APÊNDICE D – POSTER SOBRE DOTACOES SEGURAS DESENVOLVIDO EM GESTÃO.....	xiii
APÊNDICE E- COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DO ESTADO DA ARTE	xv
APÊNDICE F- CERTIFICADOS CONGRESSOS.....	xxxiii
APÊNDICE G – CERTIFICADO E POSTER “ONCO SUMMIT”	xxxvii
APÊNDICE H– UM ESTUDO DE CASO: CANCRO DA MAMA.....	xxxix

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Teoria de Médio Alcance da Transição.....	26
Figura 2 - Questões Focus Group com os utentes.....	75
Figura 3- Modelo de Aplicabilidade de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação	85
Figura 4 - Domínios da Avaliação Inicial e Critérios de Exclusão de Utentes.....	90

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no terceiro Semestre do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Alto Tâmega e Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, foi solicitada a realização de um relatório e subsequente discussão pública, visando uma narração crítica e reflexiva do percurso de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), bem como as competências de Mestre.

A elaboração do presente relatório tem como objetivo evidenciar, através de uma análise crítica e reflexiva, o desenvolvimento e a aquisição das competências comuns ao Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) e das competências associadas ao grau de Mestre, sustentando a argumentação necessária para a obtenção deste grau, conforme estabelecido pelo Decreto-Lei nº 65/2018. Adicionalmente, pretende-se demonstrar a evolução do pensamento crítico na abordagem à pessoa, aos grupos e à família no contexto da saúde mental, ao longo das diversas experiências clínicas vivenciadas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), o relatório do ciclo de estudos dos Mestrados em Enfermagem constitui um relato escrito que visa a apresentação e descrição das atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, acompanhados por uma reflexão teórica e interpretação crítica sobre as mesmas, sustentado num pensamento teórico de Enfermagem, que *à posteriori* constituiu-se o instrumento de avaliação dos processos de aquisição e de desenvolvimento de competências comuns e específicas do EESMP, reforçado ainda pelo Decreto-Lei nº 65/2018, que define na estrutura do ciclo de estudos para a obtenção de grau de Mestre, a realização de “um estágio de natureza académica objeto de relatório final ...” (p. 4151).

Para a concretização dos objetivos, o Curso de Mestrado contempla Unidades Curriculares que integram ensinamentos clínicos, detalhadamente o Ensino Clínico I- Contexto de Comunidade, realizado em contexto de cuidados de saúde primários em Centros de Saúde da RAM; Estágio com Relatório que integra Módulo I: Contexto de Internamento Psiquiátrico, desenvolvido numa Unidade de Internamento de Psiquiatria de Adultos numa

Instituição Privada da RAM e Módulo II : Contexto de Respostas Diferenciadas, realizado no Hospital de Dia Médico de Oncologia de um Hospital Distrital de Portugal Continental e Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da RAM.

A escolha dos campos de estágios foi determinada pelo meu interesse na área de saúde mental, especialmente quando associada à oncologia, uma área com a qual tenho uma ligação estreita no meu percurso profissional diário.

A experiência com utentes em processo de transição saúde-doença oncológica, particularmente aqueles com patologia mamária e/ou ginecológica, tem sido fundamental na compreensão da complexidade emocional vivenciada por estas pessoas. Neste contexto, tornou-se evidente a importância do desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, de modo a implementar intervenções eficazes que promovam uma maior adaptação e empoderamento dos utentes que enfrentam essas transições tão desafiadoras.

O estágio no Hospital Distrital, mais especificamente no Hospital de Dia Médico de Oncologia foi uma escolha estratégica para o desenvolvimento de competências específicas relevantes no que se refere à gestão do sofrimento psíquico e emocionais secundários à vivência da doença oncológica.

O Relatório encontra-se organizado em três capítulos estruturais, sendo o primeiro capítulo destinado à contextualização de Modelos e Teorias de Enfermagem nomeadamente Modelos Teóricos de Enfermagem de Afaf Meleis- Teoria das Transições, e de Hildegard Peplau – Teoria das Relações Interpessoais, que fundamentaram o percurso, seguido do segundo capítulo onde consta o Enquadramento do Processo de Transição de Saúde-Doença Oncológica e por fim um terceiro capítulo que descreve e analisa o desenvolvimento de competências específicas respetivamente, o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, de seguida o desenvolvimento de competências específicas do EEESMP e por último, competências de Mestre.

Para a elaboração deste trabalho, recorreu-se a uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, sustentada em pesquisas bibliográficas encontradas em livros, trabalhos académicos, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), e em bases de dados científicas (Google Scholar, Scielo), sites institucionais como por exemplo da DGS, da OMS.

O presente trabalho encontra-se sob as normas preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, normas propostas pela *American Psychological*

Association (APA), presentes no documento Normas Orientadoras para Elaboração de Trabalhos Académicos (versão 1.2).

CAPÍTULO I- MODELOS E TEORIAS DE ENFERMAGEM NO APOIO A TRANSIÇÃO SAÚDE- DOENÇA ONCOLÓGICA

As teorias e modelos de enfermagem constituem a base epistemológica que orienta a prática profissional, permitindo ao enfermeiro não só interpretar a complexidade dos fenómenos em saúde, mas também intervir de forma estruturada e sustentada na evidência científica.

No contexto específico da transição saúde-doença oncológica, a adoção de referenciais teóricos torna-se essencial, uma vez que possibilita uma compreensão aprofundada dos desafios psicossociais vivenciados pela pessoa, permitindo ao enfermeiro especializar a sua abordagem e adequar as intervenções às necessidades individuais.

A Teoria da Transição, de Afaf Meleis, ao enfatizar a natureza processual das mudanças que ocorrem ao longo do percurso da doença, e a Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau, ao destacar a importância da relação terapêutica como eixo central do cuidado, oferecem contributos essenciais para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, conferindo estrutura e intencionalidade às intervenções.

Deste modo, ao integrar estes referenciais na prática clínica, o enfermeiro especialista amplia a sua capacidade de resposta, promovendo intervenções psicoterapêuticas direcionadas para a adaptação, o *empowerment* e o bem-estar emocional da pessoa em contexto oncológico.

Assim, a inclusão deste capítulo no presente relatório de mestrado revela-se fundamental, na medida em que sustenta teoricamente a abordagem ao processo de transição saúde-doença oncológica, permitindo não só compreender os desafios vivenciados pelos doentes, mas também fundamentar a ação do enfermeiro especialista com base em modelos conceituais sólidos e estruturantes para a prática clínica.

1.1. Teoria de Transição Afaf Meleis

A Enfermagem é uma profissão na área da saúde que possui como objetivo primordial, prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, quer este esteja saudável ou doente, ao longo do ciclo vital, bem como aos grupos sociais em que este está inserido, de maneira que estes mantenham, melhorem e recuperem a sua saúde, ajudando-os a alcançar a sua máxima performance funcional, o mais breve possível (Decreto-Lei n.º 161/96).

Ao longo dos tempos, de acordo com a evolução das diferentes ciências, os paradigmas explicativos dos fenómenos foram-se modificando, inclusive na saúde e inevitavelmente surge, a discussão sobre os sistemas de saúde, a equipa e o papel dos

profissionais desta área, no sentido de compreender como a sociedade atual encara a saúde e a doença, e de que respostas dispomos para contribuir para a melhoria da saúde de todos.

É neste contexto que surgem as teorias de enfermagem com o propósito de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados, servindo de referencial para a prática profissional e permitindo uma atuação sistemática e estruturada. Como clarificado por McEwen (2016) citado por Ribeiro et al. (2018) as teorias de enfermagem permitem que os profissionais se focalizem nas informações importantes, em detrimento dos dados irrelevantes.

Neste contexto, na perspectiva da autora, os enfermeiros devem usar os referenciais teóricos como auxílio à compreensão das informações que são importantes, como é que as informações e os dados se relacionam, o que pode ser previsto pelas relações, assim como as intervenções que são necessárias.

A vida, do nascimento à morte, é composta por uma sucessão de acontecimentos e múltiplas transições. A forma como, cada um, reage perante os diferentes momentos inerentes à sua existência não pode ser apenas vista numa perspectiva individual, porque além da influência da família, a capacidade de adaptação é ainda influenciada pelos recursos pessoais e externos, experiências anteriores e significado atribuído aos acontecimentos sociais e da saúde.

Durante cerca de quatro décadas, Alaf Meleis desenvolveu a Teoria das Transições, uma teoria de médio alcance que permite descrever, compreender, interpretar e explicar os fenômenos específicos que são alvo de cuidados na prática de Enfermagem (Im & Meleis, 2010, referidos por Malta et al., 2023).

O ser humano está sujeito a processos transacionais ao longo da vida, as pessoas que passam por transições são mais vulneráveis a riscos que afetam a sua saúde e, por isso, merecem ser alvo de cuidados de Enfermagem (Meleis et al., 2000, referido por Malta et al. 2023).

De acordo com Meleis (2010), conforme mencionado por Tavares (2020), a transição é um fenómeno pessoal e não estruturado, no qual o indivíduo tem plena consciência das mudanças que ocorrem. Este processo é, na sua essência, positivo, independentemente de o evento que o desencadeia ser previsível ou súbito (Pereira, 2010; Zagonel, 1999, citados por Malta et al., 2023).

Ainda, segundo Meleis, conforme relatado por Tavares (2020), as transições são provocadas por eventos críticos que afetam ambientes ou indivíduos. A teórica Afaf Meleis

estruturou a sua teoria em torno de três conceitos centrais: a natureza das transições, os fatores determinantes que influenciam as transições e os padrões de resposta.

No que se refere à natureza das transições, estas podem ser classificadas em quatro tipos:

- Transições de desenvolvimento: estão relacionadas com mudanças ao longo da vida associadas a alteração de papéis previamente desempenhados, como por exemplo: tornar-se pai ou mãe, a passagem da infância para a adolescência, e o envelhecimento;

- Transições situacionais: associadas com eventos que exigem a definição ou redefinição do papel da pessoa, seja do próprio ou da família. Mudanças em papéis educacionais ou profissionais, como por exemplo: assumir o papel de cuidador; a imigração ou a perda de um familiar;

- Transições de saúde – doença: estão relacionadas com alterações no desempenho resultantes de uma modificação da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para uma doença crônica ou um agravamento do estado da saúde;

- Transições organizacionais: ocorrem alterações nas organizações que podem afetar tanto as pessoas que nelas trabalham como os clientes. Podem ser desencadeadas por mudanças na esfera social, política ou económica, ou por mudanças nas próprias organizações;

De facto, sendo as transições processos complexos, podem ocorrer várias em simultâneo, num determinado período de tempo. Ademais, as transições podem apresentar diversos padrões: simples (em que a pessoa vivência uma única transição): ou múltipla, sequencial (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas (relacionadas ou não relacionadas). Propriedades como a consciencialização, o empenho, a mudança, a diferença, o espaço temporal, os eventos e os pontos críticos podem interferir direta ou indiretamente com o processo de transição (Silva et al., 2019).

Portanto, podemos considerar que existem condicionantes das transições, que podem ser pessoais, da comunidade ou da sociedade. As condicionantes podem, ainda, ser facilitadoras ou inibidoras, e assim, considerar-se uma transição saudável pelo padrão de resposta durante o processo de transição através dos indicadores do processo e dos indicadores do resultado (Silva et al., 2019).

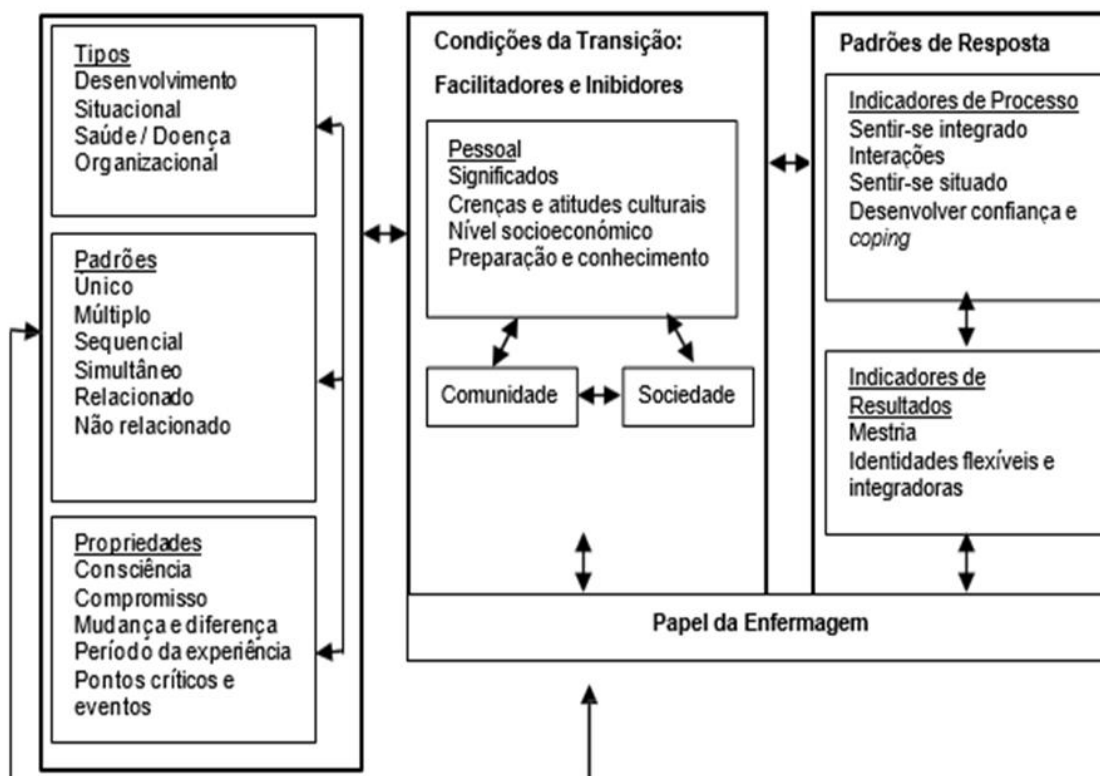
Nos pontos de transição de um estágio para outro, no processo de desenvolvimento familiar, surgem os maiores fatores geradores de stress, nomeadamente em momentos de instabilidade, insegurança e ruturas de ciclo. Nestes pontos vulneráveis os esforços devem ser intensificados para reorganizar os momentos transacionais e evitar ruturas.

Deste modo, a transição vai ser mais bem-sucedida se procurarmos conhecer: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para se mover dentro da mudança; a possibilidade de ocorrerem múltiplas transições simultaneamente. O foco deve ser ajudar na passagem de um estado para outro considerando que as situações difíceis vão gerar respostas positivas ou negativas (Zagonel, 1999 referido por Malta et al, 2023).

Na Figura 1, está representada a Teoria de Médio Alcance da Transição desenvolvida por Meleis et al, (2010), através da exploração da estrutura da transição e constituindo a transição o “foco” do seu quadro conceptual.

A Teoria das Transições permite descrever, compreender e explicar os fenómenos específicos que são alvo aos cuidados de Enfermagem. Está presente no exercício profissional do enfermeiro nos cuidados ao doente oncológico, uma vez que as transições são antecipadas por acontecimentos marcantes que requerem desenvolvimento de estratégias para os amenizar.

Figura 1- Teoria de Medio Alcance da Transição



Fonte: Santos et al., 2015 adaptado de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 56); Im (2010, p.

1.2. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

Hildegard Peplau introduziu um novo paradigma, a Enfermagem centrada nas relações interpessoais entre o enfermeiro e o utente, como uma relação entre uma pessoa que necessita cuidados de saúde e um enfermeiro com formação especializada para dar resposta às suas necessidades.

A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau é uma teoria importante para a Enfermagem na medida em que aborda as relações interpessoais e tem como finalidade explicar o processo interpessoal que envolve o doente e o enfermeiro, relacionando as causas e os efeitos dessa interação, e, apresentando como e porquê os elementos constituintes dessa teoria se relacionam (McEwen M., 2009 referido por Franzoi et al., 2016).

Embora os pressupostos teóricos de Peplau tenham sido desenvolvidos em meados do século XX, para Almeida et al. (2005) são operacionalizáveis e atuais e podem servir como referência para enfermeiros do século XXI. O recurso a teorias de Enfermagem reflete o movimento da profissão em procurar autonomia e delimitação das suas ações (Antunes, 2017).

Segundo a Teoria das Relações Interpessoais, o desenvolvimento da relação entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de ajuda ocorre ao longo de quatro fases, interligadas entre si: fase de orientação, fase de identificação, fase de exploração e fase de resolução (Peplau, 1988 referido por Antunes, 2017).

Na primeira fase, a fase de orientação, a pessoa pede ajuda ao enfermeiro para lidar com uma necessidade, frequentemente mal compreendida. A Enfermagem tem a função de ajudar a clarificar, a identificar e a avaliar o problema (Antunes, 2017).

Na fase de identificação, a pessoa responde seletivamente aos enfermeiros que lhe oferecem ajuda, podendo responder das seguintes formas: desenvolver ações de caráter participativo; isolar-se e mostrar independência; ou adotar uma postura de dependência e desamparo (Antunes, 2017).

Na fase de exploração, a pessoa identifica-se com um enfermeiro capaz de reconhecer e compreender as questões interpessoais envolvidas, e usa todos os recursos que lhe são oferecidos. O enfermeiro deve promover a satisfação das necessidades da pessoa, à medida que estas se vão transformando (Antunes, 2017).

A fase final, designada como fase de resolução, é caracterizada pela diminuição gradual dos vínculos entre a pessoa e o enfermeiro, bem como pela preparação para o retorno à vida quotidiana. Para que esta fase seja bem-sucedida, é fundamental que o indivíduo

consiga libertar-se progressivamente das pessoas que o apoiam, ao mesmo tempo que fortalece a sua capacidade de agir autonomamente. Idealmente, esta fase deveria coincidir com a resolução do problema clínico, embora essa situação nem sempre se verifique (Antunes, 2017).

Ao longo das diferentes fases o enfermeiro vai assumindo diferentes papéis e a construção de uma relação de qualidade é uma oportunidade de crescimento para os intervenientes, por isso, é necessário que o enfermeiro seja sensível, não só ao outro, mas também a si mesmo. De acordo com Vidal (2014), Peplau, ao confrontar o utente com a sua doença e ao salientar o papel ativo da Enfermagem neste contexto, enfatiza a relevância da interação entre o doente e o profissional de saúde através de pressupostos como:

- O crescimento e o desenvolvimento pessoal ocorrem de forma gradual até ao seu potencial máximo;
- O crescimento pessoal é compartilhado pelo enfermeiro e pelo doente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido durante o processo de cuidar;
- A personalidade e o comportamento das pessoas desenvolvem-se a partir das relações com pessoas consideradas importantes para elas;
- A Enfermagem é psicodinâmica, porque envolve o reconhecer, o esclarecer e ou construir uma compreensão sobre o que acontece quando o enfermeiro se relaciona de forma útil com o doente;

Na teoria de Peplau, a Enfermagem visa ajudar as pessoas a efetuar mudanças que otimizem a sua qualidade de vida. Este processo assenta essencialmente numa prestação de cuidados humanizados que prioriza a construção de relações interpessoais sólidas. Quando um enfermeiro estabelece uma relação de confiança com o utente, este cria um espaço seguro onde é possível identificar problemas e explorar soluções em conjunto. Sendo essencial lembrar que cada pessoa que procura ajuda é única, com as suas próprias histórias e necessidades. Portanto, o enfermeiro deve abordar cada caso com empatia e a convicção de que pode fazer a diferença, aliviando a dor e trazendo um pouco de serenidade, mesmo em momentos de grande dificuldade. Essa abordagem humanizada é fundamental para que os doentes se sintam verdadeiramente apoiados e compreendidos em sua jornada.

CAPÍTULO II - O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA ONCOLÓGICA

O cancro é a doença que maior medo provoca, tanto pela sua associação à morte como pelas implicações emocionais e físicas (Patrão 2007; Ferreira 2015). A incidência de cancro tem vindo a aumentar globalmente conforme demonstram os dados da Organização Mundial da Saúde e do Global Cancer Observatory, que apontam para um crescimento de novos casos a nível mundial.

Os avanços no conhecimento, na tecnologia médica e nos tratamentos, como a imunoterapia e as terapias-alvo, permitem que as pessoas vivam mais tempo com diagnóstico de cancro, doenças que anteriormente eram rapidamente fatais (INCA, 2022; WHO 2022). No entanto, esse “viver mais tempo” está frequentemente associado a uma diminuição da qualidade de vida, devido aos efeitos secundários do tratamento, incapacidades físicas, dor ou angústia (Given, Given, & Kozachik, 2001; WHO, 2017).

Perante um diagnóstico de cancro, o utente e a família passam por várias transições, que podem ser traumáticas, cabendo ao Enfermeiro o papel fundamental de compreender e apoiar o utente e a família nestes processos de transição.

Segundo Afaf Meleis (2000), os enfermeiros são, na maior parte das vezes, os cuidadores primários das pessoas doentes que estão em transição e são também cuidadores primários que os preparam para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as experiências de saúde e doença (Palmeirinha, 2019).

De facto, as informações clínicas são transmitidas pelos médicos, mas, são os enfermeiros que, frequentemente, acompanham e ajudam na sistematização e integração dessa informação por parte do utente e da família. É o enfermeiro que acompanha o utente e o familiar mais tempo e, muitas vezes, é ao enfermeiro que recorrem quando necessitam de um esclarecimento ou de compreender a linguagem mais técnica, criando-se, assim, uma relação de ajuda e proximidade nesses momentos de maior vulnerabilidade e fragilidade. Para que seja possível o enfermeiro compreender o que é vivenciado nos processos de transição, é importante fazer um trabalho de reconhecimento das suas características pessoais e da sociedade e comunidade em que vive, pois, tais condicionantes podem facilitar ou dificultar o processo de transição que envolve a reconstrução da sua identidade, a modificação de comportamentos e a inserção de novas habilidades na sua vida (Meleis et al., 2000 referido por Bettencourt et al., 2018).

2.1. Transição Saúde-Doença Oncológica: Conceitos e Enquadramento

O processo de transição de saúde para doença oncológica é complexo e engloba várias mudanças e sendo a doença oncológica considerada uma doença crônica que deve ser gerida, implica a “adaptação” ao diagnóstico e às diferentes e sucessivas etapas associadas aos tratamentos subsequentes, bem como, aos efeitos secundários destes.

Ao enquadrar teoricamente os modelos de enfermagem abordados no capítulo anterior, sob a ótica da Teoria das Transições, enquanto teoria de médio alcance, consagra que ao longo da nossa vida somos sujeitos a múltiplas transições. Esta perspetiva contribui para sustentar o processo de transição saúde – doença oncológica, vivido a partir do momento do diagnóstico de cancro até eventual retorno ao quotidiano, adaptado às sequelas decorrentes da doença e do tratamento.

Pegando nesta teoria e adaptando o pensamento à transição de saúde-doença oncológica, cada pessoa compreende a transição e atribui significados de acordo com os seus valores, atitudes e crenças, que personificam o carácter único de cada ser humano e, para que os enfermeiros sejam agentes facilitadores de transição têm que estar habilitados a compreender as condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem ser determinantes na transição, quer sejam facilitadores, quer inibidores.

No que concerne a perspetiva da Teoria de Peplau, ao centrar-se nas relações interpessoais, compreende-se a sua ligação nos processos de transição saúde-doença oncológica, porque o utente oncológico apresenta necessidades que o Enfermeiro ESMP pode ajudar a resolver através de um cuidado individualizado, sendo a comunicação, a empatia e o acolhimento fundamentais em todo o processo.

Ainda, de acordo com a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, o enfermeiro assume diversos papéis tendo em conta as necessidades do utente no momento da relação terapêutica e portanto, o profissional deve assumir um papel dinâmico, flexível e disponível para o utente pois a relação não é estática e depende muito do estado de espírito tanto do utente como do profissional no momento do contacto terapêutico (Madeiras, 2020).

Este papel, que o enfermeiro deve adotar, reverte-se de extrema importância nas vivências de patologia oncológica porque o utente apresenta vários sentimentos e angústias. O EESMP deve valorizar a relação humana que se estabelece entre o enfermeiro e o utente, devendo ser o foco principal da prática de Enfermagem. Mais ainda, é também importante o autoconhecimento das capacidades/necessidades individuais de cada um de forma a sermos capazes de compreender o outro sem o julgar.

2.2. Reações emocionais e suporte familiar do utente oncológico

No confronto com esta realidade, os utentes desencadeiam reações emocionais que tornam este contexto vivencial singular e diferente de outras transições da saúde - doença (Ferreira, 2015).

Existe o antes, em que tudo era fácil, e o depois do diagnóstico, em que a morte não sai do pensamento. Depois do diagnóstico, a pessoa passa a ser chamada por “paciente” ou “doente” e, na melhor das hipóteses por “utente” ou “cliente”, o que não é tão estigmatizante. Mas muitas vezes, para alguns profissionais de saúde, a pessoa deixa, inclusivamente, de ter nome, para passar a ser chamada pelo nome da doença ou por um número. A “pessoa” deixa de existir apesar de todas as preocupações que a rodeiam, como exames, análises, biópsias, e toda a investigação até se chegar a uma conclusão, sempre com o intuito de se curar (Pereirinha, 2019).

O diagnóstico de cancro desencadeia um conjunto complexo de reações emocionais, que variam de acordo com as características individuais do utente e o seu contexto social. Para Ferreira (2015), esta experiência é marcada por um antes e um depois, onde a incerteza e o medo da morte se tornam dominantes.

Segundo Patrão (2007), estas reações podem ser categorizadas através do modelo das “6D”:

- Death (morte) – medo da progressão da doença e do desfecho fatal;
- Dependency (dependência) – receio de perder autonomia;
- Disfigurement (desfiguração) – impacto das alterações físicas causadas pelos tratamentos;
- Disability (incapacidade) – preocupações com a perda de funcionalidade;
- Disruption (disrupção) – mudanças nas relações sociais e profissionais;
- Discomfort (desconforto) – sofrimento físico e psicológico.

Ademais, é preciso reconhecer que a doença oncológica não afeta só a pessoa doente, mas afeta também toda a família, impondo mudanças, exigindo a reorganização da dinâmica familiar, significando muitas vezes mudanças radicais nos seus elementos, e em algumas situações alteração dos seus papéis, quer familiares quer sociais, de forma a incorporar nas atividades do quotidiano os cuidados e os tratamentos ao doente que a doença exige (Gariso, 2014).

O diagnóstico de doença oncológica tem um grande impacto nos elementos da família, e as respostas adaptativas da própria pessoa em situação de doença refletem-se na relação com os elementos da família, devendo por isso, ser foco de atenção dos enfermeiros. É fundamental que o enfermeiro, como elemento da equipa multidisciplinar, concentre os

seus esforços no desenvolvimento da adaptação psicológica positiva e promova a utilização de estratégias de *coping* adequadas (Correia e Melo, 2022).

A reação da família à doença oncológica deve ser compreendida tendo em consideração as condições emocionais, socioeconómicas e culturais, uma vez que é nesse contexto que emerge a doença e é com essa estrutura sociofamiliar que se vai responder às situações de doença. Ocorrem sentimentos positivos e negativos que precisam da intervenção dos profissionais de saúde para serem compreendidos (Gariso, 2014).

A transição saúde-doença oncológica é acompanhada por um conjunto de reações emocionais que variam consoante o indivíduo, o suporte familiar/ social disponível e a sua perceção sobre a doença e por isso, avaliar os indicadores emocionais e comportamentais que refletem a resposta do doente à transição permite compreender se este processo está a promover o bem-estar psicológico ou a aumentar a vulnerabilidade emocional. Estes indicadores incluem a forma como o doente expressa e gere as suas emoções, a sua interação com familiares e profissionais de saúde, a sensação de pertença e suporte social e as estratégias que utiliza para lidar com a incerteza e o impacto da doença.

Além disso, a capacidade do doente para reconstruir a sua identidade e adaptar-se à nova realidade é um elemento crucial para uma transição saudável. O EESMP, ao atuar como facilitador deste processo, deve fornecer suporte contínuo, ajudando o doente a desenvolver novas competências emocionais e a fortalecer mecanismos de coping adaptativos, promovendo, assim, um percurso de transição mais equilibrado e positivo (Bettencourt et al., 2018).

Em contexto de doença oncológica, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve olhar para o doente de uma forma holística e ter a capacidade de detetar e intervir sempre que o doente manifeste sintomatologia.

Os doentes oncológicos enfrentam entre outros: desafios psicológicos, sociais e espirituais, dificuldades físicas, mudanças de papéis, incertezas quanto ao futuro e preocupação com os familiares próximos. A luta para enfrentar os desafios da doença pode dar origem a problemas de saúde mental (como por exemplo: ansiedade e depressão) ou potenciar problemas de saúde mental que já existiam.

2.3. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no processo de transição Saúde-Doença Oncológica

Os enfermeiros, de acordo com o seu Código Deontológico, têm o dever de “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal”. Pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” (Malta et al., 2023).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, enquanto área especializada dentro da disciplina e da profissão de Enfermagem, reflete uma prática que evidência uma maior profundidade e leque de conhecimentos com uma maior complexidade de aptidões (Fernandes e Anastácio, 2022).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) possui um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos e humanos e demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas. Este conjunto de saberes engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital (Martins, 2018 e Ordem dos Enfermeiros, 2018 referidos por Fernandes e Anastácio, 2022).

Cuidar da pessoa em vivência de doença oncológica, implica lidar com um ser humano em situação de fragilidade e requer uma relação de empatia, sendo um dos desafios do enfermeiro procurar estratégias que o ajudem no confronto com o desgaste a que é submetido na sua prática clínica diária.

