



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

Relatório de Estágio

**Gestão terapêutica do ambiente e comportamentos
agressivos em pessoas com doença mental**

Filipe Azevedo Nunes



**Lisboa
2021**



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

Relatório de Estágio

**Gestão terapêutica do ambiente e comportamentos
agressivos em pessoas com doença mental**

Filipe Azevedo Nunes



Orientador: Prof. Joaquim Lopes



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Quero começar este preâmbulo por agradecer ao meu orientador, o Prof. Joaquim Lopes, pelo acompanhamento, dedicação e apoio prestado ao longo de todo este processo formativo.

Agradeço a todos os colegas de enfermagem dos dois serviços onde me integrei ao longo dos estágios curriculares. Uma palavra de apreço e carinho especial para as enfermeiras Sara Almeida, Tânia Vilar e Sara Ribeiro pelo acompanhamento e incentivo dado nas orientações nos contextos de estágio.

Quero também deixar gravada uma nota de agradecimento aos enfermeiros com quem trabalho no dia-a-dia, pela disponibilidade, flexibilidade e companheirismo demonstrados ao longo deste desafio. Aqui em particular, uma menção calorosa aos enfermeiros António Ferreira e Hugo Lucas, pelo constante ânimo e motivação que me deram forças adicionais para prosseguir.

A todas as pessoas a quem prestei cuidados e com quem tive oportunidade de crescer pessoal e profissionalmente, deixo uma nota geral de agradecimento.

A toda a minha família pelo apoio e compreensão demonstrados e pelo papel desempenhado no meu desenvolvimento pessoal.

Por fim, à enfermeira Andreia Barreto, minha companheira do dia-a-dia. Agradeço a sua entrega, o seu aconchego e o seu amor. A sua presença em todos os momentos e o seu apoio incondicional foram determinantes para atingir os meus objetivos.

Um muito obrigado a todos!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

COVID/COVID-19 - Doença infecciosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (*SARS-cov2*)

EESMP - Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HDP – Hospital de Dia de Psiquiatria

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMP - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

SARS-cov2 - Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2

RESUMO

O presente relatório visa dar a conhecer a experiência e o percurso desenvolvido em estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Neste percurso prestei cuidados de enfermagem ao adulto com perturbação mental, nos contextos de Hospital de Dia de Psiquiatria e serviço de internamento de agudos.

Tem como objetivo apresentar os resultados do planeamento previamente feito e implementado através da metodologia de projeto, tendo subjacente a temática da gestão terapêutica do ambiente e comportamentos agressivos em pessoas com doença mental. Concomitantemente, tem a finalidade de explicitar o percurso para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, contribuindo para esse efeito as atividades desenvolvidas nos dois contextos, inseridas e explicitadas neste relatório.

A elaboração deste relatório visa salientar a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na gestão terapêutica do ambiente com vista à prevenção e mitigação dos comportamentos agressivos. Dotado de competências de autoconhecimento, de desenvolvimento pessoal e profissional, de gestão de cuidados ou de prestação de cuidados de saúde mental especializados, surge como um profissional de excelência para criar e gerir o ambiente terapêutico do serviço, com vista à prevenção de comportamentos agressivos.

A intervenção baseada na evidência, recorrendo a modelos compreensivos da realidade, como é o caso do modelo de *Safewards* de Bowers (2014), permite objetivar a prestação de cuidados, indo de encontro às necessidades do cliente e potenciando ganhos em saúde.

Palavras-Chave

Enfermagem de Saúde Mental, Ambiente Terapêutico, Comportamento Agressivo, Modelo de Enfermagem

ABSTRACT

The present report describes the experience and the path developed in an internship in Mental Health and Psychiatric Nursing. In this journey, I provided nursing care to adults with mental disorders, in the contexts of a Psychiatric Day Hospital and acute inpatient service.

Its objective is to present the results of the planning previously made and implemented through the project methodology, having as an underlying theme the therapeutic management of the environment and aggressive behavior in people with mental illness. At the same time, it has the purpose of explaining the path to the development of common and specific competences of the Psychiatric and Mental Health Clinical Nurse Specialist, contributing to this effect the activities developed in both contexts, that are inserted and explained in this report.

The elaboration of this report aims to highlight the importance of the Psychiatric and Mental Health Clinical Nurse Specialist in managing the environment in order to preventing and mitigating aggressive behaviors. Endowed with skills of self-knowledge, personal and professional development, care management or the provision of specialized mental health care, he emerges as a professional of excellence to create and manage the therapeutic environment, in order to prevent aggressive behaviors.

Evidence-based intervention, using comprehensive models of reality, such as the Safewards model by Bowers (2014), allows targeting the provision of care, meeting the client's needs and enhancing health gains.

Keywords

Mental Health Nursing, Milieu Therapy, Disruptive Behavior, Nursing Model

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

PARTE 1 – GESTÃO TERAPÊUTICA DO AMBIENTE E COMPORTAMENTOS

AGRESSIVOS EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL	11
1. PROBLEMÁTICA.....	11
2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	13
2.1 Comportamentos agressivos nas pessoas com doença mental.....	13
2.2 A gestão terapêutica do ambiente dos serviços de saúde na prevenção e mitigação dos comportamentos agressivos das pessoas com doença mental.....	17
2.3 A gestão terapêutica do ambiente como intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	21
2.4 A gestão terapêutica do ambiente à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	24
3. OS CONTEXTOS DE ESTÁGIO, AS NECESSIDADES DOS CLIENTES E AS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS	27
3.1. Hospital de Dia de Psiquiatria.....	28
3.1.1. Caracterização do serviço e necessidades dos clientes	28
3.1.2. Intervenções com o grupo de clientes – intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas	30
3.1.3. Estudo de Caso de Cliente Individual	37
3.2. Serviço de Internamento de Psiquiatria.....	39
3.2.1. Caracterização do serviço e necessidades dos clientes	39
3.2.2. Estudo de Caso de Grupo	41
PARTE 2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	47
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	47
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	53
6. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
APÊNDICES	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Plano de Atividades do HDP.....	p.29
---	------

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 11º Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Tem como finalidade apresentar os resultados da aplicação e desenvolvimento do projeto de estágio predefinido, bem como de ilustrar o desenvolvimento de competências comuns de especialista e específicas enquanto EESMP. Trata a problemática dos comportamentos agressivos em pessoas com doença mental, e a sua relação com a gestão terapêutica do ambiente.

Este documento encontra-se organizado em duas partes.

Na primeira parte desenvolvo a problemática que esteve na génese da elaboração do projeto de estágio, bem como o enquadramento concetual e metodológico subjacente à minha intervenção. No enquadramento concetual abordo os conceitos de comportamentos agressivos e de ambiente terapêutico, fazendo alusão à gestão terapêutica do ambiente nos serviços de saúde mental, enquanto intervenção especializada do EESMP e à luz do modelo de sistemas de Betty Neuman (1995). No enquadramento metodológico descrevo o percurso inicialmente pensado, bem como as alterações decorrentes das limitações do contexto. Posteriormente, descrevo os dois serviços nos quais tive o privilégio de estar inserido no seio da equipa multidisciplinar e relato as atividades desenvolvidas e implementadas junto das diferentes populações de clientes.

Na segunda parte descrevo o percurso realizado no desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista e das competências específicas de EESMP, enumerando as atividades que mais contribuíram para este desenvolvimento. O trabalho finaliza com a conclusão, sendo após apresentada a bibliografia, anexos e apêndices.

PARTE 1 – GESTÃO TERAPÊUTICA DO AMBIENTE E COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

1. PROBLEMÁTICA

A gestão de comportamentos agressivos é um dos grandes desafios em psiquiatria. As abordagens tradicionais, que incluem frequentemente medidas de isolamento ou de contenção, são intervenções que podem ser traumatizantes, tanto para os clientes como para os profissionais de saúde (Blair et al, 2017). Concomitantemente, o uso destas intervenções, bem como qualquer outro tipo de práticas consideradas restritivas, levantam questões e dilemas éticos na prestação de cuidados em saúde mental, dado que estão envolvidos os “direitos individuais de autodeterminação, direitos humanos, e as responsabilidades éticas da equipa de saúde mental” (Kontio et al, 2010, p.65-66). Assim sendo, na maioria dos países, intervenções como o isolamento ou a contenção mecânica por exemplo, encontram-se limitados legalmente e devem ser aplicadas segundo normas e orientações definidas, devendo ser utilizadas como último recurso, quando é absolutamente necessário para garantir a segurança do próprio ou de terceiros, da maneira mais segura possível e respeitando a dignidade humana do cliente (Kontio et al, 2010).

Em alternativa a estas práticas restritivas, existem outras estratégias que devem ser consideradas na gestão destes comportamentos, nomeadamente estratégias de prevenção primária, que promovam o desenvolvimento de um ambiente terapêutico e seguro. O ambiente terapêutico inclui aspetos do ambiente físico, as relações dentro da equipa e as relações entre os clientes, e engloba a “atmosfera” geral do serviço, que desempenha um papel significativo nos objetivos terapêuticos do mesmo (Banks & Priebe, 2020). Banks & Priebe (2020) referindo-se ao trabalho de Espinosa et al. (2015), salientam que “melhorar o ambiente terapêutico tem sido associado a redução de incidentes violentos, práticas restritivas (ex: uso de isolamento ou contenção mecânica) e lesões de elementos da equipa e clientes.” (p.44). Neste sentido, a intervenção do EESMP, dotado de competências específicas, torna-se fulcral na gestão do ambiente terapêutico com o objetivo de prevenir e mitigar comportamentos agressivos nas pessoas com doença mental.

2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

O enquadramento concetual encontra-se organizado em quatro subcapítulos sequenciais e interligados, sendo a sustentação teórica do percurso realizado ao longo do estágio.

O enquadramento metodológico é desenvolvido no capítulo 3, altura em que abordo as limitações do contexto de estágio que me levaram a fazer adaptações ao previamente delineado.

2.1 Comportamentos agressivos nas pessoas com doença mental

De acordo com Anderson e Bushman (2002), a agressão é “qualquer comportamento dirigido a outro indivíduo que é levado a cabo com a imediata intenção de causar dano. Adicionalmente, o perpetrador acredita que esse comportamento causará dano à pessoa-alvo, e que este está motivado para evitar este comportamento ” (p.28). Por esta definição excluem-se comportamentos que levam a situações em que o dano provocado é acidental, quer pela inexistência da intenção de o provocar, quer pela inexistência da vontade de o evitar por parte da vítima.

As pessoas que apresentam comportamentos agressivos expressam os seus sentimentos de forma inapropriada, violando os direitos básicos de terceiros e prejudicando as relações interpessoais (Townsend, 2011). As pessoas com doença mental, sujeitas a situações de acrescida vulnerabilidade, como o facto de estarem internadas em fase aguda da doença, podem apresentar comportamentos heteroagressivos, autolesivos ou dirigidos a materiais.

