



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**A predição como estratégia de prevenção e gestão de
comportamentos agressivos**

Otília da Conceição Luís de Almeida Figueiredo

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**A predição como estratégia de prevenção e gestão de
comportamentos agressivos**

Otília da Conceição Luís de Almeida Figueiredo

Orientador: Professor Doutor Joaquim Oliveira Lopes

**Lisboa
2021**

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

A concretização deste curso de mestrado foi um caminho repleto de alegrias, surpresas, incertezas, dúvidas e vitórias. A sua fase final foi principalmente perturbada devido a um acontecimento vivido à escala mundial. Por tudo isto, constituiu uma etapa muito importante no meu percurso pessoal e profissional.

Ao longo deste percurso estiveram presentes várias pessoas em diferentes momentos, que dando o seu contributo de uma forma direta e indireta, foram fundamentais para a conclusão deste trajeto.

Quero agradecer em especial:

Ao meu orientador, Professor Doutor Joaquim Lopes, pelo apoio, pela partilha de conhecimentos científicos e por todo o incentivo nos momentos de maior desânimo.

Às enfermeiras orientadoras de estágio, pelo exemplo como enfermeiras especialistas e pela partilha de conhecimentos e aos profissionais de saúde dos ensinos clínicos pela disponibilidade e apoio.

Aos colegas de curso pela amizade e momentos partilhados.

Aos meus amigos pela força que me deram para continuar.

Um agradecimento especial à minha família, em especial aos meus pais sempre presentes, ao meu marido pelo incentivo, dando-me coragem para continuar e à minha filha que sempre me motivou, estando a meu lado em todos os momentos.

A todas as pessoas com experiência em doença mental, que fizeram parte deste caminho, partilhando as suas vidas em momentos para mim de aprendizagem, enriquecendo todo o meu percurso académico.

Muito obrigado a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEEESMP – Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica

BVC – Broset Violence Checklist

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HD – Hospital de Dia

OE – Ordem dos Enfermeiros

WHO – World Health Organization

RESUMO

O relatório desenvolvido, pretende demonstrar o percurso formativo desenvolvido em estágio, num serviço de internamento de psiquiatria e hospital de dia numa instituição de Saúde da Região de Lisboa, entre 23 de setembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020.

A saúde mental é fundamental para a capacidade coletiva e individual como seres humanos com capacidade de pensar, emocionar-se, interagir uns com os outros, ter e aproveitar a vida, sendo essencial proporcionar à pessoa todos os meios para se reequilibrar.

A prevenção de comportamentos agressivos é um dos pontos chave para o seu controle. A atuação imediata por parte do EEESMP, através da capacidade de observação e conhecimento, é essencial para que possa fazer uma avaliação dos fatores críticos tentando prever um potencial comportamento agressivo.

No contexto do desenvolvimento de competências de EESMP, foi desenvolvida a predição como estratégia de prevenção e gestão de comportamentos agressivos num serviço de internamento de psiquiatria.

Foi utilizada a metodologia de projeto, permitindo, através das suas etapas, uma prática fundamentada e baseada em evidência. Deu-se início à adoção de uma nova prática de avaliação de comportamentos agressivos no serviço.

O Relatório está dividido em duas partes: uma primeira parte que reflete o projeto de intervenção em serviço e a segunda parte que consiste numa análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências.

Neste relatório, pretende-se demonstrar o percurso de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional em ambos os contextos de estágio.

Palavras-chave: predição; comportamentos agressivos; escala de Broset (BVC); enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

The report developed, intends to demonstrate the training course developed in internship, in a psychiatric inpatient service and hospital by day in a health institution of the Lisbon Region, between September 23, 2019 and February 7, 2020.

Mental health is fundamental to the collective and individual capacity as human beings with the ability to think, get emotional, interact with each other, have and enjoy life, being essential to provide the person with all the means to rebalance.

The prevention of aggressive behaviors is one of the key points for your control. The immediate action by the EESMP, through the ability to observe and knowledge, is essential so that it can make an assessment of critical factors attempted to predict a potential aggressive behavior.

In the context of the development of EESMP competencies, prediction was developed as a strategy for prevention and management of aggressive behaviors in a psychiatric hospitalization service.

The project methodology was used, allowing, through its stages, a reasoned and evidence-based practice. The adoption of a new practice of evaluating aggressive behaviors in the service was initiated.

The Report is divided into two parts: a first part that reflects the project of intervention in service and the second part consisting of a reflexive analysis of the acquisition and development of competences.

This report aims to demonstrate the path of self-knowledge and personal and professional development in both internship contexts.

Keywords: forecasting; aggressive behaviors; Broset scale (BVC); psychiatric nursing.

INDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1ª PARTE – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	11
1-PROBLEMÁTICA	11
2 - REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1. Agressividade, comportamentos agressivos e o adoecer mental como focos de atenção da ESMP.....	13
2.2. Para uma análise sistêmica dos comportamentos agressivos; Modelo teórico de Betty Neuman.....	15
2.3. Prevenção e gestão de comportamentos agressivos; a predição do risco	16
3 - CONTEXTO DE ESTÁGIO	19
4 – OBJETIVOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	21
5 - METODOLOGIA DE PROJETO.....	22
5.1 Diagnóstico de Situação	23
5.2 Planeamento.....	24
5.3 Execução	24
5.4 Avaliação	26
5.5 Divulgação de Resultados	28
6 - QUESTÕES ÉTICAS	29
PARTE 2 - ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	30
1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE.....	32
2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMP	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
APÊNDICES	
Apêndice I - Cronograma de Actividades	

Apêndice II - Proposta informática para introdução BVC

Apendice III - Quadro que relaciona as CEEESMP com as atividades/intervenções a realizar no serviço de internamento.

Apendice IV - Quadro que relaciona as CEEESMP com as atividades/intervenções a realizar no hospital de dia.

Apendice V - Plano de sessão intervenção âmbito psicoterapeutico Pintura - " Como me sinto hoje".

Apendice VI - Plano de sessão intervenção âmbito psicoterapeutico Colagem - "Projetos para o futuro".

Apendice VII - Plano de sessão intervenção âmbito psicoterapeutico Modelagem -"Auto - retrato: como me vejo agora".

Apendice VIII - Plano de sessão intervenção âmbito psicoterapeutico "O corpo e o movimento"

ANEXOS

Anexo I – Escala de Broset (BVC)

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular estágio com relatório, inserida no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como objetivo relatar o percurso desenvolvido nos dois estágios realizados, de forma narrativa e reflexiva, abordando o desenvolvimento de competências que caracterizam o EEESMP.

A construção inicial do projeto teve por base a minha experiência profissional de 22 anos num centro hospitalar na área de Lisboa num serviço de medicina interna. Durante estes anos, de experiências vividas, confrontei-me e lidei com situações de comportamentos agressivos associados alguns outros não, a situações de doença mental, com os quais sentia alguma inquietação e dificuldade na forma adequada de gerir e intervir. No decorrer do estágio de observação, no 1º ano 2º semestre, deparei-me com algumas situações de comportamentos agressivos, que suscitaram o interesse sobre a temática. Nesse sentido, em conjunto com a Enfermeira Orientadora do Estágio em serviço de internamento de psiquiatria tomei contacto com a necessidade da implementação de uma sistemática de predição de comportamentos agressivos no serviço.

Surgiu a questão de partida:

A predição é uma estratégia para prevenir e gerir comportamentos agressivos?

No contexto da metodologia de projeto, foi implementada uma prática de avaliação de comportamentos agressivos com recurso à utilização da Broset Violence Checklist (BVC).

De forma a dar resposta ao objetivo do documento, o relatório encontra-se organizado em duas partes. A primeira parte aborda o projeto de intervenção em serviço e a segunda parte a análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências, comuns e específicas do EEESMP e de mestre em ESMP.

O Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica surge como forma de aquisição de conhecimentos e competências que

permitiram um enriquecimento e aquisição de novos conhecimentos que irão engrandecer o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A Fundamentação teórica foi realizada através de pesquisa bibliográfica efetuada na biblioteca da ESEL, em várias bases de dados como a B-On e Medline e repositório científico de acesso livre. A organização e formatação deste relatório respeitaram as normas APA.

1ª PARTE – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1-PROBLEMÁTICA

A partir uma inquietação, relacionada com os comportamentos agressivos surge a necessidade de abordar esta temática com o sentido de aprofundar os conhecimentos de forma a melhorar a prestação dos cuidados prestados. O contexto, em que se desenrola a aquisição de novos conhecimentos, situa-se na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A Saúde Mental é parte integrante e essencial da saúde, uma vez que sem esta, não há saúde. Pode definir-se saúde mental, como o estado de bem-estar no qual a pessoa realiza as suas capacidades, para fazer face ao stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui para a comunidade em que se insere. Assim, quando surge um desequilíbrio que afeta alguma das valências referidas e abarca sofrimento e/ou incapacidade, estamos na presença de doença mental. A saúde mental é fundamental para a nossa capacidade coletiva e individual como seres humanos com a capacidade de pensar, emocionar, interagir uns com os outros, ter e aproveitar a vida, sendo essencial proporcionar à pessoa todos os meios para se reequilibrar. Assim a promoção, proteção e restauração da saúde mental podem ser consideradas como uma preocupação vital de indivíduos, comunidades e sociedades em todo o mundo WHO (2018).

É importante mencionar, que a DGS (2017) no Plano Nacional de Saúde Mental refere “Temos em Portugal uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa; uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanecem sem acesso a cuidados de saúde mental, e muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e de reabilitação psicossocial), hoje considerados essenciais” (PNSM,2017, p.13).

A Joint Action on Mental Health and Well-being, de acordo com a DGS (2017) no Plano Nacional Saúde Mental, evidencia que é imprescindível garantir a implementação eficaz de políticas de saúde, promovendo a saúde mental e o desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental, de prevenção e intervenção precoce,

integrando a saúde mental nas políticas multisetorialmente. Assim como: garantir cuidados na comunidade de elevada qualidade acessíveis a todos, promover a psiquiatria de ligação, e os cuidados integrados para pessoas com doenças mentais e físicas.

O EEESMP tem um papel essencial na realização de intervenções promotoras da qualidade de vida. A Ordem dos Enfermeiros (2018) define que o EEESMP deve implementar “intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais” (Regulamento nº515/2018, 2018, p. 21430).

