



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para Doentes Oncológicos - Intervenção Especializada em Enfermagem

Carlos Miguel Miranda Ferra

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para Doentes Oncológicos - Intervenção Especializada em Enfermagem

Carlos Miguel Miranda Ferra

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Conceção de um programa de saúde mental positiva para doentes oncológicos - intervenção especializada em enfermagem

Carlos Miguel Miranda Ferra

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Júri:

Presidente: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Doutorada em Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Arguente: Jorge Salvador Pinto de Almeida (Doutorado em Ciências da Vida – Saúde Mental)

Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador: Raul Alberto Carrilho Cordeiro (Doutorado em Ciências e Tecnologias da Saúde)

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Data: 21/09/2020

“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

A realização deste relatório de estágio contou com importantes apoios sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei sempre eternamente grato.

Primeiramente uma saudação especial ao Professor Doutor Raul Cordeiro, pela sua orientação, total apoio e disponibilidade, pelas suas opiniões e críticas, bem como a sua total colaboração no solucionar dúvidas e problemas que foram naturalmente surgindo e por todas as palavras de incentivo.

Aos meus colegas, quero agradecer-lhes os momentos, magníficos, que passámos. Agradeço o bom convívio, as boas discussões e o sentimento de companheirismo que sempre nos acompanhou ao longo desta etapa, tornaram esta caminhada sem dúvida menos sinuosa.

Um obrigado também bastante sentido à Enfermeira Luísa da Conceição Barrão Narciso, por todos os ensinamentos e palavras de apreço.

Aos meus Pais por serem modelos de coragem, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amizade e suporte fundamental para crescer enquanto homem.

À Andreia a quem desmedidamente retirei muita atenção, ao seu encorajamento constante valorizando o meu potencial, nos momentos mais difíceis, a todo o ânimo que pacientemente me soube dar e sobretudo ao seu Amor sem reservas.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

Título em Português: Conceção de um programa de Saúde Mental positiva para doentes oncológicos – Intervenção Especializada em Enfermagem

Resumo: Segundo o National Comprehensive Cancer Network (NCCN) dos Estados Unidos da América, aproximadamente um terço dos doentes com cancro desenvolve algum tipo de perturbação emocional, e destes, apenas cerca de 5% recebe suporte psicológico (NCCN, 2016). O conceito de Saúde Mental Positiva (SM+) surge como parte integrante da saúde global da pessoa. A terminologia ‘positiva’ pretende considerar a promoção de ações no sentido de reforçar e potenciar a saúde mental na sua generalidade. (Lluch, 2008). Baseado nos estudos do Modelo Multifatorial de Teresa Lluch (1999), foi proposto para o presente trabalho a conceção de um Programa Promotor de SM+ no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica direcionado para o doente oncológico, com a duração prevista de 7 semanas, com a finalidade de promover e melhorar a sua SM+ com a intencionalidade de melhorar as respostas ao tratamento quimioterapêutico. O relatório baseia-se na Metodologia de Projeto e recorreu-se à Revisão Integrativa da Literatura para reunir evidência científica e elaborar uma proposta de cuidado acerca do fenómeno. Resulta que as intervenções por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica passam fundamentalmente pela Psicoeducação e Suporte emocional do doente com cancro, proporcionando-lhes uma melhoria significativa, no alívio de sintomas depressivos e ansiedade, bem como na efetividade do tratamento do cancro.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Intervenções de Enfermagem, Cancro, Emoções, Gestão.

Abstract

Title in English – Designing a positive Mental Health program for cancer patients - Specialized Nursing Intervention

Abstract: According to the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) of the United States of America, approximately one third of cancer patients develop some type of emotional disorder, and of these, only about 5% receive psychological support (NCCN, 2016). The concept of Positive Mental Health (SM +) appears as an integral part of a person's global health. The 'positive' terminology intends to consider promoting actions in order to reinforce and enhance mental health in general. (Lluch, 2008) Based on the studies of the Multifactorial Model by Teresa Lluch (1999), it was proposed for the present work the design of a Program for Promoting SM + within the scope of Mental Health Nursing directed to the oncological patient, with the duration scheduled for 7 weeks, with the purpose of promoting and improving your SM + with the intention of improving responses to chemotherapeutic treatment. The report is based on the Project Methodology and the Integrative Literature Review was used to gather scientific evidence and elaborate a care proposal about the phenomenon. It turns out that interventions by the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing essentially pass through Psychoeducation and Emotional Support of the cancer patient, providing them with a significant improvement, in the relief of depressive symptoms and anxiety, as well as in the effectiveness of the treatment of the cancer.

Key words: Mental health, Nursing interventions, Cancer, Emotions, Management

Índice de Figuras

Figura 1 – Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis (2010)	15
Figura 2 – Modelo Multifatorial de SM+ de Teresa Lluch.....	18
Figura 3 – Fluxograma do Processo de constituição da amostra.....	26
Figura 4 – Definição dos fatores do Modelo Multifatorial de SM+ (Sequeira et al., 2014).....	31
Figura 5 – Associação aos Focos CIPE (Baseado em CIE, 2015)	32

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Classificação dos artigos incluídos por nível de evidência e qualidade metodológica.....	27
Tabela 2 - Distribuição dos fatores correspondentes a cada pergunta do QSM+.....	32

Abreviaturas

APA - American Psychological Association

CDT – Consulta de Decisão Terapêutica

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

JBI - Joanna Briggs Institute

Mesh – Medical Subject Headings

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE – Processo de Enfermagem

PICO - (JBI, 2015), significando: *patient* (utente), *Intervention* (Intervenção), *Comparison* (Comparação) e *Outcome* (Resultado).

p.- Página

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SM – Saúde Mental

SM+ - Saúde Mental Positiva

TCC - terapia cognitiva comportamental

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
1. O CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL - CONTRIBUTOS DO MODELO DE AFAF MELEIS NA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	14
2. DO CONCEITO DE SM+ À GESTÃO DE EMOÇÕES.....	17
3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	22
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	
4. GESTÃO DE EMOÇÕES DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	24
PARTE III - PROGRAMA PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL	
5. O PROGRAMA DE SM+ PARA DOENTES ONCOLÓGICOS.....	29
PARTE IV- ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS	
6. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	33
6.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	35
6.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	39
6.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÀREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	65
APÊNDICES.....	72
Apêndice I – Revisão Integrativa da Literatura.....	73
Apêndice II - Programa de Saúde Mental Positiva para Doentes Oncológicos	79

ANEXOS	99
Anexo I - Questionário de Saúde Mental Positiva de Teresa Lluch	100

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular - Relatório do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação, ramo de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado pela Associação de Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Portalegre, Castelo Branco, Beja e Setúbal e a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora integrada na Universidade de Évora, apresentamos o Relatório de estágio intitulado por “Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para Doentes Oncológicos - Intervenção Especializada em Enfermagem”.

A nossa proposta para o presente trabalho passa pela conceção de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva (SM+) no âmbito de enfermagem de saúde mental direcionado para o doente oncológico a receber tratamento em Hospital de Dia. Reiterando uma das Metas de saúde para 2020 do Programa Nacional para a Saúde Mental (2017) que pretende aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, desenvolvidos pelo PNSM, pode-se ainda ler no documento redigido pela DGS que este objetivo pode passar pelo desenvolvimento de ações de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental. Como tal foram elaborados os seguintes objetivos para este relatório:

1. Apresentar o Relatório de estágio do Mestrado enquanto elemento de avaliação da unidade curricular, com recurso a discussão em prova pública;
2. Refletir sobre a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) no âmbito do Cuidado de Enfermagem de gestão de emoções na pessoa com patologia oncológica;
3. Relatar reflexivamente a aquisição de competências como EESMP, ao longo do Mestrado em Enfermagem e no decurso dos Estágios I e Estágio Final.
4. Propor um programa de enfermagem em SM+ para doentes oncológicos baseado no Modelo Multifatorial de Teresa Lluch (1999);

Entende-se a SM+ como um estado de funcionamento ótimo do ser humano, o que salienta a importância da promoção das qualidades da pessoa na otimização do seu potencial (Lluch, 2003).

Desde esta perspetiva positiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem definido a Saúde Mental como um estado de bem-estar, na qual os indivíduos reconhecem as suas habilidades, são capazes de enfrentar o *stress* normal do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade (Herman, et al. 2005). A avaliação dos aspetos positivos da Saúde Mental (SM) constitui-se como um recurso determinante para a promoção da saúde das pessoas, privilegiando-se um modelo de SM+, em detrimento de um modelo centrado na doença (Lluch et al, 2008). A SM+ pode ser definida como um valor em si (sentir-se bem) ou como uma capacidade para perceber, compreender e interpretar o meio, para se adaptar e alterá-lo, se necessário, para pensar e comunicar com os outros (Lehtinen, 2004). Os investigadores da área da SM têm manifestado muito interesse na forma como a saúde pode ser influenciada pelas dimensões positivas das experiências de integração social, autoeficácia, o controle percebido e ainda entre outros, conseguindo inclusive obter melhorias significativas, na transição saúde-doença, sempre que estes componentes se mantêm num estado ótimo ao longo do tratamento. Ora nos últimos anos, os conceitos da SM+, leia-se o efeito positivo, o bem-estar e o benefício, têm sofrido uma valorização crescente na área da investigação em saúde. Visto de uma perspetiva autogénica, as variáveis promotoras de Saúde Mental assumem uma importância acrescida, na qual se entende a SM como indicador de integração e adaptação (Sequeira, et al. 2014).

Um outro fator, que tem também, vindo a ser cada vez mais valorizado e estudado como uma determinante fundamental do ajustamento dos doentes com doença crónica, tem sido o suporte proporcionado pelos profissionais de saúde que acompanham o doente ao longo de todo o processo de gestão da doença. Este suporte pode acontecer de múltiplas formas, porém a evidência científica demonstra que os sintomas de ansiedade e de depressão são frequentes na doença oncológica em geral (Ostacoli et al., 2014), podendo com relativa facilidade atingir níveis de perturbação emocional, a qual interfere invariavelmente no processo de recuperação e qualidade de vida do doente, logo o cerne desse suporte tem necessariamente de passar pelo despiste de perturbação emocional e o seu respetivo tratamento, que tal como (Pirl et al., 2014) verificou ter repercussões positivas no tratamento do doente com cancro mesmo em diferentes fases da doença.

Assim o presente relatório está dividido em quatro partes. Na primeira parte encontra-se o enquadramento teórico onde são abordados os conceitos mais pertinentes para este relatório, como Enfermagem de saúde mental, doente oncológico, Gestão de Emoções, Saúde Mental Positiva e a necessidade de um programa promotor nesta etapa da vida.

Na segunda parte temos o enquadramento metodológico, tratando-se de um trabalho baseado na metodologia trabalho de projeto, onde será apresentada e analisada, uma revisão integrativa da literatura, com o fundamento de criar a sustentação e o devido suporte técnico científico, para a necessidade de criar um programa de promoção em SM. Na terceira parte é dado a conhecer o Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em doentes oncológicos. E finalmente na quarta parte serão escrutinadas minuciosamente todas as competências comuns adquiridas do enfermeiro Especialista, Especificas do EESMP e claro as competências do Enfermeiro Mestre em SM.

A redação deste relatório é elaborada segundo o novo acordo ortográfico e tendo como base estrutural os elementos preconizados na 6.^a edição do Manual de Publicação da American Psychological Association [APA] (2012; 2013),

PARTE I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. O CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM AO DOENTE ONCOLÓGICO - CONTRIBUTOS DO MODELO DE AFAF MELEIS NA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Para enquadrar o processo vivenciado pelas pessoas com doença oncológica, com a intervenção de enfermagem necessária, foi escolhido como referencial teórico, a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis: a Teoria das Transições. A teoria das transições providencia uma lente através da qual o fenómeno de enfermagem relacionado com transições pode ser visto de forma compreensiva e sistemática (Im, 2011). Uma vez que esta teoria permite aos enfermeiros uma melhor compreensão das pessoas, nomeadamente nas situações de transição que vivenciam.

O termo “Transição” inclui tanto as continuidades como as discontinuidades nos processos de vida enquanto seres humanos. As transições estão naturalmente relacionadas com a mudança e com o desenvolvimento, sendo dessa forma, temas altamente pertinentes para a disciplina de Enfermagem. As transições são fundamentalmente caracterizadas por aqueles períodos entre diferentes estados, em que a pessoa está razoavelmente estável. Uma característica importante da transição é que ela é essencialmente positiva, na medida em que a conclusão de determinada transição implica invariavelmente que a pessoa tenha atingido um período de maior estabilidade comparativamente ao que já foi antes (Chick, et al. 1986).

O enfermeiro interage com o ser humano, o qual faz parte de um contexto sociocultural, numa condição de saúde/doença e vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação. Esta interação ir-se-á organizar em torno de uma intenção no sentido de promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007), sendo neste ideal que o conceito de transição surge como central para a Enfermagem. As transições enquadram-se assim no domínio da enfermagem quando pertencem à saúde ou doença ou quando as respostas à transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde. A transição pode ser desencadeada por eventos ou pontos críticos, e

requer que o indivíduo seja capaz de incorporar as mudanças na sua vida, alterando o seu comportamento e redefinindo a sua identidade (Magalhães, S. 2011).

Assim e tendo em conta toda esta pluralidade de transições, houve naturalmente necessidade de as organizar em quatro diferentes tipos particulares: as de desenvolvimento, as situacionais, as de saúde-doença e as organizacionais. As transições saúde-doença exploram as respostas de indivíduos e famílias em contextos de doença e são essas que estão maioritariamente envolvidas quando surge um diagnóstico como o de cancro. Estas transições podem ser transições bruscas, em que a pessoa passa, repentinamente, do “estar bem” para o “estar doente”, ou transições mais graduais, em que a pessoa deixa de “estar bem gradualmente, permitindo-lhe desenvolver comportamentos e sentimentos do novo papel (Meleis, 2010). Tal como diz Afaf Meleis (2000), os enfermeiros são, grande parte das vezes, os cuidadores primários das pessoas doentes que estão em transição. Eles atendem às mudanças e às necessidades que as transições trazem para a sua vida quotidiana. Além disso, os enfermeiros tendem a ser os cuidadores que os preparam para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis, 2000). Segundo a mesma autora, a Teoria das Transições compreende a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições e padrões de resposta (indicadores de processo e de resultados) da transição, os quais, segundo a autora, guiam o cuidado de enfermagem, que se encontra representada na Figura 1.

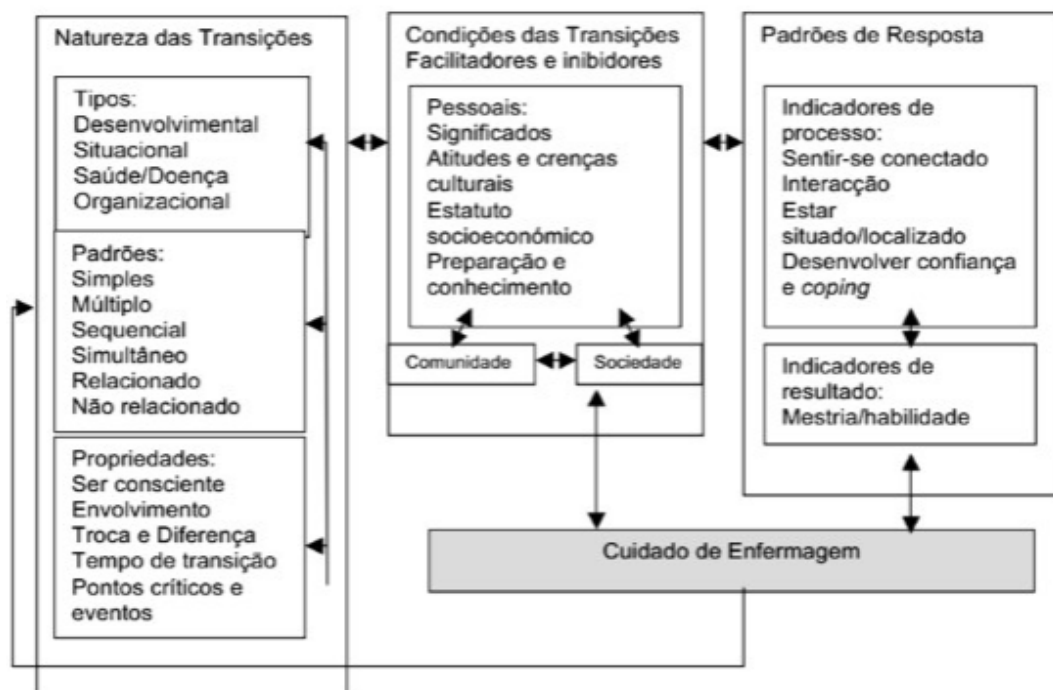


Figura 1. Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis (2010)

Meleis identifica quatro categorias major de transições, nas quais os enfermeiros tendem a estar envolvidos. Nomeadamente, as desenvolvimentais, as situacionais, as de saúde e doença e as organizacionais.

As transições de saúde-doença têm sido muito estudadas, nomeadamente o seu impacto ao nível individual e familiar. Segundo a autora, estas incluem situações onde ocorrem mudanças repentinas de papéis que resultam da mudança de bem-estar para um estado de doença, incorporando as mudanças repentinas e graduais de papéis de saúde para doenças crónica, mudanças de papéis de doença para saúde, mudanças de paradigma assistencial.

Compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição conduz ao desenvolvimento de um conjunto de intervenções de Enfermagem que são congruentes com as experiências únicas dos doentes, tendo em vista a promoção de respostas saudáveis à transição. Foram identificados três tipos de indicadores de transições saudáveis que aparecem como relevantes em todos os tipos de transição: sentido subjetivo de bem-estar, domínio de novos comportamentos, e bem-estar nas relações interpessoais (Meleis, 2010).

É da reflexão sobre estes aspetos que surge o cuidado transaccional em enfermagem, voltado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização dos cuidados. Assim, as intervenções dos enfermeiros deveriam ser planeadas tendo em linha de conta as transições, considerando o tempo, o padrão, o tipo de transição e o tempo da intervenção.

O cuidado está sempre relacionado, de alguma forma, com cada estágio de desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento, com vista a um maior equilíbrio e estabilidade. Tornando-se com relativa naturalidade, a estabilidade, num dos focos mais importantes das ações a desenvolver, por ser nessa tão pretendida estabilidade do doente que reside grande parte do sucesso da ação praticada.

2. DO CONCEITO DE SM+ À GESTÃO DE EMOÇÕES

Ao longo dos tempos a definição de SM foi sofrendo algumas alterações. Nos Inícios do século XX, o termo higiene mental definia “a saúde mental como algo mais que a ausência de doença mental.” Em 1947, a SM incluía os termos saúde e doença mental. Em 1948, a OMS define saúde como estado completo de bem-estar possível a nível físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Em 1958, M. Jahoda publica pela primeira vez o termo SM+. Nesse mesmo ano de 58, Jahoda ficou de preparar um estudo para o Joint Commission on Mental Illness and Health sobre o conceito de Saúde Mental Positiva e que serviria para ajudar os membros a terem uma perspetiva global da saúde mental do país. Assim, Jahoda estudou as ideias existentes sobre saúde mental e descartou as que eram incompatíveis como termo positivo, e sintetizou em 6 indicadores os critérios e em 16 subfactores. Considerou a Saúde Mental Positiva como um comportamento individual, e não coletivo e estabeleceu que o ambiente social e cultural podia facilitar ou dificultar a saúde. A avaliação de um comportamento saudável está longe de ser fixo e objetivo, pois varia com o lugar, tempo, cultura e as expectativas de cada grupo social (Ortega, 2015).