Além do mais, o cuidar baseado nos conhecimentos científicos, no desenvolvimento de estratégias relacionais e de atitudes e no desenvolvimento de um conjunto de capacidades que interagem entre si, permite ao EESMP construir relações interpessoais num ambiente afetivo estável, proporcionando ao utente um cuidado diferente e peculiar (Fernandes e Anastácio, 2022).

2.4. Intervenções Especializadas na transição Saúde- Doença Oncológica

Ao longo do tempo, com a evolução da profissão de Enfermagem é visível também a evolução da profissão no que diz respeito ao desenvolvimento e crescimento da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A intervenção psicoterapêutica em Enfermagem diferencia-se da psicoterapia "tradicional" por ser temporariamente mais restrita, basear-se num diagnóstico de Enfermagem e ocorrer em contextos variados que não se limitam ao gabinete ou consultório. Além disso, esta abordagem utiliza técnicas de psicoterapia como parte de intervenções integradas na Classificação das Intervenções de Enfermagem.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental estão definidos no Regulamento n.º 356/2015, que citando o mesmo, permite-nos clarificar que

A Enfermagem de saúde mental é uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de Enfermagem, que acresce à prática de Enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia. A Enfermagem de saúde mental, sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de Enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, persegue os mais elevados padrões de qualidade no cuidar.

Para Sampaio et al. (2023), na elaboração do Guia orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem assumiram a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem como sendo uma intervenção que consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia e que assenta nos seguintes princípios:

- Ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;
- Ser realizada por um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Ser baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia;
- Decorrer da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental;
- O utente deve apresentar um papel ativo e ter, necessariamente, alguma consciência de si;
- O número de sessões deve ser compreendido entre três e doze;
- Ter, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente;
- O objetivo deve ser a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente.

De facto, o planeamento e a realização, de intervenções psicoterapêuticas encontram-se consagrados em Diário da República, enquanto competência específica do EESMP, desde 2011 e por isso, atualmente, é inquestionável o papel de relevo que o EESMP pode desempenhar, em articulação multidisciplinar com a equipa de saúde, por via desta sua competência específica (Sampaio et al., 2023).

2.4.1. Intervenções Psicoterapêuticas

As intervenções psicoterapêuticas realizadas estiveram alicerçadas no Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem e tiveram em consideração as intervenções maioritariamente executadas em contexto de prática clínica no decorrer do Mestrado.

2.4.1.a. Intervenção em Crise

Contextualizando, segundo Sequeira (2015), a crise é um período de transição autolimitado, que pode gerar um período de desequilíbrio psicológico e de dificuldade funcional. A intervenção em crise caracteriza-se por um aconselhamento a curto prazo para ajudar o utente a enfrentar uma crise e a retornar a um estado funcional comparável ou melhor que o estado pré-crise. Pretende aliviar o impacto do evento traumático exercendo influência no funcionamento psicológico da pessoa durante o período de desequilíbrio.

As Indicações Terapêuticas para a Intervenção em Crise são: ansiedade, comportamento autodestrutivo, humor depressivo, ideação suicida e luto comprometido. Nesta intervenção pretende-se que o resultado seja rápido, usando intervenções destinadas a ajudar o utente a desenvolver novos mecanismos de *coping* adaptativos. A resolução de uma crise inclui o restabelecimento do equilíbrio, o domínio cognitivo da situação e a aquisição de novas habilidades. De referir que, no caso do luto, pode demorar vários anos para ser resolvida (Sequeira, 2015 referido por Sampaio et al., 2023).

A intervenção em crise considerou-se pertinente durante a realização do ensino clínico em contexto cuidados diferenciados, nomeadamente em abordagem à pessoa, e a família em processo de assimilação do diagnóstico de doença oncológica e gestão de eventos associados à hospitalização, cirurgias ou tratamentos intensivos como quimioterapia/radioterapia.

A intervenção em crise assumiu um papel determinante no processo de transição saúde-doença oncológica, uma vez que a vivência do diagnóstico e das diferentes fases da doença pode desencadear uma desorganização emocional significativa, colocando a pessoa num estado de vulnerabilidade psicológica acrescida. A incerteza quanto ao prognóstico, os desafios inerentes aos tratamentos e as alterações na identidade pessoal e social frequentemente resultam em elevados níveis de ansiedade, medo e angústia, podendo comprometer a adaptação à nova realidade e dificultar a mobilização de recursos internos e externos.

Neste contexto, a intervenção do EESMP permite atuar de forma centrada e estruturada, promovendo a estabilização emocional e prevenindo o agravamento do sofrimento psíquico. Além de mitigar o impacto emocional, esta intervenção promove o *empowerment*, auxiliando na reorganização cognitiva e emocional necessária para enfrentar os desafios da doença.

Esta intervenção também foi implementada em contexto de Internamento de Psiquiatria de Agudos, mediante situações de elevado risco psicopatológico como tentativas de suicídio, episódios de psicose aguda com quadro de delírios e alucinações, intoxicações com substâncias, quadros de privação, e também em transtornos de ansiedade com quadros de ataques de pânico. Neste contexto, a intervenção do EESMP foi determinante para estabilizar a crise, reduzindo a desorganização emocional através de estratégias de contenção terapêutica e da criação de um ambiente seguro,

Já em contexto de Cuidados de Saúde Primário também foram aplicadas intervenções em crise, mediante contextos de ruturas de relações familiares, nomeadamente situações de divórcio e rutura de laços familiares progenitor-filho, bem como também em situações de perda de emprego que originariam instabilidades financeiras. Ao criar um espaço seguro para a expressão e validação de emoções, promove a perceção de autoeficácia e resiliência, e consequentemente uma adaptação mais saudável e integrada à nova condição de vida.

2.4.1.b. Técnica de Aconselhamento

O aconselhamento consiste na utilização de um processo interativo de ajuda centrado nas necessidades, problemas ou sentimentos da pessoa e pessoas significativas para promoção e otimização dos mecanismos de *coping*, resolução de problemas e relações interpessoais (Butcher et al., 2018).

O aconselhamento é uma ajuda especializada que se orienta para a resolução de problemas e intervenção em crise. O processo pode ser formal ou informal, de duração longa ou breve, em contexto público ou privado, sendo a periodicidade poderá ser semanal, bissemanal, quinzenal e/ou ajustável às necessidades da pessoa (Sampaio et al., 2023).

Apesar da técnica de aconselhamento enquanto estratégia de intervenção de Enfermagem apresentar-se pouco estudado e documentado em Portugal, no contexto internacional a sua importância para a disciplina de Enfermagem, na especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, tem sido amplamente discutida e fundamentada, uma vez que os objetivos do aconselhamento são: promover o autoconhecimento; promover e potenciar os mecanismos de coping, resolução de problemas e relações interpessoais; e apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.

As Indicações Terapêuticas para o Aconselhamento são: abuso do álcool, abuso de drogas, abuso do tabaco, ansiedade, autoconceito comprometido, comportamento aditivo sem substância, comportamento agressivo, comportamento alimentar comprometido,

comportamento autodestrutivo, humor depressivo, ideação suicida, luto disfuncional e stresse.

Durante o decorrer do Mestrado, a intervenção aconselhamento foi implementada em situações em que a pessoa necessitava de apoio para compreender e lidar com questões emocionais, psicológicas, no sentido de ajudá-la a explorar os seus sentimentos, identificar soluções e desenvolver competências para enfrentar desafios de forma saudável, o que se verifica muitas vezes durante o processo de vivência de doença oncológica, quando associam o diagnóstico de doença oncológica a morte, e todos os sentimentos de tristeza que acarretam o diagnóstico.

Assim, a implementação do aconselhamento foi conduzida através de abordagens ajustadas ao contexto clínico e às necessidades individuais dos utentes. Entre as técnicas utilizadas, destacaram-se: a escuta ativa e validação emocional, com o intuito de facilitar a expressão de sentimentos associados ao diagnóstico e às mudanças na identidade pessoal, nomeadamente em utentes oncológicos; a reestruturação cognitiva, aplicada para ajudar os utentes a reinterpretarem pensamentos disfuncionais, especialmente no contexto de ansiedade e depressão, promovendo uma perspetiva mais adaptativa face às dificuldades; a entrevista motivacional – Utilizada, sobretudo, no contexto de dependências químicas e na promoção da adesão terapêutica, incentivando a autoeficácia e o compromisso com a mudança; Intervenções psicoeducativas, integrada em várias intervenções, fornecendo informação sobre mecanismos de coping e gestão emocional, tanto para os doentes como para os seus cuidadores.

Também foi fundamental em situações de processos de adaptação, nomeadamente em situações de divórcio e outros episódios de transições de vida, nomeadamente saúde-doença, em que foram realizadas intervenções focadas no fortalecimento da resiliência, orientação para mudança de estilos de vida para gerir a condição de saúde, e suporte emocional para lidar com emoções como medo, tristeza e angústia associados aos processos de doença, bem como o aconselhamento do próprio doente e família em processos de luto antecipatório e aceitação do próprio diagnóstico.

No contexto de cuidados paliativos, foi acompanhada uma utente oncológica em fase avançada, cuja a família enfrentava dificuldades na comunicação sobre o prognóstico da doença e, portanto, através de sessões de aconselhamento, foi possível promover espaço de

diálogo estruturado, facilitando a expressão emocional e o fortalecimento do suporte familiar.

Refletindo sobre a intervenção de aconselhamento, constatei que esta demonstrou impacto significativo na gestão emocional dos utentes, proporcionando melhorias na adaptação à doença, no alívio da ansiedade e na qualidade das relações interpessoais. Em contexto oncológico, a reformulação de crenças associadas ao diagnóstico permitiu que os utentes desenvolvessem uma visão menos fatalista da doença, facilitando a adesão aos tratamentos e a ressignificação do seu processo de vida.

Já no contexto de Internamento de Psiquiatria de Agudos, onde se verificou uma elevada prevalência de diagnósticos de dependência de consumo de substâncias psicoativas, o aconselhamento revelou-se uma ferramenta essencial na promoção da tomada de consciência sobre os impactos do consumo e no incentivo à mudança comportamental.

Além disso, nos casos de utentes internados por episódios de psicose aguda, a intervenção de aconselhamento foi ajustada à fase do internamento e à estabilização do quadro clínico. Durante a fase aguda, o foco esteve na estruturação do pensamento e na redução da ansiedade, utilizando estratégias de comunicação simples e objetivas. À medida que a sintomatologia psicótica diminuía, o aconselhamento tornou-se mais exploratório, promovendo a consciência da doença e incentivando a adesão ao plano terapêutico.

As dificuldades encontradas incluíram a variabilidade da motivação dos utentes e a necessidade de intervir de forma mais diretiva em momentos de maior desorganização psíquica. Ainda assim, a implementação destas intervenções reforçou a importância do aconselhamento como ferramenta essencial na recuperação e no processo de reinserção social dos utentes em fase de estabilização clínica.

Contudo, foram identificados desafios na adesão a estas intervenções, especialmente nos casos em que os utentes apresentavam resistência à mudança ou apresentavam dificuldades em verbalizar as suas emoções, principalmente em casos de presença de sintomatologia psicótica ou défices cognitivos, exigindo uma adaptação contínua das abordagens. De facto, a aprendizagem extraída deste processo reforça a importância da flexibilidade do enfermeiro na condução das intervenções, bem como a necessidade de uma avaliação contínua das estratégias utilizadas, de forma a garantir uma abordagem centrada na pessoa e ajustada ao seu estado emocional e cognitivo.

2.4.1.c. Técnica de Resolução de Problemas

Segundo Sampaio et al., (2023) citando Eskin (2012), as habilidades de resolução de problemas são um conjunto de atividades cognitivo-comportamentais pelas quais uma pessoa tenta descobrir ou desenvolver soluções efetivas ou formas de lidar com problemas da vida real.

Durante a vida as pessoas são confrontadas com diversas situações que nem sempre são passíveis de ser ultrapassadas autonomamente, pelo que pode ser necessário recorrer à ajuda de um profissional de saúde. A técnica de resolução de problemas é uma estratégia de intervenção psicoterapêutica que fornece suporte ao utente para que este desenvolva mecanismos de defesa e de adaptação face às situações adversas.

Para Eskin (2012), esta intervenção, auxilia na resolução de problemas do utente, mas pretende, também, objetivar a aquisição de consciência sobre si próprio e daquilo que é um problema, de modo que este consiga integrar a experiência vivenciada e realizar as mudanças necessárias para conseguir percorrer o seu caminho com sucesso na vida.

A Técnica de Resolução de Problemas assume um papel essencial na abordagem psicoterapêutica à pessoa em processo de transição saúde-doença oncológica, pois permite estruturar o pensamento, reduzir a sobrecarga emocional e facilitar a tomada de decisão em momentos de elevada incerteza. No contexto da doença oncológica, muitos utentes sentem-se desorientados face às múltiplas decisões que precisam de tomar, desde a escolha do plano terapêutico até à reorganização da vida pessoal e profissional. Assim, a implementação desta técnica possibilitou ajudar os utentes a clarificar dificuldades, identificar recursos internos e externos e desenvolver estratégias mais adaptativas para lidar com os desafios da doença.

Através de um processo estruturado, que envolveu a definição do problema, a exploração de alternativas e a avaliação das possíveis consequências, procurou-se capacitar os utentes para um maior controlo sobre a sua realidade, promovendo a autonomia e a resiliência. Esta abordagem revelou-se especialmente eficaz na gestão de ansiedade relacionada com o futuro e na reorganização do quotidiano após o diagnóstico, permitindo que os doentes enfrentassem a sua situação com maior clareza e sentido de propósito.

Em Cuidados Paliativos, a Técnica de Resolução de Problemas foi utilizada para ajudar os doentes e as suas famílias a lidar com decisões complexas relacionadas com o final de vida. Em várias situações, foi necessário auxiliar os utentes na priorização de desejos e necessidades, bem como na mediação da comunicação familiar para que pudessem tomar

decisões informadas sobre os seus cuidados. Através desta abordagem, foi possível minimizar o sofrimento emocional associado à incerteza, promovendo uma maior aceitação da situação e facilitando a adaptação ao processo de fim de vida.

No Internamento de Psiquiatria de Agudos, esta técnica revelou-se particularmente útil na gestão de utentes com dependência de substâncias e em quadros depressivos graves. Muitos dos utentes demonstravam dificuldades significativas na organização do pensamento e na capacidade de tomar decisões, agravadas pela impulsividade e pela desregulação emocional. A implementação da técnica permitiu trabalhar a resolução de problemas em pequenas etapas, ajudando os utentes a encontrar alternativas mais adaptativas e a reduzir padrões de comportamento desajustados. Nos casos de depressão, a estruturação do pensamento foi um passo essencial para contrariar a ruminação e a perceção de impotência face às dificuldades.

Já no contexto de Cuidados de Saúde Primários, esta técnica foi aplicada em utentes que enfrentavam ruturas familiares ou perdas de emprego, situações frequentemente associadas a instabilidade emocional e dificuldades na adaptação a novas realidades. A intervenção centrou-se na promoção de estratégias concretas para a resolução de conflitos, na gestão do impacto emocional das mudanças e no reforço da perceção de controlo sobre a situação. Através deste processo, os utentes conseguiram encontrar soluções mais eficazes para lidar com os desafios que enfrentavam, reduzindo a perceção de desamparo e promovendo um maior equilíbrio emocional.

A aplicação da Técnica de Resolução de Problemas ao longo do estágio demonstrou um impacto positivo na autonomia dos utentes, permitindo-lhes sentir-se mais capacitados para lidar com situações desafiadoras e diminuindo a sobrecarga emocional associada às suas dificuldades. No entanto, foram identificados desafios na sua implementação, sobretudo em utentes com baixa motivação para a mudança ou com dificuldades cognitivas significativas. Em alguns casos, foi necessário recorrer a abordagens complementares, como a reformulação cognitiva ou o aconselhamento motivacional, para garantir uma maior eficácia da intervenção.

A experiência adquirida reforçou a importância desta técnica na prática do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, evidenciando o seu contributo na promoção da adaptação, do *empowerment* e da capacidade de gestão emocional dos utentes.

A sua aplicabilidade transversal a diferentes contextos clínicos sublinha a necessidade de incluir esta abordagem como uma ferramenta central na intervenção em saúde mental, especialmente em cenários de elevada vulnerabilidade psicológica e emocional.

2.4.1.d. Reestruturação Cognitiva

A reestruturação cognitiva consiste em desafiar o utente a alterar padrões de pensamento distorcidos e a encarar o seu self e o ambiente de forma mais realista (Sampaio et al., 2023).

Para McKay e Tryon (2017), a reestruturação cognitiva é uma técnica psicoterapêutica de eleição. Sugerem-se trabalhos de casa ao utente para este obter dados que lhe permitam avaliar se os seus pensamentos, sentimentos e atribuições são suportados empiricamente. Os dados empíricos, frequentemente, não suportam esses mesmos pensamentos, sentimentos e/ou atribuições. Esta evidência é usada como parte do processo de reestruturação cognitiva para que se possa caminhar no sentido de corrigir os vieses cognitivos (Sampaio et al., 2023).

A reestruturação cognitiva avaliada separadamente de outras técnicas vulgarmente utilizadas na terapia cognitiva ou cognitivo-comportamental é escassa na literatura existente. Os objetivos da reestruturação cognitiva são promover a mudança dos esquemas cognitivos através da exploração, avaliação e substituição de pensamentos, apreciações e crenças mal adaptativas que são responsáveis pelas alterações psicológicas. As Indicações Terapêuticas para a reestruturação cognitiva são: abuso do álcool, abuso de drogas, abuso do tabaco, ansiedade, autoconceito comprometido, comportamento aditivo sem substância, comportamento autodestrutivo, humor depressivo, ideação suicida, luto comprometido, obsessão e pensamento comprometido (Burns e Beck, 1978; Clark, 2014; Dobson & Dozois, 2010; Hollon e Dimidjian, 2009 referidos por Sampaio et al. 2023).

A Reestruturação Cognitiva assume um papel fundamental na abordagem à pessoa em processo de transição saúde-doença oncológica, uma vez que permite identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais que podem intensificar o sofrimento emocional e comprometer a adaptação à doença. O diagnóstico oncológico, muitas vezes associado a uma perceção fatalista e a sentimentos de desamparo, desencadeia pensamentos automáticos negativos que podem conduzir a estados de ansiedade, depressão e desesperança. Através da aplicação desta técnica, foi possível auxiliar os utentes na reformulação dessas crenças desadaptativas, promovendo uma visão mais equilibrada e funcional da sua condição de saúde.

A implementação desta estratégia baseou-se na identificação de distorções cognitivas, como a catastrofização, a sobregeneralização e o pensamento dicotómico, recorrendo a técnicas como o questionamento socrático, a análise das evidências e a substituição de pensamentos negativos por alternativas mais adaptativas. Com esta abordagem, procurou-se não apenas aliviar o impacto emocional do diagnóstico, mas também reforçar a capacidade de enfrentamento da pessoa, permitindo-lhe mobilizar recursos internos e externos para lidar com a doença de forma mais ajustada.

Assim, em Cuidados Paliativos, a Reestruturação Cognitiva revelou-se essencial para ajudar os utentes e as suas famílias a lidar com sentimentos de culpa, medo e desesperança face à proximidade do fim de vida. Em diversas situações, foi possível intervir junto de utentes que acreditavam ser um "peso" para os familiares ou que viam a sua situação como uma experiência exclusivamente negativa e sem qualquer propósito. Através da reformulação cognitiva, procurou-se fomentar um sentido de valor e dignidade, ajudando os utentes a reinterpretar a sua trajetória de vida e a encontrar significado na sua experiência, reduzindo a angústia existencial.

No Internamento de Psiquiatria de Agudos, esta técnica foi aplicada, sobretudo, em utentes com diagnóstico de depressão e perturbação de ansiedade, nos quais se verificavam padrões de pensamento ruminativo e crenças autodepreciativas. A intervenção focou-se na identificação de esquemas cognitivos negativos persistentes e na introdução gradual de perspetivas alternativas, promovendo um aumento da autoestima e uma redução dos níveis de ansiedade. Nos casos de ideação suicida, a reestruturação cognitiva teve um papel crucial na desconstrução de pensamentos de desesperança e na valorização de aspetos positivos da vida do utente, reforçando a importância da continuidade dos cuidados e da adesão ao tratamento.

Já no contexto de Cuidados de Saúde Primários, a técnica foi utilizada para apoiar utentes que enfrentavam desafios emocionais decorrentes de mudanças na sua condição de vida, como o diagnóstico de uma doença crónica, conflitos familiares ou perdas significativas. Nestes casos, a intervenção centrou-se na reformulação de crenças disfuncionais que reforçavam sentimentos de incapacidade e fracasso, incentivando uma perceção mais realista e ajustada das suas dificuldades. O trabalho desenvolvido permitiu não apenas reduzir os sintomas de sofrimento psicológico, mas também promover um maior envolvimento do utente na construção de estratégias de coping mais eficazes.

A aplicação da Reestruturação Cognitiva revelou-se uma ferramenta poderosa na redução do impacto emocional das experiências vivenciadas pelos utentes ao longo do processo de transição saúde-doença. A modificação de crenças disfuncionais traduziu-se numa melhoria significativa na adaptação à doença, na perceção de autoeficácia e na qualidade das relações interpessoais.

No entanto, um dos desafios encontrados foi a resistência inicial de alguns utentes à reformulação dos seus padrões de pensamento, especialmente em quadros depressivos mais graves ou em situações onde a crença negativa já estava profundamente enraizada. Nesses casos, foi necessário recorrer a abordagens complementares, como a psicoeducação e o aconselhamento motivacional, para facilitar a aceitação do processo de mudança cognitiva.

2.4.1.e. Entrevista Motivacional

A Entrevista Motivacional implica a mobilização de uma escuta ativa e de empatia para compreender a perspetiva do utente e minimizar a resistência para a mudança, caracteriza-se por uma conversação construtiva acerca da mudança de comportamento (Barroso, 2020 referido por Sampaio et al., 2023). A Entrevista Motivacional deve, ainda, ser baseada na evidência, centrada no utente, não diretiva e não julgadora (Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (Sampaio et al., 2023).

De acordo com as mesmas fontes, o objetivo da Entrevista Motivacional é ajudar o utente a identificar e resolver a sua ambivalência, criar e fortalecer a motivação para mudar comportamentos. Podendo os profissionais conseguir uma melhor compreensão das necessidades, capacidades e objetivos dos seus utentes (Sampaio et al, 2023).

Embora haja mais evidência da utilização da Entrevista Motivacional em pessoas com comportamentos aditivos e dependências, é uma intervenção com várias indicações clínicas.

É recomendado utilizar a entrevista motivacional em articulação com a orientação funcional das fases de ciclo de mudança de Prochaska e DiClemente (Miller & Rollnick, 2001). As fases são a pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção, podendo seguir uma recaída, que implicará entrar num dos outros estádios de mudança (Sampaio et al., 2023).

A falta de motivação do utente é vista como um desafio pela Enfermagem. As Indicações Terapêuticas para a Entrevista Motivacional são: abuso de álcool, abuso de drogas e adesão ao regime medicamentoso comprometida. Segundo Sampaio et al., (2023),

a Entrevista Motivacional tem os seguintes Princípios: Vinculação com os utentes; Aceitação e compaixão; Foco nas preocupações e objetivos do utente; Evocação das necessidades e as razões de mudança; Estimulação da conversão de mudança; Planeamento em conjunto com o utente (objetivos/mudança).

Mas, estes princípios assentam num conjunto de outros princípios orientadores para os profissionais de saúde (Sampaio et al., 2023): Expressar empatia; evitar a argumentação ou discussão; gerir a resistência; desenvolver a discrepância; promover a autoeficácia. As estratégias que aumentem a probabilidade de mudança, foram designadas por ABCDEFGH (Dias, 2009 referido por Sampaio. et al., 2023):

- A - Aconselhar (Giving Advice);
- B - Remover barreiras (Remove Barriers);
- C - Oferecer opções de escolha (Providing Choices);
- D - Diminuir a vontade (Decreasing Desirability);
- E - Praticar a empatia (Practicing Empathy);
- F - Dar feedback (Providing Feedback);
- G- Clarificar objetivos (Clarifying Goals);
- H- Ajuda ativa (Active Helping).

Relativamente à resistência, são recomendadas as seguintes estratégias (Miller e Rollinck, 2001, referidos por Sampaio et al, 2023):

- A - Reflexão simples;
- B - Reflexão amplificada;
- C - Reflexão de dois lados (double-sided);
- D - Mudar o foco;
- E - Concordar, mas com alguma mudança;
- F - Enfatizar a escolha e controlo pessoal;
- G- Reinterpretar;
- H- Paradoxo terapêutico.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como desafios as respostas humanas às transições e a procura de conhecimento. O desafio surge com a necessidade de suporte nos processos de transição, procurando conhecê-lo, planeando e implementando intervenções que se traduzam em ganhos em saúde.

A Entrevista Motivacional (EM) constitui uma abordagem terapêutica centrada no utente, orientada para a exploração e resolução da ambivalência, promovendo o fortalecimento da motivação para a mudança. No contexto da transição saúde-doença oncológica, onde as pessoas frequentemente oscilam entre a aceitação e a negação da sua condição, esta técnica revelou-se essencial para auxiliar os utentes a encontrarem significado na sua experiência e a assumirem um papel ativo na gestão da doença. Através da comunicação empática e da valorização da autonomia, procurou-se criar um ambiente seguro para que os utentes expressassem os seus receios, hesitações e expectativas, favorecendo a adoção de comportamentos mais adaptativos.

A aplicação da Entrevista Motivacional baseou-se nos seus princípios fundamentais: a expressão de empatia, o desenvolvimento da discrepância entre os valores e comportamentos do utente, a gestão da resistência e o reforço da autoeficácia. Ao longo das intervenções, recorreu-se a técnicas como a escuta reflexiva, a exploração das vantagens e desvantagens da mudança e o reforço positivo de pequenas conquistas, promovendo uma maior perceção de controlo sobre a própria vida e facilitando processos de tomada de decisão mais conscientes.

Através da entrevista motivacional, procurou-se trabalhar a ambivalência dos utentes face ao consumo, explorando os seus motivos internos para a mudança e promovendo a sua autoeficácia. A abordagem focou-se na valorização de pequenos progressos e no reforço da autonomia na tomada de decisões, procurando contrariar a resistência frequentemente associada a este tipo de problemáticas.

Em Cuidados Paliativos, a Entrevista Motivacional foi utilizada para apoiar utentes em processos de luto antecipatório e aceitação da finitude, ajudando-os a explorar o significado da sua trajetória de vida e a definir objetivos realistas para a fase final. Em diversas situações, a intervenção focou-se na promoção da aceitação do plano terapêutico e no reforço da autonomia na tomada de decisões sobre os cuidados desejados. O recurso a perguntas abertas e reflexões estratégicas permitiu que os utentes identificassem os seus próprios valores e prioridades, favorecendo um maior sentido de controlo sobre a sua realidade.

No Internamento de Psiquiatria de Agudos, a Entrevista Motivacional demonstrou ser uma ferramenta crucial no acompanhamento de utentes com diagnósticos de dependência

de substâncias psicoativas. Dado que muitos utentes apresentavam resistência à mudança e baixa percepção das consequências do consumo, a EM foi utilizada para explorar a ambivalência, ajudando-os a identificar os impactos negativos da adição e os benefícios de um estilo de vida mais saudável. A intervenção focou-se na identificação de objetivos pessoais, na promoção da autoeficácia e na construção de um plano de mudança realista, facilitando a adesão a estratégias de redução de danos ou abstinência.

Já no contexto de Cuidados de Saúde Primários, a técnica foi aplicada para incentivar mudanças comportamentais relacionadas com a gestão de estados de saúde, a adesão ao tratamento e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Muitos utentes demonstravam resistência em alterar hábitos prejudiciais, como o tabagismo ou o sedentarismo, comprometendo o seu prognóstico. Através da Entrevista Motivacional, foi possível incentivar a reflexão sobre os benefícios da mudança, reforçar pequenas conquistas e capacitar os utentes para assumirem um papel ativo na promoção do seu bem-estar.

A implementação da Entrevista Motivacional ao longo do estágio revelou-se eficaz na promoção da motivação para a mudança e na melhoria do envolvimento dos utentes no seu próprio processo de saúde. A utilização de estratégias de comunicação centradas na empatia e no reforço positivo permitiu reduzir a resistência e facilitar a adesão a planos terapêuticos e a mudanças comportamentais. No entanto, um dos desafios encontrados foi a dificuldade em aplicar a EM em utentes com elevado nível de resistência ou baixa percepção de necessidade de mudança, nomeadamente em casos de dependência química ou de doença oncológica avançada.

2.4.1.f. Técnica de Relaxamento

O relaxamento envolve uma dimensão mental e outra física e define-se por um estado de consciência caracterizado por sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stress ou perturbadores. A técnica de relaxamento é uma intervenção psicoterapêutica que promove o relaxamento diminuindo sinais e sintomas indesejáveis, tais como a dor, a tensão muscular ou a ansiedade. (Sampaio et al., 2023).

O relaxamento, é definido por Ryman (1995), como um estado de consciência que se caracteriza por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo. Reequilíbrio do organismo, incidindo na componente física, através da diminuição da tensão muscular, e na componente psicológica, através de sensações agradáveis e pensamentos de tranquilidade (Sampaio et al, 2023).

Para Payne et al. (2003), os objetivos da Técnica de Relaxamento são: prevenir as consequências fisiológicas associadas ao stress; avaliar o stress e as suas consequências fisiológicas; e desenvolver competências mentais para lidar com o stress (Sampaio et al., 2023).

A técnica de relaxamento foi implementada em todos os contextos de ensinamentos clínicos, onde se verificaram sentimentos de ansiedade, nomeadamente associada a diagnóstico de doença mental e oncológica, momentos antes das sessões de radioterapia ou quimioterapia, bem como ainda foi oportuno participar numa sessão de relaxamento em contexto pré-cirúrgico com o intuito de reduzir a ansiedade associada a cirurgia.