Surge neste contexto a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e competências específicas do EEESMP, que permitam uma atuação mais profissional na minha prática profissional, tendo como foco principal os comportamentos agressivos. Caminhando assim de encontro à primeira competência estabelecida pela OE para o EEESMP: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº515/2018, 2018, p. 21428), concorrendo também para todas as outras competências denominadas pela OE.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Agressividade, comportamentos agressivos e o adoecer mental como focos de atenção da ESMP

A pesquisa bibliográfica desenvolvida, demonstra que o conceito de agressividade, tem vindo a ser estudado e debatido, por vários autores, ao longo dos anos, em áreas de investigação distintas, debatendo a sua complexidade.

Warren (1990) citado por (Townsend, 2011, p.195) define agressividade como “ir contra, agredir ou atacar. É uma resposta que visa infligir dor ou uma lesão a objetos ou pessoas”. Townsend (2011) afirma que, alguns teóricos defendem os fatores biológicos como predisponentes de agressividade, enquanto outros consideram que ela decorre das interações do indivíduo com o ambiente.

Para Filliozat (1997), a agressividade pode ser considerada um ato inerente ao ser humano, mas também uma alteração do comportamento. Ferreira e Florido (2011) ao citar Freud na teoria psicanalítica, atribui uma importância crescente à agressividade relacionando-a desde cedo com o desenvolvimento do indivíduo. Ferreira e Florido (2011), considera agressividade como algo inato ao Homem, mas cada vez mais encarada como um fenómeno social com um enquadramento cultural, social e histórico, podendo manifestar-se verbalmente (que pressupõe uma agressão dirigida a alguém como forma de magoar ou humilhar, com recurso à utilização da palavra ou expressões verbais) ou fisicamente (quando a agressão é efetuada através da utilização de um ataque físico e/ ou mediante a utilização de algum objeto, substância perigosa ou arma).

Stuart e Laraia (2001) admitem que, tendo em conta uma situação de ameaça, a pessoa pode responder com um comportamento passivo (sendo passivo, demonstrando medo e fugindo); com um comportamento assertivo (sendo assertivo e autoconfiante, enfrentando diretamente a situação) ou com comportamento agressivo (sendo agressivo, demonstrando ira e lutar). Estes autores fazem referência a diversas teorias sobre o desenvolvimento do comportamento agressivo, que permitiram o seu estudo ao longo dos anos, podem ser classificadas como: psicanalíticas, psicológicas, comportamentais, socioculturais e biológicas. Tendencialmente, admite-se que o comportamento agressivo é o resultado da interação de características biológicas, psicológicas e socioculturais da

pessoa, que no seu conjunto levam a desenvolver a melhor abordagem na intervenção do EEESMP.

Segundo Townsend (2011, p.263), agressão “é um comportamento com a intenção de ameaçar ou ferir a segurança”, “que tem como objetivo infligir dor ou lesão a objetos ou pessoas.” A amargura, a maldade e a ridicularização são conceitos que se confrontam com a agressividade. É uma forma de expressar alguns sentimentos como: raiva, ansiedade, culpa, frustração ou desconfiança. Os comportamentos agressivos podem ser classificados como ligeiros (sarcasmo), moderados (bater com portas), graves (ameaças de violência física contra outros) ou extremos (atos de violência física contra outros Townsend (2011).

A Agressividade é caracterizada por Carvalho et al (2014, p. 25) como “caraterística inerente e vital à espécie, radica filogeneticamente na própria sobrevivência. Do ponto de vista ontogenético, ela determina o processo de separação/individuação, de afirmação pessoal e de construção da identidade”. Pode ser entendida como um vínculo que confere espaço pessoal, favorecendo a regulação social e cultural quando é bem gerida e orientada. Segundo Carvalho (2014), a gestão de forma positiva da agressividade, pode ser entendida como assertividade, com a qual se reconhece e aceita as diferenças do outro, permitindo a interação com o meio, com base no respeito, admitindo que a comunicação é fundamental. Quando a direção da agressividade não é orientada, de forma equilibrada com a interação com o meio, podem surgir comportamentos de consubstanciam a violência. É definida a existência de três grupos distintos de violência: a violência autodirigida (atos suicidas e comportamentos autolesivos, p.e. automutilações); a violência interpessoal (consideradas duas subcategorias, a violência familiar/violência entre parceiros/as íntimos/as e a violência na comunidade) e a violência coletiva (pode ter múltiplas motivações, de carácter social como político ou económico, diz respeito a atos cometidos por grupos alargados de indivíduos ou, formalmente, pelos próprios Estados, Carvalho (2014).

A prevenção de comportamentos agressivos é o ponto chave para o seu controle. Townsend (2011) refere que é importante identificar três fatores na avaliação de potenciais comportamentos agressivos: história passada de violência, diagnóstico do cliente e o comportamento atual. O aumento do risco de violência está relacionado com alguns diagnósticos como: “perturbações devido à utilização de substâncias, perturbações

psicóticas (...), perturbações de personalidade (...), e perturbações mentais orgânicas” (Towsend, 2011, p.266).

Dublin (2004) citado por Towsend (2011), faz referência a um síndrome prodromal, caracterizado por ansiedade, tensão, abuso verbal e aumento da hiperatividade. A este síndrome, o mesmo autor associa comportamentos como: postura rígida, punhos e maxilares cerrados, postura ameaçadora, falar em voz alta, discutir, exigir, verbalizar ameaças, agitação, andar de um lado para o outro, bater com portas e objetos. Estes sintomas são considerados, como carecendo de uma atuação imediata e emergente por parte do EEESMP, que pela capacidade de observação e conhecimento, possa fazer uma avaliação dos fatores críticos tentando prever um potencial comportamento agressivo.

2.2. Para uma análise sistémica dos comportamentos agressivos; Modelo teórico de Betty Neuman

É fundamental a utilização de um modelo teórico de enfermagem como referência para o desenvolvimento de competências e prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

O Modelo conceptual de Betty Neuman - Modelo de Sistemas de Neuman, considera que, as variáveis que afetam o sistema são: as fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Tomey e Alligood, 2002).

Neuman reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos, afirmando que todos os elementos de uma organização complexa estão em interação. Cada um pode perturbar a harmonia e estabilidade da pessoa, por isso o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. Descreve a adaptação, como um processo de satisfação das necessidades. A pessoa é considerada como um sistema aberto, em constante interação com o ambiente.

Quando o processo de equilíbrio falha, ficando incapaz de satisfazer as suas necessidades, surge o processo de doença. São identificados stressores como estímulos produtores de tensão, que podem ser positivos ou negativos. Podem ser de natureza intra, inter e extrapessoais, surgindo dos ambientes internos e externos da pessoa. A

enfermagem é considerada como profissão única, relacionando todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stress, Tomey e Alligood (2002) e George (2000).

Neste modelo Neuman adapta 3 níveis de intervenção: Primária (proteger a pessoa antes de se confrontar com um stressor prejudicial, fortalecendo-a para diminuir a reação), Secundária (permite reduzir o efeito através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas de doença) e Terciária (reduzir os efeitos residuais do stressor depois do tratamento), Tomey e Alligood (2002).

O modelo de sistemas de Neuman, estrutura o processo de enfermagem em três passos: diagnóstico (determinando as variações do bem estar), objetivos (estabelecidos com a pessoa, de forma a corrigir as variações do bem estar) e resultados de enfermagem (determinados por intervenção de enfermagem) Tomey e Alligood (2002). Pela sua flexibilidade e universalidade, o modelo é utilizado em todas as áreas da prática de intervenção da enfermagem. A literatura faz referência, a publicações do modelo de sistemas de Neuman, relacionado com o ensino e pesquisa de enfermagem assim como a relação direta para com os utentes, George (2000). Permite uma abordagem unificada, dirigida à pessoa com alteração de saúde mental de forma holística.

2.3. Prevenção e gestão de comportamentos agressivos; a predição do risco

A elevada prevalência de incidentes agressivos, assim como eventuais repercussões físicas e mentais para a pessoa, indica-nos de forma clara a necessidade de estudos e métodos que possam prever e consequentemente prevenir a ocorrência de comportamentos agressivos. Os enfermeiros, permanecendo junto dos doentes, em interação, longos períodos de tempo, avaliam a maioria dos incidentes agressivos como previsíveis, baseando-se na observação, antes da ocorrência do incidente (Almvik, 2008). Surge a necessidade de utilização de instrumentos devidamente validados que permitam uma avaliação de predição de risco de aparecimento de um comportamento agressivo.

A predição do risco de agressividade consiste em avaliar a probabilidade de um utente desenvolver um comportamento agressivo, baseando-se em fatores estáticos e dinâmicos (Pueyo e Illescas, 2007 citado por Marques et al., 2012). Os fatores estáticos

estão presentes, quando existe história de agressão anterior ou recente. Relativamente aos fatores dinâmicos, estes referem-se a sinais de alerta que indicam o aparecimento destes comportamentos, incluindo manifestações psicopatológicas e variáveis relacionadas com a doença mental, que podem ser submetidos a intervenções adequadas (Bullard, 2001 e Haggard-grann, 2005 citados por Marques et al., 2012).

Apesar de alguns comportamentos agressivos poderem ocorrer espontaneamente, a sua maioria apresenta sinais de alarme ou preditores dinâmicos, respeitando um escalamento, isto é, uma agudização observável do comportamento (Stuart e Laraia, 2005; Townsend, 2011).

Através de uma interação com o utente por longos períodos de tempo, permitindo a observação do utente antes da ocorrência do incidente, os enfermeiros avaliam a maioria dos comportamentos agressivos como previsíveis (Almvik, 2008; International Society of Psychiatric Mental Health Nurses - ISPN, 2010). Neste sentido os autores Abderhalden et al., (2006) e Almvik (2008) defendem que a monitorização contínua dos incidentes nos serviços deve ser vista como a intervenção que permite a deteção de fatores precursores e promotores do comportamento agressivo. Assim, a avaliação da predição do risco de agressividade centra-se na observação do cliente pelo enfermeiro, sendo necessário que esta observação seja estruturada e sistematizada. Para isso são necessários instrumentos devidamente validados, que permitam a avaliação da predição do risco de aparecimento de um comportamento agressivo, que possibilitem a intervenção precoce e sistematizada por parte do enfermeiro, sendo ela uma intervenção terapêutica farmacológica ou não farmacológica. Esta metodologia de âmbito preditivo terá sempre a finalidade de evitar, o recurso às várias técnicas de contenção/restrrição, privando-o da liberdade (Sande et al., 2011).