Maria Teresa Lluch retomou o trabalho iniciado por Marie Jahoda com a intenção de dar operacionalidade às abordagens conceptuais e avaliar a SM+. O trabalho de Jahoda está vinculado ao modelo comunitário de intervenção e pretende reivindicar a promoção da SM e não apenas a mera prevenção da doença. Esta mesma autora articula o conceito de SM+ desde uma perspetiva de múltiplos critérios e concretiza em seis critérios interrelacionados (Lluch,1999). De acordo com Lluch (2017) a SM+ consiste em tentar estar e sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra, interpretando e aceitando a normalidade de muitos dos nossos pensamentos, sentimentos e condutas.

É um estado dinâmico e engloba comportamentos, pensamentos, sentimentos e emoções positivas e negativas. Ou seja, devemos promover e potenciar estados e pensamentos positivos e/ou de bem-estar (felicidade, alegria, satisfação) mas também tem de se dar espaço à nossa mente

para que expresse a sua complexidade. Desta maneira, existem muitas ocasiões em que o estar saudável é sentir-se triste, irritado, aborrecido e dececionado (Lluch, 2017).

De acordo com Lluch (2008), o conceito de SM+ surge como parte integrante da saúde global da pessoa. A terminologia “positiva” considera a promoção de ações no sentido de reforçar e potenciar a saúde mental na sua generalidade (Leite, 2016).

Lluch (1999; 2018) parte dos seguintes princípios para definir a SM+:

- Integração na promoção da SM, com forte relação aos estudos de Seligman no quadro da psicologia positiva;
- Aceitação dos momentos de mal-estar (tristeza, decepção e doença) como normais na vida, uma vez que a mente precisa de expressar toda a sua complexidade no dinamismo que oscila entre o amor e a dor, a vida e a morte, a tristeza e a alegria;
- Aceitar todas as emoções (negativas e positivas) como essenciais à vida;
- Promover a resiliência como forma de adaptação a situações negativas, evitando que se prolonguem mais do que o estritamente necessário;
- Procurar levar a pessoa a estar e a sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra (Leite, 2016).

Assim, Lluch define o constructo da Saúde Mental Positiva (SM+) a partir de seis fatores que configuram o Modelo Multifatorial de SM+, como se pode ver na figura n.º 2.



Figura 2: Modelo Multifatorial de SM+ de Teresa Lluch

A grande dificuldade reside em saber diferenciar a adoção de uma atitude positiva com o estar constantemente feliz. Não se pode pretender alcançar a felicidade a todo o custo, este é o grande perigo, e que supõe passar de uma atitude aberta, positiva que facilita uma gestão de recursos internos e o aproveitamento dos mesmos para enfrentar a vida, a uma atitude banal de limitar a expressividade emocional do ser humano a um reducionismo não saudável. O âmbito da promoção da SM+ é manter, fortalecer, maximizar e incrementar o nível de bem-estar mental. Assim, de acordo com Lluch (2002), para potenciar a SM+ é necessário:

- Adquirir atitude para a vida que consiste na resolução de problemas, pensamento crítico, comunicação, relações interpessoais, empatia;
- Aplicar métodos para enfrentar as emoções, considerando as técnicas de autocontrolo e os métodos de relaxamento.

Teresa Lluch (1999) é autora do questionário pioneiro para avaliar a SM+: *Cuestionario de Salud Mental Positiva* (CSM+), (Lluch, 1999), (Ortega, 2015), e o Decálogo da Saúde Mental Positiva (Lluch, 2011; Ortega, 2015; Sequeira & Lluch, 2015; Leite, 2016). Este decálogo integra 10 premissas que passamos desde logo a descrever:

- 1 – Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida (a nível pessoal e profissional);
- 2 - Colocar “Carinho” nas nossas atividades de vida diária;
- 3 – Não ser muito duro consigo ou com os outros (a tolerância, a compreensão e a flexibilidade são bons para a saúde mental);
- 4 – Não deixar as emoções negativas bloquearem a vida pessoal;
- 5 – Ter consciência dos bons momentos que acontecem nas nossas vidas quando eles estão a acontecer;
- 6 - Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e de “sentir”);
- 7 – Pesquisar espaços e atividades para relaxar mentalmente;
- 8 - Tentar resolver os problemas quando eles surgem;
- 9 - Cuidar das relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntimas como as de trabalho (colegas);
- 10 - Não esquecer de colocar “humor” na sua vida.

O foco num modelo de Saúde Positiva vai permitir alcançar o ponto zero que constitui a fronteira entre a doença e a boa saúde e promover o bem-estar biopsicossocial e espiritual com a ajuda da estimulação das emoções e comportamentos positivos.

Queirós (2014) e Vieira (2014) referem que todas as emoções básicas existem para serem sentidas e não para serem reprimidas, pois desempenham um papel na sobrevivência da espécie. Todas as emoções são necessárias na proporção certa. As de carácter mais negativo (medo, raiva e tristeza) são fundamentais para se lidar melhor com determinadas situações e as de carácter mais positivo, ou prazeroso (alegria), são necessárias para se progredir na vida. Querer escapar ou ignorar as emoções mais negativas, traduzir-se-á num bloqueio emocional enraizado no cérebro e numa reincidência com maior intensidade dessa emoção. Tal qual um determinado antigénio específico ao reconhecer o seu recetor após uma primeira interação, a sua reação é envolvida numa intensidade francamente mais significativa.

Segundo Sequeira (2006) perante um estímulo, a pessoa irá interpretá-lo como benéfico ou prejudicial, levando-a a um estado de stresse. Apesar da perceção negativa que possa ter na sociedade enquanto fator incapacitante, o stresse deve ser encarado como uma força motriz que prepara o corpo para lidar com determinada situação. Contudo, a problemática existe sim, se a duração e intensidade desse fator não for contida, levando a que se produzam consequências prejudiciais de descontrolo quer a nível:

Fisiológico: perturbações no sono, alteração do apetite, dificuldades de concentração e memória, tensão muscular e gastrointestinal, alterações menstruais, agitação física, cansaço e taquicardia;

Psicológico: desmotivação, diminuição da autoestima, falta de esperança e emoções com elevada intensidade (euforia ou choro incontável);

Social: isolamento social, aumento do número de conflitos, irritabilidade e agressividade pouco controláveis.

Precisamente por se tratar de um serviço altamente específico, como é o cuidado ao doente oncológico, onde a intervenção psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducativa do EESMP é uma mais-valia para os doentes, por estes experimentarem e vivenciarem vários sentimentos e fases distintas ao longo do seu ciclo de doença. Tendo em conta que os sintomas de ansiedade e de depressão são frequentes na doença oncológica em geral (Ostacoli et al., 2014), podendo atingir níveis de perturbação emocional, a qual interfere na recuperação e qualidade de vida do doente, torna-se imperativo promover o despiste de perturbação emocional e o seu

respetivo tratamento, o que em diferentes fases da doença, tem repercussões positivas no tratamento do doente com cancro (Pirl et al., 2014), podendo efetivamente as intervenções psicossociais reduzir o sofrimento psicológico causado ou agravado pela doença oncológica (Jacobsen, et al. 2008). Efetivamente se o doente não possuir capacidade de adaptação face aos diversos momentos de tristeza que presenciar, irá estruturar o seu pensamento com base em crenças erradas e até inclusive algumas delas irracionais com uma visão negativa sobre si mesmo na qual se vê como inadequado ou inapto, face a ultrapassar as vicitudes da vida.

Com vista à obtenção da tão pretendida estabilidade de Meleis, seria portanto uma mais-valia para a qualidade e manutenção das capacidades dos doentes a intervenção por parte do EESMP. Essa intervenção seria aplicada da seguinte forma, num primeiro estagio, realizava-se uma avaliação inicial das necessidades em SM quer do individuo ou de um determinado grupo em específico, para que depois se possa desenvolver e implementar programas de promoção de SM+ e treino em SM com o propósito de manutenção da SM do doente e prevenindo desta forma a incapacidade, manifestada pelo *stress*, ansiedade e desregulação emocional, mobilizando para isso os processos que melhor se adaptam ao doente e à situação que ele experimenta naquele determinado intervalo temporal.

Ora um dos determinantes do ajustamento dos doentes com doença crónica, tem sido precisamente o suporte proporcionado pelos profissionais de saúde que acompanham o doente no processo de gestão da doença (Lorig et al. 2016). Neste suporte incluem-se questões como, o fornecimento de informação sobre a doença e o plano terapêutico adaptado às necessidades individuais, o ensino de competências de tomada de decisão e de resolução de problemas, o apoio emocional e o reconhecimento empático de emoções.

3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio decorreu num serviço de Oncologia Médica/Hospital de Dia, de um Hospital da região do Alentejo. O serviço de Oncologia tem como missão prestar cuidados de saúde especializados e multidisciplinares ao doente oncológico, com uma visão holística, diferenciando-se pela sua enorme especificidade, assumindo-se como um Serviço de elevada competência, desenvolvimento e inovação na prestação dos cuidados ao doente e família face à doença oncológica, visando a satisfação das suas necessidades adaptadas às diferentes fases do ciclo da doença.

No que a recursos humanos diz respeito, o serviço é formado por cinco enfermeiros, dos quais um assume funções de gestão (chefia), um dos enfermeiros é Especialista em ESMP, outro Especialista em Saúde Comunitária e um outro com uma pós-graduação em Oncologia e um outro enfermeiro generalista. O corpo médico é constituído por 2 oncologistas e 1 Pneumooncologista, o serviço tem também apoio das áreas de Serviço Social, Psicologia, Psiquiatria e Farmácia. Têm 2 assistentes operacionais e 2 secretários de unidade que prestam apoio administrativo ao serviço. O serviço para além de ter vários quartos, onde se realizam diversos tratamentos, como administração de terapêutica intravesical, paracenteses, sala de tratamento de ostomias, administração de injetáveis, reuniões de Consulta de decisão terapêutica (CDT) é constituído por dois salões principais, um dos quais de dimensões para reduzidas, que funciona como hospital de dia, e o salão de maiores dimensões onde são promovidos os tratamentos de quimioterapia e administração de citostáticos, ambos os salões estão desenhados num estilo *open space*.

Relativamente ao serviço de Oncologia, disponibiliza a todos os doentes:

Consultas Médicas Especializadas:

Oncologia Médica; Pneumologia Oncológica; Urologia Oncológica; Dermatologia Oncológica; Psiquiatria; Psicologia; Nutrição;

Consulta Decisão Terapêutica (CDT):

De Mama; De Ginecologia Oncológica; De Pneumologia Oncológica; De Cabeça e Pescoço, Pele e Sarcomas; De Urologia Oncológica;

Consultas de Enfermagem:

Ao Doente que inicia Programa Terapêutico; De Follow-up; Ao Doente Ostomizado a realizar Quimioterapia e/ou Radioterapia

O Serviço de Oncologia a nível externo colabora e articula-se com vários Serviços no âmbito da continuidade dos cuidados prestados.

Hospital de Dia

O Hospital de Dia tem como principais atividades a administração de Terapêutica Oncológica e de Suporte. Relativamente à estrutura física tem ao dispor:

- Uma Sala com 11 cadeirões, destinados para a administração de Quimioterapia/Imunoterapia Sistémica.
- 2 Quartos destinados para a administração intravesical.

Os cuidados prestados aos doentes nestas áreas são planeados, organizados e monitorizados de forma a otimizar os recursos disponíveis, contribuindo para a eficácia e eficiência dos mesmos;

PARTE II

4. METODOLOGIA DE PROJECTO

Concordamos com Nogueira (2017) que define a investigação científica como um processo de resolução de problemas através da aplicação sistemática de várias etapas que conduzem a uma solução que culmina na expansão do conhecimento científico. Também refere que as opções metodológicas permitem ao investigador atingir as suas metas ou objetivos, com base na seleção e aplicação de métodos e técnicas apropriadas que conferem validade científica ao estudo. Para isso, o desenho de estudo é essencial e serve de guia para o planeamento, implementação e análise do estudo (Driessnack, 2007). Permite também responder às perguntas ou hipóteses da pesquisa, mas as respostas poderão ser diferentes o que implica diferentes tipos de metodologias.

Esta revisão integrativa da literatura surge aquando da formulação do diagnóstico de situação, que para tal procedeu-se à utilização de técnicas de identificação de problemas e necessidades, mais precisamente à técnica qualitativa, por pesquisa de consenso. Foram realizadas múltiplas reuniões com a enfermeira orientadora do estágio e com o Orientador afim de perceber as necessidades do serviço. A segunda fase da metodologia de projeto passa pela definição dos objetivos, já descritos no relatório durante a introdução do mesmo. O planeamento torna-se assim na terceira fase do projeto, onde se procede à planificação do esboço do projeto, são definidas as atividades, métodos e técnicas a desenvolver e utilizar (Ferrito et al, 2010). Não irá contudo haver uma avaliação das estratégias programadas uma vez que, esta fase do projeto não irá ser aplicada por o projeto não ter sido posto em prática.

Assim a presente revisão da literatura incide sobre as intervenções de enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) ao Doente Oncológico, respondendo desta forma à seguinte questão de partida: “Quais as intervenções do EEESMP na gestão de emoções do doente oncológico?”, tendo sido utilizado o método PICO (P- participantes/população; I- intervenção; C- contexto do estudo; O- resultados) (Leite, 2016), para a sua elaboração.

A pesquisa para além de ser fundamental, nas mais variadas áreas, quer das ciências humanas, sociais, matemáticas, para a disciplina científica como é classificada a Enfermagem não é diferente e resulta de extrema importância pois fornece conhecimento novo, melhora os cuidados ao utente e desafia a prática com novas ideias. A prática baseada na evidência, é adquirida pelo conhecimento e não apenas pela tradição ou por preferências, pois só assim podemos tomar a decisão clínica apropriada a cada situação.

Metodologia de Pesquisa

Como critérios de inclusão dos estudos, para a elaboração da presente revisão integrativa da literatura destacam-se:

Tipo de Estudos

Revisão Sistemática da Literatura, Revisão Integrativa, Estudos Randomizados Controlados, Estudo Exploratório e Transversal.

Tipo de Participantes

Doentes oncológicos submetidos a tratamentos.

Tipo de Intervenções

As intervenções dos estudos devem incluir programas e projetos com recurso a técnicas de psicoeducação e intervenções psicossociais, para apoio aos doentes com cancro de forma a apoiar e a reduzir o *stress*, a sobrecarga e os sintomas depressivos dos mesmos. Devem ainda incluir sessões de educação para a saúde, praticados em contexto de consulta de enfermagem e de sessões de grupo por enfermeiros em conjunto com a equipa multidisciplinar de forma a identificar os principais fatores de ansiedade, depressão e/ou de *stress* no doente oncológico e quais os principais focos de intervenção.

Tipo de Medidas de Resultados

A principal medida de resultado dos estudos centra-se na melhoria da qualidade de vida dos doentes com cancro através da gestão de emoções, do alívio de sintomas depressivos e ansiedade, do apoio de pares, bem como na efetividade quanto ao tratamento do cancro.

Estratégias de Pesquisa

A pesquisa efetuada tem por base o acesso a bases de dados como a B-On, Cochrane e RCAAP, através da utilização de descritores validados no MeSH e DeSH tais como *Mental Health, Cancer, Nursing Interventions, Emotions, Management*. A nossa pesquisa foi realizada durante o mês de outubro e novembro de 2019 e foram considerados os últimos 5 anos (2014-2019). A pesquisa foi feita ainda com base no operador booleano AND uma vez que pretendemos uma pesquisa mais

restrita. Os critérios de inclusão aplicados foram a realização de estudos em enfermeiros cuidadores de doentes oncológicos em contexto hospitalar e estudos focados na eficácia das intervenções de enfermagem de SM no apoio dos doentes oncológicos. A seleção inicial dos estudos foi realizada com base na leitura do título e do resumo dos mesmos. Após leitura e análise do texto integral do artigo apenas aqueles que revelaram importância para a nossa temática em estudo foram selecionados, tal como demonstra o esquema seguinte:

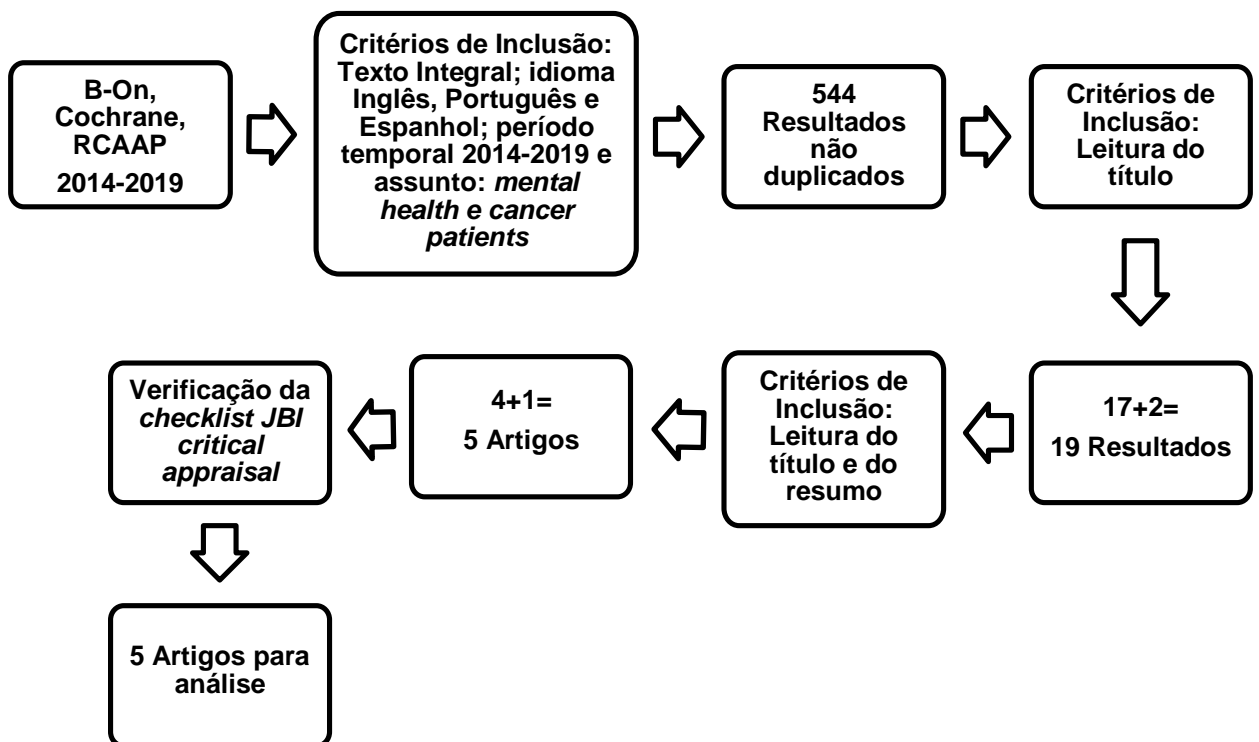


Figura 3. Fluxograma do processo de constituição da amostra.