O relaxamento por imaginação guiada é realizado com recurso a imagens mentais e atributos sensoriais utilizados de forma intencional pela pessoa, sendo estes fruto da sua imaginação ou da memória, de forma a alcançar o efeito terapêutico (Coelho e Sousa, 2020 referidos por Sampaio et al., 2023).

As Indicações Terapêuticas para a Técnica de Imaginação Guiada são: ansiedade, dor, humor depressivo e sono comprometido. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas, os critérios de exclusão/contraindicações para esta intervenção são: Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave; Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada; Agitação psicomotora; Estado confusional; Acuidade auditiva reduzida.

Esta técnica foi utilizada nos diferentes contextos de ensinamentos clínicos a utentes que se encontravam em diversos processos de transição de estados de saúde, nomeadamente em estados de depressão, com quadros de anedonia e avolição, e também em vivência de doença oncológica e momentos de fim de vida, sempre com intuito de contribuir para memórias sensoriais positivas, promotoras do bem-estar emocional.

A Técnica de Treino Autogénico requer o relaxamento progressivo de vários grupos musculares, experimentando a pessoa um conjunto de cinestésias (sensações de peso e calor) seguidas de sensações de conforto e bem-estar (Coelho e Sousa, 2020 referidos por Sampaio et al., 2023).

As Indicações Terapêuticas para a Técnica de Treino Autógeno são: ansiedade, comportamento agressivo, humor depressivo, sono comprometido e stress. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas, os critérios de exclusão/contraindicações para esta intervenção são: Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave; Agitação psicomotora; Estado confusional; Acuidade auditiva reduzida.

O relaxamento muscular progressivo significa aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que

acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes dois estados (Sampaio et al., 2023).

As Indicações Terapêuticas para o Relaxamento Muscular Progressivo são: ansiedade, humor depressivo e sono comprometido. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas, os critérios de exclusão/contraindicações para esta intervenção são: Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave; Agitação psicomotora; Estado confusional; Acuidade auditiva reduzida.

No âmbito das intervenções psicoterapêuticas realizadas, foi conduzida uma sessão de relaxamento estruturada, na qual foram aplicadas todas estas diversas técnicas de relaxamento acima mencionadas, nomeadamente a técnica de relaxamento muscular progressivo, a técnica de treino autogénico, a técnica de imaginação guiada e a técnica de relaxamento geral. A sessão foi orientada com o objetivo de proporcionar ao utente um momento de alívio do stress, promovendo um estado de bem-estar físico e emocional. Durante a sessão, foi assegurado um ambiente tranquilo, com luz reduzida e estímulos minimizados, favorecendo a concentração e a imersão na experiência. As instruções foram transmitidas de forma clara e pausada, guiando o utente através de exercícios progressivos que envolveram a contração e o relaxamento muscular, a focalização na respiração, a visualização de imagens mentais positivas e a indução de uma sensação global de serenidade e conforto. O planeamento da sessão de relaxamento encontra-se descrito no Apêndice A deste trabalho.

No ensino Clínico I- Contexto de Comunidade desenvolvido no Centro de Saúde, e no Ensino Clínico II-Internamento de Agudos foi possível implementar sessões de relaxamento com utentes que frequentavam a consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e internados que apresentavam diagnóstico de enfermagem Ansiedade Atual.

Estas sessões de relaxamento teve a duração aproximada de 50 minutos, sendo que foram implementadas todas as técnicas de relaxamento numa só sessão, como é possível consultar nos Apêndices E, F, G deste relatório.

2.4.2. Intervenções Psicoeducacionais

Na atualidade, ganha relevo a ideia de que o conhecimento é fundamental para a tomada de decisão em saúde e se constitui um importante potenciador de comportamentos de procura de saúde adequados. No domínio da saúde mental preconiza-se, igualmente, uma prestação de cuidados cada vez mais centrados no doente, o que implica que este assuma um papel ativo e proativo relativamente à sua saúde (Sampaio, 2023).

O cuidado à pessoa com doença oncológica reveste-se de grande complexidade, e requer do profissional uma competência que vai para além da esfera técnico-científica, daí a importância da abordagem do EESMP (Amorim, 2022).

Citando Amorim (2022),

Nos dias atuais, fala-se muito em empoderamento do doente. Já o Plano Nacional para a Segurança do Doente (2021-2026), enumera no pilar da cultura de segurança: “Objetivo Estratégico 1.3 Ações: Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.

a) Desenvolvimento e implementação de um plano de sensibilização, dirigido aos doentes, famílias e cuidadores, sobre a relevância da segurança nos cuidados de saúde, articulado com o Plano de Ação da Literacia em Saúde;

b) Envolvimento do doente, família, cuidador e sociedade nas ações do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021 (...)

O conceito de literacia em saúde mental surgiu no final do século XX, tendo sido introduzido por uma equipa liderada pelo médico psiquiatra australiano Anthony F. Jorm. Este conceito veio colmatar uma lacuna existente aquando da aplicação do constructo “literacia em saúde” à área específica da saúde mental (Sampaio, 2023).

Os autores Carvalho et al. (2022), referidos por Pereira et al. (2023), realizaram uma análise do conceito de literacia em saúde mental positiva, reforçando que é um constructo dinâmico, entendido simultaneamente como:

- Um resultado de ações de promoção da saúde, com conexão positiva com a saúde física, o funcionamento, a interação social, a resolução de problemas, a capacidade, a produtividade, a autoestima, os resultados de aprendizagem, a resiliência e a motivação;

- Um recurso ou mediador da saúde mental e do bem-estar, permitindo à pessoa desempenhar um papel preventivo no desenvolvimento das perturbações mentais.

Para Kutcher et al. (2016), a literacia em saúde mental positiva aumenta a eficácia na procura de ajuda, isto é, saber quando, onde e como obter bons cuidados de saúde mental e desenvolver habilidades necessárias para o autocuidado (Pereira et al., 2023).

Pereira et al. (2023), referem que o Programa Nacional para a Saúde Mental assume a Literacia em Saúde como um ponto fundamental, destacando os seguintes objetivos:

- Desenvolver ações de prevenção da doença mental, de promoção da saúde mental e combate ao estigma, na população adulta e na infância e adolescência;

- Realizar ações de sensibilização, informação e de formação dirigidas à população em geral, profissionais envolvidos, utentes e famílias.

A transição saúde – doença oncológica é influenciada pela literacia em saúde dos utentes, sendo que forma como superam o diagnóstico, como enfrentam os possíveis

tratamentos e a recuperação está também diretamente relacionada com a literacia em saúde mental.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica podem assumir um papel de relevo, senão mesmo decisivo, no que concerne à promoção da literacia em saúde mental dos cidadãos, assim, foi elaborado o Guia Orientador de Boas Práticas de promoção de Literacia em Saúde Mental que visa compilar alguns princípios aos quais estes devem atender sempre que realizem intervenção psicoeducacional neste domínio (Sampaio, 2023).

Se considerarmos a natureza dinâmica, e também o entendimento individual e muito próprio que cada indivíduo apresenta sobre literacia em saúde mental, é imperativo que os enfermeiros considerem nas suas intervenções a avaliação do nível de compreensão de cada pessoa, a capacidade para levar a cabo atividades prescritas, o nível de motivação para a mudança, e também o estado de saúde e a idade (Pereira et al., 2023).

De acordo com o Regulamento n.º 356/2015, os enfermeiros devem promover a literacia em saúde das pessoas, aumentando o seu nível de conhecimentos e habilidades, e capacitando-as para tomar medidas promotoras da saúde, alterando estilos e condições de vida e, simultaneamente, melhorando as suas competências pessoais, tais como o autoconhecimento, a autoestima, o sentimento de controlo e a autoeficácia, as relações interpessoais e competências comunicacionais, a resolução de problemas e as estratégias de *coping* (Pereira et al. 2023).

Segundo Pereira et al. (2023), a literatura evidenciou, essencialmente, a necessidade de se realizar investigação centrada na promoção da literacia em saúde mental da pessoa em situação paliativa, principalmente ao nível das intervenções para a sua concretização com êxito. Embora não existam dados sobre os níveis de literacia em saúde mental desta população, pode inferir-se, ainda que com prudência, que estes possam ser similares aos da faixa etária na qual se encontra a pessoa em causa.

As Boas Práticas para a Intervenção Promotora da Literacia em Saúde Mental (LSM) da Pessoa em Situação Paliativa definidas no Guia Orientador de Boas Práticas passam, sobretudo, pelo reconhecimento da sintomatologia das perturbações mais comuns nesta população (depressão e ansiedade), serviços de saúde mental disponíveis, opções terapêuticas e apoio social, como descrito na tabela 1.

Tabela 1- Boas Práticas para a Intervenção Promotora da Literacia em Saúde Mental da Pessoa em Situação Paliativa

	Boa Prática
Avaliação	Recurso à Escala de LSM
	Avaliação da perspetiva individual sobre depressão no início da intervenção e abordagem e validação das respostas do participante ao longo da sessão.
Intervenção	Inclusão de informação sobre critérios de diagnóstico e sintomas de depressão.
	Incentivo à identificação de sintomas psiquiátricos já experienciados.
	Inclusão de informação sobre sintomas clínicos frequentemente associados ao contexto paliativo, como abuso de álcool e/ou de outras substâncias.
	Inclusão de informações específicas sobre depressão: fatores de risco, prevalência, razões para subdiagnóstico e subtratamento, e justificação para o tratamento.
	Realização de exercícios de ativação comportamental
	Inclusão de informação acerca de meios de apoio social e sua importância, com foco nas formas de ativação das redes de apoio e no modo de promover a educação de familiares e pessoas próximas sobre a depressão.
	Inclusão de informação sobre opções farmacológicas e de psicoterapia para o tratamento da depressão, possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, e expectativas face à psicoterapia.
	Inclusão de informação sobre os serviços existentes em CP de ambulatório e de saúde mental na comunidade em geral.
	Fornecimento de manual com os conteúdos abordados para posterior consulta.

Fonte: Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção de Literacia em Saúde Mental

Aprofundando esta perspetiva, segue-se a análise detalhada das intervenções psicoeducacionais desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, destacando a sua aplicabilidade e impacto na prática clínica.

As intervenções psicoeducacionais desempenham um papel essencial na capacitação dos utentes e das suas famílias, promovendo a compreensão sobre a doença, a gestão dos sintomas e a adoção de estratégias de coping mais eficazes. A aplicação das intervenções psicoeducacionais variou consoante os contextos de estágio, ajustando-se às necessidades específicas dos utentes e dos seus cuidadores. A utilização de estratégias como sessões individuais e grupais, materiais informativos e técnicas de clarificação do conhecimento permitiu adaptar a abordagem às diferentes realidades clínicas, maximizando o impacto destas intervenções.

No contexto da transição saúde-doença oncológica, a psicoeducação revelou-se fundamental para reduzir a incerteza, facilitar a tomada de decisão informada e promover a adesão terapêutica. Através da transmissão estruturada de informação, aliada à exploração dos significados subjetivos da doença, procurou-se fortalecer a autonomia dos utentes e melhorar a qualidade de vida, minimizando o impacto psicológico da condição clínica.

No contexto de cuidados paliativos, a psicoeducação centrou-se na preparação dos doentes e dos seus familiares para a evolução da doença, promovendo a aceitação e a adaptação ao processo de fim de vida. Foram realizadas intervenções direcionadas para a gestão da dor e de outros sintomas, ajudando os utentes a compreender as opções terapêuticas disponíveis e a expressar as suas preferências relativamente aos cuidados a receber.

Além disso, a psicoeducação foi essencial no apoio aos cuidadores informais, fornecendo-lhes ferramentas para a gestão do stress, a promoção do autocuidado e a comunicação eficaz com a pessoa doente. Foram abordadas estratégias para lidar com a sobrecarga emocional, permitindo que os cuidadores se sentissem mais preparados e confiantes para enfrentar os desafios inerentes ao acompanhamento do doente em fase terminal.

Em internamento de psiquiatria de agudos, a intervenção psicoeducativa teve como principal objetivo aumentar o conhecimento dos utentes sobre a sua condição, promovendo a adesão ao tratamento e a prevenção de recaídas. A psicoeducação foi aplicada em diagnósticos como esquizofrenia, perturbação bipolar, dependência de substâncias e perturbações de ansiedade, proporcionando aos utentes uma melhor compreensão da sua

sintomatologia e das estratégias para o seu controlo. Especificamente nos casos de dependência de substâncias, a psicoeducação focou-se na sensibilização para os efeitos do consumo, no desenvolvimento de estratégias de redução de danos e na prevenção de recaídas. Foram abordados temas como os fatores desencadeantes do consumo, a importância do suporte social e as opções terapêuticas disponíveis, permitindo que os utentes tomassem decisões mais informadas sobre o seu processo de recuperação.

Nos casos de perturbações psicóticas, procurou-se desmistificar crenças erróneas sobre a doença e reforçar a importância da continuidade dos cuidados, incluindo a adesão à terapêutica farmacológica e a identificação precoce de sinais de descompensação. Esta abordagem contribuiu para uma melhor aceitação da condição e para um envolvimento mais ativo dos utentes no seu processo terapêutico.

Nos cuidados de saúde primários, a intervenção psicoeducativa centrou-se na promoção da literacia em saúde mental e no desenvolvimento de estratégias para a gestão emocional e comportamental em contextos de crise. Foram realizadas sessões individuais e em grupo sobre temas como o impacto do *stress* na saúde, técnicas de relaxamento e regulação emocional, e a importância dos hábitos de vida saudáveis na prevenção de problemas psicológicos.

Em situações de rutura familiar e perda de emprego, a psicoeducação teve como objetivo ajudar os utentes a compreender as suas reações emocionais e a desenvolver competências de enfrentamento mais eficazes. Foram trabalhadas estratégias para lidar com a ansiedade e a depressão associadas a estas transições de vida, promovendo a resiliência e a adaptação a novas realidades.

Além disso, foram abordadas questões relacionadas com a parentalidade e a saúde mental infantil, fornecendo orientação a pais que enfrentavam dificuldades na gestão emocional dos filhos em situações de divórcio ou conflito familiar. Através da psicoeducação, foi possível capacitar as famílias para lidarem de forma mais construtiva com os desafios emocionais e comportamentais dos seus filhos.

As intervenções psicoeducacionais mostraram-se altamente eficazes na promoção do conhecimento e na capacitação dos utentes para a gestão da sua saúde mental e emocional. A transmissão estruturada de informação contribuiu para uma maior compreensão da

doença, uma melhor adesão ao tratamento e um reforço das estratégias de coping, facilitando o ajustamento emocional e comportamental dos utentes às suas realidades clínicas.

2.4.2.a. Intervenção Promotora do Processo Familiar

Segundo Butcher et al. (2018) citado por Sampaio et al. (2023), a promoção do processo familiar é uma intervenção necessária ao longo de todo o ciclo vital das famílias. Destina-se a facilitar o funcionamento da unidade familiar, enquanto coletivo, e visa promover a saúde e bem-estar dos seus membros. As intervenções com a família pressupõem a compreensão imparcial dos valores estruturantes da família e a consciência das diferenças face aos valores do enfermeiro, mas também a valorização e o respeito pela história, identidade e competência das famílias (Sampaio et al., 2023).

Para os mesmos autores, os objetivos da Intervenção Promotora do Processo Familiar são minimizar os efeitos disruptivos do processo familiar desencadeados por situações que o coloque em causa, como: a crise, o conflito, a dificuldade de comunicação, a tensão nas transições do ciclo de vida das famílias, a sobrecarga familiar, entre outras.

Efetivamente, esta técnica foi implementada em todos os contextos da prática clínica, sendo que em todos os contextos foram tidos em consideração que a inclusão da família no processo terapêutico é essencial, pois a dinâmica familiar influencia significativamente o bem-estar emocional, físico e social do utente. De facto, as implementações de intervenções promotoras do processo familiar ajudam a fortalecer os laços familiares, melhoram a comunicação entre os membros da família e capacita-os para uma melhor gestão das adversidades.

No Ensino Clínico I-Cuidados de Saúde Primários, foram implementadas intervenções de promoção do processo familiar a utentes não só, mas com maior ênfase de diagnóstico de ansiedade, onde foram abordadas as principais preocupações, identificados fatores stressores no ambiente familiar, e adotadas estratégias para minimizar, facilitando a comunicação de sentimentos, encorajando o apoio mútuo e a partilha de responsabilidades. Aqui, também é fundamental intervenções psicoeducativas no sentido de promover a literacia em saúde mental dos membros da família a fim de encorajar práticas familiares que promovam a saúde mental, como criação de rotinas saudáveis e a diminuição do estigma e isolamento social.

No Ensino Clínico II- Contexto de Internamento Psiquiátrico, as intervenções realizadas para promover o processo familiar foram maioritariamente sessões de psicoeducação realizada a elementos da família no sentido de explicar a natureza da doença,

sintomas, o tratamento e como prevenir recaídas. Ainda foram executados treino de técnicas de comunicação assertiva e gestão de crise, para capacitar a família a lidar com situações desafiantes. Portanto, a criação deste espaço seguro de partilha de preocupações e dificuldades para os membros da família facilita a compreensão e a aceitação para o diagnóstico de doença mental, sendo os elementos da própria família os primeiros a corromper com a estigma e o isolamento social.

Já em Contexto de Respostas Diferenciadas, nomeadamente em contexto de cuidados paliativos, as intervenções à família foram com o objetivo de facilitar a aceitação e adaptação ao processo de doença, focada em melhorar a comunicação sobre sentimentos e expectativas sempre no sentido de promover a dignidade do utente e reduzindo o sofrimento emocional da família e prevendo a sobrecarga dos cuidadores através de apoio psicossocial e estratégias de autocuidado.

Após a inclusão da família no processo terapêutico foi possível aferir que a família é parceira do processo terapêutico, reforçando o cumprimento das intervenções no sentido de promover o bem-estar emocional e a criação de um ambiente familiar mais saudável, contribuindo como um fator protetor e consequente criação de uma rede de suporte sólida na prevenção e recaídas da própria doença.

2.4.3. Intervenções Socioterapêuticas

2.4.3.a. Técnica de Mediação Artístico-Expressiva

A técnica de mediação artístico-expressiva requer o uso intencional de mediadores artístico-expressivos (expressão plástica, expressão corporal, expressão vocal, musical, expressão dramática ou escrita) com finalidade terapêutica. O enfermeiro, não sendo arte terapeuta (ou semelhante), recorre a técnicas e recursos validados por diferentes disciplinas e contextualiza-os no âmbito da intervenção especializada de Enfermagem.

Segundo Malchiodi (2005), a utilização de mediadores artístico-expressivos permite a facilitação da comunicação (consciente e inconsciente), expressão e exploração do self, emoções, pensamento, comportamento e relações interpessoais (Sampaio et al, 2023). O processo criativo é considerado um mediador entre o mundo interno e externo, facilitando a reflexão e autoconhecimento.

Segundo Ferraz (2019), os objetivos da Técnica de Mediação Artístico-Expressiva são proporcionar um ambiente de liberdade expressiva, possibilitando trabalhar dificuldades com recurso a diferentes técnicas artísticas, e procurando facilitar e aprofundar a intervenção psicológica (Sampaio et al, .2023). Esta técnica pode ser utilizada em situações como: abuso

de drogas, alucinação, ansiedade, autoconceito comprometido, cognição comprometida, comunicação expressiva comprometida, comportamento interativo comprometido, comportamento agressivo, humor depressivo, luto e pensamento comprometido.

Durante o estágio desenvolvido no Hospital de Dia Médico de Oncologia de um Hospital de Portugal Continental surgiu a oportunidade de assistir e colaborar na intervenção do grupo terapêutico a decorrer no momento, onde uma das intervenções realizadas era o recurso a mediadores expressivos que potenciam a pessoa a solucionar várias questões emocionais como resolução de conflitos, melhorar a autoimagem, diminuir traumas, ultrapassar obstáculos e treinar competências sociais.

Este projeto que decorre no referido hospital, resulta numa intervenção terapêutica em grupo que inclui mulheres com cancro de mama submetidas a pelo menos um tratamento de quimioterapia curativa, com idades compreendidas entre os 30-50 anos que apresentem diagnósticos de Enfermagem como Ansiedade aumentada; Autoestima diminuída; Desregulação emocional, sendo que são considerados critérios de exclusão mulheres com diagnóstico médico de cancro de mama submetidas a quimioterapia com intuito paliativo, perturbações orgânicas ou dependência de drogas/álcool e/ou ainda perturbações cognitivas que possam contraindicar o trabalho em grupo, falta de motivação para a mudança e para pertencer ao grupo psicoterapêutico.

O EESMP possui conhecimentos científicos e psicopedagógicos que o colocam em posição privilegiada nas equipas de saúde permitindo criar relações terapêuticas de confiança que promovem a capacidade de o utente compreender os seus problemas e encontrar novas soluções através do empoderamento para a tomada de consciência e de decisões informadas.

De facto, reconhecendo sentimentos desajustados através da verbalização dos mesmos em grupo, através de mediadores expressivos pode contribuir para a resolução de conflitos emocionais.

A intervenção psicoterapêutica em grupo procura a partilha de experiências e emoções semelhantes no decorrer do processo de situação de doença, promovendo a interiorização da realidade dos acontecimentos, e assim adequar uma intervenção estruturada para o ajuste dos seus pensamentos e sentimentos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

No decorrer da prática clínica, foi possível participar e realizar o planeamento e posterior implementação de uma sessão terapêutica com recursos a estes mediadores expressivos, intitulada “Autoimagem/ Autoestima” visto ser um diagnóstico de Enfermagem que encontra-se muitas vezes alterado devido aos efeitos secundários dos tratamento de

quimioterapia decorrentes da doença, em que cada utente primeiramente desenhava-se a si mesma (avaliar interpretação de si mesmo), e posteriormente apresentava-se ao grupo. Estas mesmas representações podem ser consultadas nos Apêndice B, C, deste trabalho.

2.4.3.b. Terapia pela Reminiscência

Recorrendo à recordação de eventos passados, sentimentos e pensamentos, a terapia pela reminiscência permite melhorar a qualidade de vida ou a adaptação a circunstâncias atuais (Sampaio et al., 2023).

A terapia pela reminiscência foi introduzida por Butler em 1963, que a caracterizou como um processo mental e natural de recuperação de memórias, partindo da tendência evolutiva que se constata nas pessoas mais velhas em relatar o seu próprio passado, o que vai permitir estimular a recuperação de acontecimentos de vida significativos com diversos desígnios terapêuticos. A estimulação da memória de longo prazo, contribui para melhorar a função cognitiva. Vários estudos confirmam, também, efeitos benéficos da terapia pela reminiscência no humor, bem-estar e qualidade de vida (Sampaio et al. 2023).

Embora não seja uma intervenção exclusiva para as pessoas idosas, a sua eficácia está potenciada nesta faixa etária, dado que consiste na análise do percurso de vida, realizando um balanço de vida e, eventualmente, resolvendo conflitos localizados no passado.

Para Justo-Henriques et al., (2021), os objetivos da terapia pela reminiscência são: melhorar a função cognitiva, a comunicação, o humor e a qualidade de vida, contribuindo para aumentar o bem-estar da pessoa (Sampaio et al., 2023).

Existem três tipos de Terapia pela Reminiscência (Sampaio et al., 2023):

- Terapia pela Reminiscência Simples, que estimula as memórias autobiográficas durante conversas sobre tópicos específicos do passado, como por exemplo: férias, comida, bebida e trabalho. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo;

- Terapia pela Reminiscência Estruturada / Revisão de vida, em que a revisão de vida é um formato mais estruturado e é realizada individualmente. Os participantes são orientados por meio de experiências significativas da sua biografia, tentando encontrar sentido na sua vida;

- Terapia de Revisão de Vida, com um formato altamente estruturado, em que se pretende a promoção da mudança na forma como a pessoa pensa e sente em relação a si mesma e ao seu passado.

2.4.4. Intervenções Psicossociais

2.4.4.a. Técnica de Modificação do Comportamento

Esta intervenção tem como objetivo promover uma mudança comportamental e, portanto, trata-se de uma intervenção complexa por envolver múltiplos componentes interligados e visa apoiar o funcionamento psicossocial, facilitar mudanças de estilo de vida, reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis. (Sampaio et al., 2023).

A Técnica de Modificação do Comportamento revelou-se uma abordagem essencial na intervenção psicoterapêutica com utentes em diferentes contextos clínicos, permitindo identificar e modificar padrões de comportamento desadaptativos que comprometam o bem-estar e a qualidade de vida. Fundamentada nos princípios da aprendizagem comportamental, esta técnica visa reforçar comportamentos positivos e reduzir comportamentos disfuncionais, recorrendo a estratégias como o reforço positivo, a modelagem e o treino de habilidades sociais.

No contexto da transição saúde-doença oncológica, a adaptação à nova realidade pode ser dificultada por comportamentos de evitamento, isolamento social, baixa adesão ao tratamento ou dificuldade em gerir emoções associadas à doença. Através da modificação comportamental, procurou-se promover a adoção de estratégias mais saudáveis de coping, reforçando comportamentos que favorecessem o ajustamento emocional e a adesão ao plano terapêutico.

Nos cuidados diferenciados, esta técnica foi essencial para intervir junto de utentes que apresentavam comportamentos de evitação emocional e social, manifestando resistência em discutir o seu estado de saúde ou em aceitar apoio familiar. Através de reforço positivo e treino de competências comunicacionais, foi possível incentivar a expressão emocional e a interação com a rede de suporte, promovendo uma melhor aceitação da condição e uma maior proximidade com os familiares e cuidadores. Além disso, foram aplicadas estratégias para ajudar os utentes a manter rotinas adaptadas à sua condição, incentivando pequenas atividades que proporcionassem bem-estar e significado, evitando o retraimento emocional e o desinvestimento na qualidade de vida.

No internamento de psiquiatria de agudos, a Técnica de Modificação do Comportamento foi aplicada sobretudo em utentes com dependência de substâncias

psicoativas, perturbações do humor e comportamentos autodestrutivos. A intervenção focou-se na substituição de padrões disfuncionais por alternativas mais adaptativas, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e a participação ativa no plano terapêutico.

Nos casos de dependência de substâncias, recorreu-se a reforços positivos para estimular a participação em atividades terapêuticas e promover a motivação para a abstinência. Estratégias de modelagem comportamental foram utilizadas para incentivar pequenos progressos na gestão do autocontrolo e na redução de comportamentos de risco. Durante esta prática clínica foram realizadas intervenções em grupo através de dinâmicas de grupo denominada “Reunião dos Bons Dias” para as quais efetuámos: planeamento, implementação e avaliação.

Em utentes com perturbação depressiva, a intervenção teve como objetivo contrariar a apatia e o desinvestimento na vida diária, promovendo a ativação comportamental através do planeamento de atividades prazerosas e da valorização de pequenas conquistas. Esta abordagem revelou-se fundamental na melhoria do humor e na redução de sintomas depressivos, facilitando o envolvimento dos utentes na sua própria recuperação.

Nos cuidados de saúde primários, esta técnica foi aplicada principalmente em utentes que enfrentavam dificuldades na gestão de *stress*, ansiedade e adaptação a mudanças significativas na sua vida pessoal e profissional. Em casos de ruturas familiares ou perda de emprego, a modificação comportamental foi utilizada para auxiliar os utentes na reorganização da rotina e na adoção de estratégias de coping mais eficazes. Foram desenvolvidas intervenções para promover a resiliência e evitar comportamentos de evitação ou isolamento, incentivando a participação em atividades sociais e o reforço da autoestima através da realização de pequenas metas.

Além disso, em utentes com dificuldade na gestão emocional, procurou-se trabalhar o reconhecimento de padrões comportamentais negativos, promovendo técnicas de autorregulação e reforçando comportamentos mais ajustados, como a prática de relaxamento, a comunicação assertiva e a resolução de problemas de forma estruturada.

CAPÍTULO III- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Decreto-Lei nº 161/96, define o enfermeiro como o profissional habilitado com curso de enfermagem atribuído de um título profissional com reconhecimento de competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades, aos vários níveis de prevenção primária, secundária, terciária e quaternária (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Efetivamente, o desenvolvimento de competências em enfermagem é um processo dinâmico e contínuo, crucial para a formação dos enfermeiros especialistas, explícito no Código Deontológico que rege a profissão, no artigo 100º, dos deveres deontológicos em geral, na alínea e), expressa:

“assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” p. 12

Deste modo, o presente capítulo aborda o percurso efetuado no sentido da aquisição e desenvolvimento das competências exigidas à obtenção do grau de especialista, focando-se no desenvolvimento de competências em três áreas principais: as competências comuns dos enfermeiros especialistas, as competências específicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) e as competências de Mestre.

3.1.Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Para melhor compreensão dos diferentes tipos de competências, importa compreender a individualidade de cada competência e os seus domínios. De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o artigo 3º, define o conceito de Competência Comuns:

são competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria; (p.4745).

As competências comuns apresentam-se mediante quatro domínios específicos, nomeadamente responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais, passo a apresentar o desenvolvimento de cada um destes ao longo deste percurso académico.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal;

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é essencial na prática de enfermagem, garantindo que as ações dos enfermeiros estejam em conformidade com padrões éticos e legais rigorosos. O Código Deontológico de Enfermagem (CDE) reforça esta premissa ao estabelecer princípios éticos que guiam a doutrina da prática profissional, como o respeito pela autonomia do utente e o dever de confidencialidade e do sigilo profissional.

Sendo o enfermeiro “gente que cuida de gente”, profissional detentor de conhecimento técnico-científico durante a sua prática clínica depara-se com vários dilemas éticos, sendo por isso a ética indispensável ao profissional que presta cuidados na medida em que centra a sua competência e responsabilidade profissional ao serviço do indivíduo que assume prestar cuidados.