Existem alguns instrumentos de predição de risco de agressividade que podemos encontrar na revisão da literatura. A BVC (Broset Violence Checklist) (Anexo I) é um instrumento do tipo preditivo a curto prazo, com a finalidade de prever o risco de agressão física em pessoas com patologia mental, num período de 24 horas após a avaliação, consistindo na observação do enfermeiro, utilizada em situação de internamento (Almvik e Woods, 2003). Esta escala foi baseada no trabalho empírico de Linaker & Busch (1995), tendo sido revista por Almvik e Woods em 2003 e traduzida e adaptada para português por Marques, et al (2004).

Este instrumento foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Marques et al (2004). É um instrumento de tipo preditivo a curto prazo, tendo como objetivo prever o risco de agressão física nos utentes com patologia mental num período de 24 horas (uma vez que está descrito na literatura que as primeiras 24h são críticas para a gestão do comportamento agressivo), com uma avaliação por turno, tendo por base a observação do enfermeiro, com o respetivo preenchimento da escala. São identificados seis itens preditores dinâmicos, referentes a características do utente: confusão, irritabilidade e revolta; e aos seus comportamentos: ameaça verbal, ameaça de agressão física e agressão contra objetos.

Os itens da BVC são pontuados ordinalmente, com 0 na sua ausência e 1 na sua presença, podendo o score obtido variar entre 0 e 6. Em relação à interpretação dos valores obtidos, um score de 0 corresponde a baixo risco, de 1 a 2 corresponde a risco moderado devendo ser tomadas medidas preventivas e um score igual ou superior a 3 corresponde a alto risco, exigindo medidas preventivas para um possível comportamento agressivo. Esta escala foi validada para contextos de saúde mental, particularmente em doença mental aguda (Clarke et al., 2010).

Um score de **baixo risco** (0) implica intervenções centradas na observação do utente, com a finalidade de identificar um potencial agressivo, através de comportamentos manifestados ou sinais de alarme, permitindo uma intervenção precoce, sendo este o elemento chave. Constitui assim uma intervenção primária no reconhecimento, prevenção e gestão terapêutica dos comportamentos agressivos.

O score de **moderado risco** (1 e 2) admite intervenções com o objetivo de inverter a escalada de um potencial agressivo instalado. Compreende intervenções como divergir, distrair e deflectir o cliente, isto é, redireccionar a agressividade para outros alvos através da realização de actividades sociais/recreativas. Podem também ser realizadas técnicas de âmbito cognitivo-comportamental, como o controle da raiva e técnicas de redução de stress.

O score de **alto risco** (3 a 6) é indicativo da presença de manifestações de um comportamento agressivo, com a necessidade de intervenções como o isolamento, a contenção física, a contenção mecânica e a contenção farmacológica.

3 - CONTEXTO DE ESTÁGIO

O estágio decorreu no período de tempo entre 23 de setembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020. De forma a desenvolver o projeto de estágio, os contextos de estágio foram o serviço internamento de Psiquiatria e o Hospital de dia ambos numa instituição de saúde da região de Lisboa. Inicialmente foi planeado primeiro o estágio de internamento e seguido do Hospital de dia, o que efetivamente não aconteceu, pelo que os estágios decorreram em simultâneo tendo em conta a proximidade de ambos os locais e dinâmica dos serviços.

O serviço de Internamento de psiquiatria, está inserido num hospital da região de Lisboa, inaugurado no ano de 2010, é composto por 18 camas, é um serviço misto, com quatro quartos individuais, sendo os restantes duplos, todos com casa de banho em cada um dos quartos. A sua estrutura física engloba o refeitório, uma sala de leitura, gabinete da enfermeira chefe, casa de banho dos utentes (com duche assistido), arrecadações, um espaço exterior de acesso privado só ao serviço, copa, sala de trabalho e sala de passagem de turno. É um serviço vocacionado para a saúde mental, atuando na prevenção de perturbações, tratamento e reabilitação do doente mental grave, com expressão comportamental e repercussões orgânicas ou funcionais. É composto por uma equipa multidisciplinar que engloba enfermeiros de cuidados gerais e especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (em número muito reduzido), enfermeira responsável pelo serviço, equipa médica, auxiliares de ação médica, psicóloga e assistente social. Alguns dos diagnósticos médicos mais frequentes de admissão ao serviço são: perturbações do comportamento, psicose e perturbação bipolar.

O hospital de dia tem a capacidade de internamento de 12 utentes, sendo que a equipa multidisciplinar preconiza como ideal um total de 9 utentes. Os utentes em programa de hospital de dia, têm acompanhamento pela equipa de segunda a sexta-feira, no período das 8h às 16h. Durante este período, os utentes fazem as refeições do pequeno-almoço, meio da manhã e almoço, nas instalações do hospital de dia. Cada dia da semana é composto por uma atividade diferente desenvolvida por algum dos intervenientes da equipa multidisciplinar, tendo em conta as várias especialidades que dão apoio ao hospital de dia (enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e medicina). Para a admissão, os utentes têm que realizar uma entrevista de avaliação, que

é feita pela enfermeira, médico responsável, psicóloga, utente e familiar ou pessoa de referência. São dirigidas várias questões, para o preenchimento de questionário socio demográfico, antecedentes pessoais e familiares, perguntas relacionadas com a situação atual. É feito o exame do estado mental e é elaborado o genograma e ecomapa. No final é assinado o contrato terapêutico, após leitura, pelo utente, pelo cuidador e pela equipa.

As atividades realizadas pela equipa de enfermagem prendem-se com: adesão terapêutica, rotinas, promoção de autoestima, aceitação da doença, estratégias de coping, dificuldade em gerir e exprimir emoções. É traçado mensalmente um plano de atividades de enfermagem, que é elaborado pela enfermeira responsável do hospital de dia, sendo afixado na sala utilizada pelos utentes, onde estão posteriormente descritas e planeadas com os utentes e a forma como se iram desenvolver. É organizada pela equipa uma visita, com os utentes, a um local a designar, uma vez por mês.

4 – OBJETIVOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

De acordo com as necessidades de melhoria dos cuidados apresentadas pelo serviço na etapa do Estágio de Observação, foi definido:

Objetivo geral

- implementar uma sistemática de predição de comportamentos agressivos por parte dos enfermeiros.

Objetivos específicos

- enquadrar a predição de comportamentos agressivos no contexto da estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, do serviço e do hospital
- identificar um instrumento de avaliação do risco de comportamentos agressivos por parte dos clientes internados adequado à utilização no serviço
- propor à equipa um procedimento para avaliação do risco de comportamentos agressivos por parte dos clientes internados, com uso do instrumento de avaliação identificado.

5 - METODOLOGIA DE PROJETO

A enfermagem, como profissão em constante evolução, tem vindo cada vez mais a preocupar-se com a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico aplicando-o na prática de cuidados prestados, reconhecendo assim a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão. A tomada de decisões adequadas e inteligentes baseadas na investigação permite uma melhor prestação de cuidados, apoiados no saber e na ciência. Desta forma é permitido demonstrar aos outros os fundamentos que estabelecem a sua prática dando um forte contributo para a sua visibilidade social (Martins, 2008).

Segundo Ruivo et al (2010), a metodologia de projeto baseia-se na investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções para a sua resolução. Através da pesquisa, análise e resolução de problemas é promovida uma prática baseada na evidência.

A metodologia de projeto é constituída por cinco etapas (Ruivo et al, 2010):

- Diagnóstico de situação;
- Definição dos objetivos;
- Planeamento;
- Execução e avaliação;
- Divulgação dos resultados.

O objetivo principal da metodologia de projeto foca-se na resolução de problemas permitindo a aquisição de competências. Constitui uma ligação entre a teoria e a prática, uma vez é adquirido conhecimento teórico que é aplicado posteriormente na prática (Ruivo et al, 2010).

5.1 - Diagnóstico de Situação

Na primeira etapa da metodologia de projeto, é elaborada a situação/problema, permitindo construir um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar (Ruivo et al, 2010).

No hospital em que se insere o serviço de internamento, foi traçado um objetivo estratégico identificado como segurança do doente, tendo como objetivo reduzir o tempo de contenção física em doentes psiquiátricos, em que o indicador é: doentes do serviço de psiquiatria que foram colocados com contenção física durante o internamento.

A monitorização é feita através de uma equação, sendo o numerador o número de horas dos doentes que estiveram em contenção física com diagnóstico de alta de foro psiquiátrico e o denominador o nº total de horas de internamento de todos os doentes internados com o diagnóstico de alta de foro de psiquiatria.

A meta pretendida é o resultado desta equação ser um valor inferior a 5%. A avaliação realizada no ano de 2019, foi em todos os meses a taxa de doentes da psiquiatria que foram colocados com contenção física ficou abaixo dos 5%, o que revela um cumprimento das políticas, procedimentos e dos objetivos definidos.

Estão preconizadas como ações a desenvolver: formação sobre contenção dos doentes, sensibilização contínua, discussão em equipa multidisciplinar dos casos de contenção de doentes na reunião semanal do serviço e divulgação dos resultados do indicador no serviço.

Apesar da meta ambicionada pelo hospital ser atingida, a equipa de enfermagem identifica a necessidade da introdução de uma prática no serviço, com a implementação de uma sistemática de avaliação através da utilização de um instrumento de avaliação que permita ajudar a formular diagnósticos de enfermagem e intervenções, destinadas a prever e gerir os comportamentos agressivos identificados.

5.2 - Planeamento

Tendo em conta toda a recolha de informação realizada na fase da metodologia de projeto – diagnostico de situação, foi estabelecida nesta fase de planeamento, as intervenções a executar, planificando a organização e concretização das mesmas. Nesta fase são definidas as linhas de ação, identificando os recursos e calendarizando as tarefas a desenvolver (Ramos, 2007).

Como atividades a desenvolver foram planeadas:

- apresentação à equipa multidisciplinar do projeto de estágio;
- identificação de um instrumento de avaliação do risco de comportamentos agressivos por parte dos utentes internados, adequado à utilização no serviço;
- construção de versão informática do instrumento de avaliação e sua integração no sistema de registo informático do serviço;
- proposta à equipa um procedimento para avaliação do risco de comportamentos agressivos por parte dos clientes internados, com uso do instrumento de avaliação identificado;
- realização de um poster para afixar no serviço;
- realizar uma ação de formação para a equipa multidisciplinar sobre a predição do risco de agressividade, com apresentação do instrumento de avaliação escolhido e do procedimento da sua utilização.