Com a crescente abordagem comunitária à saúde mental, houve um decréscimo na resposta a nível de internamento, com diminuição do número de camas disponíveis. Esta diminuição potenciou uma concentração mais elevada de situações de agudização mais graves de doença mental nos serviços de internamento, encontrando-se muitos em situação de internamento compulsivo. A conjugação de fatores como a existência de sintomatologia severa, frustração face à restrição de direitos, a existência de um ambiente físico deteriorado e fragilizado socialmente, uma equipa de colaboradores desmotivada, entre outros, podem potenciar a ocorrência de comportamentos agressivos nos serviços de internamento em psiquiatria (Bowers, Foster & Nijman, 2007). Estes comportamentos constituem uma ameaça

à integridade física e psicológica dos enfermeiros que trabalham na área de saúde mental, podendo contribuir para a abstinência laboral, para a desmotivação, para dificultar o recrutamento e manutenção de colaboradores, para o aparecimento de situações de ansiedade, depressão ou de *stress* pós-traumático, potenciando a diminuição da auto-estima, da confiança e do incremento de dificuldades na resolução de problemas (Johnson, 2010).

Segundo a CIPE versão 2 (2010), o comportamento agressivo é um foco de intervenção em enfermagem que é definido como “ação ou atitude energética de auto-assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente” (p.44). Na sua intervenção, o enfermeiro idealmente devia ser capaz de diminuir os níveis de agitação e ameaça apresentados, através de técnicas de comunicação, por forma a garantir a cooperação do cliente (Bowers, Foster & Nijman, 2007). Em situações em que isto não acontece, é frequente o uso de medidas de contenção com o intuito de tentar gerir e conter clientes com comportamentos agressivos (Johnson, 2010). De acordo com a revisão sistemática da literatura elaborada por Beghi et al (2013), as medidas de contenção ainda são amplamente utilizadas em serviços de psiquiatria, apesar da sua eficácia não ter sido ainda demonstrada. Na maioria dos estudos objetos desta revisão, verificou-se que os comportamentos agressivos dirigidos a outros é uma das principais razões para o uso de contenção, a par das tentativas de fuga.

Este tipo de medidas coercivas podem prejudicar a relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente, levando a uma diminuição do ambiente terapêutico do serviço e a atrasos na recuperação da saúde mental dos clientes (Bowers, Foster & Nijman, 2007), podendo também resultar em lesões não intencionais aos clientes (Bowers, 2011). Tendo isto em conta, torna-se importante implementar estratégias de prevenção deste tipo de comportamentos, por forma a conseguir reduzir a sua incidência bem como a prevalência do uso de medidas de contenção. Neste sentido, é necessária maior compreensão dos fatores que mais contribuem para a ocorrência de comportamentos agressivos nos serviços, em que circunstâncias é mais provável ocorrerem e quais as capacidades dos enfermeiros na gestão destes comportamentos (Bowers, Foster & Nijman, 2007).

O modelo *Safewards* (ou em português, enfermarias seguras) de Bowers (2014) propõe um modelo explicativo abrangente que ajuda a identificar os fatores acima referidos e esboça possíveis estratégias para a redução do risco e do uso de contenção nos serviços. Neste modelo o autor não aborda os comportamentos agressivos de forma isolada nem um tipo de contenção em específico. Ao invés, define dois conceitos centrais, o de conflito e o de

contenção. O conceito de conflito é encarado como qualquer ato de agressão, auto-agressão, comportamento suicidário, fuga, uso de álcool ou outra substância aditiva e a recusa da medicação. O conceito de contenção engloba a contenção química, a contenção ambiental, a contenção mecânica, entre outros. (Bowers, 2014). Segundo o autor, é possível agrupar diferentes tipos de eventos e analisá-los analogamente no modelo, pois “clientes que apresentam um tipo de comportamento de conflito estão mais predispostos a apresentar outros (Bowers, 2014, citando Bowers et al. 2000, 2003, p. 500). Da mesma forma, é possível agrupar diferentes tipos de medidas coercivas pois “diferentes taxas de conflito e de contenção podem ser agrupáveis nas enfermarias, por exemplo, enfermarias que têm altas taxas de agressão também têm altas taxas de fuga” (Bowers, 2014, citando Bowers, 2009).

Como principais influências sobre as taxas de conflito e contenção, são identificados seis domínios: a comunidade de clientes, as características do cliente, o enquadramento regulamentar, a equipa de colaboradores, o ambiente físico e o ambiente extra-hospitalar. Nestes domínios há diferentes circunstâncias que podem desencadear o conflito e a contenção, a que o autor dá o nome de *flashpoints*¹ (Bowers, 2014).

A nível da comunidade de clientes, o conflito tem origem em situações de “contágio” ou “discórdia”. “Contágio” no sentido em que os clientes tendem a copiar o comportamento disruptivo ou de risco apresentado por outro cliente, ou no sentido em que esse comportamento pode gerar sentimentos de ansiedade que despoletam comportamentos de conflito como mecanismos de *coping* ou defesa. “Discórdia” no sentido em que os clientes estão a viver proximamente com pessoas que não escolheram, e cujo comportamento pode ser difícil, imprevisível e irritante. Os principais *flashpoints* incluem ocasiões de grande proximidade tais como reuniões, atividades conjuntas, sobrelotação no serviço ou situações de *bullying*, de roubo ou de dano dos pertences de outro cliente. Também a rotatividade da equipa e dos clientes pode induzir ao conflito. (Bowers, 2014).

A nível das características do cliente, existem três grupos que podem levar a comportamentos de conflito: os sintomas, os traços da personalidade e as características demográficas. Os principais *flashpoints* incluem a exacerbação súbita de sintomas da doença, ou a privação da liberdade e independência em adultos jovens ou em clientes com

¹Bowers (2014) define *flashpoints* como “as situações sociais e psicológicas que surgem das características dos domínios de origem, que sinalizam e precedem iminentes comportamentos de conflito” (p.500)

perturbações da personalidade. (Bowers, 2014).

A nível do enquadramento regulamentar destacam-se os internamentos compulsivos, a política nacional para a saúde mental e a política hospitalar. Os principais *flashpoints* a este nível incluem a recusa da alta hospitalar do cliente, o tratamento compulsivo ou a falha num processo de reclamação. (Bowers, 2014).

No âmbito da equipa de colaboradores os principais *flashpoints* são:

aqueles momentos em que o poder e influência da equipa são exercidos, quer ao negar quer ao recusar um pedido de um cliente, ao pedir ao cliente para fazer (ou parar de fazer) alguma coisa, ao comunicar notícias indesejáveis ao cliente sobre uma decisão da equipa, ou ao ignorar um pedido explícito ou implícito de assistência ou suporte. (Bowers, 2014, p.502).

No que diz respeito ao ambiente físico, os *flashpoints* incluem horários em que a falta de supervisão da equipa pode levar ao aparecimento de comportamentos suicidários ou auto-lesivos, ou a comportamentos de abuso ou *bullying* entre clientes. Um serviço deteriorado ou mal-cuidado pode potenciar os efeitos negativos na admissão de novos clientes. Também o facto de estarem num serviço fechado pode despoletar sentimentos de raiva ou resistência, levando a uma diminuição na auto-estima e a potenciais comportamentos agressivos. (Bowers, 2014).

Por fim, em relação ao ambiente extra-hospitalar, os *flashpoints* apontados incluem a “ocorrência de uma discussão com um amigo ou membro da família, a receção de uma má notícia do contexto extra-hospitalar, uma perda ou decepção por parte do cliente ou uma crise doméstica” (Bowers, 2014, p.503).

A identificação separada dos domínios de origem e *flashpoints* “permite um pensamento mais claro sobre o que pode e o que não pode ser alterado pela equipa clínica do serviço e facilita o aparecimento de ideias para mudanças que têm o potencial de reduzir conflitos e contenção.” (Bowers, 2014, p. 505).

2.2 A gestão terapêutica do ambiente dos serviços de saúde na prevenção e mitigação dos comportamentos agressivos das pessoas com doença mental

De acordo com Banks & Priebe (2020) “o ambiente de um serviço de internamento é uma modalidade importante de tratamento por si só” (p.44). Esta modalidade de tratamento, descrita na literatura como ambiente terapêutico (*therapeutic milieu* na literatura internacional), ou terapia pelo ambiente (*milieu therapy* na literatura internacional), é um conceito que se liga aos contributos do ambiente para a prestação de cuidados na recuperação dos clientes, envolvendo aspetos como o ambiente físico, as relações dentro da equipa de colaboradores, entre clientes, entre a equipa e os clientes ou a “atmosfera” geral do serviço (Banks & Priebe, 2020).

Gunderson (1978) concetualizou as cinco principais funções e processos terapêuticos existentes na terapia pelo ambiente. No seu trabalho, identificou a função de contenção, como aquela que providencia “o bem-estar físico e remove o peso do autocontrolo que não é aceite ou os sentimentos de onnipotência” (p.328-239). A função de suporte, que se refere aos “esforços conscientes da rede social para fazer com que os clientes se sintam melhor e para aumentar a auto-estima” (Gunderson, 1978, p.329). A função de estrutura, que envolve “todos os aspetos do ambiente que providenciam uma previsível organização do tempo, espaço e pessoa, agindo para tornar o ambiente menos amorfo” (Gunderson, 1978, p.330). A função de envolvimento, referente aos “processos que fazem com que os clientes ativamente prestem atenção ao ambiente social e interajam com ele” (Gunderson, 1978, p.330). Por fim, a função de validação, que se refere aos “processos da enfermaria que afirmam a individualidade do cliente” (Gunderson, 1978, p.331). Nesta perspetiva, um ambiente terapêutico ideal, que promova uma relação terapêutica contínua e que vá de encontro às necessidades individuais do cliente, deve ter em conta estas cinco funções terapêuticas. Sendo difícil de as garantir na totalidade, o ambiente terapêutico deve ser especializado em função das condições institucionais, das necessidades dos clientes, ou das características dos profissionais ou, em alternativa, deve promover um ambiente flexível que permita providenciar relativamente bem todas estas funções terapêuticas (Gunderson, 1978).