A Ética em Enfermagem refere-se ao conjunto de valores, princípios e normas que orientam a conduta profissional do enfermeiro, influenciando as relações interpessoais, com o objetivo de proporcionar cuidados de qualidade, mantendo o respeito pelos direitos e dignidade humana. Assim, a ética em enfermagem correlaciona-se com a Declaração Universal dos Direitos Humanos na medida em que todos os indivíduos “nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” e que “ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (ONU, s.d., Artigo 5º), exigindo por isso ao profissional de enfermagem que presta cuidados “(...) adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, presente no Artigo 8º, alínea 1, do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).

No exercício profissional, o Enfermeiro Especialista (EE), lida diariamente com uma vasta gama de situações complexas que podem suscitar dúvidas e dilemas éticos. Esta exposição relata algumas experiências significativas vivenciadas em contextos de estágios, onde foi fundamental recorrer às normas legais e aos princípios éticos e deontológicos para fundamentar o processo de tomada de decisão.

Neste processo de aquisição da competência em análise, o respeito e a proteção dos direitos humanos foram sempre tidos como prioridade, e considerados os seguintes referenciais: Artigo 8º do REPE, artigo 99º referente aos princípios gerais, o artigo 102º dos Valores Humanos, o artigo 103º dos direitos à vida e à qualidade de vida, e os Artigos 105º e 110º do Código Deontológico de Enfermagem (CDE) e ainda os Direitos do Doente

Oncológico de forma a enfrentar os desafios da prática, com uma fundamentação ética e legal.

No decorrer da minha prática clínica e ao longo do percurso enquanto mestrande em Enfermagem de Saúde Mental, tenho pautado a minha atuação pela competência, ética e profissionalismo, sempre orientada pelo respeito incondicional à dignidade e aos direitos humanos. em cada contexto de estágio, procurei adquirir e consolidar esta competência em cada processo de tomada de decisão, procedendo sempre a uma avaliação partilhada com o enfermeiro especialista como orientador da prática clínica, que -constituiu elemento de referência devido à experiência e conhecimento na área de especialização, colaborando sempre para uma tomada de decisão ética e legalmente informada.

Durante o estágio em cuidados de saúde primários, a prática clínica foi marcada pela promoção da saúde mental e bem-estar na comunidade, abordando a saúde mental de forma preventiva e integrativa, trabalhei em estreita colaboração com o enfermeiro especialista em Saúde Mental, que desempenhou um papel de orientação essencial no desenvolvimento de uma prática ética e legalmente informada. A avaliação partilhada das situações permitiu consolidar competências relacionadas com a responsabilidade profissional, ética e legal. A inclusão das pacientes no processo de decisão terapêutica foi uma prioridade, garantindo que os cuidados respeitassem as suas preferências e necessidades. Essa abordagem promoveu a sua autodeterminação e contribuiu para uma recuperação emocional mais eficaz.

Com respeito às consultas de SMP realizadas em contexto de cuidados de saúde primários e igualmente em contextos dos internamentos, empenhei-me igualmente em manter um ambiente terapêutico que respeitasse a individualidade e privacidade dos doentes, compreendendo a importância do sigilo profissional e garanti a confidencialidade das informações partilhadas pelos mesmos, criando um espaço seguro para a expressão das suas vivências e preocupações.

Na Unidade de Internamento de Psiquiatria de adultos, a prática foi orientada para a gestão de crises e a estabilização de doentes em estados agudos, onde procurei assegurar a criação de um ambiente terapêutico seguro, fundamentado no respeito pela autonomia e privacidade dos doentes, mesmo em contextos de internamento involuntário. Assim, sob a orientação do enfermeiro especialista, implementei estratégias para promover a autonomia dos doentes, incluindo o incentivo à sua participação ativa nas decisões sobre o plano terapêutico. A prioridade foi sempre garantir que as intervenções fossem éticas e informadas, com atenção especial à confidencialidade e à gestão das medidas restritivas de forma

proporcional e justificada, não apenas respeitou os direitos dos doentes, mas também fortaleceu a relação de confiança necessária para o sucesso terapêutico.

Em particular, no contexto do internamento em unidades de psiquiatria de agudos, dediquei-me a garantir que os direitos do doente com afeição mental fossem respeitados em todas as etapas do cuidado. Por exemplo, assegurei que os mesmos, fossem informados sobre o plano terapêutico, participando nas decisões de forma esclarecida e consentida, promovendo a sua autonomia, sempre que o seu estado psíquico permitisse.

Além disso, procurei identificar e abordar eventuais situações de vulnerabilidade ou desigualdade, assegurando que os utentes fossem tratados com equidade, independentemente das suas condições sociais, culturais ou diagnósticos. Este compromisso ético traduziu-se em práticas como a mediação entre os direitos dos doentes e as necessidades terapêuticas, minimizando possíveis restrições impostas durante o internamento, como as associadas a medidas de contenção, e sempre respeitando os princípios da proporcionalidade e da justiça. Por fim, já na Unidade de Cuidados paliativos e no Hospital de Dia de Oncologia, o foco da prática clínica esteve na humanização dos cuidados e no apoio emocional a doentes em situações de grande vulnerabilidade, desenvolvi intervenções que valorizavam a dignidade e os direitos dos doentes, priorizando o alívio do sofrimento físico e emocional. Em cuidados paliativos, procurei incluir os doentes e as suas famílias no planeamento dos cuidados, assegurando que as suas decisões fossem respeitadas e integradas no processo terapêutico. No Hospital de Dia de Oncologia, a minha abordagem centrou-se no empoderamento dos doentes, promovendo a sua autoestima e confiança durante tratamentos exigentes. Neste contexto, foi também fundamental o sigilo profissional, que garantiu um ambiente seguro e respeitador para os doentes partilharem as suas preocupações e experiências.

Além disso, em todos os contextos de estágio foi essencial o trabalho em equipa multidisciplinar, promovendo o pensamento ético e reflexivo, sempre com foco no respeito pela dignidade humana, possibilitaram a garantia da tomada de decisão mais acertada.

3.1.2. Domínio da Melhoria Continua da Qualidade;

Segundo o Regulamento nº 515/2018, o avanço do ciência requer ao EESMP que agregue continuamente na sua prática, cuidados sustentados na melhor e mais recente evidência científica, que participe em projetos de investigação que promovam o conhecimento e o desenvolvimento de competências na área da especialidade, pelo, que , a formação e a preparação do EE permite o desenvolvimento de uma abordagem diferenciada

sobre funcionamento global do utente, e atende às necessidades de avaliação, intervenção, referenciação e consultoria em articulação com outros profissionais de saúde.

Em Portugal, alguns desenvolvimentos ocorridos nos últimos anos indicam que uma maior consciência da real importância da saúde mental começa, pouco a pouco, a existir a nível dos decisores políticos. Um dos exemplos desta realidade é a atualização da Lei de Saúde Mental (Lei 35/2023, de 21 de julho) que entrou em vigor a 20 de agosto de 2023.

Desta forma, importa considerar a prevalência das doenças mentais em todo o mundo, afetando milhões de pessoas, incluindo membros de suas famílias. Em Portugal, assim como em muitos outros países, as doenças mentais representam uma parte significativa da carga de doenças que condicionam de forma parcial uma grande parte da população.

Segundo a Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental, 12% das doenças do mundo são do foro mental, sendo Portugal é o 2º país com a taxa de prevalência de doenças mentais mais elevadas da Europa, sendo apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte (23,1%). A ansiedade, emerge com 16,5%, sendo a patologia com maior prevalência.

A resposta a esta tendência, implica a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tal como plasmado no Regulamento nº 356/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, constituindo-se como instrumento fulcral no apoio do enfermeiro junto do utente, dos outros profissionais, bem como decisores políticos, justificando a necessidade de programas de melhoria contínua de qualidade e de um percurso reflexivo sobre a ação.

No sentido da procura constante pela excelência no exercício profissional, o EESMP assume a missão de promover a saúde mental e o bem-estar, tendo a qualidade contínua como um pilar essencial da sua prática. Este compromisso traduz-se na identificação rigorosa de fatores de risco e proteção na prevenção da doença mental, possibilitando intervenções precoces que potenciem a resiliência dos indivíduos. Durante a sua prática, o EESMP elabora diagnósticos de enfermagem baseados em evidências, implementando intervenções direcionadas para respostas desajustadas nos processos de transição – como lutos, alterações no ciclo de vida ou crises psicológicas, assegurando que estas intervenções promovam o equilíbrio emocional, a reabilitação e a reintegração social do cliente.

De forma a evidenciar a aquisição desta competência, durante o percurso de especialização, procurei em formação desenvolver competências avançadas que refletem a busca pela qualidade e pela excelência, nomeadamente participação ativa em congressos, seminários na área da saúde mental de forma a garantir a atualização constante do

conhecimento científico e técnico. Por exemplo, a participação em formações, como a palestra sobre a Coerção em Psiquiatria em situações aguda, enriqueceu a minha prática clínica, favorecendo uma abordagem mais eficaz e humanizada.

De facto, este investimento no aperfeiçoamento profissional não só beneficia o enfermeiro, mas reflete-se diretamente no bem-estar do utente, na medida em que a incorporação de práticas baseadas na mais recente evidência científica permite ao EESMP prestar cuidados personalizados e de elevado padrão.

A excelência contínua do EESMP, sustentada por uma prática informada, ética e legal, garante que os cuidados prestados não só atendem às necessidades imediatas do utente, mas também contribuem para a promoção de trajetórias de recuperação mais satisfatórias, fortalecendo a sua autonomia e promovendo a sua reintegração plena na sociedade. Assim, a combinação entre formação contínua e aplicação prática reflete-se numa abordagem holística e transformadora, que beneficia diretamente os utentes e as suas famílias.

3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados;

A aquisição do título de EE em Portugal representa um marco significativo na formação e qualificação dos profissionais de saúde, que garantem uma ampliação de conhecimentos e aprofundamento das competências em áreas específicas da prática de enfermagem, sendo uma dessas competências-chave a de dominar a gestão de cuidados.

De facto, a gestão de cuidados refere-se à capacidade do EE para coordenar e supervisionar a prestação de cuidados de saúde, garantindo o máximo de eficácia e eficiência do serviço, mas também, gerir as necessidades clínicas dos utentes mediante aspetos organizacionais, assegurando que os recursos sejam bem alocados e as tarefas sejam executadas com segurança e eficácia.

De acordo com Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2011), a formação especializada oferece não apenas o conhecimento técnico-científico necessário para a prática avançada, desde à avaliação das necessidades de intervenção, referenciação ou consultoria com outros profissionais de saúde, como também permite desenvolver ferramentas para liderar, tomar decisões informadas e gerir situações complexas, garantindo-se como elementos fundamentais na organização dos cuidados de enfermagem, contribuindo para ambientes de prática favoráveis e seguros.

O desenvolvimento da competência comum no domínio da gestão de cuidados foi transversal a todos os contextos de estágio realizados ao longo do mestrado, tendo sido

expressivamente evidenciado através da elaboração de planos de cuidados individualizados, ajustados às necessidades biopsicossociais de cada utente, família ou grupo com quem trabalhei, permitindo-me garantir a adequação, continuidade e eficácia dos cuidados especializado que foram prestados.

Em contexto de comunidade, nomeadamente em cuidados de saúde primários, onde realizei consultas de enfermagem de saúde mental com utentes em diferentes fases do ciclo de vida, enfrentando diversas problemáticas de sofrimento psíquico e emocional, foi utilizada o modelo ADIR (Avaliação, Diagnóstico, Intervenção e Resultados), promovendo uma abordagem organizada, centrada na pessoa e com registo formal em sistema informático.

Compreendi, ao longo deste processo, que a informação planeada e devidamente registada bem como o registo de notas de altas de enfermagem contribui diretamente para a continuidade de cuidados, permitindo que outros profissionais da equipa ou de contextos diferentes possam dar seguimento à intervenção iniciada, sem perder a visão integral da pessoa.

Sempre que necessário, procedi ao encaminhamento da pessoa para estruturas comunitárias de saúde mental, como consultas de enfermagem ou psicologia, programas de reabilitação psicossocial, grupos de suporte ou apoio domiciliário, assegurando a transição segura do utente e prevenindo potenciais recaídas.

Deste modo, considero que demonstrei, de forma sólida, o desenvolvimento da competência de gestão de cuidados, através de uma prática planeada, sistematizada e focada na continuidade terapêutica, promovendo um acompanhamento de qualidade, sustentado na evidência e no compromisso com o bem-estar da pessoa ao longo do seu percurso de recuperação.

Tendo em conta o investimento no desenvolvimento destas competências gerenciais do enfermeiro gestor no meio das equipas, e com o objetivo de desenvolver habilitação nesta área, ao longo dos ensinamentos clínicos procurei oportunidades de aprendizagem junto dos enfermeiros chefes de equipas e coordenadores de serviço, nomeadamente sobre questões de dotações seguras de enfermagem (Apêndice D), gestão eficiente de recursos materiais no sentido de otimização da qualidade dos cuidados prestados, cumprimentos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais e especializados, promoção de ambientes de

prática segura e de qualidade, através de formação em serviço, inclusive onde assisti umas dessas formações celebrada por uma das Unidades de Internamento de Psiquiatria da RAM, intitulada por “JORNADAS DA SAÚDE MENTAL”, em que oferece a oportunidade de participação a todos os enfermeiros da RAM, garantindo assim uma maior abordagem e abertura a todos os profissionais para as temáticas da Saúde Mental.

Um aspeto relevante da gestão dos cuidados é a participação ativa do enfermeiro especialista em decisões estratégicas dentro da instituição de saúde, inclusive no desenvolvimento de políticas de cuidados e melhoria contínua. O enfermeiro especialista, além de atuar diretamente no atendimento clínico, também se envolve no desenho de estratégias para a otimização dos cuidados e a implementação de programas de melhoria da qualidade, sendo que foram definidos pela Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2011), oito Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nomeadamente: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social.

Esta competência envolve também a capacidade de colaborar eficazmente com equipas multidisciplinares, como foi na participação no grupo psicoterapêutico do Hospital distrital onde foi realizado o ensino clínico, com a Psicóloga que também tem papel ativo no grupo no sentido de articular intervenções de forma a garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados, respeitando sempre as preferências e o ritmo de cada doente.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento de abordagens profissionais é uma das competências comuns esperadas de um enfermeiro especialista na medida em que está intimamente relacionada com o compromisso ético e profissional de oferecer cuidados de excelência, promovendo uma prática sustentada pelo conhecimento científico atualizado e pelas melhores práticas clínicas, facto este, justificado pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, quando afirma que o enfermeiro tem o dever de buscar a excelência nos cuidados através da atualização contínua de conhecimentos, e para isso implica a necessidade de formação permanente, não apenas em ciências biológicas e técnicas, mas também em ciências humanas, o que é fundamental no campo da saúde mental, onde a abordagem holística é essencial.

Efetivamente, a própria realização do curso de mestrado já se constata como um processo de aquisição de aprendizagens profissionais mediante a preferência pela área e a sua necessidade em querer sempre garantir a excelência e o profissionalismo nas minhas intervenções enquanto enfermeira. Assim, ao longo do mestrado, para este processo contínuo de aquisição de aprendizagens profissionais foram realizados processos de estudos de casos que permitiram captar a complexidade das situações clínicas e identificar elementos importantes para a prática especializada e ainda e reflexões com recurso a ferramentas como o Ciclo de Gibbs que permitiram refletir e espelhar de forma crítica e sistemática sobre a prática clínica, através da descrição da situação de forma a relatar as decisões tomadas e os resultados obtidos, explorando e reconhecendo as emoções vivenciadas durante esse processo e de que forma os sentimentos vivenciados contribuíram para compreender o impacto emocional das decisões na prática clínica, fomentando a primeira competência do EESMP, o autoconhecimento. Foi através das reflexões críticas que consegui identificar e distinguir os aspetos positivos e negativos das minhas intervenções e assim proporcionar oportunidades para identificar pontos fortes nas intervenções especializadas realizadas, sempre no sentido de uma prática baseada na melhor evidência científica.

Nesta viagem de enriquecimento de competências, surgiu a participação livre enquanto grupo, com apresentação de um artigo “Coerção em Psiquiatria: revisão narrativa do estado da arte” no XIV Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental com o tema: “uma prioridade para todos”. O presente artigo esta disponível no Apêndice E do relatório.

Também a participação em eventos científicos com workshop, simpósios e congressos foram uma forma de ampliar o conhecimento e explorar novas abordagens terapêuticas. Exemplo dessa participação foi a formação intitulada por “IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM-ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL A PAR COM O FUTURO-ONLINE”, onde o evento explorou de forma abrangente temas emergentes e tradicionais na enfermagem de saúde mental, desde a integração comunitária até a diversidade de intervenções terapêuticas, mais especificamente temas como a importância das equipas comunitárias de saúde mental e a integração da saúde mental nas equipas de saúde familiar em contexto de cuidados primários. Também nesta conferência foi apresentado a importância da Promoção da Literacia emocional na primeira infância, e de que forma é crucial ensinar competências emocionais desde cedo, como também a abordagem às dificuldades específicas da

adolescência, nomeadamente a identidade de género e sexualidade, e o seu impacto no bem-estar psicológico.

Participei também no “V Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental” que decorreu no mês de março, onde foram abordadas temáticas como a inclusão social, estigma de pessoas em sofrimento psíquico. Também foi feita retrospectivas sobre a história e a cultura em contexto de saúde mental, bem como abordagem ao modelo de “*Recovery*”, destacando a autonomia e a recuperação como metas no cuidado.

Esta conferência com a duração de 3 dias teve enfoque também na valorização das experiências vividas pelos utentes e as políticas de saúde mental, na discussão de estratégias de redução de danos, de inclusão social de projetos e praticas inovadores de cuidado humanizado como o Diálogo Aberto e a abordagem de Nise de Silveira. Os certificados de participação encontram-se disponíveis para consulta nos Apêndice F deste relatório.

Ademais, durante o percurso de mestrado constituiu-se uma mais valia colaborar juntamente com uma colega especialista em SMP na execução de um *Focus-Group* integrado no projeto de investigação intitulado “*Construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do coping na pessoa com doença oncológica*”, onde foram realizados dois grupos focais, em momentos distintos.

Primeiramente, um grupo constituído por enfermeiros, onde foram organizados e questionados tópicos relacionados com: a intervenção psicoterapêutica em enfermagem; a operacionalização da intervenção psicoterapêutica de enfermagem critérios de inclusão e exclusão. E de seguida, um segundo grupo focal, constituído por 8 a 10 participantes através de recrutamento por entidade externa, designadamente uma associação de apoio a doentes oncológicos, e após convite e obtidos os consentimentos livre e esclarecidos dos mesmos.

Relativamente ao guião elaborado para o grupo focal com os utentes, o mesmo foi organizado por duas categorias onde foram abordadas questões como possível consultar na tabela abaixo.

Figura 2 - Questões Focus Group com os utentes

Conteúdo da Intervenção de psicoterapêutica de enfermagem	1. Na sua experiência e em termos do processo de <i>coping</i> gestão do stress / adaptação) à doença oncológica, quais foram as suas principais necessidades? 2. Que áreas devem ser consideradas num programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do coping (gestão do stress / adaptação) na pessoa adulta com doença oncológica?
Operacionalização da Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem	1. Qual será a fase do processo de doença mais adequada para a implementação de um programa psicoterapêutico de enfermagem, em termos de maiores ganhos em saúde, no que concerne à promoção do coping na pessoa adulta com doença oncológica? 2. Quais as estratégias que poderão ser utilizadas no desenvolvimento de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do coping na pessoa adulta com doença oncológica? a. Qual a metodologia de intervenção que trará mais ganhos em saúde, sessões de intervenção psicoterapêutica de grupo ou individual? b. Qual deverá ser o número total de sessões? c. Qual deverá ser a durabilidade de cada sessão? d. Qual deverá ser a frequência das sessões?

Após a conclusão desta fase do projeto de investigação, foi elaborado um poster, presente no apêndice G com os dados recolhidos e apresentado na conferência *Onco Summit* - Primeiro Congresso de Oncologia e Estilo de Vida, realizado nos dias 10, 11 e 12 de maio de 2024, organizado pela AIM Cancer Center e European School of Lifestyle Oncology (ESLO). A oportunidade de participar em estudos de investigação em colaboração com colegas já especialistas durante o mestrado revelou-se uma valiosa ferramenta na aquisição de conhecimentos técnico-científicos. Esta experiência contribuiu para uma compreensão mais abrangente e analítica da saúde mental no contexto da doença oncológica, permitindo a identificação de lacunas nesta área. Além disso, os resultados da investigação podem servir

como base para a implementação de práticas fundamentadas na melhor evidência científica, assegurando cuidados seguros, eficazes e personalizados.

Além do mais, a participação neste projeto de investigação deixa uma apreciação positiva pela experiência da investigação, constatando-se um recurso valioso para liderar projetos de melhoria de qualidade e formação e supervisão de colegas e estudantes, contribuindo para uma equipa de saúde mais qualificada. De verdade, a produção de conhecimento e contributo científico tornam o enfermeiro um agente ativo no avanço da enfermagem, promovendo o reconhecimento do seu papel essencial na saúde.

Por este motivo, segue um anexo (Apêndice H) sobre o cancro da mama realizado com base na minha intervenção junto de utentes deste foro, permitindo aprofundar e fundamentar os processos vivenciados no decorrer da situação de doença.

3.2.Desenvolvimento de Competências Específicas em Enfermagem de Saúde de Mental e Psiquiátrica

O Regulamento nº 515/2018, emitido pela Ordem dos Enfermeiros, estabelece as competências específicas do EESMP, definindo o perfil profissional do especialista nesta área e as suas competências clínicas, éticas e científicas.

De acordo com este mesmo Regulamento, as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidadas por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam.

O EESMP 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 saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (Regulamento nº 515/2018).

Exercer enfermagem é atender a pessoa em toda a sua dimensão física, psicológica e espiritual, é uma tarefa nobre, mas de elevado grau de complexidade, que obriga a estar em permanente atualização de conhecimentos técnico-científicos, mas que por outro lado a prática do dia-a-dia conduz à procura de respostas a diversas questões de índole ética. Por esta razão, os EESMP devem possuir competências específicas que lhes permitam tomadas de decisões informadas e éticas, sempre tendo em vista o respeito pelos direitos e dignidade da vida humana.

3.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

Se verificarmos o Regulamento nº 515/2018 este defende que o EESMP deverá saber alocar na sua prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ainda não obstante terá de demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que irão refletir um conjunto de competências clínicas especializadas permitindo ao utente autonomia, liberdade e dignidade nas tomadas de decisão do seu processo terapêutico.

Durante o percurso de mestrado, conhecer e refletir as competências específicas que regulam a prática clínica do Enfermeiro Especialista permitiu-me compreender os requisitos profissionais, éticos e legais da especialidade, assegurando uma formação de qualidade, promovendo o crescimento pessoal e profissional, através de uma prática clínica de excelência.

A primeira competência específica relata que o EESMP “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº 515/2018, p. 26147), e traduz a importância do autoconhecimento como base essencial para uma prática profissional competente e ética. É através deste processo de desenvolvimento pessoal e profissional contínuo que o EESMP não só compreende as suas emoções e limitações, mas também adequa estratégias direcionadas a si próprio para enfrentar tais emoções, facilitando a criação de relações terapêuticas genuínas, essenciais para a intervenção em saúde mental.

É esta competência que justifica a relação do enfermeiro na ação terapêutica reconhecendo os limites das suas competências, gerindo os fenómenos de transferência e contratransferência e de que forma a sua atitude pode condicionar a relação terapêutica. De facto, é de realçar que os dois fenómenos estão interligados, pois a transferência do utente pode desencadear uma resposta emocional inconsciente (contratransferência) no profissional e vice-versa, e quando não geridos adequadamente prejudicam a neutralidade da relação terapêutica.

Ao compreender os fenómenos de transferência e contratransferência, o enfermeiro pode identificar padrões emocionais do utente, promovendo o autoconhecimento e ajudando a lidar com conflitos internos, e ao trabalhar a contratransferência protege a relação

terapêutica de interpretações ou reações emocionais possivelmente inadequadas, garantindo que o foco permaneça centrado nas necessidades do utente.

Efetivamente, o autoconhecimento é um processo que envolve a autocritica e a procura constante de melhoria contínua, onde cabe ao próprio enfermeiro identificar as áreas de melhoria na prática profissional e aperfeiçoá-las, bem como, incrementar a sua gestão emocional, permitindo-se reconhecer e regular as suas próprias emoções sem que estas condicionem o processo terapêutico, garantindo uma abordagem empática e de confiança mesmo em situações de elevada carga emocional.

Esta competência foi desenvolvida ao longo de todos os ensinos clínicos realizados, sendo que relativamente ao contexto de cuidados de saúde primários, através da identificação das minhas próprias limitações e refletindo sobre experiências vivenciadas como situações de maior stress, permitiu-me identificar precocemente fatores de risco e intervir de forma preventiva. Ou seja, foi tido em conta os desafios de prevenção e promoção da saúde mental, identificando grupos vulneráveis, com presença de sintomas de ansiedade e depressão, e consequentemente realizadas intervenções psicoeducativas sobre a ansiedade e depressão, numa tentativa de aumento da literacia, abordadas estratégias de coping para lidar com as mesmas, e ainda realizadas intervenções em grupo, nomeadamente com a criação de um grupo de relaxamento.

No contexto de Internamento em Unidade de Psiquiatria de Agudos de uma Instituição da RAM, esta competência revelou-se indispensável na gestão de situações de elevada complexidade emocional e comportamental, principalmente nos utentes em fase inicial de internamento, com quadros patológicos diversos, em fase de descompensação, ou manifestação de situações de crise ainda não especificadas, em que a adequação de técnicas de comunicação terapêutica e estratégias de contenção emocional e ambiental foram os pontos chave para o desenvolvimento desta competência.

De facto, a capacidade intrínseca de conseguir reconhecer as nossas próprias reações internas, de não transparecer o medo e as inquietações na primeira abordagem, e conseguir monitorizar as nossas reações corporais e emocionais perante situações de stress ou de maior conflito são fatores potenciadores de uma melhor relação terapêutica e consequente atuação especializada de excelência e centrada no utente.

Por fim, no ensino clínico realizado em contexto de Unidade de Cuidados Paliativos e em contexto de Hospital de Dia Oncológico, através da abordagem dos sofrimentos emocionais dos doentes, quer do diagnóstico, das perdas, quer do próprio tratamento sempre com postura empática, permitiu-me reconhecer os meus próprios limites emocionais e de

que forma é crucial o estabelecimento das barreiras terapêuticas a fim de evitar desgaste profissional e assegurar uma relação terapêutica de qualidade.

Na verdade, o mestrado prepara o enfermeiro para atuar como enfermeiro especialista, e as competências específicas são o referencial para concretização desta prática avançada alinhada com os padrões de qualidade e exigência exigidos pela Ordem dos Enfermeiros.

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

A segunda competência específica do EESMP, estabelecida no Regulamento nº 515/208, interpretada por “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” sublinha o papel do enfermeiro especialista como agente de transformação e de potencialização do bem-estar emocional, prevenindo a doença mental e facilitar processos de reabilitação e integração social ao longo de todas as etapas da vida.

É nesta competência que fundamentada numa abordagem holística e centrada na pessoa, o EESMP procura implementar intervenções terapêuticas, baseadas na melhor evidência científica que dê resposta as necessidades específicas de cada utente, em cada etapa do ciclo vital.

Efetivamente, a aplicação prática desta competência não reflete apenas a capacidade técnica do enfermeiro, mas também a sensibilidade ética, relacional e cultural, associada à pertinência de mobilização de técnicas comunicacionais, técnicas de entrevista e estratégias desenvolvidas ao longo do percurso do mestrado, no sentido de garantir suporte emocional em momentos específicos e a grupos de maior vulnerabilidade.

A flexibilidade e a adaptabilidade para a otimização da saúde mental é uma capacidade do EESMP, que pode intervir de forma individual ou em grupo mediante a avaliação das necessidades manifestas, os objetivos da intervenção e o respeito pela individualidade e o contexto social de cada pessoa.

De facto, ao longo do mestrado, foi pertinente refletir sobre os dois tipos de intervenção referidos e ajustá-los a cada contexto, de acordo com as suas vantagens e desvantagens, garantindo que uma não se sobrepõe à outra. A intervenção individual oferece ao utente uma atenção integral, permitindo uma experiência terapêutica mais focalizada, onde a relação terapêutica tende a ser mais coesa ao longo das intervenções existindo uma

maior garantia de confidencialidade dos conteúdos partilhados nas sessões, e as metas terapêuticas são mais facilmente ajustadas às necessidades específicas do utente como, por exemplo, intervenções psicoterapêuticas fundamentadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), as técnicas de relaxamento, a escuta ativa, a relação de ajuda, com enfoque na identificação dos recursos internos e externos do próprio utente para enfrentar desafios emocionais e comportamentais.

No entanto, a intervenção psicoterapêutica individual também apresenta algumas desvantagens, como o sentimento de exposição por parte do utente, especialmente entre aqueles que preferem uma abordagem inicial mais reservada até se adaptarem ao ambiente terapêutico. Durante a sessão individual, o utente fundamenta-se apenas na perspetiva do enfermeiro, sem a possibilidade de interagir com outros indivíduos que estejam a atravessar situações clínicas semelhantes, o que contrasta com a abordagem em grupo.

Tais intervenções individualizadas foram realizadas maioritariamente em contexto de cuidados de saúde primários, em consulta de enfermagem de saúde mental, na abordagem de promoção e prevenção de doença mental, com identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, nomeadamente ansiedade atual, depressão, crise atual, processos de luto.