5.3 Execução

Nesta fase é colocado em prática o que foi planeado na fase anterior (Ruivo, 2010). Assim:

- Apresentação à equipa multidisciplinar do projeto de estágio.

- Em contexto de reunião de serviço, foi feita a apresentação do projeto de estágio à equipa multidisciplinar, salientando a intenção de introdução de uma nova prática no serviço.
- Identificação de um instrumento de avaliação do risco de comportamentos agressivos por
- Conclusão da revisão da literatura já iniciada na apresentação do projeto de estágio com enfoque na identificação e seleção de instrumentos de avaliação do risco de comportamentos agressivos. Seleccionada a Broset Violence Checklist (BVC) (Marques e colaboradores, 2004). Foi feito contacto através de email para uma das Senhoras Enfermeiras que participaram na tradução da escala para a língua portuguesa referindo a intenção da utilização da escala. Foi feita reunião com um enfermeiro de outra unidade hospitalar que utiliza a escala escolhida, permitindo uma partilha da experiência da sua utilização e o esclarecimento de dúvidas.
- Construção de versão informática do instrumento de avaliação e sua integração no sistema de registo informático do serviço.
- Com o apoio da enfermeira chefe do serviço de internamento, que mediou a articulação com os serviços de informática e o Gabinete de Qualidade do Hospital, procedeu-se à construção de uma proposta de introdução da escala BVC informatizada (Apêndice I). A intenção da introdução desta escala foi apoiar a decisão da identificação do diagnóstico de agressividade presente/risco, devidamente fundamentado com o resultado obtido com a aplicação da escala e a associação de intervenções classificadas (CIPE). Por limitações institucionais, a construção da proposta informática da escala dispendeu mais tempo do que inicialmente previsto, pelo que não foi possível tê-la concluída a tempo do final do estágio. De acordo com o planeado para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem do serviço, este é, contudo, um projeto de conclusão prioritária.

- Proposta à equipa um procedimento para avaliação do risco de comportamentos agressivos por parte dos clientes internados, com uso do instrumento de avaliação identificado.

- Foram realizados vários momentos formativos nos momentos da passagem de turno, apresentando à equipa o uso do instrumento de avaliação escolhido. Alguns membros da equipa de enfermagem já conheciam o instrumento, ou em contexto académico, ou pela sua utilização em outra unidade hospitalar. A equipa mostrou-se bastante receptiva para a introdução do instrumento de avaliação.

- Realização de um poster para afixar no serviço.

- A construção do poster não foi possível durante o contexto de estágio. A construção da proposta informática da escala de broset (BVC) dispendeu mais tempo do que inicialmente foi esperado, pelo que por falta de tempo não foi desenvolvido. A equipa de enfermagem do serviço de internamento considerou a existência de um poster com a informação esquematizada sobre a escala (BVC) uma mais valia para o serviço.

- Realizar uma ação de formação para a equipa multidisciplinar sobre a predição do risco de agressividade, com apresentação do instrumento de avaliação escolhido.

- Em reunião de serviço foi realizada uma ação de formação para a equipa multidisciplinar sobre o procedimento para avaliação do risco de comportamentos agressivos por parte dos clientes internados, com apresentação da Escala de Broset (BVC) na versão original, bem como a proposta informática do preenchimento da escala.

5.4 Avaliação

Segundo Ruivo (2010), a fase de avaliação deve evidenciar uma análise crítica sobre o percurso percorrido.

Nesta fase são avaliados os objetivos que foram formulados para o projeto de intervenção em serviço.

O objetivo geral foi:

- implementar uma sistemática de predição de comportamentos agressivos por parte dos enfermeiros.

Este objetivo foi parcialmente atingido, visto que a escala ainda não está em utilização pelos enfermeiros como forma preditiva. Contudo conseguiu-se dar início à implementação da utilização um instrumento de avaliação com valor preditivo. O serviço ficou capacitado para dar continuidade ao trabalho iniciado e desenvolvido.

Em relação aos objetivos específicos:

- enquadrar a predição de comportamentos agressivos no contexto da estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, do serviço e do hospital.

Este objetivo foi completamente atingido. Tendo em conta o definido pela área de padrões qualidade do hospital, integrando a segurança do doente, com o objetivo de reduzir o tempo de contenção física em doentes psiquiátricos, foi iniciado no serviço de internamento de psiquiatria a introdução, da avaliação de uma escala que permite apoiar a tomada de decisões , apoiando a decisão da identificação do diagnóstico de agressividade presente/risco, devidamente fundamentado com o resultado obtido com a aplicação da escala e a associação de intervenções classificadas (CIPE). Com efeito, esta foi uma iniciativa tendente à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de internamento de psiquiatria.

- identificar um instrumento de avaliação do risco de comportamentos agressivos por parte dos clientes internados adequado à utilização no serviço.

Este objetivo foi completamente atingido visto que foi identificada a escala de Broset (BVC) como o instrumento de avaliação de risco de comportamentos agressivos a ser utilizado pelos enfermeiros.

- propor à equipa um procedimento para avaliação do risco de comportamentos agressivos por parte dos clientes internados, com uso do instrumento de avaliação identificado.

Este objetivo foi completamente atingido. Foi realizado durante o estágio, para além da partilha, de forma formativa em contexto de passagem de turno, uma formação para a equipa, propondo um procedimento para avaliação do risco de comportamentos agressivos por parte dos clientes internados.

Seria expetável que a implementação da escala não fosse concretizada, em tempo útil de estágio. Ainda assim, o início da sua introdução, projeção e divulgação foi concretizado. A realização das intervenções que foram possíveis de concretizar, tornaram-se de extrema importância para que, no futuro seja realizada a mudança de uma prática, desejada pela equipa.

Na data da conclusão do estágio, a escala de avaliação BVC não tinha ainda sido iniciada no serviço, mas o hospital disponibilizou a informação ao serviço que, seria para breve e que além da introdução no serviço de internamento de psiquiatria será implementada em toda a unidade hospitalar.

Há ainda a referir que, passado muito pouco tempo depois da conclusão do estágio, entramos numa época de crise, com o surgimento da pandemia a Covid-19, trazendo várias alterações ao que inicialmente estava planeado, mudando toda a dinâmica e prioridades do serviço.

5.5 Divulgação de Resultados

A ação de formação em serviço, realizada no estágio foi sem dúvida muito importante para demonstrar o trabalho desenvolvido e para enquadrar a predição de comportamentos agressivos na prática do serviço.

No serviço foi deixada documentação sobre a escala BVC e sobre predição e comportamentos agressivos, a formação realizada e a proposta informática da escala. Instrumentos que serão uma mais valia para a equipa, quando a escala BVC for introduzida na prática diária.

A discussão pública do relatório de estágio e o acesso público serão contributos importantes para a divulgação de resultados.

Encontro-me a preparar para concorrer a uma apresentação livre num congresso de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, demonstrando o trabalho realizado.

6 - QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização dos dois contextos de estágio, foi solicitada a autorização nas instituições para a realização do projeto de estágio. Em ambos os estágios, o projeto foi apresentado e discutido com as equipas. Antes da realização das intervenções desenvolvidas foram descritos os objetivos de cada sessão, de forma que os utentes dessem o seu consentimento, esclarecido, na participação das intervenções.

Foi respeitada a confidencialidade e privacidade dos dados de todos os utentes.

PARTE 2 - ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na segunda parte deste relatório de estágio, realiza-se uma análise reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EESMP. Ao longo de todo o percurso, o desenvolvimento de competências foi o foco de atenção principal que, em conjunto com a necessidade de enriquecer os conhecimentos permitem a melhoria dos cuidados em saúde mental e psiquiátrica.

Este caminho permitiu aprofundar conhecimentos, adquirir novos saberes, relacionar experiências vividas na minha prática de cuidados com o desenvolvimento de novas competências. Possibilitou-me que adequasse a forma de pensamento e o planeamento de situações, proporcionando cuidados de enfermagem de forma mais crítica e individualizada.

Como refere Watson (2002), “A procura de novos conhecimentos e da compreensão do cuidar vai condicionar algumas das condições epistemológicas, éticas, intuitivas, estéticas, científicas, e metodológicas para o desenvolvimento da enfermagem como ciência humana” (p.56).

Nesta reflexão sobre aquisição e desenvolvimento de competências é importante mencionar Benner (2001) e os cinco níveis de competências que identifica para a prática de enfermagem, através da aplicação do modelo de competências de Dreyfus(1981), sendo eles:

- Iniciado: Não tem nenhuma experiência das situações com que possa ser confrontado, sendo necessário descrever as situações em termos de elementos objetivos, sendo ensinado normas para guiar os seus atos em função dos diversos elementos, para permitir que adquira experiência necessária ao desenvolvimento das suas competências (Benner, 2001);

- Iniciado avançado: Tem alguma experiência em várias situações reais pelo que consegue reconhecer situações e os seus componentes significativos, começando a formular princípios baseados na experiência, como fundamento para a sua intervenção (Benner, 2001);
- Competente: Enfermeiro com 2/3 anos de experiência de trabalho na mesma área ou em situações similares, conseguindo estabelecer um plano sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema, criando o sentimento “que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática da enfermagem”. A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização (Benner, 2001, p. 54);
- Proficiente: Enfermeiro que compreende as situações na sua globalidade, tomando decisões baseadas na compreensão holística da pessoa e situação, e aprende com a experiência o que esperar em determinadas situações, modificando os seus planos de intervenção (Benner, 2001);
- Perito: Suporta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações, apreendendo diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções ou diagnósticos. O perito age muitas vezes por intuição, “coisa impossível de aprender ou ensinar de uma maneira concetual” (Benner, 2001, p. 58). Segundo a autora, para avaliar o nível de competência da perita, “é necessário acrescentar aos critérios habituais de medidas quantitativas e da avaliação da prática, uma perspetiva interpretativa destinada a descrever a prática dos cuidados de enfermagem, assim como as estratégias qualitativas de avaliação” (Benner, 2001, p. 60).

É através da reflexão das práticas, do saber olhar, criticar e procurar outras perspetivas diferentes que obtemos conhecimento.