De acordo com Thomas, Shatell & Martin (2002), a terapia pelo ambiente, tem como premissa que “todos os aspetos do ambiente que o cliente experiencia devem contribuir para o seu cuidado e recuperação” (p.99). Os mesmos autores, citando Peplau (1989), salientam que

o ambiente terapêutico “tem componentes estruturados e não estruturados, sendo que os últimos incluem as diversas interações entre clientes, equipa e visitantes que ocorrem durante a hospitalização” (Thomas, Shatell & Martin, 2002, p.100). Neste estudo de cariz fenomenológico, foram analisadas as perceções de oito clientes de um serviço de internamento sobre o ambiente terapêutico do mesmo. Os resultados promoveram a consciencialização para aspetos não estruturados do ambiente, como o valor terapêutico da interação com os restantes clientes, a afirmação da identidade sem preconceito ou crítica negativa, a criação de papéis importantes na “família adotada” de clientes internados, a perceção do serviço de internamento como sendo um refúgio das preocupações do mundo exterior e dos impulsos auto-destrutivos ou a oportunidade de pensar projetos futuros. Contudo, um dos aspetos relevantes da conclusão deste estudo foi a necessidade expressa dos clientes terem uma maior ligação com os profissionais e mais intervenções terapêuticas no sentido de promover o *insight* e preparar o regresso ao mundo exterior (Thomas, Shatell & Martin, 2002).

No que diz respeito aos aspetos estruturais do serviço de internamento, existem diversos domínios de características a ter em conta na promoção do ambiente terapêutico. No domínio ambiental, características como a existência de uma luz artificial suave e de incidência indireta, luz natural ampla, boa ventilação e odores neutros e inexistência de eco, são também promotoras. No domínio arquitetónico, a existência de múltiplas janelas, existência de jardim exterior, de uma sala de pausa para a equipa ou de um espaço para atividades de grupo, são algumas das características a considerar. A nível do *design* do interior, mobília que promova um ambiente familiar ao invés de um ambiente institucional e que seja fácil de realocar ao mesmo tempo que resistente ao dano, paredes com cores correlacionadas com efeitos positivos (ex: o azul quente promove o efeito calmante), diferentes áreas funcionais com decoração diferenciada, inclusão de plantas naturais, entre outros, são também características referidas como promotoras do ambiente terapêutico. No domínio social, características como a existência de espaços para onde os clientes se possam retirar, o evitar a planificação de áreas propensas à sobrelotação ou a promoção da privacidade nos quartos, são também relevantes (Karlin&Zeiss, 2006).

Segundo Bhat et al (2020), “um dos grandes desafios nos cuidados psiquiátricos em internamento é o de criar um ambiente que promova a recuperação dos clientes, a segurança dos clientes e um bom ambiente de trabalho para os colaboradores” (p.4). A criação de um

ambiente seguro, mediante a implementação de intervenções de prevenção primária é muito importante, para que, quer a equipa de colaboradores, quer o grupo de clientes, se sintam seguros na enfermaria (Bhat et al, 2020). Neste sentido, intervenções como o “desenvolvimento de competências da equipa, promoção do trabalho em equipa (...) cuidado baseado na relação, monitorização do uso de contenção/isolamento e agressão/violência (...) e a estruturação da unidade e do trabalho dentro das limitações físicas da unidade para a tornar mais segura.” (Johnson, 2010, p.195), contribuem para uma gestão terapêutica que promove a prevenção e mitigação de comportamentos agressivos. De acordo com Banks & Priebe (2020), a melhoria no ambiente terapêutico “tem sido associada à redução de incidentes violentos, de práticas restritivas (por exemplo isolamento e contenção mecânica) e de lesões dos colaboradores e clientes” (p.44).

No seguimento do modelo *Safewards* de Bowers (2014), existem algumas características dos seis diferentes domínios que podem ser modificáveis numa perspetiva de gestão do ambiente e prevenção de comportamentos de conflito nas enfermarias.

A nível da comunidade de clientes, o bom relacionamento da equipa e a presença da mesma junto aos clientes, permite intervir numa fase precoce invertendo a escalada do comportamento. (Bowers, 2014).

Em relação às características do cliente, a equipa tem de providenciar intervenções de enfermagem que respondam aos sintomas apresentados, minimizando aqueles que podem levar à ocorrência de comportamentos de conflito, como é o caso de delírio persecutório que pode levar a reações de defesa, vozes de comando que podem levar os clientes a comportarem-se de certa forma, o uso de álcool e/ou substâncias que podem conduzir a irritação ou desinibição, entre outros. (Bowers, 2014). Concomitantemente com a farmacoterapia e a psicoterapia, “a rápida resolução dos sintomas significa a redução do risco de comportamentos de conflito” (Bowers, 2014, p.504).

No que diz respeito ao enquadramento regulamentar, a intervenção da equipa passa pelo respeito dos direitos do cliente, por fornecer informações precisas, por apoiar no processo de reclamações, entre outros. A intervenção da equipa neste sentido, “melhora a perceção do cliente sobre a legitimidade da estrutura externa, reduzindo a frustração e desesperança que pode levar a comportamentos de conflito” (Bowers, 2014, p. 504).

A nível da equipa, a resposta emocional a clientes com comportamento disruptivo pode potenciar estes comportamentos. Os compromissos morais e valores como a honestidade, a coragem, a igualdade, como o não julgar, como o valor da humanidade universal ou o valor individual de cada um, a capacidade de compreensão psicológica e o ser capaz de procurar explicações para os comportamentos “difíceis” dos clientes, a capacidade de trabalhar em equipa e a sua consistência em afirmar e aplicar a estrutura interna do serviço ao longo do tempo, entre os enfermeiros da equipa e entre os clientes, ajudam a legitimar a estrutura interna perante os clientes, promovendo o auto-controlo e diminuindo sensações de injustiça e de raiva. (Bowers, 2014).

No que diz respeito ao ambiente físico, a manutenção do ambiente com reparações rápidas, redecorações frequentes, substituição regular da mobília e limpeza cuidada, são algumas das características modificáveis. Outras incluem a personalização do ambiente em função do cliente, tal como a decoração dos quartos e das camas. Neste nível também se insere o nível de interesse da equipa pelos clientes, através da observação e resposta a indicadores de angústia ou notando a ausência de um cliente, entre outros. (Bowers, 2014).

Em relação ao ambiente extra-hospitalar, a aquisição e desenvolvimento de conhecimento sobre a rede de amigos e família do cliente e o significado das suas relações por parte da equipa, levará a um suporte ativo e a uma assistência na gestão dos mesmos, dando a possibilidade de modificar aqueles que potencialmente originam comportamentos de conflito no serviço (Bowers, 2014).

2.3 A gestão terapêutica do ambiente como intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

De acordo com Thomas, Shatell & Martin (2002), citando a American Nurses Association (1994), os enfermeiros “estão encarregues da criação e manutenção do ambiente terapêutico” (p.99). Meehan (2012), na sua apresentação do modelo *Careful Nursing*², enquadra o ambiente terapêutico como uma das quatro categorias de atitudes e ações de um enfermeiro especializado. Define este conceito como “o ambiente criado pela enfermagem e a atmosfera que fornece o contexto dentro do qual a prática clínica e a gestão ocorrem” (Meehan, 2012, p.2910), identificando cinco dimensões associadas. Na dimensão *Caritas*², enaltece os valores individuais que o enfermeiro pode significar na prestação de cuidados como ter paciência, empatia e compaixão ou ser atento, gentil, afetuoso, alegre e pacífico. Na dimensão *Countagious Calmness*², salienta a capacidade do enfermeiro de manter e projetar a sua calma interior, mesmo em situações adversas. Na dimensão *Intellectual Engagment*², salienta a capacidade de mobilizar o pensamento crítico e a prática baseada na evidência. Na dimensão *Nurses' Care for Selves and One Another*², evidencia a atenção dada ao próprio, no cuidado do corpo e dos sentidos, bem como da mente e do espírito, e à relação com outros enfermeiros da equipa, potenciando a capacidade de criar uma relação harmoniosa na estrutura profissional, necessária à operacionalização do ambiente terapêutico. Na última dimensão, que a autora denomina de *Safe and Restorative Physical Surroundings*², salienta as ações e atitudes terapêuticas dos enfermeiros, no sentido de proteger os clientes de danos físicos e de promover a recuperação.

A criação e gestão de um ambiente terapêutico pode ter lugar em diferentes serviços. A nível hospitalar, isto ocorre tanto a nível de internamento como no HDP. Nos serviços de internamento, os enfermeiros são os elementos da equipa multidisciplinar do serviço de psiquiatria que estão vinte e quatro horas com os clientes, sendo aqueles que têm a responsabilidade de gerir o ambiente terapêutico. (Townsend, 2011). A este nível, um dos objetivos principais é a resolução da situação de crise e a estabilização da situação aguda que levou ao internamento. No HDP, que visa o acompanhamento multidisciplinar na reabilitação psicossocial dos clientes, o enfermeiro é também o elemento da equipa que mais tempo de intervenção tem com os clientes. Dotado de competências específicas, o EESMP inserido

²opta-se pela não tradução para não desvirtuar o seu significado.

nestes contextos faz a diferença na criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro para os clientes.

Em situações de crise, o EESMP dirige o seu foco para restaurar o funcionamento e aumentar o crescimento pessoal do cliente. Na intervenção em crise, o EESMP faz uso de técnicas de resolução de problemas e atividades estruturadas centradas nas mudanças que, sendo adaptativas, resolvem a crise e promovem o crescimento. (Townsend, 2011). Neste sentido, é importante o EESMP fazer uma gestão terapêutica do ambiente para que o mesmo não agrave a situação de crise e seja antes facilitador da resolução da mesma.

A gestão terapêutica do ambiente é uma intervenção especializada do EESMP. Encontra-se integrada nas intervenções que, segundo o RCEEEESMP (2018):

visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família. (P.21427).

O ambiente é considerado no RCEEEESMP (2018), nos critérios de avaliação das unidades de competência “F3.1. – Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”, “F3.3. – Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” e F4.3., em que é descrito que o EESMP:

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. (p.21430).

Para uma gestão eficaz do ambiente terapêutico, é essencial que o EESMP faça uso do processo de enfermagem para a prestação de cuidados, sendo necessária a realização de uma avaliação inicial, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, a identificação dos resultados esperados, a planificação e implementação de intervenções e a avaliação contínua do processo (Townsend, 2011).

O processo de enfermagem, como base para os cuidados de enfermagem, encontra-se também explanado na 3ª competência do RCEEEESMP (2018), cujo descritivo salienta a “sistematização, análise de dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e equipa de saúde” (p.21428).

Para isto, torna-se essencial incluir o cliente e a família no processo de cuidados de enfermagem, bem como a criação de um clima onde o cliente possa expressar os seus sentimentos e onde se possam estabelecer relações de confiança. A equipa de enfermagem é responsável pela estruturação dos cuidados que definem o ambiente. (Tuck&Keels, 1992).