Os níveis de evidência e a qualidade metodológica dos estudos selecionados foram avaliados com base no Manual de Joanna Briggs Institute (JBI). Os resultados são apresentados na tabela seguinte:

Artigos	Níveis de Evidência	Força
Bastos, C., Santos, C., Freitas, J., Magalhães, E., & Lima, L. (2016). Ajustamento emocional em doentes com sarcoma e a perceção de suporte autónomo dado pelos enfermeiros. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (16), (49-58.)	1.c estudo experimental randomizado controlado	<i>Strong</i>
Vasques, P., Ramos, L. (2014). Intervenções de Enfermagem à pessoa com cancro da próstata a Realizar hormonoterapia em hospital de dia. Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal;	4.b estudo observacional descritivo - estudo caso	<i>Strong</i>
Korman, MB., Hejri--Rad, Y., Goldberg., Leano, A., Ellis, j.; (2019) Oncology nursing role in cancer-related PTSD — Part II. Canadian Oncology Nursing Journal (29), (147-150);	1.b Revisão Sistemática de estudos randomizados controlados e outros desenhos de estudo	<i>Strong</i>
Mertz, BG., Dunn-Henriksen, AK., Kroman, N., Johansen, C., Andersen, KG., Andersson, M., Mathiesen, UB., Vibe-Petersen, J., Dalton, SO., Bidstrup, PE. (2017) The effects of individually tailored nurse navigation for patients with newly diagnosed breast cancer: a randomized pilot study, Acta Oncologica, 56:12, 1682-1689, DOI: 10.1080/0284186X.2017.1358462;	1.c Estudo piloto randomizado controlado	<i>Strong</i>
Kang, X., Fang, Y., Kong, Y.; (2017) Effect of comprehensive nursing intervention on therapy and life quality of patients with breast cancer. Biomedical Research 2017; 28 (20): 8801-8805;	1.c estudo experimental randomizado controlado	<i>Strong</i>

Tabela 1. Classificação dos artigos incluídos por níveis de evidência e qualidade metodológica.

Como conclusão da revisão da bibliografia selecionada podemos verificar que as intervenções de enfermagem de saúde mental no apoio do doente com cancro passam essencialmente pela psicoeducação e suporte emocional. O uso das novas tecnologias é uma mais-valia no apoio ao

doente, no controlo de sintomas de *stress* e sobrecarga destes. Os resultados desta investigação acrescentam assim todo um conjunto de novos dados que ajudam na compreensão da problemática da vivência emocional dos doentes oncológicos, na certeza de que esta melhorará a prestação, com consequente otimização organizacional.

PARTE III

5. O PROGRAMA DE SM+ PARA DOENTES ONCOLÓGICOS

Para que este programa não seja transformado numa mera transmissão de informação e consiga facilitar a aquisição de comportamentos adequados por parte dos doentes, requer antes de mais, um processo de planeamento prévio à sua execução. Partindo deste pressuposto, coloca-se a necessidade de desenhar um programa adequadamente planeado em que se dê resposta às necessidades do grupo alvo, se defina com clareza onde pretendemos chegar, se prevejam os recursos e as metodologias mais adequadas para conseguir atingir os objetivos anteriormente definidos, da forma mais eficaz possível.

Posto isto torna-se imperativo definirmos o que é um programa, para tal estamos de acordo com Pineault e Daveluy (1987) onde referem tratar-se de “um conjunto organizado coerente e integrado de atividades e de serviços, realizados simultaneamente ou sucessivamente, com os recursos necessários, e com a finalidade de alcançar os objetivos determinados, em relação com problemas de saúde precisos e para uma população definida”.

Assim e ao longo da conceção deste programa vão ser apresentados diversos tipos de exercícios para a resolução de cada uma das problemáticas evidenciadas. Na sua maioria o conjunto de exercícios e técnicas que apresentamos, resultam de leituras e pesquisas pessoais, tendo inclusive alguns sido recolhidos no decurso de formações complementares, sendo esta a razão pela qual nem sempre será indicada uma fonte, para as técnicas propostas, contudo a sua aplicabilidade resulta de evidência científica comprovada.

O programa procura na sua essência desencadear hábitos de vida saudáveis e fatores de proteção da SM, dando-se prioridade às intervenções que melhorem o *coping* do stress, a aprendizagem de técnicas de resolução de problemas, a autoestima e as habilidades socio-emocionais.

As sessões

O Programa está dividido em 7 sessões a desenvolver preferencialmente enquanto o doente está a receber o tratamento. Em cada sessão estão indicados os objetivos que se pretendem atingir, o tempo estimado para o desenvolvimento, o conteúdo que se deve transmitir aos doentes e uma atividade/exercício de trabalho proposto, com vista a atingir o objetivo inicialmente delineado.

A primeira sessão vai permitir estabelecer o ponto inicial, com a aplicação do (QSM+), para que assim possamos determinar qual o fator/es em desequilíbrio no doente, o nível de autoconceito e competências sociais do doente para que possam ser eficazmente trabalhados. Posteriormente, e dependendo do fator a trabalhar, estão previstas 3 sessões para cada 1 dos Fatores descritos por Lluch, 2008, sendo que em todas elas, estão implícitas a promoção da SM+ e os fatores protetores da SM como por exemplo o autoconceito, a autoestima, a escuta ativa e empática, a comunicação assertiva, a relação de ajuda, entre muitos outros.

Para finalizar e recapitulando, apesar de descritos os 6 fatores nas sessões, apenas se irá trabalhar com o doente aqueles, onde existir um desequilíbrio. Terminadas as sessões previstas, na sessão Final realizar-se-á novamente o QSM+ para comprovar se as diversas sessões geraram mudanças na população-alvo, com a obtenção dos objetivos propostos e verificados ganhos para a saúde do doente, o programa é encerrado, seguindo-se um *Follow Up* individual, para que o doente possa sempre estar vigiado, afim de se prevenirem recaídas, que inadvertidamente iriam afetar todo o processo de cura e originar um *back-up* na saúde mental do doente.

Sessão INICIAL – Apresentação do programa de promoção da Saúde Mental Positiva e prevenção da doença mental- conceitos.

Sessão 0 - Ponto de Partida - Conseguir o consentimento informado, definir quais os fatores a intervir.

Sessão F1 - Autoestima: conceito e estratégias para favorece-la.

Sessão F2 – Relacionamentos: conceito e estratégias para favorece-los

Sessão F3 – Autocontrolo: conceito e estratégias para favorece-lo

Sessão F4 – Autonomia: conceito e estratégias para favorece-la

Sessão F5 – Autoeficácia: conceito e estratégias para favorece-la

Sessão 6 – Final

Sessão 7 - *Follow Up* Individual

Como já foi referido o atual modelo de SM+ é composto por 6 fatores gerais de avaliação, estes 6 fatores estão na base para a conceção do instrumento de avaliação da SM+: O Questionário de Avaliação da SM+ (QSM+) de Teresa Lluch (1999), traduzido e validado para a versão Portuguesa por Sequeira e Carvalho (2009). O QSM+ (Anexo 1) é desta forma composto por 39 itens avaliados numa escala ordinal, com uma pontuação máxima de 156 pontos e mínima de 39, distribuídos de forma desigual entre os seis fatores do Modelo Multifatorial de SM+.

Definição dos fatores do Modelo Multifatorial de SM+	
Fatores	Definição
F1: Satisfação Pessoal	Autoconceito/Autoestima Satisfação com a vida pessoal Perspetiva otimista de futuro
F2: Atitude pró-social	Predisposição ativa para o social/para a sociedade Atitude social altruísta/Atitude de ajuda-apoio para com os outros Aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes
F3: Autocontrolo	Capacidade para enfrentar o stresse/situações conflituosas Equilíbrio emocional/controlo emocional Tolerância à frustração, ansiedade e stresse
F4: Autonomia	Capacidade para ter critérios próprios Independência Autorregulação da própria conduta Segurança pessoal/Confiança em si mesmo
F5: Resolução de problemas e Realização Pessoal	Capacidade de análise Habilidade para tomar decisões Flexibilidade/capacidade para adaptar-se às mudanças Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo
F6: Habilidades de Relação Interpessoal	Habilidade para estabelecer relações interpessoais Empatia/capacidade para entender os sentimentos dos outros Habilidade para dar apoio emocional Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas

Figura 4: Definição dos fatores do Modelo Multifatorial de SM+ (Sequeira et al., 2014)

Dependendo da pontuação obtida em cada fator, assim existirá, ou não, necessidade de intervir com o doente, sempre com a finalidade de promover uma transição eficaz. Na (Tabela 3) em baixo, podemos constatar quais as perguntas do QSM+ associadas a cada fator, bem como os valores máximo e mínimo, para cada um dos seis fatores correspondentes. Tendo isso em mente importa considerar o nosso intervalo terapêutico, entender entre que valores o doente necessita da nossa intervenção e qual o fator/es que devem ser trabalhados, considerando depois disso, que para cada um dos fatores a intervir existem diferentes procedimentos.

	Fatores					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Itens	4	1	2	10	15	8
	6	3	5	13	16	9
	7	23	21	19	17	11
	12	25	22	33	27	18
	14	37	26	34	28	20
	31				29	24
	38				32	30
	39				35	
					36	
	Min/Máx	8/32	5/20	5/20	5/20	9/36

Tabela 2 - Distribuição das perguntas pelo fator correspondente no QSM+

No sentido de direccionar a aplicabilidade do programa proposto especificamente para a área da Enfermagem de SM, os Fatores do Modelo Multifactorial de SM+ de Luch (2008) foram propositadamente associados a Focos de Enfermagem segundo a CIPE (CIE, 2015), para que desta forma, possam ser mais facilmente trabalhados. Esta associação é apresentada na figura 5:

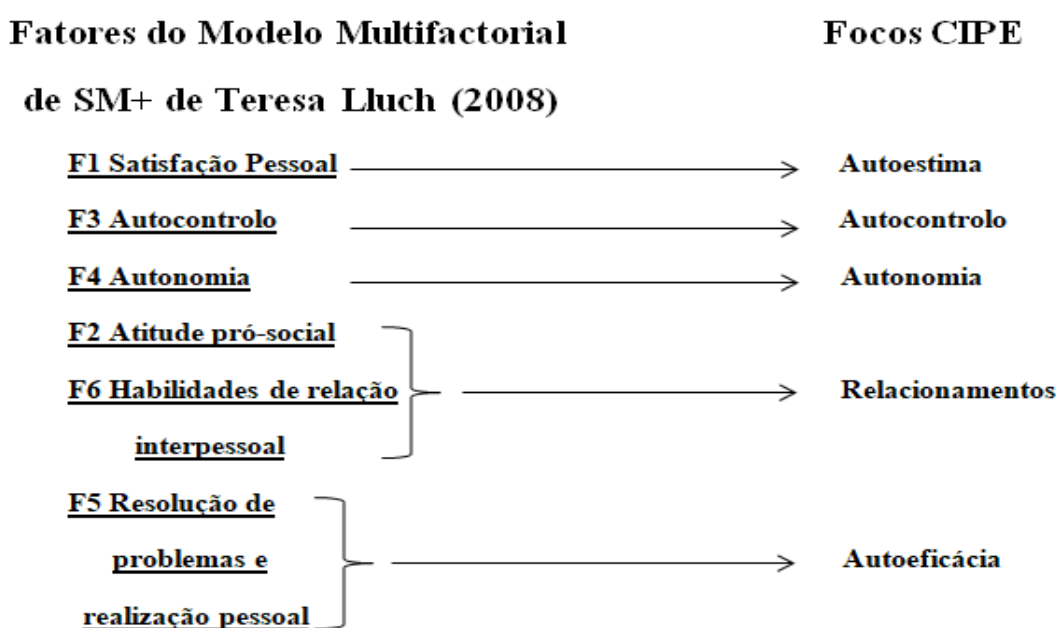


Figura 5: Associação aos Focos CIPE (baseado em CIE, 2015)

PARTE IV

6. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Com a elaboração deste relatório, pretendemos dar resposta aos objetivos definidos ao longo do Mestrado, que incluem desde logo atingir competências no âmbito de três domínios: as competências comuns dos enfermeiros especialistas; as competências específicas de EEESMP e as competências de Mestre.

A Importância da intervenção no âmbito da ESMP: Atendendo ao aumento de prevalência dos problemas relacionados com as perturbações mentais, a enfermagem de SM e psiquiátrica centra-se:

“na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental” (OE, 2011, p.4).

Atualmente, é conhecida a importância atribuída à intervenção precoce na área da SM, que advém das diretrizes da OMS, bem como, de Programas de Saúde existentes quer a nível internacional como nacional. As recomendações, são maioritariamente através de estratégias de prevenção e promoção da SM.

Desta forma, a conceção deste programa tem o intuito de vir a contribuir, como metodologia de intervenção, na promoção do bem-estar emocional e social dos doentes oncológicos, através da educação baseada em competências emocionais, sociais e de auto-estima. Portanto torna-se responsabilidade do EEESMP de ajudar a pessoa no seu ciclo de vida a otimizar e/ou recuperar e/ou manter a sua saúde mental. Nestas situações de transição saúde-doença, o EEESMP tem um papel preponderante como facilitador da aceitação da condição de doença paliativa que exige, por parte da pessoa doente, a mobilização de diversas habilidades para saber como lidar com a mudança de papéis, com a finitude da vida, com a possibilidade de alteração da imagem corporal, etc, nunca esquecendo o também preponderante papel que a família e comunidade podem desenvolver ao longo deste ciclo. O EEESMP poderá assim dar resposta a diversos cenários, todos

eles complexos, sobre os quais tem formação específica ao nível das competências do âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico, sendo uma mais-valia preciosa no contexto complexo e abrangente que são as doenças crónicas e, nomeadamente, na transição que lhes antecede.

Importa ainda referir, os ganhos em saúde, quando estas intervenções são desenvolvidas por EEESMP. A prática da sua ação em SM vai ao encontro das competências especializadas, regulamentadas para a área de especialidade.

O EEESMP deve desenvolver “vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2010, p.1).

O conceito de competência é entendido “como a aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando, de uma forma correta, rápida, pertinente e criativa, com múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de perceção, de avaliação e de raciocínio” (Perrenoud, 2002, p. 19). O mesmo autor salienta ainda que a competência é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos, falamos naturalmente de saberes, capacidades e informações para enfrentar, com pertinência e eficácia, cada uma das situações com que somos confrontados. Em boa verdade trata-se um constructo teórico ancorado em várias premissas, tais como:

- As competências não são unicamente saberes, mas incorporam conhecimentos adquiridos ao longo da história de vida. Não basta saber, é necessário ser capaz de mobilizar o conhecimento;
- A pragmatização dos saberes só se desenvolve em situações singulares, pelo que se torna necessário trabalhar, exercitar a mobilização, a transferência para o quotidiano;

Para Le Boterf (1995) a competência é definida como “uma realidade dinâmica, um processo, mais do que um estado (...) um saber-fazer operacional válido” (p.18). Logo, a competência não se limita à execução de uma tarefa única e repetitiva, mas implica ser capaz de aprender e de se adaptar às situações.

Nesta perspetiva, e de acordo com os autores Le Boterf (1995) e Perrenoud (2002) supra citados, a competência trata-se de um processo sistémico e repleto de dinâmicas, pois articula vários conceitos, habilidades e capacidades que o indivíduo tem de agilizar e mobilizar conjuntamente.

Não é apenas a aquisição do saber-fazer, mas, essencialmente, o desenvolvimento de atitudes e de novas competências do tipo relacional e pessoal, que permite às pessoas evoluírem quer a nível pessoal quer profissional.

6.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (OE, 2019, p.4745), as competências comuns do enfermeiro especialista, dizem respeito às “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.3). De acordo com RCCEE são quatro os domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas:

- “A) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- B) Melhoria contínua da qualidade;
- C) Gestão dos cuidados;
- D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Os enfermeiros constituem-se como um grupo profissional privilegiado no que concerne à temática da tomada de decisão, pelo contacto direto que têm com as pessoas de quem cuidam ao longo das várias etapas do ciclo vital, declarando o seu compromisso de cuidado de modo a promoverem o bem-estar e a qualidade de vida daqueles de quem cuidam (Nunes, 2016). Esta tomada de decisão tem sempre de ter em vista o desenvolvimento de uma prática profissional em parceria com o cliente, baseada no conhecimento e experiência e orientada segundo o domínio ético-deontológico.

“A) Responsabilidade profissional, ética e legal;

Em Portugal a conduta profissional dos enfermeiros é orientada com base no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). A deontologia estando associada ao dever e obrigação, “apresenta, assim, um rosto com duas faces – de um lado, a expressão das normas e dos deveres; do outro, o poder e a possibilidade

de conhecer mérito ou aplicar pena. Sendo parte de um todo complexo, os deveres emergem em ligação à moral profissional e ao direito” (Nunes, 2005).

No exercício profissional, o EE depara-se diariamente com uma multiplicidade de situações que podem suscitar dúvidas e constituírem-se dilemas, de difícil resolução. Esta descrição corresponde a algumas das experiências significativas vivenciadas no âmbito dos estágios, sendo que no decorrer de cada uma delas recorreu-se às normas legais e princípios éticos e deontológicos para suportar o processo de tomada de decisão.

No processo que mediou a aquisição da competência em análise, o respeito e a proteção dos direitos humanos foi algo que sempre tivemos em mente e visámos obter, para tal foram tidos em conta o Artigo 8º do REPE, Artigo 99º referente aos princípios gerais, Artigo 102º dos Valores Humanos, Artigo 103º dos direitos à vida e à qualidade de vida, Artigo 105º e Artigo 110º do CDE em associação à Declaração Universal dos Direitos Humanos e à Carta dos Direitos e Deveres do doente. Esta foi a documentação com que procuramos basear a nossa prática diária, mediante todos os desafios, com que consecutivamente, fomos colocados à prova.

Na prática e especificamente em contexto de estágio, procurámos a aquisição desta competência, em cada um dos processos de tomada de decisão realizados, para tal procedeu-se à avaliação partilhada dos resultados, sempre com o apoio do enfermeiro orientador, quer enquanto elemento de referência em todo o processo bem como por se tratar do elemento mais experiente no terreno. No que à avaliação das ações compete, achámos pertinente refletir sobre cada uma delas com o propósito, de melhorar a qualidade das relações estabelecidas, bem como procurar verificar os resultados obtidos e desta forma propor sugestões para a melhoria dos cuidados, quer prestados por nós quer pela restante equipa multidisciplinar, o que desta forma, nós remete para a competência seguinte.

B) “Melhoria contínua da qualidade”

Esta procura por uma “melhoria contínua da qualidade”, tornou-se no fundamentalismo da nossa prática profissional, enquanto futuros EEESMP. Exemplo pertinente, para além da criação do nosso projeto de SM+ que pretende uma melhoria da qualidade de vida dos doentes oncológicos, bem como uma maior efetividade no que ao tratamento diz respeito, foi o cariz reflexivo que sempre procurámos obter de cada uma das nossas intervenções com a finalidade de num próximo encontro, melhorar os cuidados oferecidos. Para tal das intervenções colocadas em prática,

procurou-se articular o envolvimento da família enquanto parte integrante dos cuidados no sentido de assegurar a satisfação de necessidades culturais, espirituais e religiosas, promover a adesão a comportamentos promotores de saúde, com o nosso programa de SM+, promover no seio da equipa o respeito pela individualidade, as diferentes crenças culturais, religiosas e espirituais, garantir a segurança na administração de medicação através da aplicação e mobilização de conhecimentos no âmbito terapêutico, dada a enorme especificidade da terapêutica administrada, também esta tarefa desencadeou uma procura mais aprofundada, pela não familiaridade com os citostáticos, além disso foi sempre o nosso interesse garantir a confidencialidade dos dados obtidos e a oportunidade de participarmos a nível da gestão do risco no âmbito institucional nas várias dimensões que este se apresentou.