Na intervenção em grupo, privilegia-se a dinâmica grupal como facilitadora dos processos de aprendizagem, interação social e apoio mútuo. Indivíduos com necessidades semelhantes partilham pontos de vista e constituem um suporte recíproco, o que facilita a resolução de problemas. No contexto grupal, é possível que os participantes experimentem novos papéis, realizem dinâmicas que evoquem experiências anteriores de autogestão emocional, desenvolvam habilidades interpessoais e reforcem a resiliência coletiva, contribuindo assim para a diminuição do isolamento emocional.

Contudo, a intervenção em grupo pode dificultar a questão da confidencialidade, uma vez que a presença de múltiplas pessoas implica um maior cuidado na gestão de informações. Também requer mais recursos e uma organização mais rigorosa por parte do profissional, podendo resultar em menor atenção individual devido a distrações provocadas por conversas paralelas. Adicionalmente, os participantes podem tender a omitir as suas verdadeiras emoções ou sentirem-se constrangidos em abordar determinados temas, por receio de estigmatização. Deste modo, ao constituir um grupo, é importante ter em consideração o número de participantes, a adequação da homogeneidade ou heterogeneidade em função dos objetivos e a natureza do grupo, que pode ser aberto, fechado ou semiaberto (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

No decorrer do mestrado, foram implementadas intervenções de grupo em todos os contextos de ensinos clínicos. No contexto de cuidados de saúde primários, e perante a avaliação dos fatores de risco e de proteção, e o diagnóstico de enfermagem mais frequente em consulta de ESMP- Ansiedade Atual, considerei pertinente a criação de um grupo de intervenção a fim de realizar técnicas de relaxamento e técnicas de *grounding* de ansiedade são possíveis de consultar os planos de sessão nos apêndices do presente relatório.

Relativamente ao contexto de Internamento de Psiquiatria em Unidade de Agudos, foram realizadas técnicas de relaxamento, intervenções de psicoeducação através de reuniões diárias com abordagem de temáticas facilitadoras de processo de recuperação e reabilitação, nomeadamente orientação sobre determinadas patologias, reconhecimento de sinais e identificação de sintomas de recaídas e adesão aos tratamentos, métodos de rotinas, treino de competências comunicacionais e sociais. Também foram presenciadas sessões de socioterapia (terapia ocupacional de grupo), que através de atividades manuais e artísticas de ocupação, observou-se a interação social, promovendo a abertura de espaço para expressão de emoções de forma criativa e segura.

Ademais, compreendendo a intervenção do EESMP através da intervenção psicoterapêutica em todo o ciclo vital e mediante vivências de processos de *stress* e maior gestão emocional, compreende-se a necessidade da unidade de competência que traduz a identificação das necessidades planejar e implementar programas de cuidados comunitários assertivos, com trabalho desenvolvido em equipa multidisciplinar, responsabilizando-se pelos cuidados de saúde mental, sempre tendo em consideração as intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem.

No contexto de cuidados diferenciados, foi possível avaliar o impacto que os diagnósticos de doença oncológica têm nas alterações das rotinas do doente, e a influência que todo o processo de doença acarreta na qualidade de vida do mesmo, de modo que a intervenção especializada permita a redução de fatores de *stress*, gestão e autorregulação emocional destes utentes, minimizando o desenvolvimento das complicações na vertente mental.

Indo ao encontro desta competência, permite-me refletir sobre o objetivo principal da realização do Ensino clínico no Hospital de Dia de Oncologia que foi conhecer e participar na intervenção psicoterapêutica de grupo a mulheres com cancro da mama, no sentido da promoção da autorregulação das emoções.

Talvez nesta perspetiva, cabe ao EESMP efetuar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental do utente, do grupo ou comunidade e realizar uma completa

história clínica, identificando fatores promotores e protetores do bem-estar mental, assim como fatores de risco/predisponentes, ao conhecer as capacidades internas do cliente e os recursos externos e internos que influenciam a qualidade de vida e autonomia do mesmo, assim como, planejar e implementar intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, socioterapêuticas individuais ou em grupo, a fim de promover e proteger a saúde mental.

3.2.3. 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

Este relatório pretende traduzir o percurso que possibilitou a aquisição e evolução da aquisição de competências de EE, consideramos já ter sido evidenciado que a abordagem do EESMP assenta em pilares do seu autoconhecimento enquanto instrumento terapêutico, da sua intervenção na promoção e prevenção da saúde mental, e agora importa compreender outro pilar da intervenção do especialista como instrumento facilitador do processo de recuperação da saúde mental.

Nesta perspetiva, é isso que a terceira competência apresentada pelo Regulamento nº 515/2018 permite-nos confirmar que o EESMP “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”, compreendendo que a abordagem holística, considerando as dimensões biopsicossociais, promovem a recuperação da saúde mental e a reintegração plena na sociedade.

Sob esta ótica de cuidados, a recuperação da saúde mental não se limita apenas ao alívio de sintomas clínicos, mas inclui a promoção da funcionalidade e da autonomia, do bem-estar emocional e da reintegração do utente na própria sociedade.

Diante disto, é competência do EESMP através de estratégias específicas reconstruir junto dos utentes redes de suporte familiar e comunitário, desenvolver competências emocionais, sociais no utente, e atuar como gestor de caso (que inclui organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços), de mediador entre recursos comunitários e o utente.

Aqui, é conveniente relembrar que o processo de enfermagem de saúde mental envolve várias etapas interligadas que vão desde a recolha de dados, ao planeamento e implementação de cuidados personalizados e ajustados ao cliente.

Segundo Doenges e Moorhouse (2010), o processo de enfermagem é um processo dividido em cinco passos concretos que proporcionam um método eficiente de organizar o

pensamento para a tomada de decisão clínica, e posteriormente poder planejar cuidados individualizados e de alta qualidade.

Assim, o primeiro passo correspondente ao processo de enfermagem consiste na avaliação inicial e é nesta etapa do processo que há a recolha sistemática de dados relacionados com o utente, e identificação de facotes de *stress* e crises situacionais ou de desenvolvimento que possam estar presentes nos contextos familiares.

A primeira etapa do processo de enfermagem é de extrema importância, pois através da contextualização da situação atual, compreensão da história familiar (genograma, ecomapa), o conhecimento da história do desenvolvimento do ciclo vital (Infância, Adolescência, Idade Adulta), avaliação do estado mental, é possível diferenciar estados fisiológicos de alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, identificar sinais e sintomas de perturbações ou emergências psiquiátricas.

O segundo passo da elaboração do processo de enfermagem consiste na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, onde procura-se identificar os problemas e as necessidades de cada indivíduo, família ou grupo no âmbito da saúde mental.

Assim, “o objetivo desta fase do processo de enfermagem é chegar a conclusões referentes às necessidades de saúde específicas de um utente de modo a que seja possível planejar e prestar cuidados de enfermagem eficazes.” (Doenges & Moorhouse, 2010, p. 37)

Na terceira etapa do processo de enfermagem, o planeamento, consiste através dos diagnósticos, planejar cuidados de enfermagem que vão de encontro às prioridades e problemas clínicos identificados através dos diagnósticos. Segundo Doenges & Moorhouse (2010), o enfermeiro deve ser capaz de estabelecer prioridades, definir objetivos, identificar resultados e determinar intervenções específicas de modo a atingir os objetivos dos cuidados.

Assim, o EESMP planeia e implementa o plano de cuidados em saúde mental, à pessoa, à família ou a comunidade, e identifica resultados esperados com a implementação de tais intervenções especializadas. Ademais, também é papel do EE a criação e implementação de programas direcionadas com aptidões sociais e prevenir situação de exclusão e estigma, nomeadamente em casos de comportamentos aditivos, violência doméstica, abandono, negligência e maus tratos, jovens, idosos, ou pessoas que vivenciam contextos de maior *stress* emocional a fim de conceber estratégias de empoderamento que permitam desenvolver fatores de proteção, de forma a reduzir e prevenir perturbações mentais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde define-se como o bem-estar físico, mental e social e não só como a ausência de doença.

A saúde mental é considerada um bem-estar individual em que o indivíduo tem a capacidade de colocar em prática as suas estratégias de *coping* sempre que, ao longo da vida, se depara com situações de stress. Para a OMS, a saúde mental é parte integrante da saúde, não pode haver saúde sem saúde mental.

Face a esta premissa, a crescente necessidade de uma prática de cuidados integrados levou à criação do Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação, onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é um eixo central e determinante da intervenção.

Cuidar da pessoa com afeção oncológica é um processo contínuo desde o diagnóstico ao longo da sobrevivência ou até ao final de vida e por isso, deve ser um trabalho multidisciplinar em que o foco central é a pessoa com doença oncológica e a família/cuidador e, portanto, aqui é que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica revelam-se de extrema importância na transição saúde – doença oncológica e ao longo dos tratamentos e da recuperação da pessoa com doença oncológica (Amorim, 2022).

O EESMP participa no diagnóstico, no planeamento, na intervenção e na avaliação, mas também na orientação de outros profissionais, quando abordam fatores biopsicossociais envolvidos na resposta à doença, na hospitalização, na relação com os familiares, com os técnicos, e mesmo com os outros utentes. A população-alvo da sua intervenção centra-se nos utentes, nas famílias e/ou cuidadores e nos profissionais sempre que, concomitantemente, se identifiquem processos corporais, processos psicológicos e processos de transição em serviços não especializados em saúde mental (Lourenço et al., 2023).

Assim, de acordo com Lourenço et al. (2023), face às necessidades dos serviços não especializados em saúde mental podem considerar-se duas áreas diferenciadas de intervenção da Enfermagem de Saúde Mental de Ligação:

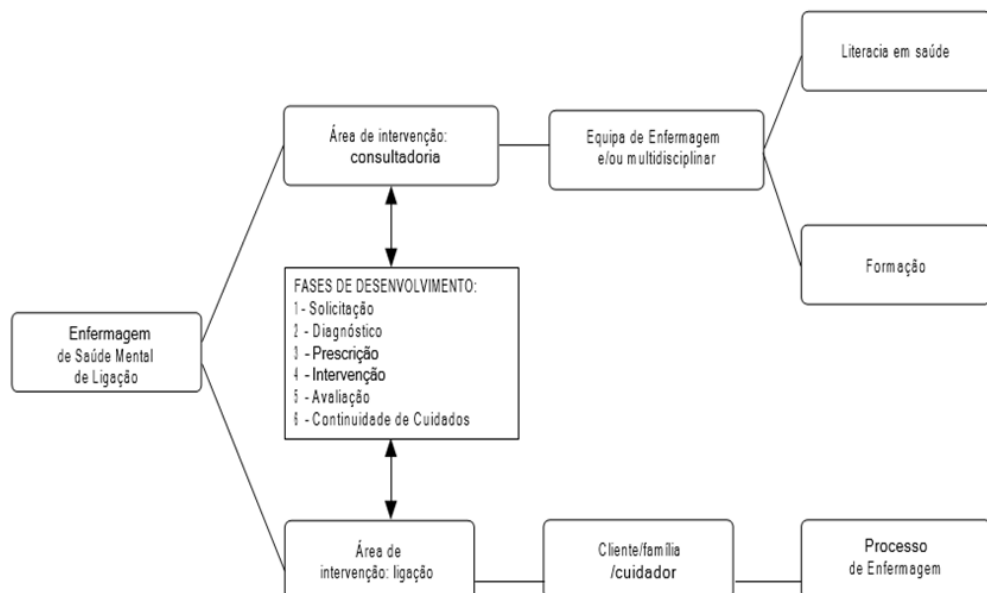
- Área clínica (centrada no cliente, família e/ou cuidador);
- Área da consultadoria (centrada no enfermeiro e equipa multidisciplinar, incluindo a formação e literacia em saúde).

Consideram-se, ainda, seis fases de desenvolvimento: solicitação, diagnóstico, prescrição, intervenção, avaliação e continuidade de cuidados e, portanto, a sua ação intencional é direcionada de acordo com as necessidades identificadas no cliente, na família e/ou cuidador, nos profissionais de saúde e nas instituições (Lourenço et al., 2023).

Para Yakimo (2006), referido por Lourenço et al. (2023), a importância da consulta de Enfermagem de saúde mental de ligação na melhoria das condições de saúde dos clientes destaca-se nomeadamente:

- No incremento da qualidade dos cuidados, operacionalizados em menos dias de internamento e por isso maior rentabilização de recursos existentes;
- Na obtenção de melhores cuidados durante o período de internamento;
- No aumento da satisfação dos clientes, com consequente diminuição das recaídas, reinternamentos, e possíveis complicações clínicas associadas a comorbilidade psiquiátrica;
- Diminuição do burnout dos enfermeiros.

No processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados recomenda-se a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem através da avaliação em cada contexto. E num olhar mais global, através de um desenho de investigação multicêntrico que permita avaliar a qualidade e efetividade de cuidados, focos de intervenção, intervenções eficazes e modelos de organização liderados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no âmbito da Enfermagem de



Saúde Mental de Ligação (Lourenço et al., 2023).

Figura 3- Modelo de Aplicabilidade de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação

Fonte: Guia orientador de Boas Práticas de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação

3.2.4. 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

A quarta competência específica do EESMP, definida no Regulamento nº 515/2018, reforça **a responsabilidade do enfermeiro na prestação de cuidados integrados, que abrangem dimensões psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, orientadas para a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, considerando o contexto e dinâmicas individuais, familiares, grupais e comunitárias, bem como o objetivo de manter, melhorar e recuperar a saúde mental.**

A implementação das intervenções planeadas em plano de cuidados, tem como objetivo de ajudar o cliente a alcançar o “*recovery*”, ou seja, o seu máximo equilíbrio desejado em saúde mental. Para isso, são mobilizados cuidados psicoterapêuticos, psicossociais, psicoeducacionais, com o foco na recuperação, reabilitação psicossocial, educação e treino, permitindo à pessoa o desenvolvimento de capacidades a fim de atingir o máximo de autonomia e funcionalidade possível, com papel ativo na sociedade.

Ao longo do tempo, com a evolução da profissão de Enfermagem é visível também a evolução da profissão no que diz respeito ao desenvolvimento e crescimento da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Segundo Bateman et al. (2010), historicamente consideram-se duas abordagens principais na evolução da psicoterapia: a psicoterapia psicodinâmica, que tem a sua origem histórica no trabalho de Freud, e a terapia comportamental, que envolve a aplicação das teorias que nasceram a partir do trabalho de Pavlov e os princípios do condicionamento. Ao longo dos anos, assistiu-se ao fenómeno de crescimento da psicoterapia (Sampaio et al., 2023).

Para a European Association of Psychotherapy (EAP), a psicoterapia engloba uma variedade de abordagens e métodos que envolvem um tratamento psicológico dirigido a dificuldades ou perturbações psicológicas, emocionais e relacionais. As abordagens são baseadas num corpo teórico, metodológico e de investigação bem estabelecidos (Sampaio et al., 2023).

A intervenção psicoterapêutica em Enfermagem diferencia-se da psicoterapia “tradicional” por ser temporariamente mais restrita, basear-se num diagnóstico de Enfermagem e ocorrer em contextos variados que não se limitam ao gabinete ou consultório. Além disso, esta abordagem utiliza técnicas de psicoterapia como parte de intervenções integradas na Classificação das Intervenções de Enfermagem.

A relação interpessoal, a comunicação e a relação de ajuda devem ser a base para a realização das intervenções psicoterapêuticas em Enfermagem e o principal objetivo centra-

se numa mudança de comportamento e na melhoria de um estado de saúde negativo para o doente (Sampaio, Sequeira e Lluch Canut, 2018 referidos por Madeiras 2020).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental estão definidos no Regulamento n.º 356/2015 que citando o mesmo, permite-nos clarificar que

A Enfermagem de saúde mental é uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de Enfermagem, que acresce à prática de Enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia. A Enfermagem de saúde mental, sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de Enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, persegue os mais elevados padrões de qualidade no cuidar.

Além disso, a abordagem holística, que se fundamenta na relação de ajuda, leva em consideração as necessidades e capacidades de indivíduos, famílias e comunidades. O enfermeiro especialista em saúde mental (ESM) reconhece os processos de sofrimento e as alterações mentais que afetam o cliente, assim como as suas consequências para o projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como fatores contextuais influenciam a saúde mental.

A prática clínica em Enfermagem de saúde mental caracteriza-se pela qualidade nas relações interpessoais, pela utilização do próprio enfermeiro como instrumento terapêutico e pela aplicação de habilidades psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais no cuidado a pessoas, famílias, grupos e comunidades ao longo do ciclo de vida. Esta abordagem permite estabelecer relações de confiança e colaboração com os clientes, além de promover uma melhor compreensão dos problemas e a capacidade de encontrar novas soluções.

Para Sampaio et al. (2023), na elaboração do Guia orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem assumiram a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem como sendo uma intervenção que consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia e que assenta nos seguintes princípios:

- Ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;
- Ser realizada por um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Ser baseada em um ou mais raciais teóricos de Psicoterapia;
- Decorrer da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental;
- O utente deve apresentar um papel ativo e ter, necessariamente, alguma consciência de si;

- O número de sessões deve ser compreendido entre três e doze;
- Ter, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente;
- O objetivo deve ser a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente.

De facto, o planeamento e a realização, de intervenções psicoterapêuticas encontram-se consagrados em Diário da República, enquanto competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, desde 2011. Em decorrência dos ensinamentos clínicos, foram planeadas e executadas intervenções deste foro, no sentido de ensinar, apoiar, supervisionar, advogar.

Na atualidade, é inquestionável o papel de relevo que o EESMP pode desempenhar, em articulação multidisciplinar com a equipa de saúde, por via desta sua competência específica (Sampaio et al., 2023).

É importante referir que as intervenções psicoterapêuticas devem ser adaptadas para cada pessoa enquanto ser único e dirigidas a um diagnóstico de enfermagem. Sob esta perspetiva, os conteúdos definidos no Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem, elaborado por um grupo de trabalho nomeado pelo Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros sob proposta da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, defende que para cada intervenção se assumem como conteúdos mínimos para a intervenção, cuja sistematização decorre necessariamente da avaliação realizada por parte do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A intervenção psicoterapêutica de Enfermagem não deve ser vista como um procedimento padrão, já que tal limita em muito uma (desejável) prestação de cuidados personalizada, isto é, centrados na pessoa.

Assim, as intervenções psicoterapêuticas podem ser: intervenção individual, intervenção em grupo ou, ainda, intervenção familiar. Antes de se realizar qualquer intervenção é necessário avaliar o estado mental do utente.

Primeiramente, é necessário avaliar se o utente reúne ou não critérios para ser integrado na intervenção (por via da avaliação da presença de um ou mais dos critérios de exclusão), que se encontram descritos na tabela 3.

Figura 4 - Domínios da Avaliação Inicial e Critérios de Exclusão de Utentes

Avaliação Inicial (Domínios a Considerar)	
Comportamento	Preservação do <i>status</i> mental
Processos de pensamento	Linguagem
Estado afetivo	Dificuldades de perceção
Memória	<i>Status</i> físico e satisfação das necessidades
Capacidade de adaptação	Capacidade funcional
Aparência física	Necessidade de conhecimentos em saúde
Risco de agressão auto ou heterodirigida	
Critérios de Exclusão de Utentes	
Estado confusional	Défice cognitivo grave
Agitação psicomotora	Sintomatologia heteróloga grave

Fonte: Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem

O EESMP desempenha um papel crucial no planeamento e execução de intervenções psicoterapêuticas que ajudam a facilitar a aceitação do diagnóstico, prevenir perturbações graves, responder a reações desajustadas aos processos de transição, como sofrimento e doença mental.

No contexto da oncologia, os cuidados psicossociais e psicoterapêuticos são indicadores de qualidade nos cuidados de saúde, promovendo o bem-estar emocional dos doentes e dos seus cuidadores. De acordo com Holland & Alici (2010), as intervenções promotoras da saúde mental nas pessoas com doença oncológica são consideradas um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados em oncologia. Tais cuidados abordam questões como a autoestima, adaptação à doença e suas consequências, sendo a investigação nesta área essencial para validar e melhorar as práticas do EESMP

O EESMP, através de competências específicas em intervenções psicoterapêuticas, contribui de forma decisiva para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pessoas com doenças oncológicas. Essa abordagem é fundamental para lidar com os desafios emocionais associados ao cancro e promover uma melhor adaptação ao longo do processo de tratamento e sobrevivência.

3.3. Desenvolvimento de Competências de Mestre

O processo de aquisição de competências de mestre em Enfermagem encontra-se estruturado e regulamentado pelo Decreto-Lei 74/2006, que estabelece o mestrado como parte integrante do segundo ciclo de estudos, correspondente ao nível 7 do Quadro Nacional de Qualificações, e confere uma formação especializada essencial ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

A estrutura do ciclo de estudos é constituída por componentes teóricas e práticas, como seminários, estágios e trabalho de campo, e culmina com a realização de uma dissertação, trabalho de projeto ou estágio profissional com relatório final.

No meu percurso, que foi a 1ª Edição de Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, coordenado pela Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, e que resulta de um consórcio entre a Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Alto Tâmega e a Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, publicado em Diário da República, Despacho n.º 10350/2022 de 24 de agosto, foi organizado por semestres.

Durante o 1º semestre de 2022/2023, decorreram disciplinas teóricas, nomeadamente Gestão de Cuidados de Saúde e Enfermagem, Investigação, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem Profissão e Disciplina, Ética e Deontologia, Psicopatologia e Psiquiatria. No ano letivo de 2023/2024, decorreram momentos de aprendizagem teórico-prática, com as disciplinas Desenvolvimento Pessoal e Relação Terapêutica, Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e decorreu também o Ensino Clínico I - Contexto de Comunidade, no qual foram desenvolvidos trabalhos como Portfólio e Estudos de Caso.

Por fim, no 2º semestre de 2023/2024, decorreu a disciplina Estágio com Relatório, subdividida em:

- Módulo I - Contexto de Internamento Psiquiátrico, realizado numa Unidade de Psiquiatria de Agudos de uma Instituição de Saúde da RAM.
- Módulo II - Contexto de Cuidados Diferenciados, com estágio na Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital da RAM e na Unidade de Hospital de Dia de Oncologia de um Hospital Distrital.

Estes diferentes tipos de formação têm como objetivo aprofundar os conhecimentos científicos e práticos, capacitando os enfermeiros para uma integração crítica e inovadora no meio clínico. O regulamento estabelece que os estágios profissionais, essenciais para o desenvolvimento de competências práticas, devem ser efetuados em instituições de saúde que proporcionem um ambiente adequado à formação, de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros. Assim, durante o estágio, o mestrando deve elaborar um projeto de estágio e um relatório final que reflitam as competências adquiridas e a relevância das atividades desenvolvidas, sendo este um fator essencial para a obtenção do título de especialista reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros.

A realização do mestrado em Enfermagem representa, para mim, um passo essencial no meu desenvolvimento profissional, permitindo-me consolidar conhecimentos teóricos e práticos e adquirir competências avançadas que respondam às exigências de um sistema de saúde em constante evolução.

Desenvolvimento da Capacidade Crítica e Reflexiva

A componente teórica e os estágios permitiram-me desenvolver um pensamento crítico e reflexivo, essencial para a prática avançada em enfermagem. A aplicação de modelos teóricos como a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau contribuiu para melhorar a minha capacidade de analisar e intervir nos processos de transição saúde-doença oncológica, adotando uma abordagem holística e centrada na pessoa.

Integração da Investigação na Prática Clínica

A investigação é um pilar fundamental no desenvolvimento de competências de mestre, e a minha participação na elaboração de Estudos de Caso, Revisões da Literatura e Apresentação de Trabalhos Académicos foi uma oportunidade para consolidar conhecimentos e contribuir para a produção científica na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A apresentação de trabalhos em eventos científicos, como o Onco Summit - Primeiro Congresso de Oncologia e Estilo de Vida, reforçou a importância da partilha do conhecimento e da integração da investigação na prática clínica.

Desenvolvimento de Competências Avançadas na Prática Clínica

A experiência prática adquirida nos diferentes contextos de ensino clínico permitiu-me:

- Implementar intervenções psicoterapêuticas, como Intervenção em Crise, Aconselhamento, Reestruturação Cognitiva e Técnicas de Relaxamento, adaptadas às necessidades dos utentes em transição saúde-doença oncológica;
- Tomar decisões baseadas na melhor evidência científica;
- Aplicar metodologias de gestão e organização de cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde;
- Trabalhar em equipas multidisciplinares, aprimorando a comunicação e a colaboração com outros profissionais de saúde.

Ensino, Formação e Supervisão Clínica

A formação ao nível de mestre capacita o enfermeiro para funções de ensino e supervisão. Durante os estágios, tive a oportunidade de orientar e apoiar colegas de curso e profissionais de saúde na implementação de intervenções especializadas. A colaboração na elaboração do Guia de Boas Práticas para Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem evidencia a importância do ensino e partilha de conhecimento para a evolução da profissão.

Os momentos práticos proporcionados pelos estágios assumem um papel fundamental neste percurso. Estas vivências em contextos reais de prática clínica permitiram-me aplicar os conhecimentos adquiridos, desenvolver o pensamento crítico e aprofundar competências técnicas e relacionais. A interação com equipas multidisciplinares e a experiência em situações complexas foram determinantes para aprimorar a minha capacidade de tomada de decisão e a preparação para os desafios da prática especializada.

Além disso, a elaboração do projeto de estágio e do relatório final foi uma oportunidade única para refletir e sistematizar o meu processo de aprendizagem. Estes trabalhos não só permitiram registar a minha evolução, mas também evidenciar a forma como integro a teoria e a prática, demonstrando a relevância e o impacto das atividades desenvolvidas.

A obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica traduziu-se não apenas no aprofundamento do conhecimento teórico e técnico, mas também no desenvolvimento de competências avançadas de pensamento crítico, investigação e liderança. Através da integração de evidências científicas, prática clínica especializada e envolvimento na formação e supervisão, foi possível consolidar um percurso profissional que visa contribuir para a qualidade dos cuidados prestados e para o avanço da enfermagem enquanto disciplina científica.

Estou convicta de que este percurso, que combina momentos práticos com uma forte componente reflexiva e investigativa, é indispensável para alcançar o título de especialista reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros. Este processo não só me qualifica tecnicamente, mas também me prepara para inovar e assumir um papel de liderança nos contextos de cuidados de saúde.

CONCLUSÃO

Chegada a esta fase deste relatório de mestrado, intitulado "Desenvolvimento de Competências Especializadas em Saúde Mental e Psiquiátrica: Intervenções Psicoterapêuticas na Abordagem à Pessoa em Processo de Transição Saúde-Doença Oncológica", torna-se fundamental sintetizar as principais aprendizagens e reflexões resultantes da prática desenvolvida ao longo da realização deste mestrado.

Este trabalho não apenas evidenciou a importância das intervenções psicoterapêuticas no apoio aos indivíduos que enfrentam a transição entre saúde e doença oncológica, mas também destacou a necessidade de uma abordagem holística e multidimensional, que integre as dimensões psicológica, emocional e social no cuidado. A experiência adquirida reforça a relevância de um enfoque especializado em saúde mental, essencial para a promoção do bem-estar dos utentes, particularmente no contexto da doença oncológica, mas igualmente em todas as áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP).

A enfermagem de saúde mental desempenha um papel central num cenário onde os problemas de saúde mental continuam a aumentar em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (2021) alerta para o impacto crescente destas condições nos indivíduos e nos sistemas de saúde, tornando essencial a atuação dos enfermeiros especializados na interligação entre as dimensões física e psíquica dos cuidados de saúde. No contexto da oncologia, essa interligação torna-se ainda mais evidente, pois a doença provoca profundas transformações físicas e emocionais, exigindo uma resposta terapêutica especializada.

O diagnóstico e o tratamento do cancro são psicologicamente impactantes, podendo desencadear ansiedade, depressão e crises identitárias, particularmente em casos que envolvem alterações na imagem corporal, como ocorre com a mastectomia em mulheres com cancro da mama. A necessidade de intervenções específicas de saúde mental em oncologia é inegável, pois contribuem para fortalecer a resiliência, melhorar a adaptação emocional e promover o bem-estar psicológico.

Ao longo do mestrado, foram implementadas diversas intervenções psicoterapêuticas, consolidando a aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Técnicas como Intervenção em Crise, Modificação do Comportamento, Aconselhamento e Técnicas de Mediação Artístico-Expressivas permitiram prestar apoio aos doentes, facilitando a expressão emocional, a

mudança de comportamentos desadaptativos e a promoção da resiliência. A Reestruturação Cognitiva e a Entrevista Motivacional foram essenciais para ajudar os utentes a desafiar padrões de pensamento negativos e fortalecer a motivação para mudanças positivas.

Além da intervenção direta com os utentes, foram desenvolvidas estratégias para envolver a família no processo terapêutico, reconhecendo que a rede de apoio desempenha um papel crucial na recuperação. A promoção do processo familiar foi uma intervenção chave, reforçando a comunicação e o suporte entre os membros da família, especialmente em contextos de internamento psiquiátrico, oncologia e cuidados paliativos.

Simultaneamente, a formação de mestre não se limitou à vertente específica da intervenção na doença oncológica. Todas as competências comuns, específicas e de mestre foram desenvolvidas e aprimoradas nos diversos níveis de intervenção, quer em cuidados de saúde primários, quer no internamento, quer no retorno à comunidade.

A nível da intervenção primária, a ênfase foi colocada na prevenção e promoção da literacia em saúde mental, através de intervenções psicoeducativas dirigidas a indivíduos, famílias e comunidades. A sensibilização para a gestão emocional, estratégias de coping e prevenção de perturbações mentais revelou-se essencial para capacitar a população na autogestão da saúde mental.