No processo de gestão do ambiente terapêutico, os enfermeiros precisam de estar cientes dos processos de grupo, bem como das relações individuais estabelecidas, num papel que requer autoconsciência e auto-avaliação crítica, devendo ser percebidas questões ligadas ao poder, ao controlo e à autoridade no ambiente terapêutico, bem como questões ligadas a conflitos entre elementos da equipa, entre a equipa e os clientes e entre os clientes que podem ser disruptivos para o ambiente se não forem corrigidos, levando à fragmentação da equipa e ao fracasso no trabalho cooperativo em equipa na consecução dos seus objetivos. Aqui o trabalho do EESMP pode ser determinante, ao oferecer *insight* sobre estes problemas de interação, através de processos de supervisão clínica e consultadoria. (Tuck&Keels, 1992).

2.4 A gestão terapêutica do ambiente à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Como referencial teórico, o modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995) é um dos modelos que se adequa para orientar a execução do processo de enfermagem do cliente ou grupo de clientes, tendo subjacente a gestão terapêutica do ambiente.

Segundo este modelo, “todos os elementos de uma organização complexa estão em interação.” (Freese, 2002, p.336). Todos os indivíduos têm as suas necessidades e cada uma delas pode perturbar a estabilidade ou harmonia do cliente. Neste sentido, a adaptação é definida como o processo pelo qual o indivíduo satisfaz as suas necessidades. Quando este processo de adaptação falha, e conseqüentemente o indivíduo se desestabiliza ou permanece em desarmonia durante algum tempo, pode surgir a doença. (Freese, 2002).

Um dos conceitos principais deste modelo é o de *stressores*. Para esta concetualização, a autora baseou-se em Selye (1974) que define *stress* como a “resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito. O *stress* aumenta a necessidade de reajustamento (...) requer a adaptação ao problema, seja qual fora a natureza.” (citado por Freese, 2002, p.337). Os *stressores* “são os estímulos produtores de tensão que resultam em *stress*; podem ser positivos ou negativos.” (Freese, 2002, p.337). Estes *stressores* podem ser intrapessoais, quando ocorrem no indivíduo, interpessoais, quando ocorrem entre um ou mais indivíduos e extrapessoais, quando ocorrem fora do indivíduo. (Freese, 2002).

Outros três conceitos importantes no modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), são o de linha de defesa normal, linha de defesa flexível e o de linha de resistência.

A linha de defesa normal é definida como:

o círculo sólido exterior do modelo. Representa um estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema. É preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar do cliente. Inclui variáveis e comportamentos do sistema, tais como os padrões normais de *coping* do cliente, estilo de vida e estágio de desenvolvimento. (Neuman, 1995 citada por Freese, 2002, p.339).

A linha de defesa flexível é definida como:

o anel externo quebrado do modelo (...) é entendido como um pára-choques protector para impedir que os *stressores* atravessem o normal estado de bem-estar, conforme representado pela linha de defesa normal. A relação das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento)

pode afectar o nível até ao qual os indivíduos são capazes de usar a sua linha flexível de defesa contra uma possível reacção a um *stressor* ou a *stressores*. (Neuman, 1995 citada por Freese, 2002, p.339).

A linha da resistência é definida como: “as séries de anéis quebrados que circundam a estrutura nuclear (...) representam os factores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um *stressor*” (Neuman, 1995 citada por Freese, 2002, p.339).

Baseando-se no modelo concetual de Caplan (1964), o modelo adapta e relaciona os níveis de prevenção com a enfermagem. Define que a prevenção primária “é utilizada para proteger o organismo antes que se depare com um *stressor* prejudicial (...) envolve a redução da possibilidade de enfrentar o *stressor* ou a capacidade do organismo se fortalecer para diminuir a sua reacção ao *stressor*.” (Freese, 2002, p.337). Neste nível de prevenção, é feita a avaliação e intervenção do cliente no sentido de identificar e reduzir os factores de risco associados aos *stressores* ambientais. (Freese, 2002). A prevenção secundária “visa reduzir o efeito ou possível efeito dos *stressores* através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença.” (Freese, 2002, p.337). Neste nível, são priorizadas as intervenções e tratamentos para reduzir os efeitos adversos decorrentes da sintomatologia originada pela exposição a *stressores*. (Freese, 2002). A prevenção terciária “visa reduzir os efeitos residuais do *stressor* depois do tratamento.” (Freese, 2002, p.337). Aqui, procede-se à reconstituição para deslocar o sistema cliente de regresso ao nível de prevenção primária. (Freese, 2002).

Neste modelo a pessoa é encarada como cliente ou sistema de cliente, que pode ser individual, grupal, comunitário ou social. O sistema de cliente encontra-se em constante mudança e é um sistema aberto em interacção recíproca com o ambiente. O ambiente é definido como o conjunto de factores, quer internos, quer externos que interagem ou rodeiam o cliente. Os *stressores* são expostos como forças ambientais que interagem com, e que podem alterar a estabilidade do sistema de cliente. Este ambiente poderá ser interno, externo ou criado, sendo que o interno é intrapessoal, o externo inter ou extrapessoal e o criado é desenvolvido no inconsciente do indivíduo e utilizado como sustento ao *coping* protetor. (Freese, 2002).

3. OS CONTEXTOS DE ESTÁGIO, AS NECESSIDADES DOS CLIENTES E AS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS

Na introdução a este capítulo desenvolvo o enquadramento metodológico utilizado, bem como as contingências que me forçaram a alterar o que tinha previamente delineado.

Na realização do projeto de estágio antevi e delineei o percurso a realizar, mediante o estágio de observação previamente realizado. Perspetivei realizar um trabalho tendo por base a metodologia de projeto. Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), esta metodologia “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (p.2), sendo “constituída por cinco etapas: (1) Diagnóstico de situação, (2) Definição dos Objetivos, (3) Planeamento, (4) Execução e avaliação, (5) Divulgação dos Resultados (Relatório).” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.2). Perspetivei realizar o diagnóstico de situação nas duas primeiras semanas de estágio no serviço de internamento e antevi o planeamento, execução e avaliação com base na experiência de observação.

Aquando do início do estágio no serviço de internamento, deparei-me com fatos que condicionaram a implementação do projeto. Em virtude de baixa médica no período de estágio correspondente ao internamento, as horas de contacto nesse serviço viram-se reduzidas ao mínimo possível (dentro dos requisitos mínimos exigidos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pela Ordem dos Enfermeiros), o que obrigou também a prescindir das atividades planeadas que exigiriam maior presença no serviço. Outra condicionante foi uma mudança significativa no contexto do serviço de internamento. Na altura, o serviço de internamento era o que estava estabelecido como o de referência para receber clientes com patologia psiquiátrica e necessidade de internamento, que tinham tido um teste positivo para *SARS-cov2*, e que estivessem assintomáticos ou com sintomas leves, de todos os hospitais da ARSLVT. Por este motivo, o serviço encontrava-se dividido a meio, tendo quatro camas destinadas a clientes sem *COVID* e doze camas destinadas a clientes com *COVID*, estando a equipa dividida para dar continuidade à prestação de cuidados nestes dois contextos. Esta mudança na dinâmica do serviço condicionou a observação participativa com o intuito de recolher dados sobre as práticas de gestão terapêutica do ambiente implementadas e aspetos a melhorar no contexto habitual do serviço, condicionou a realização de entrevistas aos elementos da equipa mas, ao mesmo tempo, deu-me a oportunidade de analisar uma nova realidade com os muitos desafios que trouxe para a prática do cuidar em saúde mental. Decidi

mobilizar o pensamento crítico na análise deste novo contexto através da realização de um estudo de caso, tendo como população-alvo um grupo de cinco clientes que estiveram na zona *COVID* do serviço, a uma determinada altura do estágio, A sua realização trouxe-me a convicção de ter contribuído para a minimização do impacto das limitações do contexto no ambiente terapêutico do serviço.

3.1. Hospital de Dia de Psiquiatria

O HDP onde fiz o estágio pertencia a um Hospital Geral da ARSLVT. Era uma unidade funcional do departamento de saúde mental e psiquiatria, situada na área do ambulatório, destinada ao tratamento de pessoas com doença mental com necessidade de acompanhamento mais intensivo, em regime de internamento parcial, que podia ser em regime voluntário ou compulsivo.

3.1.1. Caracterização do serviço e necessidades dos clientes

O HDP tinha como objetivo geral oferecer um programa de tratamento a clientes que não se encontram estáveis, aos quais se perspectivava haver um potencial significativo de reabilitação, contribuindo para que estes clientes retomassem uma vida ativa mais rápida, através de um plano individual de tratamento.

O HDP tinha a lotação de dez clientes, estando na altura reduzido a seis, decorrente das restrições inerentes à prevenção da transmissão da *COVID-19*. Funcionava num processo contínuo de admissões e altas. Os clientes eram habitualmente referenciados a partir do serviço de internamento, podendo também ser referenciados a partir da consulta externa de psiquiatria, sendo os processos avaliados semanalmente pela equipa multidisciplinar e constantemente reavaliados até à alta. Esta avaliação semanal estava integrada numa reunião de equipa multidisciplinar, onde eram analisadas as necessidades de cada cliente, definidos planos terapêuticos individuais e discutidos os possíveis ganhos em saúde, bem como a continuidade dos clientes no HDP. A equipa era composta por um médico psiquiatra, um psicólogo, uma terapeuta ocupacional (que se encontrava na altura ausente do serviço) e um EESMP. Existia ainda o apoio de uma assistente operacional, uma assistente social e uma assistente técnica do departamento de saúde mental O serviço funcionava nos dias úteis das

09h00 às 15h00, devendo os clientes comparecer ao mesmo diariamente. No que diz respeito aos recursos físicos, o serviço dispunha de um espaço funcional e um wc com balneário. Este espaço funcional era a sala onde os técnicos executavam as atividades com os clientes e era também a sala onde os clientes realizavam as suas refeições. Não existia nenhum espaço funcional atribuído à equipa multidisciplinar no HDP, havendo gabinetes utilizados conforme a disponibilidade, para a realização das reuniões de equipa semanais, das entrevistas de avaliação e das intervenções individuais realizadas pela enfermagem, psicologia e psiquiatria.