Assim, foram transpostos para a prática clínica os conhecimentos inerentes aos projetos de qualidade desenvolvidos na instituição em que se realizaram ambos os estágios. Privilegiámos o cumprimento de normas institucionais em associação a normas da DGS no processo avaliativo das práticas clínicas adotadas, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade, contribuir para o desenvolvimento da investigação e obtenção de indicadores positivos que posteriormente seriam obtidos pelas auditorias internas e externas a realizar. Como já referimos uma das ações principais que contribuiu para o desenvolvimento da competência em análise foi a realização da RIL acerca das intervenções psicoeducativas e a promoção do apoio emocional implementadas pelo EEESMP com o doente oncológico, que permitiu conhecer a evidência científica recente, bem como de protocolos e estratégias de atuação na área da promoção da SM+ de modo à fornecer equipa os conhecimentos atuais sistematizados. (Apêndice I).

C) Gestão dos cuidados;

Para a análise da 3ª competência importa mencionar o Regulamento nº 140/2019 inerente às Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019, no qual a competência C1 refere que o EE “(...) gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (p. 4748). Por sua vez, a competência C2, do mesmo Regulamento, enuncia que o Enfermeiro Especialista “(...)adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (p. 4748). Importa referir o caráter primordial que cada vez mais, tanto o desenvolvimento pessoal quanto o profissional se tornam cruciais no seio das organizações. Na ciência que é Enfermagem este fenómeno, é também revestido e assumido de inúmera importância,

tratando-se de uma peça fundamental para o sucesso das instituições do ponto de vista geral e para os serviços de uma forma específica. Com vista ao desenvolvimento profissional, incrementa-se a procura de estratégias que permitam a adaptação à mudança.

De forma a ir ao encontro de umas das premissas para a obtenção da competência analisada, que menciona a delegação de tarefas, e em contexto dos estágios realizados, esta delegação de tarefas de enfermagem, foi tida em conta de acordo com o REPE, que tal como é enunciado no referido documento, estas tarefas apenas foram delegadas em Assistentes Operacionais, desde que tivessem garantidas as condições necessárias para executar determinada tarefa. Neste sentido, configura-se como imprescindível destacar a liderança enquanto instrumento fundamental na prática clínica de Enfermagem uma vez que auxilia o enfermeiro nos processos de gestão da equipa, na tomada de decisão e na gestão de conflitos que podem emergir no ambiente do trabalho (Camelo, & Silva, 2013).

Também no âmbito da gestão de recursos, foram efetivadas diariamente escolhas que visavam providenciar a adequação dos recursos a utilizar evitando o desperdício e consequentemente gerar aumento dos gastos com recursos materiais.

Consideramos que durante a realização dos estágios conseguimos promover um ambiente positivo, estabelecer boas relações com a equipa multidisciplinar e com os doentes alvo dos nossos cuidados através da adoção de uma postura segura, tranquila, assertiva, disponível e demonstrativa de empenho na aquisição das competências previstas e objetivos delineados.

Neste sentido, para que ocorresse a aquisição das presentes competências comuns do EE, foram mobilizados durante a realização dos estágios, os conhecimentos adquiridos nas UC's nomeadamente: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica II, Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica e Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica.

D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

De forma a terminar o escrutínio das competências comuns do EE e de acordo com o Regulamento nº 140/2019 inerente às Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019, o quarto e último domínio das competências diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para que de alguma forma o desenvolvimento das aprendizagens efetuadas fosse viável, importa o desenvolvimento eficaz da consciência de si e um autoconhecimento consagrados, efetivados através da identificação de fatores pessoais que poderiam de alguma forma interferir na relação estabelecida com o doente alvo dos nossos cuidados, perturbando-a, o que, nem sempre foi fácil, constituindo-se um processo bastante complexo. O que por sua vez levou à adoção e desenvolvimento de um comportamento mais assertivo, que definitivamente, produziu contributos valiosos de cariz pessoal bem como para uma prestação de cuidados especializados e diferenciados.

Neste sentido, no âmbito do desenvolvimento de ambos os estágios, foram fomentados os contributos da incorporação da prática baseada na evidência uma vez que consiste num “(...) método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar.” (International Council of Nurses, 2012, p.10). Acrescentamos que a conduta de interesse, proatividade, investimento contínuo no estudo e a procura da evidência científica mais atual disponível, constituíram-se como alicerces para incrementar os processos de tomada de decisão e conseqüentemente as intervenções de enfermagem idealizadas e implementadas, são exemplo disso todas as atividades promovidas em contexto de estágio, bem como a aquisição de conhecimentos na UC Desenvolvimento Pessoal e Investigação em Enfermagem, UC Relação de Ajuda em Saúde Mental bem como a realização da RIL sobre a temática em estudo, de narrativas escritas e orais, reflexões individuais, reflexões em conjunto com o enfermeiro e docente orientador, investimento contínuo e consistente no âmbito da relação de ajuda, mobilização de técnicas comunicacionais e de entrevista e ao desenvolvimento do processo de autoconhecimento efetuado.

6.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP

“As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM 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” esta citação é retirada do Preâmbulo do Regulamento de Competências Específicas do EEESMP e é precisamente com estas valências que

o EEESMP trabalha diariamente, com vista a amenizar o sofrimento protagonizado pelos nossos doentes, recrutando para isso, o conjunto das melhores competências disponíveis para fazer face à problemática e mobilizando diferentes técnicas, desde as mais simples às mais elaboradas, tendo sempre presente as características individuais e tão próprias de cada ser humano.

Para que tal possa acontecer o EE tem as competências técnicas e científicas para traçar um treino de atividades, onde deve proceder à implementação de várias estratégias, afim de promover as várias competências dos doentes, quer sejam elas interpessoais ou intrapessoais, levando a que o doente consiga atingir um perfeito controlo emocional, aumentando assim eficazmente a sua resiliência face às problemáticas que enfrenta, permitindo que o doente consiga obter uma significativa redução dos sinais e sintomas de descontrolo emocional, que ao não serem eficazmente detetados e corrigidos, ao longo do tempo levam ao aparecimento de sintomatologia de depressão e ansiedade.

Assim, as competências do EEESMP são:

a) “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal é central na prática de enfermagem de SM, visto que interfere de forma direta na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica (OE, 2010). Assim, uma parte muito significativa do trabalho realizado neste percurso foi ampliar o autoconhecimento a partir das experiências de cuidar. O autoconhecimento especificamente, implica um olhar interior, uma tomada de consciência refletida e metódica. Torna-se por isso num árduo processo de gestão pessoal, que o será com certeza para toda a vida.

É por isso da máxima importância que o EEESMP detenha um elevado conhecimento de si próprio visto os fenómenos em saúde/doença mental terem um carácter “invisível”, expressando-se no comportamento e na comunicação, onde nem sempre o pedido de ajuda está expresso, necessitando para isso que exista, interpretação dos sentimentos e emoções por parte do enfermeiro. Para tal o enfermeiro tem de conseguir colocar-se no lugar do outro, reconhecendo as suas emoções. Só assim, o enfermeiro tornar-se-á mais sensível aos subtis sinais, que indicam aquilo que, os outros necessitam ou desejam, através do desenvolvimento de um sentimento de empatia. De acordo com Rogers (1961), numa definição de relação de ajuda será aquela em que

“(…) pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (pp. 43-44).

O pressuposto central da abordagem centrada na pessoa de Carl Rogers é o de acreditar numa “(…) tendência direcional inerente ao organismo humano (…)” que tende invariavelmente para o crescimento, desenvolvimento e realização plena das suas potencialidades - a tendência atualizante (Rogers, 1986b, p. 127, citado por Bozarth, 1998/ 2001, p. 45). Bozarth refere ainda que esta tendência é considerada como a motivação básica existente em cada ser humano e tem uma direção construtiva no sentido do crescimento, desenvolvimento e realização de determinadas potencialidades, no entanto, em situações desfavoráveis, os seus efeitos podem ser distorcidos ou atrofiados e criar uma necessidade de ajuda. Este pressuposto central implica contudo uma outra premissa funcional: “(…) o empenhamento do terapeuta em seguir na direção escolhida pelo cliente, ao seu ritmo e segundo a maneira de ser única do cliente” - a não-diretividade (Bozarth, 1998/ 2001, p. 17). Esta premissa está intimamente relacionada com o locus de controlo do cliente. Os objetivos e as decisões são sempre da responsabilidade do cliente e, segundo Bozarth, “(…) o único papel do terapeuta é criar um clima interpessoal que promova a tendência atualizante do indivíduo.” (p. 53). Assim, segundo Rogers (1986b, p. 198, citado por Bozarth, 1998/ 2001), quando um cliente se apercebe que “(…) o terapeuta experimenta uma atitude positiva, não crítica e de aceitação em relação àquilo que o cliente é naquele momento, torna-se mais provável ocorrer a mudança” (p. 78).

A linha de raciocínio adotada através da promoção do encadeamento lógico dos conceitos, suscita a importância dos mesmos na prática clínica e de forma singular neste contexto de análise para instigar a aquisição da presente competência. Durante a realização de ambos os estágios, nas relações de ajuda concebidas foram operacionalizadas as técnicas de comunicação, realizados exercícios de reflexão acerca da postura adotada durante a relação e inclusive realizados exercícios favorecedores do auto-conhecimento. Neste sentido, consideramos que ao longo da prestação de cuidados demonstrámos a capacidade de identificar as emoções, sentimentos e valores, inquietações e respostas comportamentais, que emergiram da relação com a pessoa e de que forma estas poderiam perturbar a relação com a pessoa e/ou a equipa multidisciplinar.

É necessário para isso que se desenvolvam, uma autoconsciência e autoconhecimento sobre nós próprios de forma a perceber e saber definir os nossos próprios limites e barreiras. O Regulamento n.º 515/2018 inerente às Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República

nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, refere como critério de avaliação da primeira unidade de competência a monitorização de “(...) reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico” (p. 21428). Foi através das experiências vividas no estágio I e estágio final e da consequente reflexão das nossas ações e investimento a nível de conhecimentos teórico-práticos que o percurso trilhado ganhou outras dimensões. Torna-se de certa forma uma complexa rede proporcional, na medida em que, para existir um contínuo desenvolvimento de cariz pessoal e profissional é necessário que exista um espírito crítico no que às nossas ações e atitudes praticadas diz respeito. Foi ao longo deste percurso que a postura em relação ao outro, foi percebida e valorizada nas suas devidas proporções, para que implicitamente se fosse tornando mais flexível, com a finalidade de um ajustamento significativo de papéis. Apesar de aparentemente complexo, existe um modelo prático que auxilia na compreensão da natureza da auto-consciencialização que é o da Janela de Johari (Taylor, 1992).

Foi particularmente durante a realização do presente mestrado e no estágio propriamente dito, que estas aprendizagens se foram produzindo de forma contínua e consistente. A Unidade Curricular (UC) “Desenvolvimento Pessoal em Saúde mental” no 1º Semestre, a UC “A Relação de Ajuda na Saúde Mental” e a UC “Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica” no 2º Semestre, permitiram aprofundar a tomada de consciência de nós mesmos, de uma forma mais formal e consciente, onde foram percebidos fenómenos de transferência e contratransferência, e que sentimentos, emoções, valores e outros fatores pessoais podem interferir na relação terapêutica. São este tipo de fenómenos muitas vezes inconscientes e pouco percebidos que surgem na relação de ajuda e que podem perturbá-la. Segundo (Towsend,2011) citado por (Sadock e Sadock,2007), “a transferência ocorre quando a pessoa desloca (ou transfere) inconscientemente para o enfermeiro sentimentos formados em relação a uma pessoa do seu passado.” (...) “a contratransferência refere-se à resposta emocional e comportamental do enfermeiro em relação a pessoa cuidada.” Como os mecanismos de defesa do ego que são utilizados para proteção do próprio, numa tentativa de aliviar a ansiedade, mas que se tornam mal adaptativos quando interferem com a capacidade de lidar com a realidade, com as relações interpessoais ou o desempenho profissional (Townsend, 2011).

Este fenómeno faz com que para situações semelhantes se desenvolvam mecanismos de *cooping*, fazendo com que depois para diferentes situações o resultado esperado seja idêntico. Lidar com doença física e com a doença mental durante os estágios provoca muitos momentos de

reflexão, de busca interior para o significado do presente e do real. Esta reflexão ajuda a monitorizar os nossos sentimentos, as nossas reações emocionais e respostas comportamentais o que permite, posteriormente, que estejamos com o outro no nosso melhor e o possamos ajudar no seu processo terapêutico, quer físico quer mental.

No âmbito dos cuidados prestados pelo EEESMP os cuidados de enfermagem segundo o REPE no seu artigo 5º ponto nº2 são caracterizados por “estabelecerem uma relação de ajuda com o utente”. O EEESMP proporciona estas condições por intermédio do “(...) reconhecimento do cliente como ser único detentor de um modo particular de interagir com o seu ambiente, e na estruturação de meios que lhe permitam adquirir uma maior consciência-de-si e aceder aos seus recursos pessoais.” (Challifour, 2008, p.120)

Em suma, este autoconhecimento implica que haja uma tomada de consciência da nossa personalidade (“detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa”), de como somos e estamos na profissão (“detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto enfermeiro) ” e de como, tendo essa reflexão feita, nos podemos colocar ao serviço do outro (“mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico”).

Esta competência foi desenvolvida durante a relação terapêutica, no cuidar do doente, na aquisição de conhecimentos teóricos, vivência de experiências decorrentes da prática clínica, reflexões teóricas realizadas, partilha de experiências, desenvolvimento de mecanismos pessoais de auto-conhecimento e autoconsciência, tanto no âmbito da profissão como no âmbito pessoal e ao refletir sobre a relação que construímos e, inevitavelmente, sobre a forma de estar nessa relação, contribuíram para que a primeira competência de EEESMP fosse adquirida.

Esta experiência teve sem dúvida grande relevância, na medida em que foi possível compreender não só a complexidade técnica mas também o cariz humano inerente à construção de uma relação terapêutica, pois foi ao perceber as dificuldades inerentes deste processo e tomar consciência de como as vivências, os estereótipos e o meio sociocultural em que se está inserido, podem influenciar na forma de estar na relação.

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

Uma avaliação inicial cuidada assente em pressupostos teórico-práticos e norteada pelos “óculos” do EEESMP é o alicerce fundamental da abordagem à pessoa. Para tal entendemos avaliação inicial segundo Phaneuf (2001), como um processo organizado e sistemático de busca e recolha de informação feita a partir de diversas fontes a fim de descobrir as alterações na satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus problemas, de conhecer os seus recursos pessoais e de planificar intervenções de enfermagem suscetíveis de a ajudar. Esta avaliação inicial remete-nos com naturalidade para o processo de enfermagem (PE) e na importância que assume na prestação de cuidados de enfermagem do EEESMP. Deste modo, o PE é formulado e considerado enquanto base para a prestação de cuidados de enfermagem efetivos sendo operacionalizado através de cinco etapas: Avaliação Inicial ou Recolha de Dados, Diagnóstico, Planeamento das Intervenções de Enfermagem, Implementação de Intervenções de Enfermagem e por último a Avaliação Final ou Avaliação dos Resultados (Cruchinho, 2009).

Leia-se que para o desenvolvimento da segunda competência do EEESMP transcrita acima, é pertinente a análise e formulação da avaliação inicial do PE uma vez que tanto o diagnóstico, quanto o planeamento e implementação das intervenções do PE por parte do EEESMP reportam-nos para a competência terceira do Regulamento 515/2018 de Competências Específicas do EEESMP, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, que será escrutinada mais adiante.

Ainda no mesmo documento e o EEESMP recorrendo-se do descritivo da segunda competência “Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental” edifica as estratégias para desenvolver a sua avaliação inicial. Esta etapa do PE fornece ao EEESMP a informação necessária e pertinente para executar os processos de avaliação tal como são referidos nas unidades de competência F2.1 e F2.2 do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018.

O EEESMP é desta forma detentor de conhecimento do ciclo vital da pessoa, realiza a colheita de dados pertinente à compreensão da sua saúde mental, promovendo a promoção, proteção e

prevenção da perturbação mental. É fundamental que neste processo de avaliação seja desenvolvida, a sensibilidade linguística, aptidões na comunicação, as técnicas de entrevista e as habilidades comunicacionais tais como: disponibilidade, aceitação, providenciemos escuta ativa e operacionalizamos técnicas de comunicação verbal e não-verbal de entre as quais se destacam a empatia e a assertividade.

Houve por isso nos 2 estágios realizados uma necessidade adicional para desenvolver técnicas comunicacionais, desenvolver habilidades no que diz respeito a vários dos seus componentes. A entrevista de enfermagem, nas suas várias conceções, foi uma das mais importantes e comum aos dois estágios. No âmbito das entrevistas realizadas, apresentamos a definição de entrevista proposta pelo autor Chalifour (2009), estudado aprofundadamente na UC relação de ajuda “(...) a entrevista é um tipo particular de interações verbais e não verbais formas entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim.” (p.60).

Cada entrevista realizada contém características próprias que diferem pelo modo em que ocorrem e as variáveis que contemplam, sendo deste modo possível distinguir cinco tipos de entrevista distintos no âmbito da relação de ajuda profissional (Chalifour, 2009).

Ter em mente todas as etapas e fases da entrevista e todos os elementos estruturantes a considerar durante a mesma, foram momentos de aprendizagem e de sedimentação. Um vez que, tendo em conta o tipo de pessoas com que trabalhámos, com todas as suas particularidades e especificidades, optámos pela entrevista formal não estruturada, por “(...) favorecer a consciência de si (*awareness*) e a emergência de recursos, deste modo permitindo ao cliente fazer escolhas em função das suas características e valores considerando, simultaneamente, as condições do ambiente que o envolve e, viver plenamente a sua vida.” (Chalifour, 2009, p. 103). Desta forma, para conceber a entrevista, inicialmente, era recolhida informação sobre o doente, desde a história clínica, história familiar e o tipo de tratamento que iria receber, após essa recolha de dados menos informal, dirigíamo-nos à sala de espera e chamávamos pelo nome do doente, apresentávamos-mos, dizendo que era aluno do mestrado e que estava a realizar um trabalho sobre a SM+, seguíamos assim para o gabinete de Enfermagem, que dadas as condições estruturais era o indicado, para desenvolver a entrevista inicial. Ali o doente encontrava um espaço isolado do resto, com excelente luminosidade e com os materiais necessários para ficar confortável. As entrevistas eram realizadas sobre uma

mesa central redonda do gabinete com 4 cadeiras e sempre, frente a frente com o doente. A entrevista era como já referido do tipo formal e não estruturada, apoiada, por um formulário já existente no serviço, bem como parâmetros do SClinico. Nesta fase reforçam-se os pontos fortes, encorajava-se a pessoa a identificar as suas próprias habilidades e forças, era ajudada a identificar razões que lhe dão significado à vida e sempre que fosse pertinente, executávamos o toque no outro com o intuito de perceberem que ali se sentiam protegidos e compreendidos, levando a que muitas das vezes, fosse ali mesmo que exprimiam todos os seus medos e angústias face ao futuro. A entrevista terminava e era agendado o próximo encontro, para a data do próximo tratamento que oscilava de 15/15 dias ou 21/21 dias na maior parte das vezes. Contudo nem sempre era viável esta nova consulta, quer pelo serviço não estar organizado nesse sentido, quer por vezes por incompatibilidade dos horários.