Neste sentido, a certificação de competências pela OE assegura que “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (2019, OE pg. 4745).

1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE

A Ordem dos Enfermeiros regula as competências comuns dos EE, assumindo que “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (2019, OE pg. 4744).

São definidas pela OE como sendo “ as 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” (2019, OE pg. 4745).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são um passo importante para o desenvolvimento do EE visto que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (2019, OE pg. 4744).

Os domínios das competências comuns são quatro:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Competências do domínio da gestão dos cuidados;
- Competências do domínio das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o EE :

- ✓ Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

- ✓ Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Segundo Boterf (2003) “o profissional não é aquele que possui conhecimentos e habilidades, mas aquele que sabe mobilizá-los em um contexto profissional” (p. 48). É essencial interiorizar o contexto adequado ao desenvolvimento das competências pretendidas. É através da responsabilidade de investimento, que promovemos o nosso desenvolvimento profissional, permitindo o saber agir em cada situação específica. As intervenções desenvolvidas, têm em conta a sua finalidade terapêutica, pretendem o treino de competências e o aumento do nível de conhecimento relativamente ao contexto. Visam promover a melhoria do bem estar, na pessoa com doença mental através do estabelecimento de uma relação terapêutica, permitindo a sua autonomia, demonstrando respeito e confidencialidade sobre os utentes e as suas famílias.

Esta primeira competência visa o desenvolvimento de uma prática profissional responsável, ética e legal, na área da especialidade, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica na avaliação sistemática das melhores práticas e preferências da pessoa cuidada.

Desta forma, as atividades desenvolvidas nos contextos de estágio foram suportadas em princípios, valores e normas deontológicas, tendo sempre em vista a proteção dos direitos humanos e as responsabilidades profissionais, segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Durante a realização do estágio, as tomadas de decisão no decorrer da prestação de cuidados resultaram da mobilização de conhecimentos científicos, como definido nos critérios desta competência. As reuniões com a equipa multidisciplinar, permitiram a participação e discussão nas tomadas de decisão relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem, permitindo assim o desenvolvimento de uma prática especializada.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE:

- ✓ Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

- ✓ Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- ✓ Garante um ambiente terapêutico e seguro.

De forma a dar resposta às competências deste domínio, o EE deve assumir um papel dinamizador nos projetos da instituição e nos cuidados de enfermagem prestados, assumir práticas de qualidade e colaborar com a instituição em projetos de melhoria contínua e garantir em todos os cuidados e a todos os doentes um ambiente terapêutico seguro centrado nas necessidades e no bem-estar do doente.

O desenvolvimento das competências, deve contribuir para a realização de boas práticas, tendo em conta um contexto mais específico, beneficiando a pessoa com doença mental. Todo o processo é uma avaliação contínua, que permite o reforço de competências. A promoção de um ambiente terapêutico seguro advém do desempenho de um papel dinamizador, na realização de estratégias, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade.

No domínio da gestão dos cuidados, o EE:

- ✓ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- ✓ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

O EE desenvolve uma função norteadora, adaptando os recursos disponíveis no contexto, visando a otimização dos cuidados, tendo em vista os ganhos, quer para os utentes como para os profissionais.

Este domínio remete-me para a minha prática de cuidados, na qual desempenho funções de chefe de equipa e substituição da Enfermeira chefe na sua ausência. O desempenho destas funções implica a organização e a supervisão durante a prática de cuidados ao longo do turno. A gestão dos cuidados otimiza as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados desenvolvidos. A delegação de tarefas não implica a substituição do enfermeiro, sendo que a delegação é referente a uma tarefa e não à responsabilidade da mesma, necessitando de uma supervisão e avaliação posteriores.

Na minha experiência em contexto de estágio, foi de elevada importância a articulação com a equipa multidisciplinar, permitindo perceber melhor o contexto em si

e toda a sua complexidade, visto que, não tenho experiência na área de saúde mental e psiquiátrica. Poder ter integrado uma equipa multidisciplinar como estudante de mestrado em SMP, colaborar com a equipa, estar presente na tomada de decisões foi sem dúvida uma mais valia. Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, para as necessidades dos utentes, respeitando e aceitando as críticas de forma construtiva, foi relevante para o desenvolvimento de competências de EE.

Durante os contextos de estágio, pude ampliar a capacidade de reflexão e de planeamento de cuidados envolvidos pela equipa multidisciplinar, centrados na pessoa, podendo incluí-la no seu processo terapêutico.

O trabalho de equipa desenvolvido é fundamental para a qualidade de cuidados de enfermagem prestados. A tipologia de continuidade de cuidados, onde a transmissão de informação pertinente com o resto da equipa, sem revelar juízos de valor, é uma responsabilidade na gestão de cuidados do utente ou grupo recetor de cuidados.

No domínio das aprendizagens profissionais, o EE:

- ✓ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- ✓ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Cada um é responsável pelo seu percurso profissional, pela sua aprendizagem e por si próprio, tendo em conta o papel social do individuo e do que a sociedade espera do outro. A educação é um dever. Como enfermeira e aluna de um curso de mestrado vejo em mim a necessidade de aperfeiçoamento, com vista ao processo de construção de competências adequadas, possibilitando um desenvolvimento profissional com vista à autonomização crescente, com uma maior capacidade de ver e observar a realidade, permitindo atingir um nível de perícia, como é referido por Benner (2001). A procura de conhecimento, aumenta a capacidade de tomar decisões autónomas, procurando sempre a melhoria e a evolução numa carreira.

Neste domínio o EE, “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (2019, OE pg. 4749).

Este último domínio salienta o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e de uma praxis especializada em evidência científica, sendo o domínio onde se promove o desenvolvimento e crescimento. O desenvolvimento do

autoconhecimento remete-nos para a primeira CEEESMP, que será desenvolvido no próximo capítulo.

O trabalho desenvolvido fazendo parte integrante uma equipa multidisciplinar como estudante de mestrado em SMP, foi enriquecedor, por todos os contributos desenvolvidos, para o meu desenvolvimento profissional.

A realização do estágio e a construção de relatório foram um estímulo para a integração de novos conhecimentos, levando a ganhos em saúde das pessoas que necessitam de cuidados, contribuindo para uma prática especializada em saúde mental e psiquiátrica. A detenção deste conhecimento permite prestar cuidados de forma holística, segura e especializada. As oportunidades que foram surgindo durante a realização do estágio permitiram-me sair da minha zona de conforto, apoderando-me de ferramentas que me permitam adequar a forma de atuação na sua globalidade.

Desenvolver competências, prende-se com a necessidade de saber escolher caminhos e com a necessidade de ter e pretender atingir metas.

Um conceito que ficou muito presente em mim, foi que, sem mudança, não existe aprendizagem. Todas as mudanças, são geradoras de momentos de aprendizagem e aquisição de conhecimento novos.

Aprender é mudar algo na nossa vida.

2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMP

Ao longo da realização dos dois contextos de estágio, elaborei dois quadros que relacionam as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (CEEESMP) com as atividades/intervenções a realizar no serviço de internamento e no hospital de dia (Apêndice II) e (Apêndice III), permitindo uma organização das mesmas.

Ao longo da vida, necessitamos de nos sentirmos aceites, ter autonomia e competências, transmitidas pela educação, pelos pares, pelas pessoas significativas e pelo ambiente. O comportamento na vida diária é influenciado pelo autoconceito pois este permite, à pessoa, desenvolver um esquema de pensamento ligado a sentimentos e atitudes (Sequeira, 2006).

Para a OE os cuidados de enfermagem “ têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando -o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (2018, OE p. 21427).

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (2018, OE p. 21427).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica são as seguintes:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

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

Abordando a primeira competência:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.
 - ✓ Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

É principalmente através desta competência que a construção deste relatório de estágio me fez refletir e desenvolver, permitindo um enriquecimento de saberes, concretização de novas experiências e o despertar de um novo conhecimento e de um novo EU. A detenção desta competência prende-se com uma constante reflexão sobre as práticas e comportamentos realizados.

Confrontar-me com o exercício de funções durante 24 anos no mesmo serviço fez-me pensar que eu, como pessoa e enfermeira, necessitava de me colocar perante novas situações, com experiências e práticas diferentes, permitindo-me conhecer novos recursos e limites pessoais e profissionais. Transcrevo um excerto do primeiro diário de aprendizagem que realizei no contexto de estágio de internamento que demonstra como me senti no início: “Durante estes primeiros dias, o sentimento de insegurança e incerteza foi bastante presente, colocando-me numa situação frágil e até um pouco desconfortável. No seu decorrer, surgiram momentos, que para mim foram desencadeadores de stress e de algum medo perante a incerteza do percurso. Senti-me, como se fosse o meu primeiro estágio de curso de bacharelato”.

Inicialmente, sentia que o confronto com situações perante as quais não saberia como seria a forma adequada de agir, deixava-me muito insegura . A fase inicial do estágio foi extremamente desafiante, confrontando-me com situações diferentes da minha realidade profissional. Foi necessário, realizar um trabalho importante de autoconhecimento ao longo de todo o estágio, que, exigindo de mim um processo

reflexivo e de tomada de consciência como pessoa e enfermeira, de forma a ultrapassar esta dificuldade, podendo adotar comportamentos adequados e assertivos perante as situações. Os jornais de aprendizagem, realizados ao longo do percurso de estágio, sobre algumas situações, foram sem dúvida um excelente suporte para o desenvolvimento desta competência.

Segundo a OE um dos critérios de avaliação desta competência relaciona-se com a monitorização das “suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (2018, OE p.21428). Numa das reflexões de um diário de enfermagem após uma interação com uma utente no contexto de internamento, relato exatamente isso: “Dou conta de mim envolvida neste pensamento e quase que não ouço o que a utente me diz”.

Segundo Townsend (2011, p.122) “O uso terapêutico de si requer que o enfermeiro tenha capacidade de autoconsciência e autoconhecimento e que tenha atingido uma crença filosófica sobre a vida, morte e sobre a condição humana em geral.”

Este ato reflexivo, permitiu que no final do estágio, termina-se com maior consciência de mim, o que leva a depreender que o desenvolvimento desta competência seja um trabalho contínuo ao longo de toda a minha vida profissional.

A segunda competência:

- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.
 - ✓ Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.
 - ✓ Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.
 - ✓ Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

E a terceira competência:

- 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.
 - ✓ Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade
 - ✓ Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental
 - ✓ Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade
 - ✓ Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados
 - ✓ Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.