Na intervenção secundária, centrada no tratamento e estabilização da sintomatologia psiquiátrica, foram implementadas estratégias terapêuticas em unidades de internamento psiquiátrico e em hospitais de dia oncológicos, recorrendo a técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que proporcionaram suporte emocional e promoveram a reabilitação psicossocial dos utentes.

A nível terciário e quaternário, a atuação focou-se na reintegração ativa na comunidade, através de intervenções que permitiram aos utentes reconstruir a identidade, readquirir autonomia e recuperar o sentido de pertença social. A continuidade dos cuidados e a adaptação das respostas terapêuticas às necessidades individuais foram determinantes para prevenir recaídas e garantir uma transição saudável para a vida comunitária.

O percurso ao longo deste mestrado permitiu constatar que é urgente combater o estigma associado às doenças mentais e ao sofrimento emocional, especialmente em contextos de doença oncológica e cuidados paliativos, onde a vulnerabilidade emocional se intensifica.

A literacia em saúde mental revelou-se uma ferramenta fundamental para reduzir preconceitos e facilitar o acesso aos cuidados de saúde mental, promovendo uma maior consciencialização e aceitação da saúde mental como um direito essencial. A incorporação

destas intervenções psicoterapêuticas é uma prova da complexidade da enfermagem de saúde mental e da adequação da obtenção de competências especializadas para responder a essas necessidades. A importância de abordagens personalizadas e holísticas no tratamento da saúde mental tem muito a ver com o facto de cada intervenção oferecer algo único aos cuidados do doente.

Simultaneamente, nunca é demais sublinhar a importância da literacia sobre saúde mental para a redução do estigma em torno da doença mental. O público está a ser educado de forma crucial através destas iniciativas e de literatura acessível para dissipar estes mitos e dar sentido ao que está realmente a acontecer. Se a sociedade conseguir aumentar a literacia em matéria de saúde mental, é menos provável que abrace e apoie as pessoas com problemas de saúde mental (Corrigan et al., 2014).

Em suma, os diversos ensinamentos clínicos ofereceram oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências significativas, reforçando a importância crucial da saúde mental no bem-estar da população. As intervenções psicoterapêuticas aplicadas não só contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, como também tiveram um impacto positivo nos utentes e suas famílias.

A experiência adquirida ao longo deste mestrado evidencia, de forma clara, o papel essencial do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na vida das pessoas em processo de transição entre saúde e doença, seja em oncologia, internamento psiquiátrico ou cuidados comunitários. Este compromisso com um cuidado integral, humanizado e baseado na evidência científica é essencial para garantir um suporte eficaz e empático, melhorando a qualidade de vida dos utentes e promovendo um sistema de saúde mais inclusivo e centrado na pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackley, B., Ladwig, G., Makic, M. F., Martinez-Kratz, M., & Zanotti, M. (2022). *NANDA-I: Nursing Diagnosis Handbook: An evidence-based guide to planning care* (12^o ed.). NANDA.
https://books.google.pt/books?hl=en&lr=&id=GyOJDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Nursing+diagnoses:+Definitions+%26+classification+2018-2020+pdf&ots=I9m4w7HziH&sig=HobcI-IPBSmTdzEEccf74NPbUXk&redir_esc=y#v=onepage&q=Nursing%20diagnoses%3A%20Definitions%20%26%20cl
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). *Teorias de Enfermagem e sua Obra*. Lusodidacta.
- Almeida, V. C., Lopes, M. V., & Damasceno, M. M. (2005). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 202-210.
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tPtzyWHYsRzm8JwmNYrd5QK/?lang=pt&format=pdf>
- Amaral, A. C., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção Piscoeducacional. In C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- American Cancer Society. (1998). *Breast cancer can be prevented. Study: All ages of at-risk women helped by breast cancer drug*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3117547/>
- Amorim, A. P. (2022). *Editorial. I Congresso Internacional: Cuidar em Oncologia: Livro de Atas*.
https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25287/1/I_Cuidar%20em%20Oncologia.pdf
- Antunes, V. A. P. (2017). *A intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no cuidar da pessoa com perturbação depressiva maior: A relação como instrumento terapêutico*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18982/1/Relat%C3%B3rio%20TUDO%20pdf.pdf>

Bastos, J., Barros, H., & Lunet, N. (2014). Evolução da mortalidade por cancro do pulmão em Portugal (1955-2005). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20(5), 283-289. https://www.researchgate.net/publication/262671306_Evolucao_da_mortalidade_por_cancro_do_pulmao_em_Portugal_1955-2005/fulltext/54bce4fb0cf253b50e2d82d4/Evolucao-da-mortalidade-por-cancro-do-pulmao-em-Portugal-1955-2005.pdf

Bento, C. (2023). *Relatório de estágio de natureza profissional: Módulo II* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16063/1/Relatorio%20Estagio.pdf>

Bento, I., & Pedro, M. (2013). *O enfermeiro como facilitador do processo de transição para a mastectomia* (Monografia Final, Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica). <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/917/1/monografia%20Isilda%20Bento.pdf>

Bettencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção da saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, (18), 125–132. <https://www.revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/1616>

Callaway, B. J. (2018). *Hildegard Peplau: A Enfermeira Psiquiátrica do Século*. Lusodidacta.

Coelho, J., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). *Relação de Ajuda*. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.). *Enfermagem de Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.

Correia, D. R., Silva, L. S., & Caetano, R. O. (2021). Reflexão sobre a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e a Teoria da Abordagem centrada na pessoa de Carl Rogers: Implicações para a Enfermagem. In N. J. Martinho, C. C. Demori, & J. V. Andrade (Eds.). *Ciências da Saúde: Aprendizados, Ensino e Pesquisa no*

Cenário Contemporâneo (Vol. II). Ampla.
<https://doi.org/10.51859/amplla.csa528.2121-0>

Correia, M. E., & Melo, T. (2022). *Adaptação e coping dos pais de crianças com doença oncológica. I Congresso Internacional: Cuidar em Oncologia: Livro de Atas*.
[https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25287/1/I_Cuidar%20em%20Onco](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25287/1/I_Cuidar%20em%20Onco%20logia.pdf)
[logia.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25287/1/I_Cuidar%20em%20Onco%20logia.pdf)

Decreto-Lei nº 161/1996. **Diário da República** I Série. 205 (04/09/1996) 2959-2962.
Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>>

Dias, C., Costa, D., & Garrido, I. (2002). A sexualidade e o jovem com doença oncológica.
Enfermagem Oncológica, 23, 9-12.

Dias, M., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2001). O cancro da mama no «seio» da família. In M. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 303-320). Climepsi.

Faria, C., & Xarepe, F. (2000). Dor no peito; mal de amor. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 241-252). ISPA.

Fernandes, S., & Anastácio, Z. C. (2022). Perfil de competência emocional dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 127–136.
[https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/84112/1/PerfilCompetenciaE](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/84112/1/PerfilCompetenciaEmocionalSaudeMental%26Psiquiatria_Fernandes%26Anast%3%a1cio.pdf)
[mocionalSaudeMental%26Psiquiatria_Fernandes%26Anast%3%a1cio.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/84112/1/PerfilCompetenciaEmocionalSaudeMental%26Psiquiatria_Fernandes%26Anast%3%a1cio.pdf)

Ferreira, L. M. R. (2015). *Terapêuticas de enfermagem promotoras de adaptação em mulheres com cancro da mama* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). <http://hdl.handle.net/10400.14/35894>

Franzoi, M. A. H., Lemos, K. C., Jesus, C. A. C., Pinho, D. L. M., Kamada, I., & Reis, P. E. D. (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 10(Supl. 4), 3653–

3661.

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaEnfermagem/article/view/11140/12641>

Gariso, M. L. C. (2014). *A prática de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica* (Relatório de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). <http://hdl.handle.net/10400.8/7342>

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática de Enfermagem* (4^o ed.). Artmed.

George, Júlia B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (4^a ed). Artes Médicas Sul.

Godinho, R. (2023). *Oncosexologia: A Saúde da Doença*. <https://ricardogodinho.com/oncosexologia>

Gradim, C. (2005). *Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer da mama* (Tese de doutoramento em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto). Universidade de São Paulo. https://teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-12122005-103133/publico/GRADIM_CVC.pdf

Holland, J. C., & Alici, N. (2010). Psycho-Oncology. In M. A. P. K. D. O. M. C. Holland (Ed.). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs* (pp. 57-70). Springer.

Instituto Nacional de Câncer. (2022). *Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil*. <https://www.inca.gov.br>

International Agency for Research on Cancer & World Health Organization. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow*. <https://gco.iarc.fr>

Lourenço, H. A. C. F., Gomes, A. J. F., Carvalho, J. M. C., Santos, J. C. P., Gomes, M. B. A. V., Gariso, M. E. C., Faria, S. C. P. L., & Correia, S. A. F. (2023). *Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32539/gobpsaudementalligacao_v3ok.pdf

Madeiras, A. M. C. V. (2020). *Cuidar com arte: Intervenções psicoterapêuticas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no controlo da ansiedade*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34030/1/BCTFC138.pdf>

Malta, H. F., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). A comunicação de más notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: Uma revisão narrativa. *Servir*, 2(04), e28390. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/28390>

Meleis A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer https://taskurun.wordpress.com/wpcontent/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_rAnge_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practic e.pdf

Mendes, R., & Freitas, D. (2020). Treino Autocontrolo. Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrões de qualidade para os cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (2ª ed.). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros* <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Organização das Nações Unidas. (s.d.). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf

Palmeirinha, C. S. G. L. (2019). *Transição da pessoa com doença oncológica avançada de oncologia para cuidados paliativos: O papel do enfermeiro especialista em*

- enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (Trabalho de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria).
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28850/1/Relatorio%20mestrado_Carla_Palmeirinha_Final_Corrigido.pdf
- Pereira, P. F., Sampaio, F. M. C., Castro, S. A. P., Morgado, T. M. M., & Lourenço, T. M. G. (2023). *Guia orientador de boas práticas de literacia em saúde mental*.
[file:///C:/Users/User/Downloads/gobp_literaciasaudemental_v3ok%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/gobp_literaciasaudemental_v3ok%20(1).pdf)
- Ramos, A., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/188>
- Regulamento n.º 356/2015. **Diário da República**, 2.ª série. 122 (07/08/2015) 17034 - 17041. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>>.
- Regulamento n.º 515/2018 **Diário da República**, 2.ª série. 156 (14/08/2018). Disponível em WWW: < <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115640989>>
- Ribeiro, A. (2012). *Promoção da autonomia e participação dos idosos institucionalizados através da metodologia de projeto* (Trabalho de Projeto de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto).
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4477/1/Trabalho%20de%20Projeto.pdf>
- Sampaio, F. (2023). Mensagem do presidente da mesa do colégio de especialidade. In *Guia orientador de boas práticas de literacia em saúde mental*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30916/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. C. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoapsicoterapeutica_ok.pdf

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. L. (2018). Modelos de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 77–84. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7961/1/n19a10.pdf>
- Santos, E. J. F., Marcelino, L. M. M. M. S., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. C., & Azevedo, I. C. S. C. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium*, 49, 153–171. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3994/1/8083-22991-1-PB.pdf>
- Sequeira, C. (2020). Entrevista Clínica. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnóstico e Intervenções*. Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Modificação do Comportamento. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.). *Enfermagem de Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Silva, J., & Costa, M. (2008). The impact of early detection in cancer treatment. *Revista Brasileira de Psicologia*, 45(2), 123-134. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a enfermagem de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 35–44. <https://www.researchgate.net/publication/337313131>
- Tavares, S. (2020). *Fatores determinantes na transição para cuidados paliativos: Perspetiva do perito de enfermagem à pessoa em situação paliativa* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129207/2/418965.pdf>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teorias de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5º ed.). Lusociência.
- Vidal, M. C. M. V. (2014). *Competências de enfermagem na realização autónoma de intervenções no âmbito psicoterapêutico à mulher com neoplasia da mama*

(Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
<http://hdl.handle.net/10400.26/16323>

World Health Organization. (2017). *Cancer: Quality of life and cancer survivors*.
<https://www.who.int>

World Health Organization. (2022). *Cancer fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

APÊNDICES

**APÊNDICE A - CONVITE PARA SESSÃO DE RELAXAMENTO E
PLANO DE SESSÃO DE RELAXAMENTO IMPLEMENTADAS NO
CENTRO DE SAÚDE DA RAM**



APRENDER A VIVER COM ANSIEDADE

VOCÊ SABE O QUE É

ANSIEDADE



Ansiedade é um estado emocional que pode surgir como resposta a situações ameaçadoras como grandes mudanças, acidentes de viação, perda de familiares, alterações do estado de saúde, separação.

SINTOMAS

Ritmo cardíaco acelerado e dor no peito;
Respiração acelerada ou sensação de falta de ar;
Suores;



Tremores (das mãos);
Tonturas e sensação de desmaio;
Visão desfocada;
Vômitos, perda de apetite, náuseas;
Alteração do sono: insónias
Dificuldade em concentração;

COMO COMBATER?

Convívio: evite o isolamento, disfrute da companhia de pessoas que o façam sentir bem;

Atividade Física: andar a pé, correr, nadar;

Técnicas de relaxamento: exercícios de respiração, meditação, ioga;

Consumos: reduza o consumo de tabaco, café, bebidas alcoólicas ou outras substância que alterem ou agravem os sintomas;

Música: Ouça música que o faça sentir calmo, som do mar, som da natureza;



Procure ajuda com o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria



TÉCNICA DOS 5 SENTIDOS OU TÉCNICA DE GROUDING



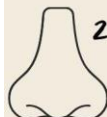
5 COISAS QUE CONSEGUE VER



4 COISAS QUE CONSEGUE TOCAR



3 COISAS QUE CONSEGUE OUVIR



2 COISAS QUE CONSEGUE CHEIRAR

1 COISA QUE CONSEGUE SABOREAR



Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
2023/2024

Sofia Caldeira (Mestranda)

Luísa Gonçalves (Prof. Orientadora)

Tânia Quintal (Supervisora Prática Clínica)



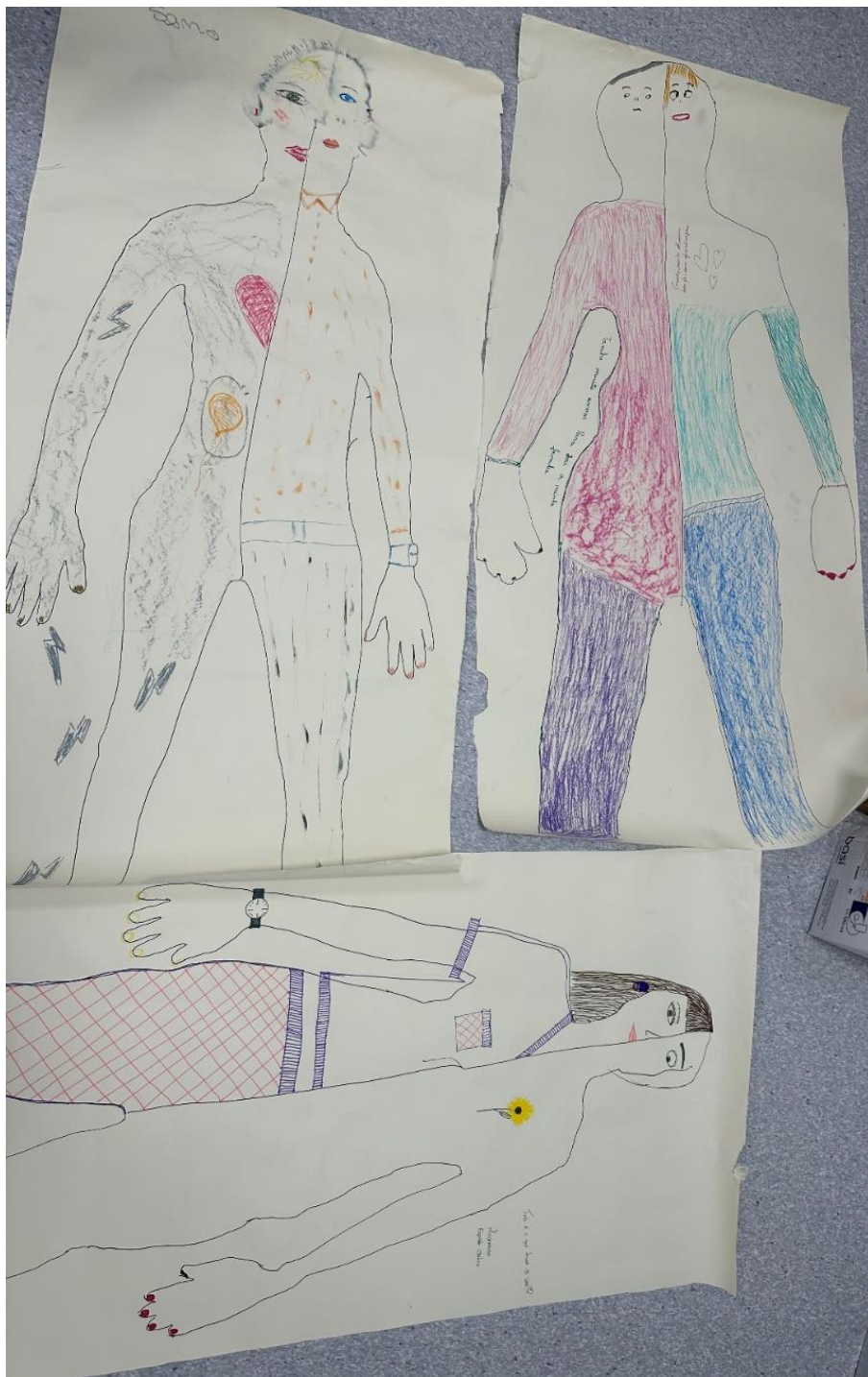
Escola Superior de Enfermagem
S. José de Cluny

Data: 2024/01/24	Hora: 10:00	Local: Centro de Saúde Santa Cruz
Tema: Auto-apresentação		
Grupo a que se destina: Grupo de pessoas convidadas para a sessão de relaxamento que frequentam o centro de saúde Santa Cruz		
Dinamizadores: Enfª Sofia Caldeira	Enfermeiro Tânia Quintal	Tutor: Enfª
Apoios/Parcerias: sem necessidade de apoio/parceria		
Objetivos: - Conhecimento recíproco no primeiro encontro do grupo; - Ajudar no desenvolvimento da comunicação e autoconsciência; - Promover as relações interpessoais. Critérios de inclusão: - Sexo feminino/ masculino; - Idade superior a 18 anos; - Aparentemente sem sintomatologia psicótica; - Participam de forma voluntária; - Sintomas de ansiedade a serem seguidos em consulta de ESMP;		

PLANO DE SESSÃO DE RELAXAMENTO				
TEMA DA SESSÃO: Ritmo Constante		DATA: 25/01/2024	HORA: 10:00	
LOCAL: Centro de Saúde Santa Cruz	DURAÇÃO: 60 min	FORMADOR: EnFª ESMP Tânia Quintal; Enfª Sofia Caldeira		
DESTINATÁRIO: pessoa com sintomas de ansiedade;		PRÉ-REQUISITOS: ter sintomas de ansiedade;		
OBJETIVO GERAL: Reduzir os níveis de ansiedade dos participantes;				
OBJETIVO ESPECIFICO: Formar um grupo de pessoas com sintomas de ansiedade; promover e ensinar sobre estratégias de relaxamento a serem usadas no dia a dia; avaliar emoções antes e após a sessão de relaxamento				
	TEMA/ CONTEÚDO	MÉTODO PEDAGÓGICO	RECURSOS MATERIAIS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação mútua; Apresentação da sessão de relaxamento e objetivos da mesma; Dinâmica de grupo: “papel da emoção”	Método Expositivo/ Explicativo Método Interativo	Sala / Ginásio Papéis e canetas de diversas cores	15 min.
DESENVOLVIMENTO	Implementação da técnica de relaxamento: - Técnica de Relaxamento progressivo de Jacobson; - Técnica Relaxamento muscular passivo; - Técnica Relaxamento através da respiração; - Técnica Relaxamento autogénio de Schutz;	Método expositivo	Rádio; Colchões; Guia de sessão	30 min.

	Técnica de Relaxamento por imaginação guiada;			
CONCLUSÃO	Síntese; Feedback da intervenção de tecnica de relaxamento; Dinâmica de grupo: “papel da emoção”; Esclarecimento de dúvidas;		Sala / Ginásio Papéis e canetas de diversas cores	15 min

**APÊNDICE B - INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA COM
RECURSO A MEDIADORES EXPRESSIVOS NO GRUPO DE
MULHERES HOSPITAL DE DIA MÉDICO DE ONCOLOGIA,
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO**



APÊNDICE C – TRABALHOS DESENVOLVIDOS NO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Data: 2024/04/19	Hora: 10:00	Local: Hospital Beatriz Ângelo- Unidade Hospital de Dia- Oncologia
Tema: Auto-imagem/ Auto-estima		
Grupo a que se destina: Grupo de mulheres a frequentar o grupo psicoterapêutico com patologia mamária do Hospital de Dia-Oncologia, do Hospital Beatriz Ângelo.		
Dinamizadores: Enfª Sofia Caldeira (Mestranda em ESMP)		Enfermeiro Tutor: Enfª Ana Balixa
Apoios/Parcerias: Grupo terapêutico com presença de Psicologia.		
Objetivos: - Promover a expressão de emoções e sentimentos positivos, evocando recordações agradáveis; - Ajudar no desenvolvimento da comunicação e autoconsciência; Critérios de inclusão: - Mulheres com cancro de mama, submetidas a pelo menos um tratamento de quimioterapia com intuito curativo, com idades compreendidas entre os 30-50 anos. Mulheres que apresentem os seguintes diagnósticos de Enfermagem: - Ansiedade aumentada; - Auto-estima diminuída; - Desregulação emocional; Critérios Exclusão: Mulheres com cancro de mama, submetidas a pelo menos um tratamento de quimioterapia com intuito curativo, com idades compreendidas entre os 30-50 anos. Mulheres que apresentem os seguintes diagnósticos de Enfermagem: - Ansiedade aumentada; - Auto-estima diminuída; - Desregulação emocional;		



Autoestima

- Perceção/ visão de si mesmo, das suas capacidades, méritos e valores

Autoestima Positiva

Desafia as imagens negativas que têm de si próprios

Aceitam o elogio e encorajamento

Sentimentos de segurança

Amor Próprio

Vontade de vencer

Realização Pessoal

Boas Relações Interpessoais

Responsabilidade

Determinação

Assertividade



Estratégias para a Promoção de Autoestima

- Identificar a suas forças e qualidades pessoais
- Procurar a autoaceitação
- Falar de si mesmo no dia a dia, verbalização de afirmações positivas
- Aceitar e identificar as respostas positivas por parte do outros
- Evitar crítica negativa de si mesma
- Envolver-se em atividades que permitam aumentar a autoestima (Maquiagem/convívios amigos)
- Lidar / Gerir com críticas negativas dos outros, se não há relação de proximidade com outro

Ninguém segura uma mulher segura

Enf. Sofia Caldeira (Mestranda em ESMP na ESES|Cluny)
Ano Letivo 2023/2024



APÊNDICE D – POSTER SOBRE DOTAÇÕES SEGURAS DESENVOLVIDO EM GESTÃO


**Escola Superior de Enfermagem
S. José de Cluny**

Dotações Seguras e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Caldeira, Sofia ^{1,2}; Castro, Sandra ^{1,2} ;

Escola Superior de Enfermagem São José Cluny

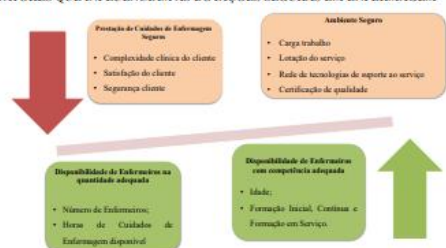
Enquadramento teórico

No sentido da promoção do desenvolvimento sustentável de um Sistema de Saúde face a diversidade de tecnologias de saúde e múltiplos métodos de gestão existentes, torna-se crucial refletir e adotar metodologias de gestão de recursos humanos que garantam a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados.

Para atingir índices de segurança e qualidade dos cuidados em enfermagem é fundamental ter em consideração o nível da qualificação e o perfil de competências dos profissionais no sentido de atender as necessidades reais da população em consonância com objetivos de gestão das próprias instituições (Diário da República, 2ª Série N°233, 2014)



FATORES QUE INFLUENCIAM AS DOTAÇÕES SEGURAS EM ENFERMAGEM



OBJETIVOS

Geral

- Conhecer o conceito de Dotação Segura e a importância da aplicabilidade das dotações seguras na prática de enfermagem;

Específicos

- Conhecer a importância das Dotações Seguras na prática de enfermagem;
- Compreender a influência das Dotações Seguras na qualidade dos cuidados prestados;
- Analisar a legislação e as normas que regulamentam as Dotações Seguras e avaliar sua eficácia.

METODOLOGIA

Pesquisa bases de dados tais como: Google Académico, em português através dos descritores: enfermeiros, qualidade dos cuidados, dotações seguras.

RESULTADOS

Sendo os 3 focos de atenção das dotações seguras:



Cliente

- Nível de satisfação dos cuidados
- Incidência de eventos adversos
- Incidência e prevalência de Úlcera de Pressão
- Incidência de Quedas
- Número de sessões de Educação para Saúde

Enfermeiro

- Nível de satisfação com o trabalho
- Taxa de acidentes de trabalho- Segurança do Trabalho
- Taxa de absentismo

Instituição

- Duração dos internamentos / Taxa de reinternamentos
- Taxa de infeções nosocomiais
- Taxa de mortalidade
- Custo dos cuidados de saúde

CONCLUSÕES

As dotações seguras em enfermagem preconizadas pela ordem dos enfermeiros constituem um instrumento técnico que visa a promoção, a defesa e melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, no justo respeito pelas normas legais em vigor, alegando aquela que seria a dotação de enfermeiros recomendada e adequada, disponibilizando ainda, conjuntamente, aos decisores na área das políticas públicas e recursos humanos na saúde, um importante instrumento de apoio ao processo de tomada de decisão.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As dotações seguras em Enfermagem garantem a qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como asseguram o exato número de enfermeiros necessários quer sejam para Unidades de Cuidados de Saúde Primários quer para Unidades de Cuidados Integrados ou mesmo Unidades Hospitalares. Promovem ainda a satisfação do cliente bem como a do Enfermeiro, permitindo que cada cliente receba cuidados de saúde adequados ao seu estado de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diário da República, 2ª Série N° 233, 2014, Regulamento n° 533/2014, Em Diário da República, 2ª Série N° 233 (pp. 30247-30250); Freitas, M. B. (2015). *Dotação Segura para a Prática de Enfermagem: Um contributo para a Gestão de Unidades de Saúde*.
 Galvão, J., Rodrigues, M., Sales, P., & Santos, R. (2022). Influência das dotações seguras de Enfermeiros na Segurança dos Cuidados Prestados ao Paciente Internado: uma Revisão Sistemática. *Revista Porto-Aberta de Humanidades, Ciências e Educação*, 32(432), 2475-2575.
 Ordem dos Enfermeiros. (Maio de 2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido de https://www.ordemdenfermeiros.pt/media/5532/posnegotio_norma_de_dotaconseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_20_05_2014_aprovada_por_madeira_posneg.pdf
 Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*.
 Pereira, A. F.; Nunes, L.; Caramelo, A. F.; Silva, A.; & Lopes, N. (Dezembro de 2018). *Dotações Seguras na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Revisão Sistemática*. *Revista Porto-Aberta de Saúde e Estatística*, 10(1), 45-62.

APÊNDICE E- COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DO ESTADO DA ARTE

Coercion in Psychiatry: A Narrative Revision of the State of the Art Coerción en Psiquiatría: una Revisión Narrativa del Estado del Arte

Catarina Conceição¹, Ezequiel Domingos², Fátima Caldeira¹, Sandra Castro³, Paula Baptista¹

¹SESARAM, E.P.E., ²Nephrocare Portugal, ³Instituto Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde Câmara Pestana

Correio eletrónico: catarinaconceicao0@gmail.com; contato telefónico: +351 963589256

RESUMO

O uso de coerção em Psiquiatria continua a ser amplamente utilizado a nível global e, o recurso a estes métodos (por vezes desumanos e abusivos) remonta a vários séculos ao longo da história. Algumas destas medidas constituem graves violações dos direitos humanos dos doentes que se encontram aos cuidados das instituições de saúde mental e, cabe aos profissionais de saúde em geral e, aos enfermeiros em particular, debruçar-se e refletir sobre esta questão de forma a encontrar vias alternativas mais humanizantes e eticamente aceitáveis. Nesta revisão narrativa, pretendemos ponderar sobre a coerção em psiquiatria em utentes internados em instituições de saúde, os efeitos negativos que advém desta prática e qual o estado da arte acerca da atitude dos enfermeiros perante esta questão.

DESCRITORES: Coerção, Psiquiatria, Violência, Saúde Mental, Saúde

ABSTRACT

The use of coercion in Psychiatry is still largely used globally and, the resource to these methods (sometimes dehumanizing and abusive) goes back centuries in history. Some of these measures constitute serious humans' rights violations of the people hospitalized in mental health care institutions and, it is the healthcare professional's responsibility in general, but of nurses particularly, to lean over these questions and explore new measures which are more humanizing and ethically acceptable. In this narrative revision, we pretend to ponder about coercion in psychiatry in institutionalized patients, its negative effects and the state of the art nowadays regarding this matter.