A planificação de atividades terapêuticas semanais era realizada pela equipa multidisciplinar, sendo o EESMP o principal dinamizador das atividades planeadas, havendo, no entanto, a participação de outros técnicos nalgumas delas. No decorrer do meu estágio no HDP, o planeamento semanal manteve-se tal como ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Plano de Atividades do HDP

	Horário	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
Enfermagem	9.00h - 9.30h	PEQUENO-ALMOÇO (TOMA ASSISTIDA DA MEDICAÇÃO)				
	9.30h - 11.00h	Café da manhã Adesão terapêutica	Programa Viva + Caminhada Terapêutica	Cinematerapia	Ludoterapia	Tema Livre
	11.00h – 11.30h	MEIO DA MANHÃ (INTERVALO)		10h Reunião Equipa	MEIO DA MANHÃ (INTERVALO)	
	11.30h – 13.00h	Treino AVD's	Psicoeducação	Cinematerapia Debate	SOS Cuidados Básicos de Saúde	Treino AVD's
	13.00h - 14.00h	ALMOÇO (TOMA ASSISTIDA DA MEDICAÇÃO)				
Psicologia	14.00H – 15.00H	Treino de Competências	Estimulação Cognitiva	Terapias Expressivas (Enf.+ Psic.)	Estimulação Cognitiva	Treino de Competências Grupais
Enfermagem	14.00H – 15.00H	Intervenção Individual	Intervenção Individual	Terapias Expressivas (Enf.+ Psic.)	Intervenção Individual	Planeamento de Atividades

A descrição e o objetivo das atividades aqui contidas encontram-se no Apêndice 1 deste relatório. Os temas abordados em cada atividade variavam semanalmente e eram ajustados em função das necessidades identificadas pela equipa no grupo de clientes a frequentar o HDP naquele momento.

3.1.2. Intervenções com o grupo de clientes – intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas

Durante o estágio no HDP pude colaborar na preparação e participar em todas as atividades terapêuticas predefinidas pela equipa multidisciplinar, em cada um dos diferentes dias de contacto. Para além disso, pude planear e implementar várias intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas com o grupo de clientes. Estas intervenções foram sendo inseridas no planeamento semanal, em horário correspondente às atividades terapêuticas predefinidas. Descrevo abaixo as atividades por mim preparadas e realizadas neste âmbito, apresentando em Apêndice os planos de sessão das mesmas.

Terapias Expressivas - Sessão de Relaxamento

O relaxamento é uma técnica utilizada que ajuda a criar e a libertar tensão muscular, a reconhecer diferentes níveis de tensão e a libertá-la. Crê-se que a tensão muscular está ligada à tensão da mente. Ao melhorar a tensão muscular, podemos sentirmo-nos mais tranquilos mentalmente (Payne, 1996).

O objetivo geral da intervenção foi o de promover a redução do *stress* através de técnicas de relaxamento. Para esse efeito, preparei uma sessão tendo por base o método de relaxamento progressivo de Jacobsen (1938), tendo o mesmo sido adaptado dadas as condicionantes operacionais do contexto. Ao invés das múltiplas sessões programadas para trabalhar unicamente, e em cada uma delas, grupos musculares de partes anatómicas específicas, optei por selecionar exercícios específicos, tendo trabalhado grupos musculares de várias zonas do corpo numa sessão só. Foram trabalhados músculos da cabeça e pescoço, dos membros superiores, do tronco e dos membros inferiores, em ciclos de contração e relaxamento numa orientação cefalo-caudal.

A sessão foi realizada duas vezes durante o estágio no HDP. Previamente à sessão, foi avaliada a pressão arterial e frequência cardíaca aos cinco clientes presentes, para posterior comparação com os mesmos parâmetros no final. Como aquecimento inespecífico, foi solicitado que cada um dos presentes fizesse uma apresentação sucinta ao grupo, partilhando como se sentia naquele momento, bem como uma situação de *stress* vivida recentemente na altura. Alguns dos clientes manifestaram encontrar-se com nível significativo de *stress*, tendo partilhado situações que estiveram na sua génese. Outros referiram sentir-se calmos, mas

conseguiram lembrar e partilhar situações geradoras de *stress* no passado. Como aquecimento específico, foi colocada uma música tranquila de fundo e foi realizado um aquecimento muscular e osteoarticular em pé, com recurso a alguns movimentos corporais predefinidos. Findo o aquecimento, o grupo deitou-se em colchões previamente preparados na sala, em decúbito dorsal com os braços descansados e estendidos ao longo do corpo e as pernas em rotação externa, tendo-se iniciado o relaxamento. Eu fiquei sentado numa cadeira dando indicações verbais sobre os diferentes movimentos musculares pretendidos. Inicialmente solicitei que fechassem os olhos para apreciar a música. Posteriormente pedi para realizarem a contração/distensão muscular consecutiva de vários grupos musculares, alternando com períodos de descanso e de exercícios de inspiração profunda. No final, estimulei verbalmente uma possível tomada de consciência do relaxamento muscular produzido.

Para finalizar a sessão, pedi aos diferentes clientes que se sentassem e partilhassem as experiências vividas durante a mesma, tendo sido reavaliada a tensão arterial e a frequência cardíaca. Recebi *feedback* positivo dos clientes, que na generalidade manifestaram o efeito relaxante da sessão sobre o corpo e mente. Pude constatar que em todos os presentes houve uma diminuição discreta da tensão arterial e da frequência cardíaca, possivelmente associada à libertação de tensões musculares com efeito sobre o aparelho cardiovascular.

O Plano de sessão desta atividade encontra-se no Apêndice 2 deste relatório.

Sessão de Educação para a Saúde sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

A sessão de educação para a saúde foi inscrita na atividade “SOS Cuidados básicos de Saúde”. Sendo que a temática predominante das atividades da semana era o *stress*, escolhi preparar e apresentar uma sessão sobre o EAM, dado que o primeiro é um fator de risco para o segundo.

A atividade iniciou com um pequeno espaço de partilha sobre os conhecimentos individuais de cada um dos quatro clientes presentes sobre a temática. Este espaço permitiu avaliar o nível de conhecimento do grupo, tendo constatado ser um nível baixo no que ao EAM diz respeito. De seguida, foi realizada uma apresentação de diapositivos com uma sessão expositiva sobre o EAM, tendo sido abordado o conceito, os sinais e sintomas, os fatores e grupos de risco, o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o que fazer em caso de

suspeita de EAM. No final da apresentação foi solicitado aos clientes a elaboração de um resumo oral da apresentação, numa perspetiva de partilha e consolidação dos conhecimentos adquiridos. Foi proposto o desafio de partilharem situações de vida relacionadas com a temática, tendo havido dois clientes que testemunharam situações de familiares que tiveram um episódio de EAM.

Para terminar, foi proposto um breve comentário individual, tendo sido claro que o grupo achou a temática pertinente e os conhecimentos adquiridos de utilidade para a sua situação presente, nomeadamente a nível da redução de fatores de risco, bem como para situações futuras, no sentido de estarem melhor preparados para agir face a uma potencial situação de EAM presenciada.

O Plano de sessão desta atividade encontra-se no Apêndice 3 deste relatório.

Sessão de Psicoeducação sobre gestão da raiva

Tendo em conta a temática semanal sobre gestão de emoções, no dia de psicoeducação decidi preparar e abordar o tema da gestão das emoções, com especial incidência na raiva. Esta escolha teve dois fatores preponderantes. Em primeiro lugar, pelo facto da gestão emocional ser uma competência comum a desenvolver pelos clientes do HDP naquele momento, que em diversos momentos de interação identificaram ser uma necessidade a trabalhar. Em segundo lugar, a escolha de incidir sobre a emoção da raiva mais aprofundadamente, derivou da necessidade acrescida do cliente objeto do Estudo de Caso. Em diversas intervenções individuais, e abordando comportamentos agressivos transatos, o cliente identificou a raiva e a ansiedade como precedentes e potenciadores destes comportamentos, mas mostrou pouca disponibilidade para o aprofundamento destes tópicos. Sendo um cliente com potencial para destabilizar o grupo nesta vertente, e com necessidade constante de mediação da sua interação e do estabelecimento de limites, decidi optar por trabalhar esta temática em grupo, para promover a compreensão e o uso de estratégias adaptativas para lidar com as emoções, permitindo também trabalhar a raiva com o cliente em particular.

A raiva, apesar de ser uma emoção normal, quando disfuncional pode desempenhar diversos papéis no desenrolar dos processos subjacentes ao comportamento agressivo. Pode interferir com os processos cognitivos de reavaliação da situação, permite à pessoa manter uma atitude agressiva mais prolongada, leva a pessoa a decidir por interpretações hostis em

casos de ambiguidade, encontra-se habitualmente associada a pensamentos, expressões motoras e comportamentos agressivos e pode ser a energia necessária para aumentar os níveis de excitação (Anderson&Bushman, 2002).

A sessão psicoeducativa sobre esta temática foi apresentada a quatro clientes do HDP. Inicialmente, por forma a introduzir a temática e avaliar os conhecimentos e preconceitos sobre raiva, realizei um *brainstorming* de palavras relacionadas com raiva. A quase totalidade das palavras referidas tinham uma conotação negativa, havendo uma noção geral de ser uma emoção “negativa”.

Seguiu-se uma apresentação expositiva e interativa sobre esta temática. Foram abordados os conceitos de humor, sentimentos e emoções, as funções das emoções, as emoções básicas, o conceito de raiva, os comportamentos associados, as funções positivas e negativas da raiva, o processo de raiva e algumas estratégias para gestão da própria raiva. No final desta apresentação, foi visualizado um excerto de dois minutos do filme *Shrek para sempre* (2010) em que o protagonista principal, derivado a um acumular de situações, não consegue conter a sua raiva e, de uma maneira disfuncional, incita em comportamento de agressividade a materiais. Houve posteriormente um espaço de partilha e de reflexão, que levou o grupo a concluir que é importante sabermos gerir as nossas emoções, evitando que as mesmas sejam disfuncionais, particularmente em situações de raiva.

Para finalizar a sessão, houve um espaço para partilha de situações individuais geradoras de raiva. Aqui, só apenas dois clientes quiseram partilhar, sendo um deles o cliente alvo do Estudo de Caso, tendo exemplificado situações em que tiveram dificuldades em lidar com a raiva sentida.

O Plano de sessão desta atividade encontra-se no Apêndice 4 deste relatório.

Sessão de Cinematerapia

No dia seguinte à sessão de psicoeducação sobre gestão da raiva, levei o filme para apresentar na sessão de cinematerapia. Tal como habitualmente, em que o filme procurava ilustrar e ser analisado tendo em conta a temática da sessão de psicoeducação do dia anterior, escolhi um filme em que o enredo permitisse uma analogia com os conteúdos da sessão sobre a gestão da raiva.

O filme que levei para a sessão de cinematerapia foi o filme *Anger Management* (2003) realizado por Peter Segal. Neste filme, do género Comédia, o personagem principal é Dave Buznik (interpretado por Adam Sandler), um homem de meia idade que trabalha numa empresa de roupa para animais. O seu patrão, Frank Head (interpretado por Kurt Fuller), frequentemente assume o crédito pelas criações de Dave e tarda em corresponder às suas expectativas de assumir um cargo superior na empresa. A sua namorada, Linda (interpretada por Marisa Tomei), mantém uma relação próxima com um ex-namorado da universidade que tenta aproximar-se desta. Fruto de um mal-entendido durante uma viagem de avião, Dave é condenado pelo tribunal a frequentar um curso de gestão de raiva orientado pelo especialista Dr. Buddy Rydell (interpretado por Jack Nicholson), cujo método de terapia é pouco convencional. À medida que o curso progride, começa a emergir o problema de gestão de raiva de Dave, sendo o Dr. Buddy Rydell efetivamente a pessoa mais indicada para o ajudar.