A segunda e a terceira competência específica do EESMP dizem respeito ao desenvolvimento de todo o processo de enfermagem e à prestação direta de cuidados pelo EEESMP.

Relacionam-se com o contexto em que o utente está inserido, e com a recolha de informação, que permite realizar um juízo clínico, possibilitando fazer a apreciação e o diagnóstico da situação. A colheita de dados tem como objetivo a planificação de cuidados (Phaneuf, 2005).

Nos dois contextos de estágio, ao realizar a avaliação inicial, através do processo de enfermagem, desenvolvi entrevistas formais, semiestruturadas, podendo assim identificar as necessidades dos utentes, no contexto em que se inserem, permitindo elaborar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem, fundamentadas nas suas capacidades e relacionadas com objetivos a alcançar no processo terapêutico. Através desta abordagem, realizei um estudo de caso em contexto do estágio de internamento.

Para o desenvolvimento destas competências, é relevante ter presente a importância da entrevista. É através dela que é possível fazer uma avaliação da situação na sua globalidade, identificando o motivo de internamento, clarificando problemas presentes, tentando perceber o impacto da doença mental na qualidade de vida do utente, conseguindo assim planear as intervenções a implementar nos cuidados de enfermagem, de acordo com as necessidades reconhecidas.

No estágio de internamento, decorreram vários momentos de participação em interações de forma espontânea e planeada, que com a consulta do processo de enfermagem, planeamento do plano de cuidados, prestação de cuidados dirigidos à família na qual a utente se insere e participação na reunião de equipa multidisciplinar foi possível construir um estudo de caso. Apesar de em todos os cuidados de enfermagem todas as competências do EEESMP estão presentes, o desenvolvimento do estudo de caso vai de encontro a estas duas competências, como refere a OE (2018) o EEESMP deve realizar uma “Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde”(p.21428).

A quarta competência:

- Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
 - ✓ Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.
 - ✓ Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação
 - ✓ Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais

Esta última competência é alcançada se todas as outras anteriores tiverem sucesso e todas elas estão dependentes umas das outras. O EEESMP deve implementar “intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018, p.21430).

Como pilar, para a construção de um modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem, surge a relação de ajuda, através da qual “o profissional intervém a partir daquilo que ele é e orienta-se segundo um modelo de ajuda que lhe serve de referência.” Chalifour (2008, p.7).

A implementação de programas de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, permite o treino de competências essenciais, sendo fundamentais para o sucesso do programa de recuperação do utente com doença mental e para a conquista da relação entre enfermeiro e utente. A promoção de uma relação interpessoal através de uma relação de confiança e ajuda é essencial ao sucesso dos cuidados de enfermagem.

O EEESMP tem um papel crucial na reabilitação psicossocial do utente com doença mental, permitindo promover a sua integração na família e na comunidade, capacitando-o das suas competências sociais e de ferramentas para adquirir maior autonomia e integração na vida social. Com esta competência o EEESMP deve desenvolver capacidade para interpretar e individualizar atividades adaptadas a cada situação.

É importante que o EESMP desenvolva competências na área da relação interpessoal da comunicação e da relação de ajuda. Sequeira (2006), aponta que o enfermeiro deve desenvolver o seu saber ser e saber estar, tanto com o próprio, bem como na relação com o outro pois constituem os alicerces da relação terapêutica, indispensáveis à prática do cuidar em saúde mental.

No estágio desenvolvido no hospital de dia, tive oportunidade de realizar em parceria com a enfermeira orientadora e de forma autónoma intervenções de âmbito psicoterapêutico, para os utentes que integravam o HD.

O Hospital de dia tem um plano de atividades delineadas mensalmente. Tendo em conta esse planeamento, e seguindo algumas sugestões da enfermeira orientadora desenvolvi um plano composto por três sessões tendo por base a Terapia expressiva

através da Arteterapia. Tive a oportunidade de desenvolver também, uma sessão relacionada com Terapia expressiva através da dança/movimento. As sessões foram as seguintes:

- Terapia expressiva através da arteterapia - Intervenções de âmbito psicoterapêutico:
 - Pintura – “Como me sinto hoje” (Apêndice IV);
 - Colagem – “Projetos para o futuro” (Apêndice V);
 - Modelagem – “Auto retrato: como me vejo agora” (Apêndice VI).
- Terapia expressiva através da dança/movimento - Intervenção de âmbito psicoterapêutico,
 - “O corpo e o movimento” (Apêndice VII).

As intervenções psicoterapêuticas não faziam parte dos meus cuidados de enfermagem, antes da realização do estágio. Face a esta inexperiência sentia-me ansiosa e apreensiva no início da primeira sessão desenvolvida. Todo o planeamento das sessões ajudou um pouco a preparar-me, mas o receio mantinha-se.

Com a sua realização, fui percebendo que os receios iam sendo substituídos por uma maior confiança e segurança, também pela forma como os utentes iam respondendo às sessões desenvolvidas.

A sessão que desenvolvi primeiro foi a terapia expressiva através da dança/movimento - Intervenção de âmbito psicoterapêutico, “O corpo e o movimento”. Esta sessão foi inicialmente realizada, em contexto de sala de aula durante uma das unidades curriculares do curso de mestrado. Foi muito interessante aperceber-me da forma como me senti numa e noutra. Se na primeira estava preocupada e receosa pela parte académica, na segunda tinha todo um objetivo terapêutico com um grande compromisso com os doentes de HD.

As sessões relacionadas com a terapia expressiva através da arteterapia - Intervenções de âmbito psicoterapêutico tinham como objetivos:

- ✓ Pintura – “Como me sinto hoje” - a expressão de emoções e sentimentos e a estimulação da criatividade, espontaneidade e a comunicação;

- ✓ Colagem –“ Projetos para o futuro” - permitir a oportunidade de desmanchar e refazer o objeto e estimular a comunicação verbal e não-verbal, através do trabalho sensorial;
- ✓ Modelagem –“ auto retrato: como me vejo agora” - planeamento de atividades através da autoanálise e da autocrítica reflexivas e trabalhar a capacidade de planeamento, organização e atenção.

Foram desenvolvidas em três semanas diferentes.

A sua concretização foi muito prazerosa de realizar, para além do contexto de saúde mental e psiquiatria. Tenho um gosto pessoal por artes plásticas, as quais na minha vida profissional vou dando alguma atenção.

Desenvolver estas três sessões, mostrou-me que houve um crescimento, relacionado com a forma de estar, em relação ao espaço e aos utentes, pela forma mais descontraída e assertiva que consegui conduzi as sessões.

Ao refletir sobre a realização das intervenções que desenvolvi, percebi o meu interesse por esta área de intervenção com utentes crónicos em fase de reabilitação. O trabalho desenvolvido em hospital de dia, pelo EEESMP é de extrema importância pois permite acompanhar, quer o utente quer a sua família, permitindo a realização com sucesso do plano terapêutico de cada utente. Segundo a OE “Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar (2018, p.21430).

Todo o processo de reabilitação da pessoa com doença mental e o papel interventivo por parte do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica e a intervenção adequada face as necessidades dos utentes, permitirá dar uma resposta adaptada aos problemas específicos, relacionados com a doença mental, evitando o agravamento da sua situação clínica permitindo a inserção social, promovendo uma recuperação adequada e melhoria da qualidade vida. Segundo a OE, a mobilização de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, permite “a implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida” (2018, p.21430).

Todas as atividades em que participei junto com as enfermeiras orientadoras dos dois contextos, quer em parceria como de forma autónoma, na dinâmica dos dois contextos, foram fundamentais e facilitadoras para a aprendizagem desenvolvida e para o autoconhecimento. Foram essências para compreender a importância e impacto das intervenções realizadas com utentes com doença mental.

Analizando todo o caminho percorrido, considero que este me capacitou para uma nova forma de cuidar, enquanto EEESMP, pois creio ter adquirido e desenvolvido as competências que são necessárias. Através da reflexão, experiências e atividades realizadas, acredito ter desenvolvido competências de mestre em enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste relatório, foi sem dúvida uma das vitórias que o curso de mestrado me trouxe. Após um longo percurso de desenvolvimento pessoal e profissional vejo concluindo mais uma etapa da minha vida profissional.

O tempo de conclusão do relatório de estágio, foi superior aquele que seria espectável no início. Após a concretização do estágio, fomos todos confrontados com uma situação imprevisível e que não fazia de todo parte dos planos de ninguém. A pandemia de COVID-19 levou a uma mudança na vida de todos. Entramos numa época de crise e foi durante este período que o presente relatório foi construído. Não foi fácil, mas considere-o como mais um momento de superação de dificuldades.

Todo o percurso pessoal e profissional foi bastante enriquecedor, quer ao nível do desenvolvimento do autoconhecimento como de aquisição de novos conhecimentos, conseguindo redefinir-me na forma como me relaciono com o outro, pela aquisição de novas competências. A reflexão sobre as aprendizagens e competências adquiridas revelou-se crucial para o desenvolvimento de competências, permitindo avançar num caminho com uma tomada de consciência ampliada promovendo uma melhoria na qualidade de cuidados de enfermagem baseados na evidência.

Ao longo da vida, necessitamos de nos sentirmos aceites, ter autonomia e competências, transmitidas pela educação, pelos pares, pelas pessoas significativas e pelo ambiente. O comportamento na vida diária é influenciado pelo autoconceito pois este permite, à pessoa, desenvolver um esquema de pensamento ligado a sentimentos e atitudes (Sequeira, 2006).

Baseando-me numa necessidade, identificada no serviço onde realizei o estágio de internamento, defini a problemática de estudo e o projeto de intervenção em serviço de forma dar resposta a esse problema.

Durante a realização do estágio consegui dar início à introdução da avaliação do risco de comportamentos agressivos por parte dos utentes internados, com uso do instrumento de avaliação identificado, a escala de broset (BVC). A sua implementação não foi na totalidade conseguida tendo em conta o tempo de estágio, mas o início da sua introdução, projeção e divulgação foi concretizado. A realização das intervenções que

consegui concretizar, tornaram-se de extrema importância para que, no futuro seja realizada a mudança de uma prática, pretendida pela equipa de enfermagem.

Todo o percurso realizado demonstra a importância do EEESMP na intervenção em serviço, revelando um papel proativo na promoção da saúde mental, atuando na melhoria da prática de cuidados de enfermagem.