Contudo para além dos processos de comunicação que fomos melhorando ao longo dos estágios, bem como as técnicas da entrevista, algo fundamental para a complementaridade de uma avaliação inicial bem-sucedida, são o poder de observação do EEESMP, por possuir diversos contributos para a avaliação das necessidades alteradas, particularmente se considerarmos a linguagem verbal, a linguagem não-verbal assim como as respostas físicas da pessoa no meio em que se encontra inserida, que tal como nos diz Lopes, o EEESMP, possui na sua carteira, uns “ÓCULOS” diferentes dos utilizados pelo enfermeiro generalista, capazes de ir mais além. Para além destes 3 pontos que consideramos fulcrais, foi também realizada uma avaliação do estado mental do doente, com a finalidade de se tornar num complemento da mesma, que segundo preconiza a (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.1), devem ser tidos em conta o “aspecto geral, comportamento e atitude face ao entrevistador, psicomotricidade, nível de consciência e orientação, funcionamento cognitivo, humor e emoções, linguagem e aspetos formais do pensamento, conteúdo do pensamento, alterações perceptivas, capacidade de interpretação e consciência da doença.”

As já supracitas técnicas de comunicação verbal e não-verbal, foram do nosso ponto de vista bastante interessantes de serem trabalhadas, por toda a envolvência que isso implica em torno do doente com cancro, em que muitas das vezes, nos tenta ocultar as suas emoções, transmitindo-nos um clima de segurança e esperança, para que não desenvolvamos um sentimento de pena, quando em boa verdade não sentem nada mais para além de desesperança, resignação, pensamentos e sentimentos negativos.

Quando até então, algumas ações podiam passar despercebidas e não despertar a nossa atenção ou não nos fazer grande sentido, são agora a sua interpretação e o seu reconhecimento que nos permitem estabelecer o caminho certo a seguir, sem que tenhamos antes que entrar num novelo de emoções. Emoções essas difíceis de controlar com a Transmissão de Más Notícias, que foi uma das técnicas com que se trabalhou de bastante perto. De certa forma ingrata criar expectativas em torno de um tratamento e meses depois perceber que afinal é a doença quem vai vencer. Trabalhar estes sentimentos de angústia e revolta é de uma exigência extrema por parte do EEESMP, pois o doente entrega-se à desesperança das impossibilidades e o ser constantemente assombrado pela ideia do fim estar próximo, dificultam em larga escala o nosso trabalho, que tem como finalidade, não que o doente volte a ter esperança, mas que de certa forma acabe por aceitar aqueles sentimentos como naturais à sua experiência e consiga conviver com eles, tornando-se mais empático e de que alguma forma amplie a sua consciência individual para uma consciência coletiva.

Tal como Lopes (2006) refere em jeito de complementaridade a entrevista “ é o momento de excelência que proporciona ao enfermeiro, a avaliação diagnóstica e consequente intervenção, o enfermeiro deve recolher informações sobre o que o doente pensa, sabe e sente”. Neste âmbito além da entrevista inicial e enquanto o doente esperava que a terapêutica citostática viesse da farmácia, para o serviço, para que pudesse iniciar o tratamento, foram diversas vezes aplicadas escalas de avaliação, quer de avaliação de esperança, ansiedade, como da SM+, contudo foi maioritariamente aplicada a escala da ansiedade, da SM+ o que resultou em que ao longo dos tratamentos os níveis gerais de ansiedade diminuíssem, contudo diversos fatores da SM+ sofreram pequenos incrementos.

Ressalvar que o conjunto de dados recolhidos, bem como no decorrer da realização dos estágios para a aquisição de competências de EEESMP, foram sempre realizados registos isentos de juízos de valor tendo sido respeitada a confidencialidade de dados e sempre respeitados os princípios éticos e da privacidade de dados.

No que à componente teórica diz respeito, esta competência e todas as suas variáveis foram desenvolvidas com naturalidade ao longo do 1º e 2º Semestre, mas de forma mais evidente com os conteúdos lecionados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I e II e Saúde Mental no Envelhecimento.

Em suma no âmbito do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, 21427-21430, a Unidade de Competência F2.3 enuncia que o EEESMP: “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.” (p.21428), destacamos aqui o projeto de SM+ desenvolvido ao longo do estágio, que tem como princípio fundamental o da promoção da SM e da prevenção da doença, bem como o importante *follow-up* do doente para que fosse assegurada a continuidade dos cuidados.

c) 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;

Nesta competência, assume-se que a saúde mental já está comprometida pois, o objetivo é já ajudar “a recuperar a saúde mental”. Esse comprometimento poderá ser maior ou menor consoante um sem-número de condicionantes.

Consideramos por isso, como já foi abordado na competência anterior, que tanto o diagnóstico, como a planeamento e a implementação de intervenções dizem respeito à terceira competência, é consecutivamente neste ponto do PE, que o EEESMP, formula os diagnósticos de enfermagem de acordo com as funções alteradas, para tal o enfermeiro mune-se da utilidade da CIPE para formular os seus diagnósticos – “Iniciadas pela tomada de decisão do enfermeiro, e que permite introduzir dados relativos à apreciação inicial a partir do modelo parametrizado nas unidades de cuidados e que permite inserir os diagnósticos de enfermagem identificados e definir o foco envolvido e o *status* do diagnóstico (utilizando os conteúdos parametrizados e/ou adicionando texto livre, prescrevendo as intervenções de enfermagem)” (Silva, 2006, p.218).

Nesta linha de pensamento refere a OE 2015 no (Regulamento nº356/2015 p. 17034) que: O estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente, utiliza os diagnósticos e sistemas CIPE, adotado pelo international Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros.

Contudo é também função do EEESMP priorizar os diagnósticos anteriormente formulados, para tal o enfermeiro tem em conta a pirâmide das necessidades de Maslow, o que interdependentemente do resultado, o enfermeiro identifica as necessidades de intervenção

especializada, de modo a planear, implementar e a avaliar os cuidados individualizados, de acordo com as necessidades, vontades e preferências de cada utente, a sua família, bem como da comunidade em que se insere. Toda a ação que desempenhámos procurou preservar a dignidade da pessoa com doença mental, promoção da sua autonomia e estabilização, com vista a uma melhoria na vida de cada utente e da sua família. Isto exigiu coordenação e colaboração com outros profissionais, indo ao encontro do comprometimento exigido com outras áreas da saúde, para além do médico, fomos trabalhando de forma bem próxima sempre que existia essa necessidade com a Assistente Social e a Nutricionista e sempre que perspicazmente observávamos que de alguma forma, as estratégias implementadas não estavam a surtir o efeito desejado tínhamos também o apoio do Psiquiatra, que muitas das vezes recorrendo à terapêutica, funcionava como o catalisador que necessitávamos para impulsionar o plano delineado.

Para a aquisição desta competência foi pertinente a realização do plano de cuidados realizado no Estágio I, de índole académica com vista a consagrar os objetivos propostos para a unidade curricular em causa. Os planos de cuidados que tivemos hipótese de efetuar durante o Estágio Final foram devidamente documentados informaticamente através do programa SClinico por se tratar da aplicação informática utilizada na instituição, que desta forma possibilita a uniformização dos registos clínicos realizados e informação partilhada entre os diferentes grupos profissionais. Periodicamente executámos reavaliações os PE do doente, com a finalidade, de se conseguir perceber se as estratégias anteriormente delineadas tinham obtido sucesso, contudo sempre que tal não se verificava eram realizadas as devidas alterações ao PE para alcançarmos os objetivos propostos que visavam responder às suas necessidades, que frequentemente se associavam às dificuldades do doente derivado a “processos de saúde-doença” descritos por Afaf Meleis. Estes planos eram sempre discutidos em equipa multidisciplinar e melhorados com o apoio da enfermeira orientadora.

Ao longo do estágio e após a identificação das necessidades do doente, através do juízo clínico, raciocínio lógico, dos recursos existentes e da seleção de diagnósticos de enfermagem eram consecutivamente delineadas as intervenções de enfermagem a implementar com vista aos recursos e forças existentes no doente, favorecendo desta forma o seu potencial e estimulando o seu compromisso na incrementação dos objetivos planeados em conjunto. Este processo que se constitui enquanto elemento basilar na incrementação de resultados em saúde, foi de certa forma francamente desafiante pela grande panóplia de recursos, capacidades e competências mobilizadas

pelo EEESMP na formulação de diagnósticos de SM que integram os seus diferentes contextos, quer seja na negociação do plano de cuidados com o doente, na prestação de cuidados tendo sempre presente uma visão holística e fundamentos na evidência reunida na qual se incluiu a RIL realizada acerca da temática em estudo.

d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2010, p.3).

Esta competência diz respeito à implementação das intervenções do plano de cuidados propriamente dito. O enfermeiro terá de se munir de todas as competências atrás descritas e partir para a ação, no sentido de ajudar a recuperar e a reabilitar a pessoa com o objetivo de esta se realizar nas suas capacidades. A elaboração do estudo de caso contribuiu para o desenvolvimento de capacidades de análise crítica tendo em consideração a vivência pessoal em situação de patologia psiquiátrica. Ter em consideração nos cuidados de enfermagem o contexto de inserção da pessoa cuidada, compreender as suas respostas humanas fazendo a identificação dos principais focos alterados, realizando para isso diagnósticos próprios de enfermagem, planeando intervenções de enfermagem e delineando resultados esperados, à medida que foi sempre realizada uma avaliação das estratégias colocadas em prática.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Diário da República, 2.^a série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018, p.21427) “As intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, auto cuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família”. Com vista à salvaguarda desta premissa, num dos dias de tratamento de um doente que tinha sido recém-diagnosticado e que acabara de iniciar os tratamentos de quimioterapia, foi combinada uma conferência familiar juntamente com o cliente e a rede de suporte formal, pois percebemos que o doente em causa, estava a ser bastante fustigado, pelo tipo de diagnóstico bem como todos os estereótipos que o próprio doente criara em torno da doença, fazendo com que cada vez mais se isolasse, deixando de ter qualquer tipo de contacto social, algo que até à data era completamente impensável, por ser

um indivíduo extremamente sociável. Desta forma urgiu a necessidade de planear intervenções em prol do cliente, devendo para isso toda a rede mobilizar-se em conformidade para poderem ser atingidos os objetivos delineados, a fim de se garantirem novos contactos e ligações sociais e no fundo ser criado uma nova rede de apoio para o doente.

Um exemplo claro do que sempre deve ser feito, desde que possível é o de informar o doente, dar-lhe as ferramentas para que possa decidir, e assim de alguma fazê-lo interagir de uma forma mais evidente com o seu PE. Pois é ele o detentor do seu projeto de saúde, tem naturalmente de ser envolvido, tem de ser incentivado a participar no mesmo e a tomar decisões, assumindo em consonância a responsabilidade das mesmas. É com base na autonomização e consequente responsabilização, que os cuidados devem assentar, sempre que possível. Durante os estágio realizados, o grande objetivo da unidade era precisamente capacitar a pessoa doente, para ter uma vida o mais plena possível dentro das suas circunstâncias e limitações, tanto pessoais, como familiares, sociais e inclusive era tido em conta o seu processo de saúde-doença.

Retomando novamente o Regulamento das competências especificadas do EEESMP, regulamento nº515/2018 publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018 (OE,2018), pode-se ler na primeira unidade de competência do regulamento referido que o EEESMP “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.” Torna-se então necessário definir Psicoeducação, que segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em SM da OE (2011) “ A Psicoeducação é uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos fatos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e apreender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos”. Estes pressupostos vão precisamente ao encontro das técnicas desenvolvidas em contexto de estágio, por intermédio da disponibilização de orientações às pessoas e famílias alvo dos nossos cuidados com o intuito de promover a SM e prevenir o risco de desenvolvimento de perturbações mentais através da implementação de intervenções psicoeducativas promotoras do aumento de conhecimentos, compreensão e gestão afetiva dos problemas relacionados com a SM, com vista à prevenção da doença mental e promoção da SM. Para além disso foram nossas estratégias o desenvolvimento da literacia em saúde dos nossos doentes, ao lhes proporcionarmos conhecimentos acerca dos sinais e sintomas de distintas perturbações mentais, opções terapêuticas existentes, estratégias adaptativas e entre

outros assuntos considerados pertinentes mediante as necessidades que identificamos para o doente. Estas intervenções foram desenvolvidas por também se originarem da evidência científica resultante da nossa RIL realizada, que como já foi evidenciado resultou que as intervenções do EEESMP passam pela aplicação de estratégias psicoeducativas, originado no doente uma diminuição significativa na redução dos sintomas da depressão e ansiedade, bem como numa maior efetividade no tratamento contra o cancro. Com base nos pressupostos evidenciados assim procuramos estruturar a proposta de cuidado no âmbito das intervenções psicoeducativas ao doente com cancro com vista ao desenvolvimento da sua SM+. Assim concluímos ter adquirido a unidade de competência em destaque de forma bastante convincente.

Deste modo e continuando a análise do desenvolvimento da competência, constatamos que a unidade de competência F4.2 faz referência à importância do desenvolvimento dos processos psicoterapêuticos, que segundo Nabais (2008) a especificidades do cuidado consiste na “incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social.” Ainda a psicoterapia “é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas e o cliente (pessoa ou grupo). O estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados.” (OE, 2011) in (Regulamento dos Padrões Qualidade ESM,2011). Torna-se desta forma crucial estabelecer uma relação de ajuda assente na confiança com o doente, para que desta forma se torne possível a interpretação dos problemas identificados. Parte-se do pressuposto que a base de um quadro de relação de ajuda está uma habilidade para a relação focado no doente, em que é o doente o centro do cuidar, incrementada por um processo de desenvolvimento pessoal e social. Se a relação de ajuda é tida como uma forma de cuidar na perspetiva do cuidado, passo o pleonasma, ou seja, se o papel do enfermeiro na relação é o de ajudar o doente a satisfazer as suas necessidades, e viabilizando que o utente possui recursos que lhe são necessários para lidar com determinada ocorrência, torna-se desta forma crucial refletirmos sobre o significado do conceito de aceitação incondicional, atitude fundamental e da grande importância para a consumação deste processo de desenvolvimento relacional, quando consideramos com particularidade e como essencial o estímulo para a promoção do desenvolvimento pessoal daqueles com quem nos relacionamos. Como

é de conhecimento geral o centro da atenção dos profissionais de saúde particularmente dos enfermeiros é o ser humano, pelo que sentir-se aceite pelo próximo é parte fundamental no processo de cuidados em enfermagem. Segundo Bermejo a aceitação incondicional ou consideração positiva pode ser explicitada em quatro direções: a ausência de juízos moralizantes sobre a pessoa ajudada, confiança e consideração positiva do ajudado, acolhimento da pessoa no seu todo, particularmente do seu mundo emotivo e cordialidade no trato (Bermejo, 1997). Assim no seu todo torna-se crucial que o enfermeiro consiga trespassar para o doente verdadeira consideração por aquilo é com todas as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial pelo que é fundamental crer no doente como um ser único que é, e que devido a essa unicidade somente ele possui todo o potencial específico para prosperar da forma que lhe seja mais conveniente. Para além de todo este fundamentalismo, é de esperar por parte do EEESMP um comportamento responsável, equitativo, sério e honesto para que os doentes credibilizem a sua própria intervenção profissional.

Indo com naturalidade ao encontro da unidade de competência F4.2 para além dos processos psicoterapêuticos, também os socioterapêuticos, detiveram um processo fundamental, e foram diariamente tidos em causa, quer no incentivo dos doentes, nas atividades que promovíamos diariamente, como também no estímulo que efetivamos para criar e gerir grupos terapêuticos, com a finalidade que cada um pudesse partilhar um pouco da sua experiência e assim conseguirmos criar, um maior sentimento de união, coesão e a importância que cada um detinha, por fornecer estratégias ao grupo.

No que à última unidade de competência diz respeito, a F4.3, que aborda a promoção da reabilitação psicossocial, temos antes que entender que a reabilitação psicossocial constitui-se como um processo abrangente, e não se trata apenas de uma técnica isolada. As estratégias de reabilitação psicossocial, são determinadas por vários fatores, entre os quais, as necessidades do doente, o contexto no qual é promovida, isto é, no hospital ou na comunidade, bem como as condições naturais e socioeconómicas do local onde é levada a cabo. Alguns dos objetivos que visámos atingir quando trabalhámos este processo, foram o de primeiramente reduzir a discriminação e o estigma com a doença mental, muito presente infelizmente ainda nos dias de hoje, a melhoria da competência social individual dos nossos doentes, e claro a criação de um sistema de apoio social de longa duração, sendo que este último objetivo dependia muito da uma intervenção apoiada, quer pelas equipas comunitárias quer pela assistente social, com as quais trabalhámos sempre de muito próximo.

No que à parte teórica compete, a aquisição desta competência foi trabalhada essencialmente na UC “Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica” que decorreu no 2º Semestre.

6.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Regulamento de funcionamento do Mestrado de Enfermagem de Associação das escolas superiores de enfermagem e saúde foi elaborado tendo em conta o previsto no Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018: “ a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (p. 4162).

a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que:

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

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

A OE tem vindo a promover o desenvolvimento científico da profissão, incentivando a produção e divulgação de trabalhos científicos e reforçando o aproveitamento das competências dos enfermeiros que, munidos de maior formação, maior capacidade de análise crítica e reflexiva, poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população. A realização do atual relatório exigiu a procura de evidência científica que de alguma forma contribuísse para a resposta ao problema e pergunta de investigação inicialmente identificados. Foi sem dúvida um caminho árduo, com altos e baixos e com diferentes tipos de sentimentos à mistura mas que, no

final rendeu valiosos e saborosos frutos, uma vez que proporcionou a elaboração deste relatório com cunho científico e a redação de um artigo de investigação com o intuito de contribuir para a disseminação da investigação. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a investigação em Enfermagem objetiva responder a questões e desenvolver conhecimento recorrendo a uma metodologia científica que pode ser de cariz quantitativo, qualitativo ou misto. A presente competência foi operacionalizada no âmbito do Estágio Final através da RIL realizada no âmbito das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP aos doentes oncológicos. A RIL trata-se de um método de pesquisa criterioso empregado para fornecer os melhores conhecimentos produzidos sobre um dado problema de pesquisa, para que estes sejam avaliados criticamente por profissional com habilidade clínica e posteriormente sejam incorporados à prática assistencial (Ercole, F. et al 2014). A revisão integrativa, finalmente, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado (Souza, M. et al, 2010).

A procura pelo conhecimento é transformadora, quer seja a nível pessoal ou profissional. É esperado que este seja um dos trabalhos como todos os outros desenvolvidos ao longo do mestrado, que de alguma forma possam sustentar ainda mais a enfermagem como profissão científica que é. Porém por se tratarem de situações complexas, foi necessário um investimento contínuo na procura de informação pertinente para otimização dos cuidados prestados, recorrendo-nos da consulta de documentos legais que regem a profissão, constituindo-se este como um comportamento intrínseco à postura adotada, que contribuiu para a melhoria dos cuidados efetivados. Assim podemos verificar que no decorrer das nossas ações intervimos sempre em consonância com a alínea c) do Artigo 109º do CDE, que refere que o enfermeiro na procura da excelência do exercício em todos os atos profissionais desempenhados, assume o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, utilizar competentemente as tecnologias, não se esquecendo da formação permanente e aprofundada acerca das ciências humanas (OE, 2015).

Para aquisição desta competência houve muitos contributos da UC “Investigação em Enfermagem” lecionada no 1º semestre. Nesta UC fomos sendo ensinados e instruídos a realizar as várias etapas de investigação que culminaram na redação de um artigo científico desta feita como trabalho em grupo. Esta aprendizagem foi sem dúvida essencial para a realização do presente artigo científico que está anexo a este relatório, que serviu de pilar à elaboração do relatório final.