Findo o visionamento do filme, foi pedido ao grupo que fizesse um resumo. Todos os presentes contribuíram com detalhes que permitiram fazer um resumo compreensivo do mesmo, com recurso a um quadro que utilizei para esquematizar as personagens e as relações entre as mesmas, bem como o enredo. Posteriormente, foi pedido ao grupo para fazer uma analogia do filme com a temática apresentada no dia anterior. O grupo concluiu que, através de uma série de peripécias e reviravoltas cómicas, o filme ilustra como é importante sabermos lidar com as nossas emoções, e em particular com a nossa raiva, bem como é essencial conseguirmos reconhecer quando a nossa gestão emocional se torna um problema e quando é necessário procurar ajuda especializada.

O Plano de sessão desta atividade encontra-se no Apêndice 5 deste relatório.

Terapias Expressivas – Sessão de Modelagem com Barro

Enquadrado na atividade de terapias expressivas, que naquela semana se realizou excepcionalmente a uma sexta-feira no horário do Tema Livre, optei por preparar uma sessão de modelagem com barro.

Nesta sessão participaram quatro clientes do HDP. O objetivo principal da sessão foi a promoção da expressão emocional através da modelagem com barro.

O barro é um material natural que se encontra no solo, sendo a plasticidade uma das suas principais características. Para além do uso funcional e estético, o barro é também utilizado com fins terapêuticos. O seu uso, enquanto atividade expressiva, possui finalidades psicoterapêuticas, tais como o facilitar a expressão emocional, facilitar a catarse, ajudar a revelar material inconsciente, facilitar expressões profundas e ricas, facilitar a comunicação verbal e ajudar a personificar representações internas em imagens visuais (Sholt & Gavron, 2006).

A atividade iniciou com uma breve apresentação de diapositivos sobre o barro, em que abordei a sua história e as qualidades terapêuticas do mesmo. De seguida, foi colocada uma música tranquila de fundo, por forma a promover o ambiente e a estimular a criatividade. Os clientes foram convidados a manusear o barro, tendo sido dada a indicação para se familiarizarem com o material, fazendo uso da água para o hidratar e fazendo uso de movimentos variados para a sua moldagem. Posteriormente, foram colocados dois desafios sequenciais aos clientes. Primeiro, foi sugerido que moldassem o barro de maneira a produzirem um objeto com o qual se identificassem e/ou que fosse definidor de uma característica individual de cada um, seguido de uma breve apresentação da peça tendo em conta a premissa. Segundo, foi sugerido que moldassem o barro de maneira a representarem uma situação geradora de emoções fortes, tendo sido também pedida uma breve apresentação da peça tendo em conta a premissa.

Sendo para a maioria uma experiência nova, foi, de acordo com o *feedback* recebido, uma experiência positiva para todos. Todos identificaram a atividade como relaxante e promotora de introspeção, sendo uma via, por meio artístico, de conseguirem expressar valores, emoções, sentimentos e experiências passadas.

O Plano de sessão desta atividade encontra-se no Apêndice 6 deste relatório.

Sessão de Psicoeducação sobre Perturbações de Ansiedade

Tendo em conta a temática semanal, preparei e realizei uma sessão de psicoeducação sobre perturbações de ansiedade que apresentei ao grupo, estando presentes cinco clientes do HDP.

Os objetivos desta sessão, integrada na atividade de Psicoeducação, foi o de dar a conhecer as diversas perturbações de ansiedade existentes, e também fomentar a partilha de vivências pessoais de ansiedade.

A atividade principiou com um *brainstorming* de palavras relacionadas com a palavra ansiedade, por forma a introduzir a temática da ansiedade e avaliar o nível de conhecimentos dos clientes sobre a mesma. A maioria das palavras ditas pelos clientes surgiram com uma conotação negativa, sendo a ansiedade encarada como algo “mau”. De seguida, realizei uma apresentação expositiva sobre as perturbações de ansiedade, com momentos interativos para fomentar a participação. Foi abordada a prevalência, a definição de perturbações de ansiedade, o ciclo de ansiedade, os diferentes diagnósticos de perturbações de ansiedade à luz do DSM-V (2014), bem como as diferentes modalidades de tratamento.

No final da atividade foi proposto a realização de um exercício. Entreguei aos clientes um quadro para identificarem situações geradoras de ansiedade, para refletirem sobre o que sentem quando estão ansiosos, e para pensarem nas estratégias que utilizam, e se as mesmas resultam quando estão ansiosos. Este exercício permitiu a introspeção individual e a análise de situações recentes de ansiedade, tendo sido possível a alguns dos clientes identificarem estratégias pouco eficazes de lidar com a ansiedade, propondo alternativas futuras para eventuais situações similares. Para isto, contribuiu também a partilha em grupo, na qual todos participaram abertamente.

O Plano de sessão desta atividade encontra-se no Apêndice 7 deste relatório.

A preparação e realização das atividades acima descritas, não programadas no projeto de estágio, contribuíram para o desenvolvimento de competências de EESMP, como mais adiante neste trabalho explícito. A sessão da Gestão da Raiva e a sessão de Modelagem com Barro foram também preparadas e realizadas nos mesmos moldes, com um grupo de clientes da zona sem *COVID* no serviço de internamento.

3.1.3. Estudo de Caso de Cliente Individual

Durante o estágio em HDP, tal como tinha previamente programado no projeto, realizei um Estudo de Caso individual de um cliente que frequentou esta valência, durante o período em que integrei a equipa multidisciplinar do serviço. A escolha deste cliente residiu no facto de ser o único, de entre os elementos do grupo na altura, com historial de comportamentos agressivos prévios, podendo enquadrar e analisar o caso à luz da temática deste relatório.

O Estudo de Caso principiou com a apresentação do cliente, seguidamente da sua história de enfermagem, onde incluí a sua história pessoal, antecedentes pessoais e familiares, a sua história de saúde e também a caracterização e fundamentação da sua situação clínica. Posteriormente, analisei a sua situação à luz do modelo de sistemas de Betty Neuman (1995), tendo realizado a apreciação das diferentes variáveis do cliente e identificado os fatores de *stress* e os fatores de reconstituição mais evidentes e importantes. Apresentei também a terapêutica farmacológica e não farmacológica implementada na altura. Finalizei o Estudo de Caso com a apresentação do plano de cuidados do cliente, que foi elaborado reflexivamente tendo em conta a avaliação anteriormente feita. Para efeitos do presente relatório, irei apresentar sumariamente os pontos acima descritos, por forma a elucidar o trabalho realizado.

O cliente alvo deste Estudo de Caso encontrava-se a frequentar a valência de HDP desde o início do último trimestre de 2020. Tratava-se de um homem de cerca de 50 anos, nascido em Portugal, mas que emigrou para outro país Europeu onde residiu até recentemente. Frequentou a escola até ao 10ºano de escolaridade, tendo feito posteriormente um curso técnico-profissional. Era viúvo e encontrava-se reformado desde há seis anos. Encontrava-se a residir com a mãe numa freguesia do concelho de Cascais, sendo a única pessoa no seu agregado familiar. Com a mãe apresentava uma relação forte. Para além da mãe, mantinha contacto com a irmã, com quem apresentava uma relação fraca e distante. Fazia uso de poucos recursos na comunidade, sendo frequentador assíduo do paredão da linha de Cascais e, desde o início do último trimestre de 2020, apresentava ligação ao HDP, ao qual se deslocava diariamente nos dias úteis, encontrando-se na altura a estabelecer uma relação progressivamente mais forte e recíproca. Estas relações foram detalhadamente descritas no Estudo de Caso, sendo ilustradas com recurso a um genograma familiar e a um ecomapa de recursos.

Em termos de antecedentes pessoais, o cliente encontrava-se diagnosticado com Perturbação Afetiva Bipolar tipo I e também com o diagnóstico de Perturbação de Somatização. Tinha historial de episódios de perturbação de pânico e de consumo abusivo de benzodiazepinas. Apresentava outros antecedentes médicos pouco relevantes para o estudo em questão.

O seguimento neste Hospital principiou aquando de uma ida ao serviço de urgência de um outro Hospital da ARSLVT, no segundo trimestre de 2020. Nesta altura, teve um quadro de descompensação com agitação psicomotora e heteroagressividade dirigida a objetos, isolamento social, insónia total nos dias precedentes e também, primeiramente, um abuso de benzodiazepinas e, posteriormente, um abandono parcial da terapêutica. Após uma primeira estabilização sintomática, foi transferido para o presente Hospital onde teve um internamento de vinte e seis dias para estabilização psicocomportamental e otimização terapêutica. À data da alta encontrava-se estabilizado, mas acabou por ser reinternado sensivelmente um mês depois, por alterações da sua funcionalidade decorrente de pensamentos centrados em queixas somáticas. Teve novo internamento de dezoito dias, tendo sido novamente otimizada a terapêutica com vista à diminuição da ansiedade e dos pensamentos ruminativos de incapacidade. Teve alta, tendo ingressado diretamente no HDP após e mantido seguimento neste departamento durante todo o tempo de estágio que estive neste serviço.

Posteriormente a esta descrição, mais pormenorizada em Estudo de Caso, foi analisada a situação do cliente à luz do modelo de sistemas de Betty Neuman (1995). Foi realizada uma apreciação detalhada das variáveis fisiológica, psicológica, socio-cultural, espiritual e de desenvolvimento do cliente. Foram identificados os fatores de *stress* e os fatores de reconstituição intra, inter e extrapessoais. Com base nesta avaliação, foi elaborado um plano de cuidados recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE versão 2, 2010), que se encontra no Apêndice 8, juntamente com os instrumentos de avaliação utilizados, nos anexos 1, 2, 3, 4 e 5.

Este Estudo de Caso foi validado pela Enf.^a Orientadora e pelo Professor, tendo sido apresentado em equipa multidisciplinar, na última reunião de equipa que tive oportunidade de participar. Após o término do estágio no HDP, soube que o cliente em questão acabou por ter alta do serviço por incumprimento presencial, tendo transitado para a consulta de adesão terapêutica, no qual tem mantido seguimento.

3.2. Serviço de Internamento de Psiquiatria

O Serviço de Internamento pertencia ao mesmo Hospital Geral da ARSLVT. Era uma unidade funcional do departamento de saúde mental e psiquiatria destinada ao tratamento de pessoas com doença mental em fase aguda, com necessidade de acompanhamento permanente para a sua estabilização psíquica e comportamental.