O enfermeiro especialista em saúde mental, através da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico, mobilizando competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, permitindo estabelecer relação de confiança com a pessoa (Ordem dos enfermeiros, 2010).

O desempenho dos EEESMP é complexo, exigindo dos mesmos aquisição de conhecimentos teóricos e relacionais, revelando um conhecimento de si próprio e da relação que estabelece com o outro.

As competências comuns e específicas de EEESMP que este percurso me permitiu adquirir vão contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem que presto. A relação de empatia e de confiança que se estabelece com o outro, devem transmitir segurança no momento do pedido de ajuda. Rogers (2010, p. 57) “quanto mais conseguir ser genuíno na relação, mais útil esta será. Isso significa que devo estar consciente dos meus próprios sentimentos, o mais que puder”. A relação terapêutica construída implica uma relação humanística baseada na confiança e compreensão, ausente de juízos de valor. Como diz Chalifour(2008), “estar em relação”.

No decorrer da realização do estágio de hospital de dia, nasceu um interesse muito particular para o trabalho desenvolvido pelo EEESMP neste contexto. Pensando no futuro, esta seria uma área de eleição para trabalhar como EESMP. As atividades que desenvolvi juntamente com a enfermeira orientadora foram para mim grandes momentos de aprendizagem e concretização pessoal e profissional, descobrindo em mim uma nova área de interesse. Enquanto me mantenho no serviço onde presto cuidados de enfermagem, as aprendizagens construídas vão servir de ponte para melhorar a relação terapêutica e os cuidados em si, no sentido de uma melhoria continua.

O fato de ter desenvolvido novas competências, e poder levá-las para o meu contexto profissional, permite-me realizar uma atitude crítica e reflexiva para com os

cuidados que anteriormente prestava, possibilitando-me agora modificá-los e introduzir novas práticas.

Termino este percurso, e percebo que não sou a mesma pessoa que era quando iniciei este curso de mestrado, aprendi a olhar-me e a olhar o cuidar de outra forma.

A Conclusão desta caminhada para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica é o início de um novo percurso como enfermeira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abderhalden, C.; Needham, I.; Dassen, T.; Halfens, R.; Haug, H.; Fischer, J. (2006). *Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-ViolenceChecklist: instrument development and clinical application*. BMC Psychiatry.
- Almvik, R; Woods, P. (2003). *Short-term risk prediction: the Broset Violence Checklist*. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing. ISSN: 1365- 2850. Vol. 10, Vol. 2, p. 236–238.
- Almvik, R. (2008). *Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Broset Violence Checklist*. Norwegian University of Science and Technology Faculty of Medicine Department of Neuroscience, Trondheim.
- Benner, P. (2001), *De iniciado a Perito*, Coimbra: Quarteto Editora
- Boterf, G. (2003), *Desenvolvendo a competência dos profissionais*, Porto Alegre: ArtMed Editora
- Carvalho, A, et al (2014). *Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- CIPE (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica volume 1 – os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Clarke, D., Brown, A.; Griffith, P. (2010). *The Brøset Violence Checklist: Clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting*. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 17 (7), 614–620.

Código Deontológico dos Enfermeiros (2015) - Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Direção Geral de Saúde, (2017), *Programa Nacional para a Saúde Mental*.

Filliozat, I. (1997). *A Inteligência do Coração, Rudimentos de Gramática Emocional*. Lisboa: Ed. Pergaminho.

Ferreira, H. & Florido, P. (2011). *Situação de Agitação e Violência: a realidade numa Unidade de doentes agudos*. Psilogos.Vol.9 nº 1. pp 28-34.

George, J. (2000), *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à prática Profissional*. 4ª Edição, Porto Alegre. Artmed editora.

Martins, J. (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Pensar Enfermagem, 12(2), 62-66

Marques, I.; Bessa, A.; Santos, L.; Carvalho, S. (2004). *Tradução e adaptação da Brøset Violence Checklist*, Coimbra.

Marques, I.; Bessa, A.; Santos, L.; Carvalho, S. (2012). *Risco de Violência: Avaliação de Preditores Dinâmicos. Apresentação realizada no I Encontro Internacional de Saúde Mental, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra* (não publicado).

Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019: *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado em Diário da República nº 26/2019, 2.ª Série*. Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019, 4744-4750.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

Ramos, Sérgio – *Introdução à metodologia de projeto*. Outubro (2007) documento disponível em [TIC-Metodologia-Projeto_1_.pdf \(ccems.pt\)](#), acedido dia 5/7/2021 pelas 20h.

Regulamento nº515/2018 (2018), Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. *Diário da República*, 2ª série (Nº 151 de 7 de agosto de 2018), 21427-21430.

Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010 – janeiro/março). *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas*. In Revista Percursos. (15)

Sande, R. et al (2011). *Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment*. The British Journal of Psychiatry, doi: 10.1192/bjp.bp.111.095141.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnostico à Intervenção de Enfermagem de Saude Mental e Psiquiatrica*. Coimbra: Quarteto.

Stuart, G., Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquitrica - Principios e Prática*. 6ª Edição. Porto Alegre. Artmed editora.

Tomey, A., Alligood, M., (2002) *Teorias de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*, 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª edição. Loures: Lusociência.

Watson, J., (2002), *Enfermagem: Ciência Humana e cuidar – Uma teoria de Enfermagem*, Loures, Lusociência.

APÊNDICES

**Apêndice I –
Cronograma de Actividades**

Cronograma de Atividades

Ano	2019														2020					
Meses	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fev.	
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3
Intervenções/Atividades	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7
Estágio no internamento																				
Estágio no Hospital de dia																				
Apresentação do projeto à equipa no internamento																				
Apresentação do projeto à equipa do hospital de dia																				
Desenvolver competências de EEESMP																				
Revisão da literatura																				
Elaboração do relatório de Estágio																				
Reuniões com o docente orientador																				
Elaboração de reflexões escritas ao longo do percurso de estágio																				
Realizar um registo de interação																				



Férias de Natal

Cronograma de Atividades

Ano	2019														2020					
Meses	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fev.
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3
Intervenções/Atividades	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7
Realização de um estudo de caso																				
Aplicação de um instrumento de avaliação de agressividade																				
Acompanhamento individual de utentes com comportamentos agressivos																				
Realizar intervenções psicoterapêuticas individuais e de grupo, tendo em conta a revisão da literatura																				
Desenvolver o autoconhecimento																				



Férias de Natal

Apêndice II

Proposta informática para introdução BVC

Proposta para a informática:

PERGUNTA:	RESPOSTA:
Confusão (O doente apresenta-se confuso e desorientado. Pode não ter a noção do tempo, do lugar ou das pessoas)	☐ Presente ☐ Ausente
Irritabilidade (O doente facilmente se aborrece ou se irrita, é incapaz de tolerar a presença dos outros)	☐ Presente ☐ Ausente
Revolta (O doente apresenta um comportamento manifestamente “barulhento” ou ruidoso, ex: bate portas, grita ao falar, etc.)	☐ Presente ☐ Ausente
Ameaça de agressão verbal (O doente apresenta uma expressão verbal que seja mais do que apenas um levantar de voz, apresentando intenção real para intimidar ou ameaçar uma outra pessoa, ex: ataques verbais, abuso, chamar nomes, comentários verbais de maneira agressiva)	☐ Presente ☐ Ausente
Ameaça de agressão física (O doente apresenta uma intenção real para ameaçar fisicamente uma outra pessoa, ex: agarrar a roupa, levantar o braço, perna ou pé, cerrar o punho ou erguer a cabeça em direcção aos outros)	☐ Presente ☐ Ausente
Agressão contra objectos (O doente dirige um comportamento agressivo contra um objecto, ex: atirar indiscriminadamente um objecto, bater ou partir vidros, pontapear, bater ou cabecear um objecto ou a destruição de mobiliário)	☐ Presente ☐ Ausente
TOTAL	

Informaticamente terá que ser atribuído ao ☐ Presente o valor **1** e ao ☐ Ausente o valor **0**

No total quando der **0** tem que aparecer que é **baixo risco de agressividade**, entre **1 e 2** **médio risco de agressividade** e **3 ou mais** é **alto risco de agressividade**

Apendice III –

Quadro que relaciona as CEEESMP com as atividades/intervenções a realizar no serviço de internamento.

Quadro que relaciona as :

competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (CEEESMP) com as

atividades/intervenções a realizar no serviço de internamento.

CEEESMP	Atividades/intervenções
Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	- elaboração de diários de aprendizagem ao longo do estágio decorrentes de momentos de aprendizagem, permitindo a reflexão; - interação com o utente em momentos espontâneos ou planeados; - Introdução de escala de predição da agressividade.
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.	- conhecimento através do plano de cuidados do estado de saúde mental do utente, através de consulta do processo de enfermagem - realização de registos de enfermagem do utente - interação com o utente em momentos espontâneos e planeados.
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.	- planeamento do plano de cuidados; - prestação de cuidados individualizados ao utente com doença mental tendo em conta a avaliação previa realizada; - prestação de cuidados dirigidos à família na qual o utente se insere; - participação na reunião de equipa multidisciplinar. - construção de um estado de caso.
Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	- promoção de estratégias de adaptação - participação em intervenções realizadas pela equipa - Início da Introdução de escala de predição da agressividade - participação em atividades de âmbito psicoterapêutico em parceria com outros técnicos de saúde (enfermeiros e psicóloga) - realização de atividades de âmbito psicoterapêutico

Apendice IV-

Quadro que relaciona as CEEESMP com as atividades/intervenções a realizar no hospital de dia.

Quadro que relaciona as :

competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (CEEESMP) com as atividades/intervenções a realizar no Hospital de Dia.

CEEEESMP	Atividades/intervenções
Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	- elaboração de diários de aprendizagem ao longo do estágio decorrentes de momentos de aprendizagem, permitindo a reflexão; - interação com o utente em momentos espontâneos ou planeados; - participação de forma passiva nas atividades desenvolvidas em hospital de dia; - realização de atividades de âmbito psicoterapêutico.
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.	- conhecimento através do plano de cuidados do estado de saúde mental do utente, através de consulta do processo de enfermagem; - realização de registos de enfermagem do utente; - interação com o utente/grupo em momentos espontâneos ou planeados.
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.	- planeamento do plano de cuidados; - prestação de cuidados individualizados ao utente com doença mental tendo em conta a avaliação previa realizada; - prestação de cuidados dirigidos à família na qual o utente se insere; - participação na reunião de equipa multidisciplinar.
Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	- promoção de estratégias de adaptação; - participação em intervenções realizadas pela equipa; - Introdução de escala de predição da agressividade; - participação em atividades de âmbito psicoterapêutico em parceria com outros técnicos de saúde (enfermeiros e psicóloga), - realização de atividades de âmbito psicoterapêutico.