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

Na prática profissional, o desenvolvimento de competências inerentes à aplicabilidade do PE exige uma constante e exaustiva análise das diversas situações com que o enfermeiro se confronta diariamente. Ambos os estágios proporcionaram oportunidades para desenvolver esta competência ao nível da especialidade. No acompanhamento de pessoas numa viagem que por vezes acarretava bastante sofrimento, como é a doença oncológica.

Rogers (1974) defende que a autenticidade e congruência constituem a base para uma melhor comunicação. O enfermeiro deve fazer-se sentir na relação tal como é, afirmando-se aberto e sem defesas ou máscaras e aberto relativamente aos seus próprios sentimentos. É considerado que para se ser autêntico é necessário que o enfermeiro se conheça si próprio e tenha consciência das próprias dinâmicas que podem estar presentes na relação interpessoal de ajuda, tenha a coragem de dizer que não pode ou não sabe, assumindo as suas próprias dificuldades e por último, que tenha o dever de evitar as relações de transferência e esforçar-se por isso (Mendes J., 2006). De acordo com o mesmo autor, espera-se do enfermeiro um comportamento congruente para que as pessoas se possam sentir confiantes, nutram respeito e credibilizem a sua própria intervenção profissional.

Algumas mensagens transmitidas são voluntárias e respondem às necessidades do momento, mas outras são involuntárias ou mesmo inconscientes. Numa relação com a pessoa/família, o enfermeiro deve não só estar atento aos diferentes tipos de comunicação não-verbal, como a cinésia, proxémica, a linguagem ou a monitorização de emoções e reações das mesmas, mas ter em conta a expressão da sua própria linguagem não-verbal durante a interação.

A formação teórica contribuiu com duas, das UC que tiveram um papel importante nesta competência: a “Gestão saúde e governação clínica” e “Políticas e modelos de Cuidados de Saúde” ambas no 1º Semestre.

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

Uma vez mais voltamos à noção de complexo. Este tema já foi abordado várias vezes ao longo deste relatório, e já foi assumido que os cuidados ao outro enquanto corpo-sujeito são complexos. De complexidade semelhante se reveste a prestação de cuidados à pessoa com doença mental e ao doente oncológico. Ambos obrigam o profissional de saúde a tomar em consideração aqueles saberes que Le Boterf (2003) falava, do “saber agir com pertinência” em que o enfermeiro terá de tomar decisões, fazer escolhas e assumir riscos, e também do “saber transpor” e do “saber aprender e aprender a aprender”. Todos estes saberes foram elencados e concretizados tendo por base a responsabilidade ética que o Código Deontológico do Enfermeiro obriga. Com este raciocínio pretendemos elucidar que em cada um dos contextos vividos e em cada uma das atividades colocadas em prática, pelas diferentes necessidades de cuidados identificadas é de certa forma exigido que o enfermeiro desenvolva um juízo complexo e repleto de unicidade que o capacite para dar uma resposta efetiva e adequada a cada um dos contextos com que se depara. Por sua vez, o desenvolvimento desta capacidade e a possibilidade em conhecer cada uma das etapas de atuação existentes no contexto do estágio, conduziu imperativamente à realização de uma avaliação exaustiva da pessoa alvo dos nossos cuidados e sempre que isso o exigia e era pertinente para o PE também da sua família, tendo em conta o contexto em que se encontrava inserida.

Desta forma, durante a implementação das intervenções, em processos de tomada de decisão, em reuniões multidisciplinares cujos projetos terapêuticos eram discutidos pelos diferentes grupos profissionais, os nossos juízos e propostas de intervenções a implementar produzidas em conjunto com a enfermeira orientadora eram evidenciados e alvo de reflexão na equipa multidisciplinar. A adoção destes comportamentos conduziu à aquisição das competências de Mestre em análise, bem como proporcionou uma conduta respeitosa pela alínea b) e c) do Artigo 112º do CDE, contribuindo para a obtenção da melhoria contínua da qualidade em saúde.

Como afirma Hesbeen (2001), “É claro que as necessidades globais do doente só podem obter resposta através de um trabalho de equipa e multidisciplinar” (p. 72). Para tal relembramos, uma vez mais, a Le Boterf (2003) e aquela imagem da raiz do rizoma. Como “O profissional não pode saber tudo” (p. 53), terá forçosamente de se incluir em equipas que possam, essas sim, avançar no cuidado global à pessoa doente e só desta forma atingir um cuidado holístico.

Dentro de uma equipa, a diversidade de disciplinas que interagem em conjunto, trazem diferentes tipos de conhecimentos (Vicente, 2011). No campo da saúde, isto torna-se uma mais-valia, uma vez que diferentes disciplinas interagem em conjunto, definem soluções mais ajustadas

às necessidades da pessoa cuidada. A nossa tomada de decisão alicerçou-se no CDE, no REPE, nos princípios éticos, questões da bioética decorrentes e legislação em vigor associada a cada uma das temáticas emergentes.

As responsabilidades éticas, deontológicas e do direito foram abordadas no 1º Semestre do curso na UC “Epistemologia, ética e direito em Enfermagem” que culminaram com a realização de um trabalho de grupo onde era discutida e analisada uma situação real vivida por dois elementos do grupo.

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

A metodologia utilizada neste relatório foi a metodologia de projeto cujo objetivo é a resolução de problemas. Através de todas as fases já descritas e analisadas ao longo do relatório, foi possível abordar um problema associado aos cuidados prestados às pessoas com doença oncológica. Desta forma, foi possível dar como adquirida esta competência que também está intrinsecamente relacionada com a 2ª e a 4ª. Todas elas vão no sentido de proporcionar maior visibilidade à disciplina da enfermagem e, com isso, permitir a excelência do cuidar em Enfermagem, tanto às pessoas, como grupos e nas comunidades.

Os processos de educação informal são os desenvolvidos nos locais de trabalho que geram aprendizagens e competências, “mais ou menos consciencializadas pelos indivíduos e que influenciam de modos distintos as práticas e as identidades profissionais”, sendo que as que apresentam maior interesse para a formação informal são as “que ocorrem na sequência de situações nas quais os indivíduos pensam sobre os acontecimentos que vivem e estão na origem de posteriores alterações de comportamentos e atitudes” (Guimarães, 2000, p. 3).

A competência analisada está intrinsecamente ligada à capacidade demonstrada em comunicar no seio da equipa quer de enfermagem quer multidisciplinar, da qual fazem parte EE e não especialistas, que por sua vez pressupõe um desenvolvimentos das competências comunicacionais, bem como um conhecimento sério, das temáticas que pretendemos transmitir, elevado nível de segurança nas tomadas de decisão efetivadas e claro tudo isto assente num raciocínio lógico e devidamente fundamentado, por se tratarem das premissas fundamentais para alicerçar um

processo de comunicação eficaz. Caso não se verifiquem os pressupostos descritos a competência não será efetivada.

O facto de ter sido feita a apresentação do projeto de intervenção à equipa do serviço de oncologia médica/hospital de dia, permitiu a divulgação da investigação previamente efetuada partilhando-a no contexto de cuidados onde o projeto se desenvolve, fomentando um momento de formação entre pares, uma vez que apenas existe no serviço um EEESMP, são desta forma expectáveis novas aprendizagens, bem como com a apresentação se promoveu uma outra forma de ver a SM+, bem como a importância que a promoção e prevenção da SM detém neste contexto em específico.

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

Esta competência terá por base a iniciativa do enfermeiro em ser responsável pela sua formação contínua. É da conveniência do enfermeiro manter, ao longo da sua carreira, este espírito de inquietude científica pois esse espírito o incomodará e o levará à busca constante de novo conhecimento e de diferentes saberes. É como se fosse uma insatisfação constante cuja saciedade só se encontra através da procura. Disso é prova a realização do atual mestrado. Também a OE (2018) destaca o percurso formativo, decorrente da formação formal e informal, relevantes no percurso profissional do enfermeiro e não apenas do enfermeiro especialista, pois permitem novos saberes e competências adquiridas, rentabilizando as aprendizagens efetuadas e dando ênfase à capacitação profissional. São exemplo dessa busca insaciável pelo conhecimento, nestes 5 anos após o término do CLE, a conclusão da Pós-graduação em Feridas de Difícil Cicatrização, a frequência em diversas, conferências, seminários e variadas formações.

No 1º semestre foi realizado um plano de formação (trabalho de grupo) integrado na disciplina “Formação e supervisão em enfermagem” que permitiu desenvolver o diagnóstico de necessidades formativas e conceber um programa formativo, atuando como um formador oportuno em contexto de trabalho.

Portanto e decorrente deste processo formativo, destacamos a aquisição de competências comuns de EE assim como mais recentemente com a frequência do presente mestrado as competências específicas do EEESMP como instrumentos fundamentais para a construção de conhecimentos, estabelecimento da relação de ajuda, reflexão acerca das práticas e

comportamentos adotados, mobilização de aptidões, promoção do pensamento crítico e otimização dos processos de tomada de decisão devidamente fundamentados por conhecimentos ético-deontológicos.

Com o término da análise das competências que nos concedem o grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, verificámos que todas elas foram atingidas na sua plenitude, através dos processos já descritos e supracitados que demonstraram a aquisição de um padrão de conduta que dignifica a profissão de Enfermagem e objetiva alcançar a excelência do exercício.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório procurou descrever o trabalho desenvolvido durante o percurso formativo, refletindo com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional, demonstrando a aquisição de conhecimentos e competências para a intervenção especializada em ESMP, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência, cumprindo sempre com referenciais éticos e deontológicos. O objetivo principal deste trabalho de investigação, foi alcançado com a elaboração de um programa de enfermagem em SM+, que se encontra dividido em várias sessões práticas. No que concerne aos objetivos inicialmente propostos para o presente Relatório de ME, podemos concluir que foram alcançados na sua globalidade uma vez que: apresentamos o documento em apreço através da Metodologia de Projeto, sendo que o mesmo, futuramente, será alvo de prova pública perante júri; refletimos sobre a importância das intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com o doente oncológico, verificamos a importância do desenvolvimento de programas de SM+ com o doente oncológico e foi ainda promovida uma análise reflexiva e de forma pormenorizada da aquisição de competências desenvolvidas no percurso do presente Mestrado e em particular com as intervenções desenvolvidas no Estágio I e Estágio Final, bem como os trabalhos realizados em contexto das UC's de índole académica.

Também ao nível da Enfermagem a promoção da SM parece constituir uma janela de oportunidade para o futuro (Woodhouse, 2010), sobretudo se considerarmos que, perante as atuais políticas de restrição económica, e tendo em conta os crescentes custos associados ao aumento dos casos de doença mental, a promoção da saúde mental começa a apresentar resultados motivadores ao nível do custo-efetividade, sobretudo se as intervenções ocorrerem de forma integrada em programas de desenvolvimento. (Zechmeister, et al, 2008)

Para melhorar significativamente a SM das nossas populações, será necessário, por um lado, incluir, de uma forma sustentada, a SM entre as prioridades de saúde pública do nosso país, e, por outro lado, articular cada vez mais a política nacional de SM com as outras políticas públicas (Caldas de Almeida, 2018).

Reforçamos particularmente a ideia de se investir nos indicadores e intervenções de enfermagem para a SM+, pois apenas assim conseguimos evidenciar o trabalho do EEESMP. Apesar de este trabalho ser feito diariamente, com intensidade, planeado de forma individual, longo, sempre respeitando a dignidade do outro e procurando o que de melhor tem o indivíduo, na busca incessante pelo seu potencial. Acontece que tudo isto não se transcreve nem de forma estatística nem em indicadores, o que leva a colocar em causa todo o trabalho promovido de forma diferenciada pelo EEESMP. É imperativo que o futuro passe por uma parametrização dos sistemas informáticos com vista a existir uma análise das intervenções de Enfermagem.

Relativamente ao instrumento de avaliação utilizado, para avaliar a SM+ o QSM+ trata -se de um instrumento de grande relevância para a prática clínica, na medida em que permite avaliar o potencial das pessoas para lidar com as adversidades, e por um outro lado, permite ainda identificar as pessoas com maior vulnerabilidade mental. A questão da vulnerabilidade nutre-se de elevada importância para a prevenção da morbilidade, uma vez que possibilita aos profissionais de saúde uma intervenção precoce.

Um outro fator de relevância para a prática clínica está relacionado com o facto de este instrumento possibilitar uma avaliação salutogénica da SM e permitir que os profissionais de saúde sejam agentes promotores de saúde através da implementação de intervenções capazes de promover a satisfação, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, capacidade de resolução de problemas e habilidades de relação interpessoal. Espera-se que os resultados obtidos da aplicação dos programas, na sua generalidade, demonstrem a remissão de quadros de sintomatologia depressiva e de ansiedade bem como se verifique um aumento do controlo emocional, da resiliência, das competências interpessoais e intrapessoais e a promoção da SM.

A transição constitui-se como podendo ser um período crítico, uma vez que após o diagnóstico ser comprovado e validado, as pessoas são vulneráveis a sentirem-se sobrecarregadas pelos desafios com que se confrontam, podendo ter dificuldade em readaptar-se aos seus novos ambientes. Nas pessoas que de alguma forma, desencadeiam um estágio de negação face à doença, esta dificuldade agrava-se, comprometendo uma transição saudável e dificultando a intervenção por parte do EEESMP, tornando-a mais desafiadora.

O projeto de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica proposto, com as linhas orientadoras da intervenção psicoeducativa, a realizar com doentes oncológicos, foi elaborado com

base nos diagnósticos de Enfermagem decorrentes das necessidades identificadas e que constam na literatura, nos artigos científicos incluídos na RIL produzida, bem como de sugestões presentes na literatura inerentes à temática e ainda interdependentes do resultado do QSM+, para que pudéssemos averiguar quais os fatores que deveriam ser trabalhados.

Cabe-nos também localizar algumas das limitações do programa, que passam pela aplicabilidade do QSM+ ser apenas possível para pessoas fluentes na Língua Portuguesa bem como a pessoa não ter nenhum diagnóstico de doença mental, só assim se pode aplicar de forma correta o questionário.

Sendo também este projeto inovador em contexto de estágio, é da nossa ambição continuar a investir nesta área de intervenção por parte do EEESMP na promoção da SM+ de modo a encontrar oportunidades de melhoria para a excelência do cuidado em Enfermagem, que possam contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão autónoma e disciplina do conhecimento.

Por sua vez, pretendemos que a proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com linhas orientadoras de intervenção psicoeducativa, para a promoção da saúde mental a realizar com os doentes oncológicos mediante aprovação do Departamento de Oncologia-médica/Hospital de dia, venha a constituir-se como um elemento orientador da prática clínica no apoio ao doente oncológico e que possa contribuir para uma melhoria significativa na efetividade do tratamento realizado.

Consideramos desta forma destacar que o potencial e competências do EEESMP para a implementação do programa de SM+ para doentes oncológicos, são reconhecidos. Assim e citando a Ordem dos Enfermeiros (2011) a especificidade da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica dota o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de competências que o permitem adotar uma abordagem holística sustentada pela relação de ajuda, mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, para responder eficazmente às necessidades da pessoa, da família e grupos a quem presta cuidados ao longo do ciclo vital. Deste modo, a implementação de projetos promotores da SM pelo EEESMP encontra-se regulamentada na 3ª competência do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República n.º 515/2018, 2ª Série. N.º 151 de 7 de Agosto de 2018 (OE, 2018), e este constitui-se como

um dos elementos da equipa multidisciplinar dotado de competências e conhecimentos que possibilitam a implementação destas intervenções contribuindo para a promoção da saúde mental e saúde no geral.

A análise reflexiva e pormenorizada, descritiva de todos os processos que conduziram à aquisição de competências para a obtenção do título de EEEESMP e grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tratou-se imperativo de forma a proporcionar ao leitor o conjunto de condicionantes promotoras de aprendizagem e desenvolvimento, e simultaneamente para que desta forma pudéssemos realizar uma retrospectiva de todos os processos que proporcionaram um conjunto de aprendizagens e aquisição de competências específicas de SM. Assim para além da prática profissional, aqui descrita através dos estágios realizados, achamos pertinente, ter em conta os ensinamentos e conhecimentos adquiridos ao longo das UC's promovidas pelo Mestrado, aliados à motivação pessoal e o sermos seres insaciáveis no que toca ao desenvolvimento de conhecimentos, o adquirir as competências enunciadas, transparecermos uma atitude de disponibilidade e proatividade demonstradas, possibilitaram não apenas a identificação como também a rentabilização de oportunidades de novas aprendizagens que surgiram durante ambos os estágios. Realçar também o fato que o contexto em que se proporcionaram as aprendizagens, fomenta um clima promotor do desenvolvimento pessoal e profissional, pelas dinâmicas tão próprias que o caracterizam, nas quais tivemos oportunidade de participar e vivenciar experiências significativas, cujos ganhos promoveram a consolidação e aumento de conhecimentos assim como proporcionou a aquisição efetiva das competências previstas.

O desenvolvimento de competências revelou-se crucial, fomentado a reflexão sobre as intervenções que se efetivaram, bem como por todas as aprendizagens e competências adquiridas, permitindo desta forma a delinear um caminho e a tomada de consciência mais aprofundada do nosso percurso e o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de excelência.

Em suma, a Enfermagem não se traduz na execução de procedimentos técnicos, mas assenta essencialmente, no respeito, empatia, escuta ativa, compreensão, ou seja, cuidar pressupõe também, apreciar, amar e implica um compromisso que transcende a emoção e se traduz numa ação (Frias, 2001).

BIBLIOGRAFIA

- Akhtar, M. (2012). Vencer a depressão com a Psicologia Positiva. Amadora: Editora Nascente.
- Alberti, R., Emmons, M. (2009). Comportamento Assertivo – Um guia de autoexpressão. InterLivros. Acedido em http://www.sexologawalkiriafernandes.com/images/comportamento_assertivo.pdf
- Almeida, R., Marques, A., Queirós, C. (2014). *weCope: Programa Cognitivo-comportamental de Intervenção em Grupo na Psicose*. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial
- Alves, S. (2018) “Criação e validação de um programa promotor de saúde mental positiva em adolescentes”. Dissertação de Mestrado.
- Amaral, A.C. (2010). *Prescrições de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusodidacta
- Andreas, S. & Faulkner, C. (1995). Programação Neurolinguística. Rio de Janeiro: Editora Campus
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: Concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
- Bermejo, J. (1997). Humanizar la salud: Humanización y relación de ayuda en enfermería. Madrid: San Pablo.
- Borges, P. (2013). Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspetivas dos Supervisores. Porto.
- Bozarth, J. (2001). Terapia centrada na pessoa: um paradigma revolucionário. (Tradução de Euridice Gouveia). Lisboa: EDIUAL. (Obra original publicada em 1998).
- Caldas de Almeida. A Saúde mental dos portugueses. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa, 2018.

- Camelo, S.H.H., & Silva, V.L.S. (2013). A Competência da Liderança em Enfermagem: Conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21 (4), 533-539. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a19.pdf>

- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta

- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta

- Conselho Internacional de Enfermeiras (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Tabelas CIPE. Versão 2013. Acedido em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Paginas/default.aspx>.

- Cruchinho, P. (2009). Modelo das Dez Etapas- um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado na utilização dos instrumentos básicos da profissão. *Revista Percursos*, 12, 13-29. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_12.pdf.

- Direção Geral de saúde. Programa nacional para a saúde mental, Lisboa, 2017.