3.2.1. Caracterização do serviço e necessidades dos clientes

O Serviço de Internamento, que era contíguo ao HDP, era um serviço fechado com uma lotação total de dezoito clientes. Os clientes podiam ser admitidos em regime de internamento voluntário ou de internamento compulsivo ao abrigo da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho). O rácio de enfermeiro era de dois em cada turno, sendo acompanhados por dois assistentes operacionais nas manhãs e tardes, e por um na noite. A enfermeira coordenadora era EESMP e tinha horário fixo no turno de manhã de semana, não sendo contabilizada no rácio referido. A equipa de enfermagem era composta por dez elementos permanentemente afetos ao serviço de internamento, sendo dois EESMP. A equipa médica era composta por um médico de medicina interna e cinco psiquiatras, sendo um destes diretor clínico do serviço. Na admissão, os clientes eram distribuídos pelos diferentes psiquiatras pelo diretor clínico, mantendo seguimento até à alta, sendo o médico de medicina interna chamado para observação sempre que se justificasse. A equipa médica trabalhava de segunda a sexta-feira num horário compreendido entre as 08h00 e as 20h00, tendo a equipa de enfermagem que recorrer à equipa de medicina de urgência para qualquer situação fora deste horário. Para além destes profissionais, a equipa multidisciplinar contava ainda com um assistente social e um psicólogo que não trabalhavam exclusivamente com os clientes do internamento. No que diz respeito aos recursos físicos, para além dos onze quartos com dezoito camas, o serviço dispunha de um refeitório, uma sala multiusos com livros e jogos, um jardim amplo, um gabinete de consulta, um gabinete de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem situado numa posição central do serviço, uma sala de limpos, uma sala de sujos, um espaço para realização de banho assistido e uma sala de tratamentos.

Dada a instalação da pandemia mundial de *Covid-19*, a equipa não se encontrava a realizar nenhuma atividade psicoterapêutica estruturada em grupo com os clientes internados. Mantinham-se as dinâmicas do serviço relacionadas com a satisfação das necessidades

básicas, bem como as intervenções individuais com base nas necessidades e diagnósticos de enfermagem definidos. Nas restantes horas os clientes ocupavam-se com atividades lúdicas não estruturadas.

À data da realização do estágio, o serviço era estabelecido como o de referência para receber clientes com patologia psiquiátrica com necessidade de internamento, que tivessem um teste positivo para *SARS-cov2*, e que estivessem assintomáticos ou com sintomas leves, de todos os hospitais da ARSLVT. Por este motivo, o serviço encontrava-se dividido a meio, tendo quatro camas destinadas a clientes sem *COVID* e doze camas destinadas a clientes com *COVID*. A estrutura e dinâmica do serviço era na altura volátil e flexível, acompanhando a maior ou menor necessidade de internamento de clientes com teste positivo para *SARS-cov2*. Esta realidade acompanhou todo o percurso por mim realizado enquanto estagiário neste serviço. Com exceção da última semana de estágio, em que o serviço inverteu as lotações, em todas as outras semanas o serviço esteve dividido como suprarreferido.

Esta nova realidade trouxe alterações importantes para a prestação de cuidados e para o ambiente terapêutico do serviço. Os clientes da zona *COVID* encontravam-se restritos a uma zona da enfermaria em que só existiam quartos e gabinetes, e em que não havia espaços comuns próprios para convívio e socialização, levando a que os mesmos estivessem ainda mais confinados do que seria de supor num serviço à porta fechada. Estes clientes provinham de zonas diferentes de Lisboa o que levava a que, para além de estarem deslocados da sua área de residência e acompanhado por outra equipa que não a de referência, chegassem ao internamento numa fase aguda de maior descompensação psiquiátrica, dado que eram transferidos dos Hospitais de origem logo após confirmação do resultado positivo para *SARS-cov2* e assim que comprovado trataram-se de clientes assintomáticos ou com sintomas leves. A acrescer a isto, os clientes eram confrontados com o facto de estarem com *COVID* e de verem todos os elementos da equipa de saúde totalmente equipados para proteção individual, não conseguindo distinguir à vista desarmada os diferentes profissionais envolvidos na prestação de cuidados, tornando-se também uma barreira no estabelecimento de relações terapêuticas.

Do lado da equipa, o rácio foi diminuído. O facto de estar dividido em duas zonas, levou a que a equipa tivesse de ser fragmentada em duas, ficando um enfermeiro e um assistente operacional em cada zona. Enquanto que na zona sem *COVID* ficava um enfermeiro para quatro clientes, na zona *COVID* ficava um enfermeiro para doze, tendo que haver um esforço adicional para o acompanhamento destes e havendo menos disponibilidade

horária para a prestação de cuidados individuais. Em situações em que eram necessários mais profissionais para uma intervenção em segurança (ex: situações de urgência psiquiátrica como comportamentos de agressividade com necessidade de contenção, entre outras) os elementos que estavam na zona sem *COVID*, tinham que despender tempo para se equiparem devidamente antes de entrar na zona *COVID*, com claras implicações nos tempos de resposta às mesmas. No que diz respeito à equipa médica, este contexto também trouxe alterações. Se no contexto habitual cada psiquiatra observava diariamente os seus clientes atribuídos, neste novo contexto foi elaborada uma escala de observação, estando apenas designado um psiquiatra por dia para observar todos os clientes da zona *COVID*. Por força a minimizar o impacto destas alterações, foi criado um espaço matinal para uma reunião da equipa médica com a enfermeira coordenadora, por forma a discutir as necessidades prementes de observação e para colocar o psiquiatra destinado a observar estes clientes a par da sua evolução clínica.

3.2.2. Estudo de Caso de Grupo

Face às alterações ao ambiente terapêutico na prestação de cuidados referidas no ponto anterior, forçosamente implementadas face às necessidades impostas, e apesar de não programado previamente no projeto, decidi realizar um Estudo de Caso de um grupo de cinco clientes internados na zona *COVID*, por forma a ilustrar e também minimizar o impacto negativo desta realidade na prestação de cuidados. Apresento neste capítulo um resumo do trabalho elaborado.

O Estudo de Caso principiou com uma apresentação breve da história de enfermagem dos diferentes clientes constituintes do sistema, bem como com a caracterização e fundamentação das suas diferentes situações clínicas. Posteriormente, foi analisada a sua situação à luz do modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), tendo sido realizada a apreciação das diferentes variáveis do sistema cliente (físicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimento, espirituais e intersistemas), a identificação dos fatores de *stress* que afetavam individualmente cada elemento e dos fatores de *stress* que afetavam o grupo enquanto sistema de cliente. Descrevi sumariamente a terapêutica farmacológica e a terapêutica não farmacológica implementadas na altura. Por fim, o Estudo de Caso foi concluído com a apresentação do plano de cuidados do sistema cliente, que foi elaborado reflexivamente tendo em conta a avaliação anteriormente feita. Para efeitos do presente

relatório, irei apresentar sumariamente os pontos acima descritos, por forma a elucidar o trabalho realizado.

O grupo era constituído por cinco clientes e toda a informação contida no Estudo de Caso reportou-se à semana de oito a catorze de Março de 2021, altura em que estive três dias em estágio a prestar cuidados a esta população. Dado os clientes terem tido critério de cura negativo para *COVID* no início da semana seguinte, foram todos transferidos para os hospitais de origem ou tiveram alta clínica, não tendo sido possível realizar uma avaliação final do plano de cuidados estruturado.

O sistema cliente era então o grupo de cinco clientes internados na zona *COVID*. Destes cinco, três eram mulheres, duas com cerca de cinquenta anos e outra com cerca de vinte anos. Os dois homens tinham cerca de trinta anos. Apenas um dos clientes se encontrava no Hospital da zona de residência, tendo sido os outros quatro transferidos de outros Hospitais da ARSLVT.

Dois destes clientes tinham como diagnóstico psiquiátrico Perturbação Afetiva Bipolar tipo I, um tinha diagnóstico de Esquizofrenia e os outros dois Psicose Sem Outra Especificação. Todos os elementos do sistema cliente apresentam diagnóstico de *COVID-19*, estando, no entanto, assintomáticos. Nenhum dos elementos do grupo tinha antecedentes pessoais médicos conhecidos relevantes, com exceção de uma das mulheres que se encontrava diagnosticada com dislipidémia e hipotiroidismo. A totalidade dos membros do grupo eram fumadores, sendo necessário à equipa de enfermagem fazer a gestão do tabaco em termos da quantidade e horário para o seu consumo. Três dos clientes tinham historial de comportamentos agressivos, havendo um potencial de violência, representando um fator de risco importante considerado na gestão do ambiente terapêutico do serviço.

A totalidade dos elementos do grupo apresentava ausência de *insight* e juízo crítico para a sua situação de saúde, diminuída ou ausente adesão ao regime medicamentoso e alterações do pensamento. Um dos elementos apresentava alterações da forma e fluxo com descarrilamentos e bloqueios e também alterações do conteúdo do pensamento com ideias delirantes de ruína. Outro apresentava alterações da forma, com pobreza de pensamento e alterações do conteúdo, com ideias delirantes persecutórias e de autorreferência. Outro apresentava alterações da forma e fluxo, com pensamento circunstancial e taquipsiquia e também alterações do conteúdo do pensamento, com ideias marcadamente obsessivas. Outro apresentava alterações da forma, com pobreza de pensamento e afrouxamento de associações

e alterações do conteúdo do pensamento, com ideias delirantes de grandiosidade. O último apresentava alterações do fluxo do pensamento, com taquipsiquia e alterações do conteúdo, com ideias delirantes de grandiosidade.

Por instabilidade psíquica e comportamental, não compatível com a vontade dos próprios em ter alta do serviço, três dos cinco elementos do grupo encontravam-se em regime de internamento compulsivo ao abrigo da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho), encontrando-se os outros dois em regime de internamento voluntário.

Todos os elementos do grupo frequentavam o ensino básico e secundário, tendo todos completado o 12º ano de escolaridade, com exceção de um que completou até ao 10º ano. Na altura, e embora todos tivessem tido emprego no passado, encontravam-se em situação de desemprego. Pelo que foi possível apurar, quatro dos cinco elementos do grupo estavam inseridos num agregado familiar de três pessoas, estando o último a residir num Centro de Alojamento de Emergência Social. Em todos os casos existiam carências económicas a nível do agregado familiar.