Apendice V –

**Plano de sessão intervenção âmbito psicoterapeutico Pintura –
" Como me sinto hoje"**

TERAPIA EXPRESSIVA ATRAVÉS DA ARTETERAPIA

Intervenção de âmbito psicoterapêutico

PINTURA – “Como me sinto hoje”

Plano de Sessão

Objectivos:

- Possibilitar a expressão de emoções e sentimentos;
- Treinar o auto-controle;
- Ajustar a ordem interna e reconstruir a realidade;
- Estimular a criatividade, espontaneidade e a comunicação.

Duração: 40 minutos.

Dimensão do grupo: 10 participantes.

Local: sala ampla, ambiente terapeuticamente controlado.

Material: folhas, lápis de cor e de cera.

Início:

- Preparação da sala e dos materiais necessários;
- Apresentação da atividade e dos objetivos (5 min).

Desenvolvimento:

- Pintura individual, dirigida e subordinada ao tema “como me sinto hoje”.
- Denominação de um título representativo da pintura realizada pelo utente (20 min).

Conclusão/ Verbalização:

- Apresentação individual do produto criativo e exploração por parte do enfermeiro em termos de cor, significado, escolha do título, razões e acontecimentos responsáveis pelos diferentes sentires, sentido da atividade (15 min).

Apendice VI –

**Plano de sessão intervenção âmbito psicoterapeutico Colagem -
"Projetos para o futuro".**

TERAPIA EXPRESSIVA ATRAVÉS DA ARTETERAPIA

Intervenção de âmbito psicoterapêutico

Colagem – “Projetos para o futuro”

Plano de Sessão

Objetivos:

- Possibilitar fazer um planeamento de atividades através da autoanálise e da autocrítica reflexivas;
- Possibilitar a expressão de emoções e sentimentos;
- -Permitir perspetivar metas e objetivos;
- Trabalhar a capacidade de planeamento, organização, atenção;
- Treinar o auto-controle;
- Aprender a construir e avaliar projetos de uma forma simples.

Duração: 50 minutos

Dimensão do grupo: 8 participantes

Local: sala ampla, ambiente terapeuticamente controlado.

Material: papel A4; diversos tipos de papel, de diferentes texturas e cores (jornais, revistas, papel de lustro); cola.

Início:

- Preparação da sala e dos materiais (nesta atividade, não se utiliza tesoura de forma a permitir o treino de auto-controle, mas também a catarse, uma vez que o ato de rasgar possibilita libertar e o descarregar de tensões);
- Apresentação da atividade e dos seus objetivos;
- -Preparação da base para a colagem (10 min.).

Desenvolvimento:

- Identificação e seleção dos materiais a utilizar pelo utente, que deverão ser rasgados por este pelo seu contorno;
- Organização dos itens selecionados, possibilitando ao utente a exploração de diversas formas de disposição e organização;
- Aplicação da cola sobre cada item a ser colado, não precisando de ser colados de forma recta, podendo ser também dobrados ou amassados, para obter texturas diferentes. Deixar secar (30 min).

Conclusão/ Verbalização:

- Apresentação individual da colagem e sua exploração pelo enfermeiro, qual a importância das perspetivas, o significado que o utente lhes atribui e projetos para o futuro (15 min).

Apendice VII-

**Plano de sessão intervenção âmbito psicoterapeutico
Modelagem -"Auto - retrato: como me vejo agora".**

TERAPIA EXPRESSIVA ATRAVÉS DA ARTETERAPIA

Intervenção de âmbito psicoterapêutico

Modelagem – “auto retrato: como me vejo agora”

Plano de Sessão

Objetivos:

- Facilitar as relações interpessoais através da cooperação grupal;
- Promover a integração em grupo;
- Libertar emoções e sentimentos contidos;
- Estimular a capacidade de expressão;
- Estimular a comunicação verbal e não-verbal, através do trabalho sensorial;
- Permitir a oportunidade de desmanchar e refazer o objeto, como também a experiência de não controlar as situações, de deixar fluir.

Duração: 60 minutos;

Dimensão do grupo: 9 participantes;

Local: sala ampla, ambiente terapeuticamente controlado;

Material: farinha, sal fino, água, recipiente largo, tintas de guache, aventais, copos, papel de mãos.

Início:

- Preparação da sala;
- Apresentação da atividade e dos seus objetivos (5/10 minutos).

Desenvolvimento:

- Preparação da massa (15 minutos).

- Leitura e análise grupal da receita da massa que não precisa de ir ao forno;
 - Execução da receita em grupo;
 - Dependendo do grupo e dos materiais disponíveis, o enfermeiro poderá sugerir a criação de massa colorida, de forma a potenciar o carácter criativo e expressivo desta atividade.
- Modelagem da massa e execução de objetos (20min);
 - Apresentação individual do produto criativo (10 min).

Conclusão/Verbalização:

- Exploração do significado e da simbologia do objeto criado, da cor, de como se sentiu durante a atividade, e da experiência vivida (15min).

Preparação da massa:

10 copos de farinha de trigo;

2,5 copos de água;

2,5 copos de sal marinho fino;

- Envolver a quantidade de farinha com a água; Adicionar o sal; Envolver e amassar bem; Avaliar consistência da massa que deverá estar maleável e elástica;

- Separar a quantidade da massa obtida pelos 9 utentes em quantidades iguais;

- Cada utente deve escolher uma cor de guaches, colocar um pouco num copo e adicionar uma colher de água, mexendo sempre. O corante obtido deverá ser adicionado a massa previamente atribuída, mexendo sempre de forma a se obter uma massa de consistência e cor homogéneas;

- No final, as diferentes massas são dispostas no centro da mesa de trabalho e estão prontas a serem manipuladas por cada utente.

Indicadores de Avaliação:

- Avaliação global efectuada com os utentes no final da atividade;

- Observação não participante da postura e do comportamento;
- Avaliação da riqueza do produto criativo em termos de simbologia.

Preparação da massa:

10 copos de farinha de trigo;

2,5 copos de água;

2,5 copos de sal marinho fino;

- Envolver a quantidade de farinha com a água; Adicionar o sal; Envolver e amassar bem; Avaliar consistência da massa que deverá estar maleável e elástica;

- Separar a quantidade da massa obtida pelos 9 utentes em quantidades iguais;

- Cada utente deve escolher uma cor de guaches, colocar um pouco num copo e adicionar uma colher de água, mexendo sempre. O corante obtido deverá ser adicionado a massa previamente atribuída, mexendo sempre de forma a se obter uma massa de consistência e cor homogéneas;

- No final, as diferentes massas são dispostas no centro da mesa de trabalho e estão prontas a serem manipuladas por cada utente.

Apendice VIII –

Plano de sessão intervenção âmbito psicoterapeutico

"O corpo e o movimento"

TERAPIA EXPRESSIVA ATRAVÉS DA DANÇA/MOVIMENTO

Intervenção de âmbito psicoterapêutico

O corpo e o movimento

Plano de Sessão



Intervenção	Objetivos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	- Permitir a partilha inicial de sentimentos - Orientar a sessão para as fases seguintes	O grupo a mover-se livremente pela sala descreve a forma como se está a sentir no momento, utilizando uma palavra e/ou movimento ao passar um lenço entre os elementos do grupo	Sala ampla Computador Utilização de música Lenço	Enfª Otília	5/10 min
Aquecimento	- Despertar a consciência corporal - Preparar o corpo para a expressão emocional	O terapeuta dispõe o grupo em círculo e incentiva a realização de pequenos movimentos com o corpo, em harmonia com a respiração ao som da música	Computador Utilização de música	Enfª Otília	10 min

Processo	- Estimular a criatividade - Promover o sentimento de pertença no grupo	Ao som de diferentes ritmos musicais vai ser estimulado o movimento e a comunicação não verbal O movimento será de forma individual, a pares e em grupo	Computador Utilização de música (vários géneros musicais)	Enfª Otília	15 min
Verbalização	- Partilhar a experiência, os sentimentos e as emoções vividas - Preparar a saída do espaço terapêutico	Dispor colchões pelo chão e sentar o grupo em círculo, formando uma flor, sendo o centro os pés Cada pessoa verbaliza de forma aleatória o que sentiu, o que pensou, como vivenciou a sessão	Colchões	Enfª Otília	10 min

ANEXOS

Anexo I
Escala de Broset (BVC)

**The Brøset Violence Checklist
Almvik & Woods (2003)**

Interpretação e Operacionalização

Interpretação do Score:

- Score = 0 O risco de violência é pequeno.
- Score=1-2 O risco de violência é moderado. Devem ser tomadas medidas preventivas.
- Score>2 O risco de violência é muito elevado. Devem ser tomadas medidas preventivas e desenvolvido um plano de controlo de potencial violência.

Operacionalização dos comportamentos/itens:

Itens	Operacionalização
Confusão	O doente apresenta-se confuso e desorientado. Pode não ter a noção do tempo, do lugar ou das pessoas.
Irritabilidade	O doente facilmente se aborrece ou se irrita, é incapaz de tolerar a presença de outros.
Revolta	O doente apresenta um comportamento manifestamente "barulhento" ou ruidoso (por exemplo: bate portas, grita ao falar etc).
Ameaça de agressão verbal	O doente apresenta uma expressão verbal que seja mais do que apenas um levantar de voz, apresentando intenção real para intimidar ou ameaçar uma outra pessoa (por exemplo: ataques verbais, abuso, chamar nomes, comentários verbais "rosnados" de uma maneira agressiva).
Ameaça de agressão física	O doente apresenta uma intenção real para ameaçar fisicamente uma outra pessoa (por exemplo: agarrar a roupa, levantar o braço, perna ou pé, cerrar o punho ou erguer a cabeça em direcção aos outros).
Agressão contra objectos	O doente dirige um comportamento agressivo contra um objecto (por exemplo: atirar indiscriminadamente um objecto; bater ou partir vidros, pontapear, bater ou cabecear um objecto, ou a destruição de mobiliário).