- Driessnack M, Sousa V.D. & Mendes I.A.C.. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. Ver *Latino-am Enfermagem*, 2007, julho-agosto; 15(4).

- Ferrito, C. et al (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37.

- Fonte, C., Ferreira, C., Alves, S. (2017) Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: relações entre psicopatologia e bem-estar.

- Frias, C. (2001). *A aprendizagem do cuidar e a morte – um desígnio do enfermeiro em formação. Tese de mestrado*. Faculdade de Ciências da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Acedido a 26 de fevereiro de 2019 em: <http://run.unl.pt/handle/10362/296>

- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

- Guimarães, P. (2000). Aprendizagens e Quotidianos Profissionais. Estudo de Caso de uma Enfermaria. Dissertação de Mestrado em Educação, área de especialização em Educação de Adultos, do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Gruska V, Dimenstein M. Reabilitação psicossocial e acompanhamento terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicol Clín.* 2015. 27(1):101-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00101.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-56652015000100006>.
- Herman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and #e University of Melbourne. Geneva: World Health Organization.
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na prespetiva do cuidar. Loures: Lusociência.
- Im, Eun-Ok. (2011). Transitions theory: A trajectory of theoretical development in nursing. *Nursing Outlook.* 59, 278-285. Disponível em: https://ac.elscdn.com/S0029655411000856/1-s2.0-S0029655411000856-main.pdf?_tid=80d3b04b-9524-491c921f8505bfc4e3a7&acdnat=1541362182_8dda98e8a3d7dad0a255822aeac9e639
- Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 58(4), 214-230. doi:dx.doi.org/10.3322/CA.2008.0003.
- Le Boterf, G. (2003). Desenvolvendo a competência dos profissionais. (3ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Lehtinen, V. (2004). Action for mental health: activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004. Acedido em http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/action_1997_2004_en.pdf
- Leite, A. (2016). Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico; Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.

- Lluch, M. T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tese de Doutoramento Não Publicada). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55.
- Lluch, M. T. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual*, 11(1), 61-78.
- Lluch, M. T. (2008). Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados. In J. Fornes, y J. Gómez (coord.), *Recursos y programas para la salud mental. Enfermería psicosocial II* (pp. 37-69). Madrid: Fuden, Colección líneas de especialización en enfermería.
- Lluch-Canut, T., Puig-Llobet, M., Sánchez Ortega, A., Roldán-Merino, J., Ferré-Grau, C., & Positive Mental Health Research Group (2013). Assessing positive mental health in people w with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13, 928. doi: 10.1186/10.1186/1471-2458-13-928.
- Lorig, K., Ritter, P. L., Turner, R. M., English, K., Laurent, D. D., & Greenberg, J. (2016). Benefits of diabetes self-management for health plan members: A 6-month translation study. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e164-e174. doi: dx.doi.org/10.2196/jmir.5568.
- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – Uma estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9), 41-47. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a07.pdf>
- Magalhães, S. (2011). “A vivência de transições na Parentalidade face ao evento hospitalização da Criança”. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Meleis, A. I., & Chick, N. (1986) Transitions: A Nursing Concern. In *School of Nursing Departmental Papers. University of Pennsylvania*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267796658_Transitions_A_Nursing_Concern.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. Disponível em:

<https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=92fcd24a5c07-47f4-947f-0e5ba511166a%40sessionmgr120>.

- Meleis, A (2010). *Transitions theory – Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing company.
- Mendes, J. (2006). *A relação de Ajuda: Um instrumento no processo de cuidados de enfermagem*. Revista de Formação Contínua em Enfermagem.
- Nogueira, M J. *Saúde mental em estudantes do ensino superior: factores protetores e fatores de vulnerabilidade*. Universidade de Lisboa, 2017. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
- Nunes L, Amaral M, Gonçalves R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*, 59(2), pp. 7-17.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto2_padroesqualidadece_smp.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa: OE, Publicado em Diário da República - Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Diário da República, nº 151/2018 - 2ª série.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: OE, Publicado em Diário da República - Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. Diário da República, nº 140/2019 - 2ª série.
- Ostacoli, L., Saini, A., Zuranieri, M., Boglioni, A., Carletto, S., De Marco, I., Lombardi, I., Picci, R. L., Berruti, A., & Comandone, A. (2014). Quality of life, anxiety and depression in soft tissue sarcomas as compared to more common tumours: An observational study. *Applied Research Quality of Life*, 9, 123-131.
- Ortega, M. *Efectividad de un programa de intervención psicossocial enfermeira para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas com problemas crónicos de salud*; Universidade de Barcelona, 2015. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

- Pirl, W. F., Fann, J. R., Greer, J. A., Braun, I., Deshields, T., Fulcher, C., & Bardwell, W. A. (2014). Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: Report from the American Psychosocial Oncology Society, Association of Oncology Social Work, and Oncology Nursing Society joint task force. *Cancer*, 120(19), 2946-2954. doi: dx.doi.org/10.1002/cncr.28750
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional – Aprenda a ser feliz*. Porto: Porto Editora.
- Rogers, C. (1974). *Psicoterapia e consulta psicológica*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. (1987). *Um jeito de ser*. [Electronic version]. (4ª ed). (Tradução de Maria Cristina Kupfer, Heloísa Lebrão, Yone Patto). São Paulo: EPU. Retrieved April 3, 2011 from <http://pt.scribd.com/doc/7094505/Rogers-o-Jeito-de-Ser> (Obra original publicada em 1980).
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Quarteto Editora
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 45-53.
- Silva, A. - *Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde e Escola Superior de Enfermagem de São João, 2006. 398 p. ISBN 978-972-8485-76-4.
- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência.
- Vieira, A. (2014). *Desenvolva a sua inteligência emocional*. Alcochete: Smartbook.
- Williams, M., Penman, D. (2015). *Mindfulness – Atenção Plena*. Alfragide: Lua de Papel.

- Woodhouse, A. (2010). Is there a future in mental health promotion and consultation for nurses? *Contemporary Nurse*, 34(2), 177-189. doi:10.5172/conu.2010.34.2.177
- Zechmeister, I., Kilian, R., McDaid, D. & MHEEN group (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 8(20). doi:10.1186/1471-2458-8-20

Apêndices

I - Revisão integrativa da literatura

Mestrado em Enfermagem em Associação



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular: Estágio Final

GESTÃO DE EMOÇÕES DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Revisão Integrativa da Literatura

Autor: Carlos Ferra, nº 15232

Co-Autor: Prof. Drº Raul Cordeiro

Portalegre, Janeiro, 2020

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Unidade Curricular: Estágio Final

**GESTÃO DE EMOÇÕES DA PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL**

Revisão Integrativa da Literatura

Discente: Carlos Ferra, nº 15232

Co-Autor: Prof. Drº Raul Cordelro

Portalegre, Janeiro, 2020

**Gestão de Emoções da pessoa com doença Oncológica:
Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental
Revisão Integrativa da Literatura**

**Emotions Management of the person with Oncological disease:
Mental Health Nursing Interventions Integrative Literature
Review**

**Manejo de las emociones de la persona con enfermedad
oncológica: intervenciones de enfermería en salud mental
Revisión Integrativa de la Literatura**

Carlos Ferra¹, Raul Cordeiro²

1 - Enfermeiro de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa e Média Duração de Arronches, Mestrando na Escola Superior de Saúde de Portalegre;

2 - PhD, Associate Professor, Polytechnic Institute of Portalegre, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Portugal, Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Portugal; VALORIZA – Research Center for Endogenous Resource Valorization, Portugal.

Autor responsável: Carlos Ferra
Email:carlosmiguelcf@hotmail.com

RESUMO

As doenças oncológicas são consideradas doenças graves, que carregam elevados riscos para a saúde, criando graus de incerteza na mente dos doentes, quanto à recuperação da saúde normal e reabilitação funcional destes. Fatores esses que se manifestam no funcionamento mental dos doentes, tornando-os mais instáveis do ponto de vista emocional, conduzindo à construção de predisposições psicológicas específicas. Os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria possuem em boa verdade as ferramentas e conhecimento, fundamentais que permitem ajudar o doente e os seus relativos no processo de transição saúde/doença e na sua adaptação, e a tudo o que a ela esteja implícito. **Objetivo:** Compreender e identificar quais as intervenções de enfermagem de saúde mental na gestão de emoções do doente oncológico. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura com recurso a bases de dados científicas eletrónicas, incidindo sobre estudos escritos em Português, Inglês e Espanhol publicados entre 2014-2019 baseados nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). **Resultados:** Na pesquisa nas bases de dados B-ON, Chorane e RCAPP surgiram 544 artigos não duplicados dos quais 5 foram selecionados, com a aplicação dos critérios de inclusão. No final e após inclusão dos critérios da *checklist JBI*, mantiveram-se os 5 artigos inicialmente incluídos. **Conclusões:** As intervenções de enfermagem de saúde mental no apoio do doente com cancro passam essencialmente pela psicoeducação e suporte emocional. O uso das novas tecnologias é uma mais valia no apoio ao doente, no controlo de sintomas de stress e sobrecarga destes. Os resultados desta investigação acrescentam assim todo um conjunto de novos dados que ajudam na compreensão da problemática da vivência emocional dos doentes oncológicos, na certeza de que esta melhorará a prestação, com conseqüente otimização organizacional. **Descritores:** *Mental Health, Cancer, Nursing Interventions, Emotions, Management.*

ABSTRACT

Oncological diseases are considered serious diseases, which carry high health risks, creating degrees of uncertainty in the minds of the patients, regarding the recovery of normal health and functional rehabilitation of these. These factors are manifested in the mental functioning of patients, making them more unstable from an emotional point of view, leading to the construction of specific psychological predispositions. Mental health and psychiatric nurses actually have the tools and knowledge, which are essential to help the patient and their relatives in the health / disease transition process and in their adaptation, and everything that is implied by it. **Objective:** Understand and identify which mental health nursing interventions in the management of emotions of cancer patients. **Methods:** Integrative literature review using electronic scientific databases, focusing on studies written in Portuguese, English and Spanish published between 2014-2019 based on the descriptors in Health Sciences (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH). **Results:** In the search in the B-ON, Chorane and RCAPP databases, 544 non-duplicated articles emerged, of which 5 were selected, with the inclusion criteria applied. At the end and after inclusion of the JBI checklist criteria, the 5 articles initially included were maintained. **Conclusion:** Mental health nursing interventions in support of cancer patients essentially involve psychoeducation and emotional support. The use of new technologies is an asset in supporting the patient, in controlling stress symptoms and overload of these. The results of this investigation thus add a whole set of new data that help in understanding the problem of the emotional experience of cancer patients, in the certainty that it will improve performance, with consequent organizational optimization. **Descriptors:** *Mental Health, Cancer, Nursing Interventions, Emotions, Management.*

II - Programa de Saúde Mental Positiva para Doentes Oncológicos

SESSÕES:

SESSÃO INICIAL - APRESENTAÇÃO:

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Apresentar as linhas gerais do programa	- Cumprimentos iniciais	5min	50min
- Adquirir conceitos básicos de saúde e bem-estar.	- Apresentação do Programa de SM+	5min	
- Aplicar o QSM+	- Definição de alguns conceitos gerais	10min	
MATERIAL:	- Aplicar o QSM+	20min	
- QSM+	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	
- Canetas			
- Material Audiovisual (Computador, projector, colunas)			

Esta sessão serve para apresentar o programa ao doente. Devem ser transmitidos os objetivos e linhas gerais do programa bem como ensinar sobre o processo de doença (Amaral, 2010): sintomatologia apresentada pela pessoa com ansiedade, depressão e desregulação emocional, diagnóstico e prognóstico da pessoa com estes quadros terapêuticos, bem como o tratamento e formas de lidar com a patologia.

É fundamental que em todas as sessões realizadas seja desenvolvida a relação terapêutica com os elementos do grupo (Almeida et al., 2014); Nesta sessão abordam-se os seguintes conceitos básicos:

Saúde: *“a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de condições ou doenças (OMS,1946)*

Bem-estar: *“valorização subjetiva do estado ou situação de uma pessoa, que está relacionada com sentimentos de autoestima e a sensação de pertença a uma comunidade ou grupo, do que com*

o próprio funcionamento biológico. O bem-estar tem muito a ver com o desenvolvimento pessoal, ou seja, do potencial humano a nível físico, psíquico e social.” (OMS,1985)

Fatores de risco: são aqueles agentes que podem determinar ou influenciar o aparecimento das diversas doenças ou distúrbios mentais. Ao surgirem, influencia por sua vez a interação entre os fatores individuais e os fatores ambientais.

Fatores de proteção: são aqueles agentes que favorecem e promovem uma saúde mental positiva. Dentro dos fatores protetores englobamos os fatores pessoais (promoção da autoestima, autoconceito, resolução de conflitos...) fatores familiares (boa comunicação e afetividade familiar, coesão entre os seus membros, desenvolvimento de hábitos saudáveis...) e fatores socio-ambientais (redes de apoio, amizades e modelos saudáveis...)

SESSÃO 0 - PONTO DE PARTIDA

- Individual
- Definir qual/ais o/os fator/es a intervir;
- Obter o Consentimento informado;

SESSÃO F1 - AUTOESTIMA:

Uma das formas de definir autoestima é a perceção objetiva e favorável que cada um tem de si mesmo e que influencia todas as experiências proporcionando a base para uma paz de espírito e de satisfação pessoal. É a forma positiva de como se faz parte do meio em que se está inserido, com toda a segurança, confiança e energia para enfrentar novos desafios e tornar mais agradáveis todas as experiências (Andreas & Faulkner, 1995). A autoestima é construída na forma como cada um se aceita como um ser com virtudes, defeitos, mas também como um ser único e incomparável.

- Sessão 1:

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Adquirir conhecimentos sobre o que é a autoestima, como se forma, quais são as consequências	- Cumprimentos iniciais	5min	

de ter uma baixa ou alta autoestima;			50min
- Conhecer algumas das ideias erradas acerca da autoestima;	- Definir alguns conceitos	5min	
- Fornecer estratégias para melhorar a autoestima.	- Atividade	30min	
MATERIAL:			
- Material Audiovisual - Folhas A4 - Canetas	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade proposta: Caracterização Positiva Pessoal, no qual constem as melhores características da pessoa (podem ser as Forças Pessoais) e uma experiência concreta na qual essas mesmas características contribuíram para que a situação se tenha desenrolado positivamente. No entanto, ter uma alta autoestima pode trazer um otimismo demasiado exacerbado, traduzindo-se algumas vezes em decepção. Importa desenvolver um sentido de **otimismo realista**, ou seja, um otimismo que leve à tomada de decisões objetivas e concretas de acordo com as expectativas realistas Para tal, é importante ter esperança, paciência e trabalhar para se obter o resultado esperado, mas sempre com uma imagem correta da situação (e não ‘cor-de-rosa’). A procura da perfeição pode conduzir à frustração (Akhtar, 2012).

- Sessão 2

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Adquirir conhecimentos sobre o que é a autoestima, como se forma, quais são as consequências de ter uma baixa ou alta autoestima;	- Cumprimentos iniciais	5min	

- Conhecer algumas das ideias erradas acerca da autoestima;	- Definir alguns conceitos	5min	50min
- Fornecer estratégias para melhorar a autoestima.	- Atividade	30min	
MATERIAL:			
- Material Audiovisual - Folhas A4 - Canetas	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade Proposta: O exercício consiste em utilizar uma folha de papel dividida com uma linha ao centro. Numa das colunas os doentes devem escrever os pensamentos negativos, na outra, os pensamentos positivos, de forma, a que contradigam os negativos. Por exemplo substituir os pensamentos negativos por pensamentos positivos.

- “Não sirvo para nada” – “Sou uma pessoa de valor”
- “Sou burro” – “Sou inteligente”
- “Sou uma má pessoa” – “Sou uma excelente pessoa”

Desta forma devem ser identificados os sentimentos negativos de forma a serem substituídos pelos sentimentos positivos, anteriormente identificados pelo doente.

- Sessão 3

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Adquirir conhecimentos sobre o que é a autoestima, como se forma, quais são as consequências de ter uma baixa ou alta autoestima;	- Cumprimentos iniciais	5min	

- Conhecer algumas das ideias erradas acerca da autoestima;	- Definir alguns conceitos	5min	50min
- Fornecer estratégias para melhorar a autoestima.	- Atividade	30min	
MATERIAL:			
- Material audiovisual - Folhas A4 - Canetas - Telemóvel com cronómetro;	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade Proposta: Numa folha, promover a realização do seguinte exercício durante dez minutos. O doente deve escrever o seu nome no topo da folha e a partir daí todas as coisas positivas de que se lembrar acerca de si, incluído as suas capacidades específicas e os objetivos até então alcançados. Não é necessário apresentar nenhuma estrutura especial, apenas deve escrever tudo aquilo de que se lembrar que o tenha sentido orgulhoso e feliz consigo próprio. Não deve escrever nada com uma conotação negativo, bem como devem ser evitadas a utilização de palavras negativas (como “não” e “nunca”). Deve escrever verdadeiramente tudo aquilo que lhe vier à cabeça. Quando o tempo terminar, cada doente deverá fazer uma reflexão do que escreveu e tentar identificar o sentimento que provoca em si. Se o fizer com um olhar positivo verá a sua autoestima a aumentar. O doente deve guardar o papel com a finalidade de o utilizar sempre que sinta essa necessidade, para que se possa lembrar que tem capacidades e competências nas quais nunca tinha pensado, até que esses pensamentos passem a fazer parte do seu estado natural. Sempre que puder, deve lê-lo em voz alta para escutar essas palavras que irão provocar sentimentos de alegria e orgulho em si próprio.

A formação da autoestima é um processo dinâmico pelo qual os indivíduos assimilam, valorizam e interiorizam tanto as opiniões pessoais como as provenientes das pessoas socialmente relevantes. Essas pessoas influenciarão em determinado grau, o ciclo vital em que se encontra a pessoa. Assim, em primeiro lugar, o maior peso recai no ambiente familiar e

posteriormente nas pessoas significativas do ambiente (como amigos). (Blanco; Munoz,2010) Não podemos esquecer que estas opiniões estarão mediatizadas pela cultura, sociedade e meios de comunicação social.

SESSÃO F2- RELACIONAMENTOS:

Socializar constitui uma essência à vida de cada um, pois não é fácil viver sem bons amigos, com os quais se possam partilhar confidências e aproveitar o tempo livre. As relações trazem enormes benefícios à saúde mental e à saúde física (Tierno, 2015). Na base da construção de um relacionamento positivo, está associado o *rapport*, uma sincronização de comportamentos que contribui para o aprofundamento de uma relação. A terapia cognitiva comportamental (TCC), elaborada por Aaron Beck, traz um modelo teórico e prático que, dentre outros objetivos, tem sido utilizado para o desenvolvimento de habilidades sociais e do entendimento das emoções, tanto no enfoque individual como no coletivo. De acordo com a TCC a cognição controla as emoções e os comportamentos, bem como o modo como agimos e nos comportamos afetam os padrões de pensamentos e emoções. Esta abordagem trabalha na ressignificação das crenças, dos pensamentos automáticos e dos padrões cognitivos dos indivíduos (Nogueira, et al., 2017). Uma das técnicas utilizadas pela TCC é a psicoeducação, que tem a importante função de orientar o indivíduo em diversos aspetos, seja a respeito das consequências de um comportamento, na (re) construção de crenças, valores, sentimentos, e como estes repercutem em sua vida e na dos outros (Nogueira, et al. 2017). Assim, a psicoeducação consiste em uma ferramenta que auxilia o indivíduo a desenvolver pensamentos, ideias e reflexões sobre as pessoas, sobre o mundo, e sobre como se comportar diante de certas situações, tanto nas intervenções individuais como nas coletivas, desenvolvendo habilidades sociais. Em grupos, a psicoeducação possibilita a criação de espaços nos quais as pessoas podem reconhecer as suas dificuldades e os pensamentos, emoções, e comportamentos relacionados a essas. Ademais, o grupo permite um ambiente terapêutico em que a pessoa lida com questões interpessoais, além de trabalhar os aspetos que envolvem o percurso de uma doença ou perturbação, propiciando também explorar melhor as habilidades de relacionamento, o ajustamento social e os estilos de vida (Nogueira, et al., 2017).