KEYWORDS: Coercion, Psychiatry, Violence, Mental Health, Healthcare

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a Lei n.º36/98, de 24 de Julho¹⁰, também denominada no nosso país como Lei da Saúde Mental¹⁰, estabelece todos os pressupostos jurídico-legais em que regulam o internamento das pessoas afetadas por doença mental em Portugal e, em particular salvaguarda os direitos e deveres destes utentes. Com efeito, a mesma Lei no seu Capítulo II, Secção I, artigo n.º7¹⁰ regula as condições em que deverá ocorrer o internamento compulsivo das pessoas afetadas por “anomalias psíquicas” cujo estado de deterioração mental ou psicológica esteja de tal modo alterado que não possam tomar decisões salutareas autónomas relativamente ao seu estado de saúde e convalescença. Efetivamente, a Lei de Saúde Mental¹⁰, regula também o internamento voluntário, internamento de urgência e outros casos especiais. No entanto, de forma mais ou menos legal e, sem que a legislação seja clara neste aspeto, o fenómeno da coerção em psiquiatria continua a disseminar-se em várias instituições e contextos de internamento, levando muitos profissionais de saúde no geral, mas com particularidade os enfermeiros, a debruçar-se sobre esta problemática e sobre o seu impacto nos utentes e nos próprios profissionais. Com este trabalho, lançaremos então o mote para que os enfermeiros procedam a uma profunda reflexão acerca destas práticas e modos de a minimizar.

ENQUADRAMENTO

Em psiquiatria, é comum utilizarmos o termo coerção, que é um termo implícito nos direitos da pessoa portadora de doença mental, nomeadamente o direito à autonomia e o direito à tomada de decisão. De forma global existem três formas de coerção: formal, informal e subjetiva. A coerção formal entende-se como o internamento involuntário, admissão involuntária, contenção e medidas de isolamento. A coerção informal e subjetiva referem-se as medidas que limitam a liberdade de movimento físico da pessoa. Entendem-se por “medidas coercivas” todas aquelas medidas implementadas contra a vontade do próprio, mais frequentemente utilizado em psiquiatria. Por outras palavras, medidas coercivas dizem respeito também ao tratamento forçado e ao internamento involuntário. Os autores ressaltam que, o internamento involuntário é habitualmente uma decisão tomada fora do ambiente hospitalar.⁴

A Convenção das Nações Unidas (ONU) vem obrigar a avaliação e a justificação aprofundada das medidas coercivas. Segundo Wertheimer referido por Szmukler³, as ameaças são consideradas medidas coercivas, por exemplo “*se não tomar a medicação será detido no hospital*”⁴. Isto porque as ameaças são vistas como uma proposta que quando a pessoa rejeita se sente numa pior situação, de acordo com os aspetos morais. Uma alternativa

ao uso das medidas coercivas em situação de crise é a criação de diretivas antecipadas, ou se algo mesmo formal, um plano conjunto de crise (entre o doente e a equipa de saúde). É de ressaltar que, as medidas coercivas não deverão ser aplicadas em pacientes que não possuam capacidade de decidir, ou seja, aquelas pessoas que não possuam capacidade para compreender e reter a informação, que não conseguem avaliar a sua situação tendo em vista o seu melhor interesse. Sucintamente, o uso das medidas coercivas são limitadas e devem ser o último recurso a utilizar na pessoa portadora de doença mental. Quando não haja outras alternativas, o uso destas medidas deverá ser fundamentado, sendo para tal importante o conhecimento prévio para uma tomada de decisão mais acertada e a identificação de todos os elementos éticos na situação, para possível avaliação da sua adequação. No momento da avaliação, é importante ter em atenção os seguintes aspetos: as fontes de variação (diferentes países, diferentes leis, diferentes serviços, diferentes políticas), o local (hospital ou comunidade), o momento da avaliação (antes ou após a alta clínica) bem como o avaliador.^{3 e 4}

OBJETIVOS

O objetivo geral desta revisão narrativa da literatura é lançar uma profunda reflexão sobre esta temática, pela ótica dos enfermeiros nesta matéria. No que concerne aos objetivos específicos, pretendemos aferir sobre o que a literatura disponível nos elucida relativamente ao modo como a coerção é atualmente utilizada no contexto do internamento em psiquiatria, como este fenómeno afeta os profissionais de saúde e a sua prática profissional quotidiana e, como a exposição a medidas coercivas afetam as pessoas com patologia mental.

METODOLOGIA

Numa primeira fase, procurámos definir a questão de pesquisa da nossa revisão narrativa de literatura de uma forma clara, sucinta e que ilustrasse o âmbito da mesma com o rigor exigido. Recorreu-se então ao método PICO, onde incluímos três componentes deste método para definir a citada questão, foram estes componentes: os participantes, intervenção e resultados (a comparação de grupos e amostras não se adequa aos objetivos e à pertinência desta revisão narrativa). Deste modo a questão de pesquisa desta revisão narrativa de literatura consiste em “Qual a perceção dos enfermeiros relativamente à coerção em psiquiatria no meio hospitalar?”. A questão de pesquisa para além de servir o mote a toda a revisão narrativa que, entretanto, se fez, serviu ainda como guia orientador ao longo de todo o processo.

As bases de dados utilizadas para obter estes artigos foram a PubMed e CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) e, nas mesmas, foram utilizadas

as seguintes palavras-chave: *Coercion, Psychiatry, Violence, Mental Health, Healthcare*. Posteriormente, foi ainda utilizado o conector AND correlacionado os vários descritores para se conseguir obter um vasto leque de estudos.

Para definir quais os artigos, baseámos a nossa seleção em critérios (inclusivos e exclusivos), de modo a restringir a nossa análise àqueles que realmente se adequavam ao âmbito e objetivos selecionados. Os critérios de inclusão foram estudos primários cujos participantes fossem enfermeiros; revisões sistemáticas, integrativas ou narrativas que se focassem no papel ou experiência dos enfermeiros em serviços de psiquiatria relativamente às medidas de coerção. Como critérios de exclusão aplicámos: todos os artigos cuja antiguidade fossem superiores a cinco anos; artigos que abordassem as experiências de outros profissionais de saúde que não fossem enfermeiros e estudos sobre coerção que cujo cenário não fosse o meio hospitalar ou de internamento na área psiquiátrica.

Inicialmente, foram encontrados 28 artigos científicos. Dessa grande panóplia de informação, foram selecionados 8 artigos científicos, entre revisões sistemáticas da literatura, estudos primários qualitativos e quantitativos que nos pareceram os mais adequados face aos critérios impostos pela nossa questão de pesquisa. Após a leitura dos resumos de todos os artigos encontrados, foram descartados um total de 20 artigos.

RESULTADOS

Sobre a coerção em Psiquiatria, vários artigos abordam a questão com foco na reclusão e contenção física de pacientes. Particularmente Hirsch, S., & Steinert¹ referem no seu trabalho “*Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy*”¹, que embora essas medidas possam ser necessárias para evitar perigos imediatos, elas também podem ter consequências adversas graves, como trauma emocional, lesões físicas e até mesmo a morte. O mesmo estudo examina diversas intervenções que visam evitar a coerção na psiquiatria. Essas intervenções foram categorizadas em sete tipos de conteúdo: organização, treino de competências da equipa, avaliação de risco, ambiente, psicoterapia, reuniões de discussão e diretrizes antecipadas. A maioria das intervenções em cada categoria mostrou-se eficaz nos estudos analisados. Além disso, programas complexos, que combinaram elementos de várias categorias, demonstraram ser particularmente eficazes na redução da frequência de coerção. O estudo destaca a importância de realizar futuras pesquisas, incluindo ensaios clínicos randomizados em cluster, para investigar mais a fundo cada categoria de intervenção. Em conclusão, o artigo destaca a necessidade de implementar medidas eficazes para evitar a coerção na psiquiatria, levando em consideração o respeito aos direitos humanos dos pacientes.

De forma a obter evidência mais robusta, Müller e Jäger², desenvolveram um estudo que aborda a como prever o recurso a medidas coercitivas em contexto de internamento em hospitais psiquiátricos, ao longo dos anos 2017-2020. O estudo visa identificar fatores que possam ser preditores de coerção, auxiliando assim na prevenção e gestão de tais situações. O presente estudo descreve que o uso de coerção no tratamento em psiquiatria deve ser considerado como último recurso, uma vez os pacientes expressam sentimentos de desamparo, medo, raiva, piorando a relação terapêutica e consequentemente maior recusa aos tratamentos em situações de crises futuras. Contudo, outros pacientes encaram as medidas de coerção como uma ajuda intencional e justificável para garantir o bem-estar e segurança do próprio. Aos mesmo passo que os pacientes têm uma visão das medidas de coerção, os profissionais de saúde também experienciam sentimentos de impotência, ambigüidade no sentido que parece condicionar e violar o direito a liberdade humana, com o objetivo de garantir o máximo de segurança ao paciente.

Face a esta grande interferência nos direitos à liberdade e os potenciais efeitos negativos das medidas de coerção, os autores do estudo defendem que é importante arranjar estratégias preventivas para a redução das mesmas, e identificar quais os pacientes que têm maior risco durante o internamento. Assim, os autores realizaram uma análise retrospectiva de dados de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, onde colheram informações demográficas e clínicas de uma amostra de pacientes em contexto de internamento e investigaram quais os fatores preditores estavam associados a um maior risco de medidas coercitivas.²

No período de 4 anos, n = 3.760 (22,6%) casos de n = 2.656 pacientes foram internados involuntariamente e n = 12.847 (77,4%) casos de n = 7.093 pacientes foram baseados em um status voluntário. A amostra consistiu em um pouco mais de homens (n = 9.294, 56,0%) do que mulheres. A idade variou entre 18 e 65 anos (média idade = 39,9 anos).²

As medidas coercitivas que foram incluídas na análise referidos como “coerção” neste artigo foram:

- Isolamento: Trancar o paciente em quarto individual com vigilância através de uma janela com um intervalo de 15 min.
- Contenção mecânica: amarrar o paciente a uma cama com dispositivos mecânicos (cintos). Na atual instituição psiquiátrica, leito cintos com restrições de 5 pontos (braços, pernas e tronco) ou menos são usados se necessário.

- Medicação forçada: A aplicação de medicamentos (geralmente tranquilizantes ou antipsicóticos) contra os pacientes será oral ou como injeção intramuscular.

É de ressaltar que neste estudo todos estes dados foram colhidos por meio de entrevistas de exploração padronizadas e através de observação comportamental, realizado por psiquiatras, com auxílio de uso de escalas documentadas e validadas nomeadamente a *Global Assessment of Functioning* (GAF) e a *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS), bem como indiretamente por relatos de outros profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos clínicos, assistentes sociais.²

Os resultados do estudo mostraram que vários fatores estão correlacionados com o tratamento. Além disso, o estudo também revelou que a duração do internamento e a presença de sintomas depressivos graves podem aumentar a existência de medidas coercitivas. Assim, o estudo demonstra que a reclusão foi exercida em 6.0% (n=1002), a contenção mecânica em 0,3% (n=44) e a medicação involuntária em 4,0% (n=662) de todos os casos. Num total, em 6.9% (n=1140) dos casos incluídos a coerção foi exercida), sendo que em 795 de todos os casos com coerção, 69,7% foi necessário usar uma segunda medida coercitiva. Também se concluiu neste estudo que a medida de coerção era superior para as variáveis: sexo masculino, solteiros, residentes, psicose por consumo de substâncias, episódios psicóticos e maníacos. Outro indicador de gravidade clínica e cronicidade, como tempo de internamento e/ou número de hospitalizações também foram fortemente ligados à coerção. Em relação ao primeiro e última medida de coerção, constatou-se no estudo que 50% daqueles que sofreram coerção foram afetados nos primeiros 3 dias de tratamento, enquanto apenas 25% experimentaram sua primeira medida coercitiva após 8 dias. Além disso, dentro de 8 dias, 50% tinham experienciado sua última medida. Eles sugerem que a identificação precoce desses fatores de risco durante o internamento pode permitir intervenções direcionadas, como intervenções psicoterapêuticas específicas ajustadas a um plano de cuidados individualizado.²

Este estudo vai de encontro a outros achados anteriores que descrevem os diagnósticos psicóticos, maníacos/bipolares e psicose por substâncias como de maior gravidade dos sintomas clínicos, nomeadamente sintomas delirantes, falta de insight, alteração do comportamento, para ser um risco a considerar para o exercício da coerção.²

Os investigadores discutem a importância desses resultados para a necessidade do desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção, com o objetivo de reduzir o uso das medidas de coerção no contexto de hospitais psiquiátricos, como o uso de instrumentos

de avaliação do risco logo após a admissão e regularmente pode ajudar a identificar o risco para comportamentos agressivos, bem como as diretivas antecipadas de vontade que permitem ao profissional conhecer e predefinir quais as estratégias de sucesso utilizadas anteriormente. Em suma, além das características clínicas e não clínicas dos pacientes, o estudo mostra que pacientes com episódios maníacos ou psicóticos experimentam a sua primeira e última medida de coerção mais cedo do que outros diagnósticos. E portanto, como a maioria das medidas coercitivas acontece na primeira semana de internamento, devem ser feitos esforços para implementar intervenções no sentido de promover a autonomia do paciente, promover a relação terapêutica, implementar atividades de lazer, e proporcionar ambiente calmo.²

A revisão sistemática de literatura realizada por Chieze⁴, cujo título é “*Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review*”⁴, sugere que alguma da literatura defende que as medidas coercivas são expressamente proibidas, na medida em que violam os direitos da pessoa. Assim sendo, as medidas coercivas são vistas como medidas que infringem os direitos fundamentais (dignidade e integridade) baseados em princípios éticos (beneficência, não maleficência e autonomia). E também porque estas medidas tem uma perceção negativa por parte dos doentes e dos seus familiares, podendo causar danos físicos no doente e, portanto, causar mais dano à pessoa do que benefício. Entre cerca de 25% a 47% das pessoas que experienciaram medidas de coerção estavam presentes os efeitos associados a stress pós-traumático. Ainda de acordo com o mesmo autor este refere que a medida coerciva menos bem tolerada documentada é a contenção, provavelmente devido à ideia de “invasão” do espaço. Esta medida é também associada a sentimentos negativos, aumento do tempo de internamento, quadro de alucinações e até mesmo quadros de TVP (trombose venosa profunda).⁴

A contenção poderá ser mecânica ou física. A contenção mecânica implica a utilização de dispositivos enquanto a contenção física implica apenas uma equipa de saúde a imobilizar manualmente outra pessoa. O conceito de reclusão diz respeito então ao confinamento da pessoa a um quarto (espaço restritivo e sem movéis), isolado de outras pessoas. Estas medidas coercivas nomeadas anteriormente estão frequentemente associadas a sentimentos de punição e de angústia. Da mesma forma estas medidas são utilizadas na sua maioria em quadros de transtornos psicóticos.⁴

No entanto, uma outra parte da literatura defende que poderá haver necessidade do uso das mesmas, contudo, estas deverão ser devidamente justificadas e implementadas em circunstâncias específicas. É assim essencial distinguir os objetivos terapêuticos e de

diagnóstico dos objetivos para a segurança do doente e/ou de outros. Uma das razões mais viáveis para a utilização das medidas coercivas dizem respeito à proteção contra a violência. O descrito anteriormente vai de encontro com o que o autor da revisão em estudo faz referência, defendendo que qualquer que seja a intervenção praticada esta deve-se basear no benefício para o doente, com evidência documentada. No entanto, no que concerne às medidas coercivas a sua eficácia e eficiente ainda é um assunto controverso.⁴

Atualmente, atendendo ao novo paradigma da pessoa portadora de doença mental, são os interesses do mesmo que irão justificar ou decidir o uso ou não das medidas coercivas, em detrimento dos restantes elementos críticos. É por isso importante avaliar a capacidade de decisão da pessoa porque se refere ao princípio da autonomia, e as medidas de coerção vão anular esse efeito. Do mesmo modo, os profissionais concordam com o uso das medidas coercivas em hospitais psiquiátricos, nas situações em que se verifiquem o risco da segurança do doente e/ou para a reconstrução da identidade do mesmo, a longo prazo. E, portanto, estas medidas deverão ser implementadas de forma ética, segura, e após uma avaliação entre outras estratégias, de forma que sejam compreendidas pelo doente e sua família. É de salientar, a importância da relação terapêutica entre doente/família e profissional de saúde para uma posterior melhoria da percepção subjetiva da coerção e assim obter melhores resultados com ganhos em saúde. Contudo, a relação estabelecida entre as partes, se for uma relação terapêutica, irá ser uma ótima alternativa ao uso de medidas limitativas para a pessoa, evitando assim o sofrimento e os sentimentos negativos associadas às mesmas e, portanto, com menos riscos associados.⁴

Por outras palavras, podemos então afirmar, de acordo com os artigos encontrados que, as medidas coercivas são utilizadas em determinadas circunstâncias, devidamente fundamentadas, com base em leis, convenções e regulamentos nacionais, tendo por base as boas práticas dos peritos. Outro aspeto, é a justificação de uma ação à posteriori do doente baseada na observação, por exemplo, na melhoria dos sintomas clínicos. E outra, mas não menos importante, é o possível abuso de poder por parte de outros (familiares e/ou profissionais de saúde).⁴

Existem quatro principais métodos de avaliação da eficácia das medidas coercivas, sendo eles: o modelo da necessidade; o modelo de salvamento de vida; modelo da incompetência e modelo de responsabilidade total. De entre os modelos referidos anteriormente, aquele que mais se adequa à realidade, segundo o mesmo autor, é o modelo de incompetência. Este modelo defende que a pessoa portadora de doença mental necessitando de cuidados de saúde, mas que não possua capacidade de decisão autónoma,

deverá ser tratada coercivamente a sua doença. O autor defende a importância da personalidade, as intenções e a responsabilidade do profissional de saúde na aplicação das medidas em contexto clínico, tornando-as assim aceitáveis ou não, tal como os meios utilizados na aplicação das mesmas. Isto porque a forma como é utilizada pode torná-la inaceitável. De forma breve, o uso das medidas coercivas são limitadas e devem ser o último recurso a utilizar na pessoa portadora de doença mental. Quando não haja outras alternativas o uso destas medidas deverá ser fundamentada, sendo para tal importante o conhecimento prévio para uma tomada de decisão mais acertada e a identificação de todos os elementos éticos na situação, para possível avaliação da sua adequação.⁴

O quarto artigo que utilizamos para a nossa revisão narrativa, elaborado por Pawlowski e Baranowski⁵, denominado “*Personality traits of nurses and organizational climate in relation to the use of coercion in psychiatric wards*”, consiste no relato de um estudo descritivo em que se procurou observar e descrever quais os traços de personalidade do pessoal de enfermagem que mais influenciam o recurso a métodos coercivos. O mesmo estudo teve duração de um ano (doze meses) em seis serviços de internamento psiquiátrico, perfazendo 236 camas. No que concerne aos enfermeiros, foram observados um total de 83 profissionais (6 homens e 77 mulheres), com uma faixa etária entre os 20 e os 58 anos e, com uma média de 7 anos de experiência profissional (com uma variabilidade entre 1 e 39 anos de prática profissional). Para colher a informação, os investigadores utilizaram os registos e notificações do uso de métodos coercivos, e também descrições informais do uso da mesma. Para aferir os traços de personalidade mais prevalentes entre os enfermeiros que iniciavam a coerção como meio de controlar os comportamentos dos pacientes, os investigadores recorreram à aplicação dos questionários *Gough's Adjective Check List (ACL Creative Personality Scale)* (que permite aferir os traços de personalidade mais prevalentes na amostra em estudo) e também à *Kolb's Organizing Climate Questionnaire* (que permite aferir acerca do ambiente de uma determinada organização). Relativamente ao estudo em causa, obtiveram-se os seguintes resultados: os enfermeiros iniciam procedimentos coercivos em 52% das vezes e, 62% dos casos foram os mesmos que iniciaram o processo de tomada de decisão de recorrer ao uso de coerção. Relativamente aos traços de personalidade destes profissionais, aqueles que obtiveram um *score* baixo na escala *ACL Creative Personality Scale* eram mais suscetíveis de utilizarem métodos coercivos em pacientes agressivos ou disruptivos. Estes profissionais são caracterizados como: possuidores de um processo de pensamento muito esquematizado e pouco criativo; mais conservadores e convencionais relativamente a crenças e comportamentos. Por outro lado,

os profissionais que apresentaram um *score* maior na mesma escala, que demonstraram maiores níveis de empatia e criatividade, recorreram menos a medidas coercivas e, observou-se que os pacientes a cargo destes profissionais apresentavam menos agressividade e comportamentos considerados “negativos”. Em relação ao clima profissional, aferiu-se que a percepção que os enfermeiros têm acerca do ambiente de trabalho influencia diretamente o processo de tomada de decisão no que concerne ao uso da coerção, a iniciação no uso de métodos coercivos e a sua participação mais ou menos ativa nos mesmos. Deste modo, os enfermeiros achavam que os seus serviços tinham uma liderança forte e clara, participavam no uso de métodos coercivos, mas, por outro lado, iniciavam o uso de coerção menos vezes. Contrariamente aos enfermeiros que percecionavam a sua liderança como vaga, fraca ou inaceitável, iniciavam o uso de coerção mais frequentemente, mas, por outro lado, tinham mais relutância em participar no uso da mesma (embora acabassem por participar). No fundo, em estruturas organizacionais mais fracas e pouco organizadas, sem papéis de liderança claros ou bem definidos, estão mais vulneráveis ao uso da coerção pelos seus profissionais. Um achado interessante neste estudo é que o mesmo relevou que, os próprios pacientes eram menos agressivos e tinham comportamentos menos disruptivos quando eles próprios percecionavam uma liderança mais clara e estruturada.⁵

Segundo o estudo qualitativo “Perceptions of patient aggression in psychiatric hospitals: a qualitative study using focus groups with nurses, patients, and informal caregivers”⁶ de Valimaki et al.⁶ os grupos de estudo foram as enfermeiras, doentes psiquiátricos e cuidadores informais que visitavam os hospitais psiquiátricos, conclui-se que todos os grupos estudados afirmam que se os enfermeiros forem acolhedores, manifestarem atitudes que revelem ajuda perante os doentes, promoverem maior suporte e conforto bem como maior compreensão, serem pró-ativas na aproximação aos doentes, apresentaram uma comunicação mais eficaz, e promoverem a expressão de sentimentos dos doentes bem como se houver mudanças nas estruturas hospitalares ajudariam a prevenir agressões por parte dos doentes. Conclui-se também que é necessário desenvolver um ambiente terapêutico e uma cultura que direcione atividades com significado durante o período de tratamento bem como é necessário desenvolver atividades de autocontrolo para os doentes.⁶

Ainda neste estudo os enfermeiros vêem os doentes violentos como resultado da doença e acreditam que não se consegue evitar a agressividade dos mesmos e que faz parte do seu trabalho lidar com estas situações. Os doentes por seu lado vêem as condições ambientais como um gatilho bem como as relações interpessoais e uma pobre comunicação com os técnicos como fatores que ajudam a escalar a agressividade.⁶

Por seu lado neste estudo os doentes e familiares criticam o poder e o controlo que os técnicos exercem, consideram ainda que são criados limites desnecessários no controlo do comportamento dos doentes. E ainda encaram que as práticas no controlo da agressividade não são bem aceites pelos doentes, pois escalam a agressividade e consequentemente causando medo e traumatizando os doentes. As medidas de controlo usadas perante a agressividade são agarrar, separar, colocar doentes em contenção e sedá-los quimicamente.⁶

Este estudo concluiu ainda que o ambiente de tratamento só por si pode ser restritivo e aumentar a tensão e agressividade nos doentes. Por outro lado, trabalhar por um longo período num ambiente confinado com elevados níveis de agressividade podem aumentar as atitudes cínicas em relação ao sistema de tratamento afetando o comportamento dos enfermeiros.⁶

Ainda para estes autores os enfermeiros acreditam que os doentes experimentam benefícios terapêuticos com o uso de medidas coercivas, o que leva aos enfermeiros requisitarem mais medidas restritivas na sua intervenção com doentes agressivos.⁶

No estudo exploratório, *“Mental health professionals’s feelings and attitudes towards coercion”*⁷, de Morandi, Silva, Rubio, Bonsack e Golay⁷ o uso de medidas coercivas em psiquiatria tem sido discutido por séculos, uma vez que não respeita os princípios fundamentais biomédicos éticos como autonomia, beneficência e não maleficência e justiça. Segundo estes a literatura médica em psiquiatria advoga que medidas coercivas são usadas no melhor dos interesses para o doente a sua família e para a sociedade. Contudo não existe evidências suficientes para afirmar que o uso de medidas coercivas são eficazes e ajudam clinicamente na estabilização dos doentes. Existe outros estudos que demonstram que a prática de medidas coercivas tem um impacto negativo nos doentes. Mesmo assim a prática de medidas coercivas é usada praticamente em todos os sítios. Estas práticas são baseadas numa cultura institucional em vez de ser baseadas em evidência científica.⁷

Neste estudo é de salientar que 34,6% concorda ou concorda plenamente que a coerção é uma violação dos direitos fundamentais dos pacientes, e 37,6% refere que as medidas usadas não foram aplicadas justamente. Ainda neste estudo afirma-se que apesar da fraca evidência científica uma importante parte dos profissionais concorda ou concorda plenamente que a coerção é indispensável na psiquiatria 42,3%, e que tem benefícios para o doente 35,4%, e que tem um papel terapêutico 47,7% e que não impede a recuperação dos doentes 59,2%.⁷

Os profissionais de saúde quando recorrem a medidas coercivas acreditam que estão a fazer o melhor pelos doentes 56,2% e só uma minoria experiência frequentemente ou muito frequentemente depara-se com um dilema moral 26,9%, contudo 37,7% dos profissionais afirma que o uso deste recurso provoca-lhe stress. Por vezes o uso de medidas coercivas ajuda despoletar a agressividade dos doentes 53,8%, por outro lado a falta de medidas alternativas foi por vezes reconhecida como justificativa para o uso de medidas coercivas 38,5%.⁷

Cerca de 84,6% dos profissionais refere sentir empatia pelos doentes após aplicar medidas coercivas. A maioria dos profissionais refere ter tido tempo para discutir diferentes opções terapêuticas antes de aplicar medidas coercivas 70,7% e 50% refere considerar as preferências dos doentes na aplicação de medidas coercivas e 82,3% afirma ter discutido com os doentes como se sentiram após a aplicação de medidas coercivas, 57,7% referiram não ter dificuldade em decidir quando deverão terminar as medidas coercivas. Ainda segundo este estudo conclui-se que os técnicos com cargos de liderança revêm-se pouco na coerção como uma medida de tratamento. A aplicação de medidas coercivas afeta psicologicamente mais os psiquiatras uma vez que a aplicação destas medidas só pode ser ditada por estes.⁷

Na revisão sistemática *“Nursing Perspectives: Reflecting History and Informal Coercion in De-escalation Strategies”*, segundo Rabenschlag, Cassidy e Steinauer⁸ o não escalar a agressividade define-se como o uso de técnicas incluindo verbais e não verbais, aponta sobretudo para a capacidade de comunicação e de desarmar a fúria e controlar a agressividade. Corresponde a um modo de controlar a agressividade e o comportamento violento de maneira mais humana é mais dignificante e menos coercivo que o uso de intervenções físicas. Por outro lado, salienta-se a importância de como a medicação pode ser usada como parte da estratégia da não escalada da agressividade, mas se refere que não pode ser considerada só por si como uma medida. A não escalada da agressividade implica recorrer a comunicação verbal e expressões físicas de empatia, criar alianças terapêuticas e criar limites sem confrontar, sempre na base do respeito. Em suma a base da não escalada da agressividade é a comunicação, aproximação, possuir qualidades da não escalada da agressividade, avaliação e risco, conseguir ajuda e medidas de contenção como último recurso. Sem nunca esquecer que diferentes tipos de agressão implicam diferentes intervenções.⁸

No estudo qualitativo, *“Measuring Staff Attitudes to Coercion in Poland”*, Jakub Lickiewicz et al.⁹ definem coerção como o uso da força para limitar as escolhas de uma

pessoa, hospitalização involuntária, administração de medicação sem consentimento, recurso ao isolamento e aplicação de restrições mecânicas.⁹

Este estudo usou a seguinte escala, *Staff Attitude to Coercion Scale (SACS)* que contempla 3 subescalas: Coerção como cuidados e segurança, Coerção como medida ofensiva e Coerção como tratamento.⁹

Segundo este estudo, os enfermeiros têm uma atitude diferente sobre o uso das medidas coercivas relativamente aos médicos, uma vez que quem dita as medidas a implementar são os médicos, mas os responsáveis por implementar estas medidas coercivas são os enfermeiros. E por outro lado, os enfermeiros estão mais expostos à violência este fato poderá explicar o motivo de terem uma atitude diferente face ao uso da coerção. Os enfermeiros também acreditam que deviam ser usadas mais medidas coercivas quando comparativamente com os médicos, e como tal são alvos de comportamentos agressivos mais frequentemente que os psiquiatras.⁹

Na Polónia acredita-se que a coerção é uma maneira de lidar com situações perigosas nas alas; bem como acredita-se ser a solução para os doentes severos psiquiátricos do que comparativamente com a Alemanha. Mas a maior diferença entre estes dois países é sobre a violação da integridade do doente em que a Alemanha acredita muito mais que a coerção consiste numa violação do que a Polónia, bem como entendem que o recurso a coerção poderá ser uma falha enquanto a Polónia não partilha da mesma visão.⁹

Neste estudo verificou-se que a Polónia tem uma atitude mais paternalista face aos doentes comparativamente à Noruega e à Alemanha. O que permite inferir que existe diferença cultural entre os países comparados. As principais razões ficam a dever-se a razões económicas (falta de técnicos na Polónia), fatores históricos e de educação (sem programas de não escalada da violência na Polónia) e pelo fato da Polónia ser um país autoritário, apesar de neste momento estar a trabalhar noutros métodos e dar maior importância aos direitos humanos na psiquiatria atual. Por outro lado, a Noruega onde a população tem uma atitude mais normativa e procura o respeito pela autonomia e direitos humanos, estas atitudes poderão refletir-se nos profissionais de saúde.⁹

A atitude dos enfermeiros em relação à coerção poderá prevenir o uso excessivo de contenções mecânicas.⁹

Observando as mudanças nas atitudes dos enfermeiros em relação à coerção e ao seu uso excessivo poderão alertar os superiores hierárquicos para comportamentos indesejados, como o cinismo ou baixo sentido de realização pessoal sobre os doentes, que são indicativos de *burnout*⁹

A falta de conhecimento, o trabalho excessivo e a responsabilidade por aplicar medidas coercivas pode levar aos enfermeiros ao uso excessivo destas medidas. Segundo estes autores o uso de medidas coercivas podem ser a resolução mais simples, mas não será a melhor solução.⁹

DISCUSSÃO DE RESULTADOS:

A partir da análise dos vários artigos utilizados na elaboração da nossa revisão narrativa de literatura, as medidas coercivas têm efeitos nefastos na vida dos utentes: trauma emocional, morte, lesões físicas, desamparo, medo, raiva, recusa a tratamento e quebra na relação (mencionadas em pelo menos três dos estudos analisados). Como forma de reagir a estas medidas, outros três estudos referem que os utentes começam a recusar medicação; recusam a comunicação verbal e quebram a ligação terapêutica.

As medidas coercivas mais utilizadas pelos enfermeiros, mencionadas pelos trabalhos analisados, baseiam-se em medidas de reclusão dos pacientes (exemplificando: o uso de isolamentos ou afastamento dos pacientes para áreas mais resguardadas) mas, por outro lado, as medidas de contenção física (e também mecânica) são ainda amplamente utilizadas. Apesar das questões ético-legais inerentes a esta questão, a verdade é que o recurso à coerção ainda é amplamente utilizado e difundido nas instituições de internamento em psiquiatria e, o seu uso é muitas vezes iniciado pelo pessoal de enfermagem, principalmente em ambientes de trabalho pouco salutareis em que não exista uma liderança clara e organizada. Apesar disso, de acordo com o penúltimo artigo em análise, o perfil dos enfermeiros tem um peso preponderante na sua atitude passiva, ativa ou neutra perante o uso de medidas coercivas em pacientes e, a atitude e crença pessoal destes profissionais influencia diretamente os *outcomes* do uso da coerção em utentes pacientes psiquiátricos. De facto, segundo o mesmo estudo, os enfermeiros mais criativos e empáticos tendem a usar menos qualquer tipo de medidas coercivas, ao passo que enfermeiros com atitude mais conservadora, autoritária e paternalista em relação aos pacientes tendem mais a utilizar medidas coercivas. Adicionalmente, verifica-se que grande parte dos profissionais abordados nos estudos analisados, vêem a coerção como uma violação dos direitos, liberdades e garantias dos utentes internados em contexto psiquiátrico embora, refiram sentimentos de ambivalência perante a sua aplicação (pois muitas vezes creem que estão a fazer pelo melhor face aos recursos disponíveis). Um dos estudos, refere ainda que a hospitalização involuntária, a administração de medicação sem consentimento, o isolamento forçado, razões económicas (falta de material disponível, falta de *staff* disponível), fatores históricos

e educacionais (por exemplo, a menor sensibilização para estas questões) desempenham também um importante papel no acesso a estas medidas.

Os estudos analisados, na sua generalidade, fazem algumas sugestões a aplicar nos serviços pelo pessoal de enfermagem para auxiliar a minimizar estas questões: treino de competências, avaliação do ambiente e risco de uso de medidas coercivas, psicoterapia, reuniões de discussão, diretrizes antecipadas, ajuda intencional, facilitar a expressão de emoções, fomentar a comunicação verbal e não verbal, criação de limites sem confrontação.

Em suma, os enfermeiros recorrem muitas vezes a meios de coerção, sobretudo no que diz respeito à contenção física e ambiental dos utentes em quadros agudos ou agressivos. Apesar de reconhecer que estes métodos constituírem um grave atentado aos direitos humanos, muitas vezes ainda são vistos como um recurso a utilizar. Verificamos ainda que, o perfil dos enfermeiros e os ambientes de trabalho a que estão expostos condiciona o recurso a métodos coercivos. No entanto, reconhecemos a dimensão enorme desta problemática, como um dos artigos analisados refere, uma vez que não há evidência clínica que as medidas coercivas são eficazes no controlo e estabilização, é necessário ter em conta as medidas corretivas propostas para refletir e melhorar a prática clínica quotidiana nestes contextos.

CONCLUSÃO:

Apesar de eticamente discutível, a realidade é que o uso de medidas coercivas ainda é muito visto como uma forma de controlar pacientes psiquiátricos, limitando sobretudo a sua liberdade de movimento. O uso de medidas coercivas em contexto de internamento psiquiátrico encontra-se amplamente difundido a nível global e, a proveniência dos vários estudos utilizados nesta revisão demonstram isso mesmo. Os ambientes de trabalho; as lideranças; o perfil, crenças e traços de personalidade dos enfermeiros impactam diretamente a sua atitude perante o uso de medidas coercivas.

Os estudos e revisões encontradas ilustram de forma perfeita as ilações apresentadas na discussão de resultados e, o objetivo de dar a conhecer as experiências e perspetivas dos enfermeiros perante o uso de medidas coercivas em doentes psiquiátricos (particularmente aqueles internados) foi alcançado pelo grupo.

Em jeito de considerações finais, o grupo crê ainda que é necessário produzir mais conteúdo e evidência científica robusta em contexto nacional e perceber quais as tendências dos profissionais de enfermagem do nosso país perante esta matéria.

Mais se declara que os autores não possuem qualquer conflito de interesses relativo a esta matéria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

⁴Chieze, M., Clavien, C., Kaiser, S., & Hurst, S. (2021). Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.790886>

⁴Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491>

¹Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>

⁹Lickiewicz, J., Husum, T. L., Ruud, T., Siqveland, J., Musiał, Z., & Makara-Studzińska, M. (2021). Measuring Staff Attitudes to Coercion in Poland. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.745215>

²Müller, M., Brackmann, N., Jäger, M., Theodoridou, A., Vetter, S., Seifritz, E., & Hotzy, F. (2023). Predicting coercion during the course of psychiatric hospitalizations. *European Psychiatry*, 66(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.3>

⁵Pawłowski, T., & Baranowski, P. (2017). Personality traits of nurses and organizational climate in relation to the use of coercion in psychiatric wards. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 287–292. <https://doi.org/10.1111/ppc.12236>

¹⁰PORTUGAL. Assembleia da República. (24 de Julho de 1988). Lei n.º36/98. *Diário da República n.º169, I Série*

⁸Rabenschlag, F., Cassidy, C., & Steinauer, R. (2019). Nursing Perspectives: Reflecting History and Informal Coercion in De-escalation Strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00231>

¹Silva, M. R., Antunes, A. P., Azeredo-Lopes, S., Loureiro, A., Saraceno, B., Caldas-De-Almeida, J. M., & Cardoso, G. (2021). Factors associated with involuntary psychiatric hospitalization in Portugal. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00460-4>

³Szmukler, G. (2015). Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry*, 14(3), 259–261. <https://doi.org/10.1002/wps.20264>

⁶Välimäki, M., Lantta, T., Lam, Y. T., Cheung, T., Cheng, P. W., Ng, T., Ip, G., & Bressington, D. (2022). Perceptions of patient aggression in psychiatric hospitals: a

qualitative study using focus groups with nurses, patients, and informal caregivers. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03974-4>

APÊNDICE F- CERTIFICADOS CONGRESSOS



Conferimos o presente certificado:

FÁTIMA CALDEIRA

por sua participação no **V Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental**, promovido pelo **CENAT** (Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas), realizado online.

21, 22 e 23 de março de 2024

Carga horária: 30 horas

Pablo Felipe S. Valente
Pablo Felipe S Valente
Coordenador Nacional

Paul Baker
Paul Baker
Coordenador Internacional

REALIZAÇÃO:
CENAT

APOIO:
IMHCN

Acesse <https://doity.com.br/validar-certificado> para verificar se este certificado é válido. Código de validação: 9RH09U0B

Evento: **V Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental**

Local: **Evento online**

Data: **21/03/2024 - 23/03/2024**

Participante: **Fátima Caldeira**

Programação:

21/03/2024 - 09:00 - Palestra: As pessoas em sofrimento psíquico são bem-vindas em espaços públicos?

Palestrante: Cris Lopes

21/03/2024 - 14:00 - Palestra: Projeto de inovação social na saúde mental em Lisboa: Arte sem preconceito[...]

Palestrante: Catarina Gomes (Portugal)

21/03/2024 - 16:50 - Palestra: Abordagem de Nise da Silveira no Cuidado em Saúde Mental

Palestrante: Walter Melo (UFSJ)

22/03/2024 - 10:40 - Mesa-redonda: A Implementação do Diálogo Aberto para psicose em Minas Gerais e e[...]

Palestrantes: Thiago Magela e João G. Pereira (Portugal)

22/03/2024 - 15:30 - Mesa-redonda: CAPS I e o desafio do cuidado em saúde mental em municípios de pequ[...]

Palestrantes: Carla Salaroli e Sônia Romeiro

23/03/2024 - 08:50 - Palestra: A Expertise dos/as usuários/as em saúde mental

Palestrante: Martijn Kole (Holanda)

23/03/2024 - 14:00 - Mesa-redonda: A experiência de Ouvir Vozes

Palestrantes: Luciane Kantorski (UFPEL), Luana Ribeiro Borges (UNIPAMPA) Roberta Machado (IFRS)

21/03/2024 - 10:40 - Palestra: Saúde mental, cultura e subjetividade: Processos históricos, desafios e[...]

Palestrante: Daniel Goulart (UNB)

21/03/2024 - 15:30 - Palestra: Como a Violência Urbana tem impacto na saúde mental dos seus moradores

Palestrante: Omar Bravo (Colômbia)

22/03/2024 - 09:10 - Palestra: Como implementar a Recovery em Saúde Mental

Palestrante: Paul Baker (Inglaterra)

22/03/2024 - 14:00 - Palestra: Um Novo Olhar na Avaliação

Palestrante: Marcelo Kimati (UFPR)

22/03/2024 - 17:00 - Palestra: Precisamos falar sobre a saúde mental do profissional da saúde

Palestrante: Helena Cortes (UFSC)

23/03/2024 - 10:10 - Mesa-redonda: Guerra às drogas e redução de danos

Palestrantes: Tadeu de Paula (UFRGS) e Andreia Alves (CRESCER - Portugal)

23/03/2024 - 15:40 - Palestra: Diversidade e o processo de inclusão social

Palestrante: Claudio Mann (FIOCRUZ/IPUB/UFRRJ)

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Catarina Maria Pereira da Conceição

apresentou a Comunicação Oral de temática livre “Perceção dos Enfermeiros sobre a Coerção em Psiquiatria: Revisão Narrativa da Literatura”, da autoria de Catarina Conceição; Ezequiel Domingos; Fátima Caldeira; Sandra Castro; Paula Baptista; Tiago Casaleiro; Bruno Santos & Tânia Lourenço, no Concurso de Comunicações Oraís de temática livre, inserido no XIV Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema “Saúde Mental: uma prioridade para todos”, realizado de 18 a 20 de Outubro de 2023 em Évora, Portugal.

Porto, 20 de Outubro de 2023

P'la Comissão Científica



O Presidente do Congresso



**A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CERTIFICA-SE QUE FÁTIMA SOFIA FREITAS CALDEIRA, NATURAL DE PORTUGAL, ,
NASCIDO A 1997-07-17, NACIONALIDADE PORTUGAL, GÉNERO FEMININO, PORTADOR
(a) DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 14497187, FREQUENTOU NO(S) DIA(S):

17-05-2024

A AÇÃO DE FORMAÇÃO, COM A DURAÇÃO TOTAL DE 8.5 HORAS, DESIGNADA DE

"IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM - ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL A PAR COM O FUTURO - ONLINE"

Matosinhos, 17 de maio de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada



Doutor Jorge Oliveira

Certificado nº 3907/24 De acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Rua Dr. Eduardo Torres - 4484-513 Senhora de Hora
Geral: 229 391 000
ca@ulsm.min-saude.pt | www.ulsm.min-saude.pt

Contribuinte nº 505 351 950



ESTRUTURA CURRICULAR

Programa - IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM - ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL A PAR COM O FUTURO - ONLINE	Horas
08H30 Abertura de Secretariado 09h30 Sessão de abertura Enf^ª Eduarda Barros Prof. Doutor Carlos Sequeira Enf^º Diretor Renato Barros 10h00 Mesa 1 Saúde Mental integrada na comunidade Moderadora Enf^ª Rita Costa Equipas Comunitárias de Saúde Mental Enf^ª Joana Alves Determinantes de Saúde Mental na população de Matosinhos Dr. Carlos Mouta A integração da Saúde Mental nas equipas de saúde familiar Prof^ª Dra. Raquel Braga e Enf^º Pedro Neves 11h15 Coffee Break 11h45 Mesa 2 Os primeiros passos para a Saúde Mental Moderadora Enf^ª Cecília Arieira A importância da promoção da literacia emocional na primeira infância Enf^ª Verónica Pereira Desafios na Adolescência Enf^º André Maravilha Identidade de género/sexualidade Dra. Catarina Marques 12h45 Almoço 14h30 Conferência Sexualidade e Saúde Mental Enf^º Hélder Lourenço Moderadora Enf^ª Sónia Mendes 15h00 Momento cultural AFUA 15h30 Mesa 3 - Enfermagem de Saúde Mental na diversidade de contextos Moderador Enf^º Sérgio Pimenta Saúde Mental positiva dos cuidadores informais da pessoa com demência Enf^ª Sofia Garrido Care_4 Emotions: competências emocionais do cuidador da pessoa com esquizofrenia Prof^ª Doutora Ana Teixeira Psiquiatria de ligação na ULS Matosinhos Enf^ª Susana Magalhães Intervenções psicoterapêuticas: Reestruturação cognitiva Prof. Bruno Santos 17h00 Sessão de Encerramento e entrega de prémios Enf^ª Graça Farelo Enf^ª Margarida Filipe Enf^ª Amélia Tomás	8.5 horas

APÊNDICE G – CERTIFICADO E POSTER “ONCO SUMMIT”

O PRIMEIRO CONGRESSO DE
**ONCOLOGIA E
ESTILO DE VIDA**

**onco
summit**

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o poster **“Construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do coping na pessoa com doença oncológica: Protocolo de Projeto de Investigação”**, com autoria de **Ana Pereira, Sofia Caldeira, Sofia Camacho, Bruno Santos e Tânia Lourenço**, foi apresentado no OncoSummit - 1º Congresso de Oncologia e Estilo de Vida, realizado nos dias 10, 11 e 12 de maio de 2024.

APOIOS CIENTÍFICOS:



Associação Nacional das Farmácias

AIM *es/o*
EUROPEAN SOCIETY OF LIFESTYLE ONCOLOGY

www.esloncology.com
www.aimcancercenter.com

CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA PSICOTERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DO COPING NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Pereira, Ana¹; Caldeira, Sofia²; Camacho, Sofia³; Santos, Bruno⁴; Lourenço, Tânia⁵

¹ Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, EPERAM); ² Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeira no SESARAM, EPERAM; ³ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no SESARAM, EPERAM; ⁴ Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa - Alto Tâmega; ⁵ Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde São José Cluny; Investigadora Integrada do CINTESIS@RISE

INTRODUÇÃO

O distress no doente oncológico tem uma prevalência clinicamente significativa na ordem dos 50%^a afetando o modo como a pessoa enfrenta a doença, os tratamentos e os seus efeitos secundários^c, impactando negativamente na sua qualidade de vida e bem estar. As intervenções psicoterapêuticas e psicossociais que visam facilitar a adaptação e minimizar o distress são consideradas, um claro indicador de qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde a esta população^a. Com base nestas evidências a R.A.M implementou em 2021 um programa de intervenção comunitária que compreende a implementação da Consulta de Enfermagem de Apoio Emocional às Pessoas com Doença Oncológica (CAEDO) o qual enfatizou a necessidade deste estudo que tem como objetivo principal a construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do coping na pessoa com doença oncológica, de modo a estruturar e sistematizar as intervenções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica que realizam esta consulta e que possa também contribuir para outros estudos científicos na área ou até ser replicado noutros contextos.

METODOLOGIA

1ª FASE

SCOPING REVIEW

Objetivo: Mapear e analisar a evidência científica assente na intervenção do enfermeiro na promoção do coping na pessoa com doença oncológica.

Crítérios de Inclusão: Estudos publicados entre 2/2019 a 2/2024

(P) População: Estudos sobre adultos com doença oncológica independentemente da do tipo de cancro e/ou estadió doença;

(C) Conceito: Estudos que abordem intervenções ou programas de enfermagem promotores do coping independentemente da tipologia das intervenções. **(C) Contexto:** Sem qualquer limitação do contexto de intervenção.

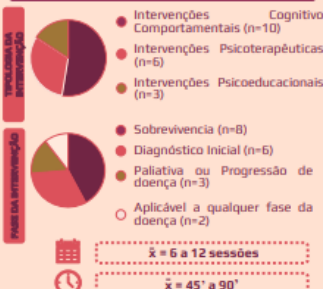
Metodologia: Recurso ao modelo PRISMA-ScR de JBI com pesquisa direta nas bases de dados: CINAHL Ultimate®, MediciLatina®, MEDLINE®, Library Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Library® via EBSCOhost Web® e ainda artigos provenientes da literatura cinzenta.

n = 1537 artigos obtidos

Extraídos para análise n=19

RESULTADOS

Preliminares da 1ª fase do estudo



2ª FASE

ESTUDO EXPLORATÓRIO QUALITATIVO

Objetivo: Explorar a estrutura e conteúdo a considerar na elaboração de um programa psicoterapêutico de enfermagem, promotor do coping na pessoa adulta com doença oncológica na fase do diagnóstico.

Metodologia: Estudo exploratório qualitativo com recurso a técnica de grupo focal para recolha de dados.

Grupo Focal com Utentes (n=8):

Seleção dos participantes efetuada por entidade externa com recurso à amostragem "bola de neve".

Crítérios de Inclusão:

- Amostra representativa de ambos os sexos;
- Pelo menos um utente na faixa etária dos 18 – 35 anos;
- Pelo menos um utente na faixa etária dos 36 – 55 anos;
- Pelo menos um utente na faixa etária 55 anos ou mais;
- Pelo menos três utentes com diagnóstico diferente.

Grupo Focal com Peritos (n=11) :

Amostragem intencional não probabilística para seleção dos enfermeiros com o título de especialista atribuído pela OE e pelo menos 1 dos seguintes critérios:

- Detentor de mestrado ou doutoramento;
- Exercer atividade profissional com utentes com doença oncológica, há pelo menos cinco anos;
- Exercer atividade letiva no âmbito da adaptação à doença e/ou gestão da doença, há pelo menos 5 anos;
- Realizado trabalho de investigação na área da adaptação/ gestão da doença oncológica ou na área da intervenção psicoterapêutica.

Análise e Interpretação dos dados: Será efetuada mediante utilização de software apropriado seguindo-se uma categorização apriorística que permitirá a interpretação dos dados. O presente protocolo de investigação obteve o parecer favorável de uma Comissão de Ética (Nº002/2023).

RESULTADOS

Preliminares da 2ª fase do estudo

Prevê-se ter resultados preliminares do estudo no segundo semestre de 2024, os quais fornecerão evidências sobre a estrutura e conteúdo de um programa piloto de intervenção psicoterapêutica, que prevê facilitar a aceitação ao processo patológico e capacitar para uma adaptação eficaz.

CONCLUSÃO

A divulgação deste protocolo de investigação é fundamental para promover a transparência e a reprodutibilidade do estudo, evitando viés e duplicação de esforços, facilitando a revisão por pares e promovendo a qualidade da investigação.

REFERÊNCIAS



APÊNDICE H– UM ESTUDO DE CASO: CANCRO DA MAMA

O cancro da mama é um tumor maligno que se origina nas células da mama. Embora possa afetar pessoas de ambos os sexos, a grande maioria dos casos diagnosticados ocorre em mulheres. Segundo a American Cancer Society (1998) e Schottenfeld e Fraumeni-Jr. (2006), este é o tipo de neoplasia mais comum em todo o mundo. De acordo com Bastos, Barros e Lunet (2007), o cancro da mama apresenta a maior taxa de incidência em Portugal, sendo também a forma de cancro mais prevalente entre as mulheres. A mama é considerada um dos principais símbolos de feminilidade, conforme mencionado por Teixeira (2008), e a sua ausência pode ter um impacto significativo na autoimagem e na percepção da mulher sobre si mesma.

Esta é uma doença que assume particular relevância pela prevalência do cancro da mama, segundo dados consultados na GLOBOCAN, no ano de 2022, em Portugal com incidência de 12,9%. Além disso, esta doença tem uma multiplicidade de efeitos adversos, alguns dos quais incluem a queda de cabelo, que pode ser um fator de diminuição da autoestima (quimioterapia); fatores como a sonolência, a fadiga e o mal-estar geral, que podem levar a um desinteresse geral (radioterapia); menopausa precoce, disfunção sexual, afrontamentos e secura vaginal, osteoporose e alterações endometriais (terapia hormonal), que podem ter efeitos na função sexual (Gradim, 2005).

A imagem corporal, a autoestima, a sexualidade e a qualidade de vida global de uma mulher são significativamente influenciadas por todos estes elementos, que, por sua vez, têm um impacto significativo na forma como ela vivência a doença. A importância da investigação que tem de ser realizada é ainda mais realçada pelo facto de permitir compreender os efeitos que a mastectomia tem nas mulheres e reconhecer os fatores que têm de ser tidos em consideração no tratamento e na reabilitação das doentes com cancro da mama após o procedimento.

Por outro lado, não há dúvida de que o cancro da mama tem uma enorme influência na vida das mulheres. As novas circunstâncias que surgirão como resultado desta doença exigirão que as mulheres se reajustem, que façam mudanças na sua vida pessoal, familiar e sexual. É uma doença que afeta as mulheres e as suas famílias através das novas circunstâncias que vão surgir. A auto-percepção, a autoestima e a saúde mental da mulher são significativamente afetadas pelo cancro da mama, segundo Sendersky et al. (2002).

O cancro da mama também tem um impacto significativo na saúde e na

funcionalidade geral da mulher. O facto de se tratar de uma doença que produz alterações no funcionamento biopsicossocial, o que obriga a um reajustamento das experiências intrapsíquicas, é algo que deve ser tido em consideração. Por um lado, é uma doença que tem potencial para resultar em morte e, por outro, é uma doença altamente estigmatizante, sobretudo para a doente pelo facto de ser do sexo feminino (Dias et al., 2001).

Como salientam Faria e Xarepe (2000), a mama transporta consigo um significado simultaneamente social e pessoal e é um órgão privilegiado do Ser Mulher. Se por um lado a mama é o órgão pelo qual a mulher amamenta, representando a maternidade, por outro lado é um indicador sexual, permitindo observar a excitabilidade no relacionamento sexual. O cancro da mama é visto como uma ameaça à integridade física da mulher e à vivência da sua feminilidade e por estas razões, é vivenciado com sofrimento, com sentimentos de inferioridade, rejeição e perda de autoestima (Ramos & Patrão, 2005).

No percurso de saúde mental de uma mulher submetida a mastectomia, o impacto na sua autoimagem, autoestima e sexualidade é profundo, e a nossa intervenção enquanto enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria deve ter em conta a centralidade emocional e simbólica da mama.

A mama, para além de ser um órgão biológico, tem significados culturais e afetivos que influenciam diretamente a identidade feminina. Como salientam autores como Dias et al. (2002), o cancro da mama afeta profundamente o funcionamento biopsicossocial da mulher, impondo uma necessidade de adaptação das suas vivências, uma vez que se trata de uma doença potencialmente mortal, com tratamentos agressivos que podem deixar marcas físicas e psicológicas irreversíveis.

Neste contexto, o papel do enfermeiro especialista vai para além do tratamento físico, englobando a recuperação da saúde mental, a gestão do sofrimento e a adaptação à nova realidade.

Ao longo do acompanhamento da mulher submetida a cirurgia, o enfermeiro especialista deve ajudá-la a desenvolver estratégias *de coping* para lidar com as profundas alterações na sua autoimagem e com o impacto emocional que a mastectomia pode ter. *Coping* refere-se às estratégias que uma pessoa utiliza para lidar com situações stressantes e, neste caso, a mulher enfrenta não só a perda física, mas também a perturbação da sua feminilidade e identidade sexual.

O seio feminino, como refere Silva (2008), é um símbolo de acolhimento e nutrição, tanto física como emocional, o que torna a sua perda ainda mais significativa e pode pôr em causa a perceção que a mulher tem do seu papel de mãe e esposa. A intervenção do

enfermeiro especialista deve, pois, ser sensível à complexidade emocional e cultural que envolve a perda da mama.

No apoio às mulheres, o EE deve atuar de forma psicossocial, oferecendo intervenções que ajudem a mulher a reformular a sua relação com o seu corpo. A perda da mama é muitas vezes sentida como uma perda de sedução e atratividade, o que pode comprometer a autoestima e pôr em causa a relação da mulher com o seu companheiro. Como refere Teixeira (2008), o peito da mulher tem uma função erótica e simboliza culturalmente o desejo e a confiança. Neste sentido, o EE deve ajudar a mulher a redescobrir formas de intimidade e sexualidade, trabalhando para que a doente não seja reduzida à sua aparência física.

É também essencial envolver a família e o parceiro no processo de recuperação emocional. O apoio familiar é fundamental para que a mulher consiga ultrapassar as suas dificuldades emocionais. A psicoeducação da família e do parceiro sobre o impacto emocional da mastectomia é uma competência essencial do enfermeiro especialista. Muitas vezes, o parceiro também está a lidar com as suas próprias dificuldades ao ver a sua companheira passar por uma experiência tão traumática. O EE deve, portanto, promover o diálogo e a compreensão, ajudando a restabelecer a intimidade e a comunicação entre o casal.

Uma das dimensões fundamentais do trabalho do enfermeiro especialista em saúde mental é a promoção da autonomia e da autodeterminação do doente. Ao longo do processo de adaptação, é importante que a mulher tenha um papel ativo nas decisões que afetam a sua vida e o seu corpo. De acordo com Dias et al. (2002), o prognóstico incerto e os tratamentos agressivos associados ao cancro da mama podem provocar um sentimento de perda de controlo, que só pode ser minimizado se a mulher for incluída nas decisões terapêuticas. O papel do enfermeiro especialista é, pois, o de promover a participação ativa da mulher, reforçando a sua confiança e ajudando-a a recuperar o sentido de controlo sobre a sua vida e o seu corpo.

Outro ponto fulcral na recuperação emocional da mulher em vivência deste processo oncológico é a reconstrução da sua autoimagem. A mama, como refere Silva (2008), é um símbolo de feminilidade e maternidade, mas também de sensualidade. A perda da mama pode perturbar esta imagem, sendo comum a mulher sentir que a sua identidade como mulher ficou comprometida. Neste sentido, a intervenção psicoterapêutica e psicossocial do enfermeiro especialista deve centrar-se em ajudar a mulher a reformular a sua autoimagem, promovendo uma aceitação gradual das alterações do seu corpo e reforçando a sua autoestima.

Para além da reconstrução da autoimagem, a intervenção do enfermeiro especialista deve incidir sobre o impacto da mastectomia na sexualidade feminina. A mama feminina, como salienta Teixeira (2008), é um símbolo erótico de desejo. Muitas mulheres têm dificuldade em aceitar o seu corpo após a mastectomia, o que pode pôr em causa a sua sexualidade. O enfermeiro especialista deve ajudar a mulher e o seu companheiro a encontrar novas formas de intimidade e a redescobrir a sua sexualidade, incentivando uma comunicação aberta e honesta sobre as mudanças que a mastectomia impôs.

Ao longo do ciclo de vida, o impacto da mastectomia pode variar, e as mulheres podem enfrentar diferentes desafios emocionais e psicossociais em alturas diferentes. Cabe ao enfermeiro especialista estar presente em todas essas fases, oferecendo apoio contínuo e ajustando as intervenções de acordo com as necessidades da paciente. A mastectomia não é um acontecimento isolado, mas sim um processo que envolve múltiplas fases de adaptação e recuperação. A intervenção do enfermeiro especialista deve ser holística, envolvendo não só a doente, mas também a sua família, e promovendo a recuperação da saúde mental em todas as suas dimensões.

Finalmente, os cuidados à mulher com patologia mamária devem ser multidisciplinares. O trabalho do enfermeiro de saúde mental deve ser integrado num plano de cuidados mais alargado que envolva outros profissionais de saúde, como oncologistas, cirurgiões e fisioterapeutas. A colaboração entre as diferentes áreas da saúde é essencial para garantir que a mulher receba cuidados integrados e centrados nas suas necessidades.

Em conclusão, o papel dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria nos cuidados à mulher com patologia mamária é fundamental para promover a recuperação emocional e a adaptação à nova realidade. A mama, como símbolo de feminilidade, maternidade e sexualidade, é central na identidade da mulher, e a sua perda afeta profundamente a autoimagem e a autoestima. O EE, com base nas competências descritas no *Regulamento 515/2018*, deve prestar cuidados psicoterapêuticos, psicoeducativos e psicossociais, ajudando a mulher a desenvolver estratégias *de coping*, a reformular a sua autoimagem e a redescobrir a sua sexualidade, através de uma abordagem centrada na pessoa e envolvendo a família, contribuindo para a recuperação da saúde mental e para a reintegração plena da mulher na sua vida familiar, social e profissional.