- Sessão 1

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Socializar com grupos	- Cumprimentos iniciais	5min	

emocionalmente saudáveis (Tierno, 2015)			50min
- Interagir de forma saudável em sociedade, promovendo a criação de um clima mais positivo, humilde e prestável. (Vieira, 2014)	- Definir alguns conceitos	5min	
- Conhecer os conceitos de diversidade, tolerância, solidariedade e discriminação.	- Atividade	30min	
MATERIAL:			
- Material Audiovisual - Folhas A4 - Canetas	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade Proposta: Fazer uma lista das dificuldades - uma lista das principais dificuldades sociais contribuirá para uma mais fácil identificação da problemática a ser solucionada. Quais as emoções e stressores envolvidos em cada uma dessas situações. Depois de identificadas serão trabalhadas de forma a lidar eficazmente com cada uma delas.

- Sessão 2

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Socializar com grupos emocionalmente saudáveis (Tierno, 2015)	- Cumprimentos iniciais	5min	
- Interagir de forma saudável em sociedade,	- Definir alguns conceitos	5min	

promovendo a criação de um clima mais positivo, humilde e prestável. (Vieira, 2014)			50min
- Conhecer os conceitos de diversidade, tolerância, solidariedade e discriminação.	- Atividade	30min	
MATERIAL:			
- Material Audiovisual	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade Proposta: Desenvolver empatia - Para sermos empáticos é importante que nos tentemos colocar no lugar do outro, identificando e compreendo os seus sentimentos e pensamentos, procurando não julga-lo. A empatia não significa consolar o outro transmitindo-lhe conselhos ou dizendo frases feitas de carácter conformista, mas sim colocar-se verdadeiramente no seu lugar, compartilhando sentimentos e pensamentos. Escutar o outro significa deixar de lado momentaneamente os nossos próprios sentimentos e pensamentos, aceitando-o sem julgar.

- Sessão 3

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		50min
- Socializar com grupos emocionalmente saudáveis (Tierno, 2015)	- Cumprimentos iniciais	5min	
- Interagir de forma saudável em sociedade, promovendo a criação de um clima mais positivo, humilde e prestável. (Vieira, 2014)	- Definir alguns conceitos	5min	

- Conhecer os conceitos de diversidade, tolerância, solidariedade e discriminação.	- Atividade	30min	
MATERIAL:			
- Material Audiovisual	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade Proposta: Role Play - A terapia é um ótimo lugar para treinar as nossas habilidades sociais, por ser um local seguro e de confiança. É provável que se consiga aprender as habilidades necessárias a determinadas situações. Pode-se utilizar este espaço para aprender, por exemplo a fazer elogios, iniciar uma conversa, dar opinião e até mesmo reivindicar os direitos de cada um. Fundamentalmente é uma ótima forma de identificar as dificuldades de cada um e prepara-lo para situações reais.

O ato de respeitar o outro, de escutar empática e ativamente, de ser uma comunicação respeitosa não implica que não podem surgir conflitos entre as pessoas. A ausência de conflitos com frequência é impossível. O que facilita a comunicação assertiva nestes casos é um melhor e mais cedo encontro entre as distintas posturas das pessoas. Entre as consequências de utilizar um estilo assertivo está a capacidade de manter as relações pessoais mais profundas, estáveis, solidas e duradoras. Além de que implica ter um maior respeito perante si mesmo e face ao outro, o que facilita uma maior autoestima e segurança juntamente com uma melhor adaptação social. Desta maneira, favorecemos uma SM+, na qual se dota as pessoas de ferramentas que lhe permitirão integrar-se no seu meio de forma saudável e possibilita perceber o ambiente de uma forma mais segura e confiante.

SESSÃO F3 - AUTOCONTROLO:

O autocontrolo surge da capacidade de *coping*, ou seja, a aptidão na reunião de esforços cognitivos e comportamentais na gestão de situações específicas, proporcionando um maior controlo emocional e conforto psicológico (OE, 2011).

Para Goleman (2010) ter controlo emocional é resistir ao impulso que está na origem de grande parte dos problemas e ajuda a desenvolver um conjunto de características essenciais à SM.

- Sessão 1

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		50min
- Aumentar a tolerância à frustração;	- Cumprimentos iniciais	5min	
- Diminuir comportamentos agressivos e autodestrutivos;	- Definição de alguns conceitos;	5min	
- Aumentar sensações positivas;	- Atividade	30min	
- Criar um clima de confiança e justiça;	-		
- Diminuir stresse, solidão e ansiedade generalizada.			
MATERIAL:			
- Material Audiovisual	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade Proposta: Relaxamento muscular progressivo - As técnicas de relaxamento têm como objetivo diminuir os efeitos do *stress* e da ansiedade no corpo. A presença constante de níveis elevados de ansiedade mantem o corpo sempre alerta para a possibilidade de agir, nestes casos é comum ocorrerem sintomas como tensão muscular, aumento do ritmo cardíaco, Hipertensão arterial, Algias, tremores, fadiga e sudorese por exemplo. Existem diversas técnicas de relaxamento uma das mais conhecidas é a de Jacobson, 1938, Relaxamento Muscular Progressivo.

- Sessão 2

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
--------------------	----------------------	--	--

- Aumentar a tolerância à frustração;	- Cumprimentos iniciais	5min	50min
- Diminuir comportamentos agressivos e autodestrutivos;	- Definição de alguns conceitos;	5min	
- Aumentar sensações positivas;	- Atividade	30min	
- Criar um clima de confiança e justiça;			
- Diminuir stresse, solidão e ansiedade generalizada.			
MATERIAL:			
- Material Audiovisual	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade Proposta: ‘Pausa para Respirar’ (Williams & Penman, 2015): encoraja a adotar uma postura direita e segura, sentado ou de pé e levar a consciência para perceber que pensamentos passam pela mente. Implica analisar se existem sensações de tensão, aceitando-as sem as tentar mudar. Esta técnica leva à concentração da respiração no abdómen, de modo a sentir o ar entrar durante a inspiração e a sair na expiração. A respiração é usada para estabelecer uma ligação ao presente. Se a mente vaguear, deve-se dirigir a atenção para a respiração. Por fim, expandir a consciência em torno da respiração, de modo a sentir o corpo como um todo. Esta pausa dá uma nova perspetiva de como agir mais habilmente após o impulso.

- Sessão 3

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Aumentar a tolerância à frustração;	- Cumprimentos iniciais	5min	
- Diminuir comportamentos	- Definição de alguns conceitos;	5min	

agressivos e autodestrutivos;			50min
- Aumentar sensações positivas;	- Atividade	30min	
- Criar um clima de confiança e justiça;			
- Diminuir stresse, solidão e ansiedade generalizada.			
MATERIAL:			
- Material Audiovisual - Cartolinas verdes, vermelhas e amarelas - Tesouras - Cola em tubo - Material Audiovisual	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade Proposta: O ‘Semáforo’ (Vieira, 2014): implica desenhar um semáforo, onde no primeiro círculo (o vermelho) se escreve: PARAR. Este círculo incentiva a parar perante um impulso durante 10 segundos. No segundo círculo (o amarelo) escreve-se: AFASTAR. Este círculo leva a pessoa a afastar-se da situação (se estiver alterada) para se acalmar e analisar o problema em questão. Deve ser observado de diferentes perspetivas, de modo a estabelecer várias soluções possíveis com as suas vantagens e inconvenientes. No terceiro círculo (o verde) escreve-se: AGIR. Este círculo leva a sentir segurança e a implementar a solução que será mais eficaz para o problema; Para a concretização desta atividade, com recurso a material audiovisual devemos ir passando diversas imagens que façam despoletar diferentes tipos de emoções.

SESSÃO F4 - AUTONOMIA:

Segundo Tierno (2015), ser autónomo, é ser confiante, enfrentando com vontade e paciência qualquer desgraça ou adversidade sem baixar os braços ou desanimar. A confiança fornece uma gestão eficaz perante diversas situações, eliminando os pensamentos e sentimentos

negativos que retiram energia. A assertividade constitui uma componente importante na promoção da autonomia, facilitando a expressão de sentimentos e ideias de forma direta, sem qualquer tipo de ansiedade. Ao escolher por si próprio o seu modo de agir, o sujeito assertivo nutre mais sentimentos positivos, ganha o respeito pelos outros, aumenta a sua confiança e alcança os objetivos desejados (Alberti & Emmons, 2009).

- Sessão 1

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		50min
- Adquirir conhecimento sobre o que é o autoconceito	- Cumprimentos iniciais	5min	
- Conhecer os elementos que intervêm na sua formação	- Definir alguns conceitos	5min	
- Favorecer o autoconceito	- Atividade	30min	
- Adquirir as chaves para alcançá-lo.	- AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10min	
MATERIAL:			
- Material Audiovisual			

Atividade Proposta: Treino de competências - O acompanhamento terapêutico é visto como uma estratégia terapêutica emancipatória para a vida, que busca a recuperação da autoestima, a integração comunitária e o empoderamento social e político de seus usuários. Isso porque, para a construção de uma vida autónoma, há a necessidade de diminuição das limitações funcionais do usuário através do ensino de habilidades e competências para a vida diária e a introdução de mudanças no ambiente em que se vive. Construindo-se assim novas formas de cuidado baseados na liberdade, na autonomia e no exercício de direitos (Gruska, V; et al 2015).

- Sessão 2

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		

- Adquirir conhecimento sobre o que é o autoconceito	- Cumprimentos iniciais	5min	50min
- Conhecer os elementos intervêm na sua formação	- Definir alguns conceitos	5min	
- Favorecer o autoconceito	- Atividade	30min	
- Adquirir as chaves para alcançá-lo.	- AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10min	
MATERIAL:			
- Material Audiovisual			

Atividade Proposta: Técnicas de reestruturação cognitiva - Fomentar a autoconfiança e a autonomia do cliente, ajudar o doente a tomar decisões no momento certo e completar a tarefa.

- Sessão 3

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		50min
- Adquirir conhecimento sobre o que é o autoconceito	- Cumprimentos iniciais	5min	
- Conhecer os elementos intervêm na sua formação	- Definir alguns conceitos	5min	
- Favorecer o autoconceito	- Atividade	30min	
- Adquirir as chaves para alcançá-lo.	- AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10min	
MATERIAL:			
- Material Audiovisual			
- Folhas A4			

- Canetas			
-----------	--	--	--

Atividade Proposta: Promover a autoconfiança - Numa atividade de grupo, pedir para cada 1 dos doentes listar 10 coisas que o fazem sentir bem, qualquer uma, não importa o insignificante ou sem nexos que possa parecer. Uma lista no que cada um realmente é bom. Desta forma levar o doente a perceber que tem de promover a confiança em si mesmo e que independentemente de tudo o resto, tem de se saber valorizar.

SESSÃO F5 - AUTOEFICÁCIA:

A autoeficácia remete para a crença da pessoa em ter sucesso no que tiver desejo de fazer, através da resolução de problemas, escolhas de vida, motivação e resistência às problemáticas de foro mental (OE, 2011). Tierno (2015) afirma que a vida pessoal tem um sentido mais pleno quando são conseguidas novas aspirações, objetivos e um comprometimento com os outros, numa busca contínua para a autorrealização e o crescimento pessoal. Todos passam por acontecimentos traumáticos, desaforos que tomam conta da racionalidade em momentos inoportunos e que afetam o estado de espírito, conduzindo a estados de stress incontroláveis, ansiedade e depressão. Não se pode controlar ou escolher a maior parte do que acontece na vida ou no trabalho, mas pode-se determinar o impacto que esses acontecimentos têm sobre cada um e a melhor forma de lhe dar resposta.

- Sessão 1

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Busca contínua para a autorrealização;	- Cumprimentos iniciais	5min	50min
- Procurar atingir um crescimento pessoal;	- Definir alguns conceitos	5min	
- Aprender a usar respostas alternativas, aumentar a eficácia da resposta.	- Atividade	30min	
MATERIAL:			

- Material Audiovisual - Folhas A4 - Canetas	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	
--	---------------------------------------	---------------	--

Atividade Proposta: Técnica de Resolução de Problemas (TRP), proposta por Loureiro (2013) possibilita a aprendizagem de respostas alternativas, aumentando a eficácia da resposta. A TRP engloba os seguintes passos:

- 1. Identificar o Problema.** Ex.: Sinto-me inseguro diante de situações novas.
- 2. Analisar a Consequência.** Ex.: insegurança.
- 3. Compreender o Problema,** criando um diálogo interno em busca de provas. Ex.: Sinto-me inseguro diante de situações novas, porque fico muito ansioso.
- 4. Procurar Múltiplas Soluções,** desafiando a criatividade. Ex.: Aumentar o empenhar mais no estudo e diminuir a quantidade de tempo gasto em atividades lúdicas.
- 5. Tomar uma decisão,** ao avaliar, comparar, julgar as soluções disponíveis e escolher as que parecem ser mais efetivas. Comparar pontos positivos com negativos.
- 6. Implementar e Verificar.** Pôr em prática as soluções escolhidas e avaliar os resultados em termos de eficácia. Implica analisar a capacidade para resolver ou não o problema, até que ponto a solução foi eficaz e se as consequências foram boas e/ou más.

- Sessão 2

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Busca contínua para a autorrealização;	- Cumprimentos iniciais	5min	50min
- Procurar atingir um crescimento pessoal;	- Definir alguns conceitos	5min	
- Aprender a usar respostas alternativas, aumentar a eficácia da resposta.	- Atividade	30min	

MATERIAL:			
- Material Audiovisual - Folhas A4 - Canetas	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade Proposta: Reconhecimento das Habilidades - Para valorizar é preciso reconhecer quais são os seus principais talentos e saber como colocá-los em prática visando seu amadurecimento e crescimento profissional. Para isso, a melhor forma é por meio do autoconhecimento; elemento que permite conhecer a sua essência, os seus pontos fortes, diferenciais e expertises e munir-se destas ferramentas na hora de realizar o seu trabalho diário. Portanto, sabendo do que é capaz e conhecendo suas habilidades técnicas, emocionais e comportamentais, a sua autoeficácia aumenta muito.

- Sessão 3

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Busca contínua para a autorrealização;	- Cumprimentos iniciais	5min	50min
- Procurar atingir um crescimento pessoal;	- Definir alguns conceitos	5min	
- Aprender a usar respostas alternativas, aumentar a eficácia da resposta.	- Atividade	30min	
MATERIAL:			
- Material Audiovisual	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	

Atividade Proposta: Elimine Crenças Limitadoras - Para ser auto eficaz é essencial identificar quais as crenças limitantes que de alguma forma estão a sabotar o desenvolvimento. Ideias como – eu não sou capaz; não sei se fazer; não tenho inteligência para; não aprendo; não tenho os conhecimentos suficientes; são exemplos de uma mentalidade que limitam as hipóteses de crescer,

de mostrar o seu valor, exercitar novas habilidades e competências e ir mais além. É para isso fundamental identificar estas crenças limitadoras e substituí-las por crenças com um fórum de fortalecimento para conseguir alcançar um “*Empowerment*”!

SESSÃO - SESSÃO FINAL:

- Avaliar a SM+
- Feedback
- Encerrar o Programa de SM+

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Avaliar a SM+	- Cumprimentos iniciais	5min	60min
- Encerrar o programa e agradecer a participação	- Discussão sobre o programa (Feedback)	20min	
- Entregar o certificado de participação	- Aplicar o QSM+	10min	
MATERIAL:	- Encerrar o programa de SM+	20min	
- Folhas A4 brancas	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	
- QSM+			
- Canetas			

Esta sessão serve para contrastar o grau do conhecimento e dos efeitos nos participantes. É uma sessão que serve para esclarecimento de dúvidas, partilha de ideias e expressão de sentimentos. Caso haja tempo disponível aconselha-se uma pequena sessão de relaxamento, com música apropriada para o efeito.

Os questionários aplicados nesta sessão deverão imperativamente ser comparados com os realizados na sessão Inicial para perceber se houve algum ganho em saúde. Para tal devem ser evidenciados alguns dos indicadores de transição Saudável, como o sentido subjetivo de Bem-estar, domínio de novos comportamentos e bem-estar nas relações interpessoais, tal qual sugere (Meleis,2010), para uma transição ser considerada como saudável.

SESSÃO - FOLLOW UP INDIVIDUAL

OBJECTIVOS:	PROCEDIMENTO:		
- Avaliar a SM+	- Cumprimentos iniciais	5min	25min
- Avaliações Periódicas	- Aplicar o QSM+	10min	
- Aplicar o QSM+			
MATERIAL:			
- QSM+	AGENDAMENTO DA PRÓXIMA SESSÃO:	10 min	
- Canetas			

É imperativo que o EEESMP ao longo do desenvolvimento do programa promova nos doentes:

- A expressão de sentimentos (Sequeira, 2006);
- Ofereça escuta ativa (Sequeira, 2006);
- Promova suporte emocional;
- Proporcione ajuda na tomada de decisões (Sequeira, 2006);
- Avalie o progresso realizado pela pessoa assim como o domínio que esta apresenta do conteúdo, reforçando comportamentos (Amaral, 2010);
- Enumere os principais aspetos a reter da sessão realizada;
- Informar sobre apoios existentes na comunidade (Amaral, 2010);
- Promova um ambiente que leve à aprendizagem (Amaral, 2010);
- Demonstre uma atitude de aceitação (Sequeira, 2006);
- Enumere os principais aspetos a reter da sessão realizada;
- Reforce positivamente a participação dos elementos no Grupo;

Anexos

Anexo I - Questionário de Saúde Mental Positiva de Teresa Lluch

Questionário de Saúde Mental Positiva

(Sequeira et al. 2014)

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

N.º	Questões	Sem- pre ou quase sem- pre	Na Ma- ioria das veze- s	Al- gum as veze- s	Ra- ram ente ou nunca
1	Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas				
2	Os problemas boqueiam-me facilmente				
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas				
4	Gosto de mim como sou				
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas				
6	Sinto-me capaz de explodir				
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona				
8	Para mim é difícil dar apoio emocional				
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas				
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim				
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas				
12	Vejo o meu futuro com pessimismo				
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões				
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam				
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo				
16	Procuro retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem				
17	Procuro melhorar como pessoa				
18	Considero-me um (a) bom/boa conselheiro(a)				
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem				
20	Considero-me uma pessoa sociável				
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos				
22	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida				
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança				
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros				
25	Penso nas necessidades dos outros				
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal,				

27	Quando surgem alterações na minha vida procura adaptar-me				
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação				
29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me				
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes				
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada				
32	Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes				
33	Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais				
34	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)				
35	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer				
36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis				
37	Gosto de ajudar os outros				
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)				
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico				

O questionário está cotado numa escala de Likert de 1 a 4 pontos, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: sempre ou quase sempre (1 ponto), na maioria das vezes (2 pontos), algumas vezes (3 pontos), raramente ou nunca (4 pontos).