Em virtude da necessidade de isolamento na zona *COVID*, os clientes apresentavam um quadro de isolamento social evidente. Sem acesso a visitas, podiam apenas comunicar com os familiares por telefone ou videochamada. A interação com os profissionais de saúde era limitada pois, o facto de estes estarem munidos de equipamento de proteção individual de contacto e de gotícula, dificultava o seu reconhecimento, a comunicação e a relação terapêutica. O espaço físico em que se encontrava a zona *COVID* era desprovido de uma sala comum para socialização e/ou refeições, implicando que os clientes permanecessem a maior parte do tempo no seu quarto ou no corredor. O único espaço onde era possível sentarem-se e socializar era no jardim da unidade, para o qual foi na altura criada uma porta especial de acesso, mas que estava sujeito às condições climatéricas do momento.

Na avaliação da variável intersistemas foi possível analisar as relações intragrupo e as relações intergrupo.

A nível intragrupo era evidente um notório isolamento social, bem como dificuldades na interação entre os membros. Para isso, contribuíam fatores como a instabilidade psíquica e comportamental apresentada pelos elementos do grupo (que se encontravam em fase aguda das respetivas patologias psiquiátricas de base), a inexistência de um espaço comum para socialização (o que levava os clientes a isolarem-se mais nos seus quartos) e a diminuição de recursos humanos existentes (o que levava a limitações na prestação de cuidados). Pelo facto

de serem todos fumadores, os momentos de convivência no jardim, mais frequentes nos horários definidos para consumo de tabaco, mostravam ser momentos de maior interação social e fomentadores da relação entre os membros. Da análise da interação entre os elementos do grupo, importou destacar a influência de uma das mulheres com cerca de cinquenta anos. Por se encontrar com um comportamento desadequado, com desinibição social e sexual, com humor disfórico e afetos inadequados, com alterações do pensamento e da percepção e com desorganização comportamental, era necessário mediar a sua interação com os restantes elementos do grupo. A sintomatologia apresentada frequentemente impediu uma interação saudável com o restante grupo, quer pelo risco de despoletar situações disruptivas, quer pelo risco de agravamento do quadro sintomático dos restantes elementos. Quando não cedia à intervenção comunicacional, eram necessárias medidas de contenção, tendo havido necessidade frequente de contenção ambiental, mecânica e/ou química.

A nível intergrupo, importou realçar que a limitação ao espaço destinado à zona *COVID* afetou a interação do sistema cliente com outros sistemas. Como já referido, enquadrei aqui a limitação no contacto com as famílias, as limitações provocadas pela diminuição do rácio de profissionais (enfermeiros e assistentes operacionais) em permanência, as limitações provocadas pelo uso de equipamentos de proteção individual, as limitações no que diz respeito ao acompanhamento médico e de outros profissionais da equipa, e também as limitações de saídas da zona *COVID* do serviço, que apenas ocorriam para a realização de exames auxiliares de diagnóstico que não fossem passíveis de realizar no local, havendo um circuito destinado para esse efeito.

Olhando o grupo como um todo, apesar deste ser recém-formado e ter como justificação base para a sua génese o diagnóstico de *COVID-19*, cumulativamente com a necessidade de internamento em virtude de se encontrarem em fase de descompensação da sua patologia psiquiátrica, existiam diversos pontos comuns entre os elementos constituintes, tais como os supracitados, que permitiram a sua análise enquanto sistema cliente e a elaboração do Estudo de Caso.

Tendo em conta o modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), após a apreciação das diferentes variáveis do grupo enquanto sistema cliente, identifiquei os fatores de *stress* reais ou potenciais que podiam afetar a estabilidade do sistema cliente. Para melhor os identificar, parti da identificação dos fatores de *stress* individuais, para depois identificar os fatores de *stress* intra e extragrupo, que afetavam a estabilidade do sistema. A articulação de todos estes elementos permitiu a elaboração de um plano de cuidados compreensivo e reflexivo, dirigido

ao grupo enquanto sistema cliente, recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE versão 2, 2010), que se encontra no Apêndice 9 do presente relatório.

A utilização do modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995) para a avaliação deste sistema cliente foi essencial. Este modelo permitiu um olhar sistémico sobre um grupo, facilitando a análise de uma situação que é mais abrangente e complexa comparativamente a análises singulares. Numa situação em que o ambiente terapêutico do serviço é modificado por força de alterações físicas e de recursos humanos exigidas, a intervenção do EESMP é fundamental na minimização do impacto que estas alterações têm nos clientes. A sua atuação torna-se imprescindível para a resolução de diferentes situações de crise, promovendo a recuperação da saúde mental dos clientes internados.

A maior limitação identificada na execução deste Estudo de Caso foi o curto espaço de tempo existente para a avaliação inicial, planeamento e intervenção junto do grupo. Tendo tido todos critérios de cura para *COVID-19* ao décimo dia, tiveram alta clínica ou foram transferidos, o que acabou por inviabilizar uma avaliação final do plano de cuidados estabelecido ao grupo. No entanto, tive a convicção de ter contribuído para a minimização do impacto das limitações do contexto no ambiente terapêutico do serviço e para ganhos em saúde na estabilização e/ou recuperação da saúde mental destes clientes.

Este Estudo de Caso foi validado pela Enf^a Orientadora e pelo Professor, tendo sido apresentado a ambos para avaliação, não tendo sido possível apresentá-lo à equipa fruto das limitações do contexto.

PARTE 2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Na segunda parte deste relatório descrevo de que forma o processo formativo realizado nos contextos de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências. No ponto 4 abordo as atividades que ajudaram a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista, enquanto que no ponto 5 abordo as que ajudaram a desenvolver as competências do EESMP. Estes dois capítulos encontram-se organizados por competências, sendo descrito para cada uma delas as atividades que mais contribuíram para o seu desenvolvimento.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo apresento as atividades que mais contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências comuns enquanto enfermeiro especialista. Para esse efeito, irei enumerar as competências descrevendo de que forma as atividades realizadas ajudaram a desenvolvê-las.

Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)

No que diz respeito a este primeiro domínio de competências, penso que todas as atividades contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento das suas duas competências integrantes. Em ambos os contextos, as atividades desenvolvidas permitiram-me consolidar uma prática profissional de acordo com os princípios éticos, com o código deontológico e com as normas legais. Ainda assim, destaco neste capítulo os Estudos de Caso e os Jornais de Aprendizagem como as atividades que deram mais contributos.

A realização de ambos os Estudos de Caso ajudou a desenvolver o planeamento de estratégias de resolução de problemas em parceria com os clientes e a desenvolver o processo reflexivo de tomada de decisão no seio da equipa, tendo subjacente a proteção dos direitos humanos e a promoção da segurança, da privacidade e da dignidade dos clientes. Em particular o Estudo de Caso desenvolvido no internamento, permitiu-me um olhar sistémico sobre a realidade de um grupo de clientes num contexto em que se encontravam com

acrescida vulnerabilidade (fruto de estarem numa situação aguda de doença psiquiátrica e cumulativamente terem que estar isolados num espaço circunscrito por terem contraído *Covid-19*), contribuindo para a minimização do impacto das condicionantes ambientais sobre a segurança e sobre os princípios éticos da justiça e da liberdade.

A realização dos diversos Jornais de Aprendizagem permitiu a análise de vivências significativas em estágio, fomentando a reflexão e a tomada de consciência sobre as dimensões ético-legais inerentes às minhas ações enquanto profissional, salientando a sua grande relevância para o processo de tomada de decisão. Um exemplo disto foi a reflexão feita em torno de um pedido feito por um cliente na sequência de uma reunião multidisciplinar, em que pretendia saber o que tinha sido discutido sobre si. Na sua postura e no seu discurso notei que estava a sentir alguma ansiedade e o cliente afirmou que isto estava ligado em particular a uma situação transata, querendo saber se permaneceria em HDP. Sendo a decisão da alta ou não da responsabilidade do médico psiquiatra do HDP, e pesando o dever previsto no Código Deontológico dos Enfermeiros (2015) de “atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” (p.11), mas não descurando o direito à verdade e ao dever previsto no mesmo Código de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (p.8), decidi responder-lhe: “o que foi falado na reunião não posso ser eu a dizer-lhe, mas posso adiantar que a sua continuidade não foi questionada”. Perante o quadro manifestado, intervi no sentido de reduzir-lhe os níveis de ansiedade, dando-lhe certezas que o episódio ocorrido não o levaria a sair do HDP, tal como acordado em reunião. Este foi um exemplo de situação em que as questões éticas e deontológicas foram alvo de reflexão, tendo-me feito desenvolver este domínio de competências.

Melhoria Contínua da Qualidade (B)

Ao nível do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, a contínua revisão bibliográfica, com especial incidência na temática da gestão terapêutica na prevenção e mitigação de comportamentos agressivos e o Estudo de Caso realizado em internamento, em que pude analisar e minimizar o impacto das alterações ambientais do contexto sobre a prestação de cuidados foram as atividades que mais contribuíram.

No âmbito deste domínio de competências, tive ainda oportunidade de conhecer e de cumprir no exercício da minha atividade, as seis metas do programa de melhoria contínua da qualidade e segurança do doente da unidade hospitalar, sendo elas, nomeadamente, a identificação correta do doente, a comunicação eficaz, a segurança dos medicamentos, a cirurgia segura, a redução do risco de infeção e a prevenção de quedas. Cumulativamente, tive oportunidade de conhecer o programa de formação do hospital, em que elementos da equipa de saúde mental têm papel preponderante na formação de enfermeiros de outros serviços, em temáticas como a comunicação assertiva ou a gestão de comportamentos agressivos. No decorrer do estágio realizado, pude ainda aperceber-me da idealização, conceção e operacionalização de projetos específicos na área da saúde mental, tal como o projeto posto em prática para dar resposta às dificuldades apresentadas por um grupo de clientes no acesso aos serviços de saúde para as regulares consultas psiquiátricas, quer de enfermagem quer médicas.

Gestão dos cuidados (C)

Em relação ao domínio da Gestão de Cuidados, a participação em reuniões multidisciplinares foi sem dúvida uma atividade que me ajudou a desenvolver as competências integrantes deste domínio, bem como a prestação de cuidados no serviço de internamento.

As reuniões multidisciplinares do HDP e do internamento, de ocorrência semanal, e na qual faziam parte integrante a enfermeira coordenadora (e a enfermeira responsável no caso do HDP), a equipa médica, a equipa de psicologia e a assistente social, foram uma oportunidade para discutir as necessidades individuais de cada cliente e de colaborar nas decisões da equipa de saúde. Integrado nas equipas de ambos os contextos, foi-me dada a oportunidade de partilhar a minha avaliação sobre a evolução dos clientes. Em particular nas reuniões do HDP, onde pude participar ativamente todas as semanas, o acompanhamento realizado ao cliente alvo do Estudo de Caso foi tido em conta, tendo podido apresentar a avaliação inicial feita, o planeamento das intervenções e a avaliação final das mesmas. A visão mais pormenorizada sobre este caso, permitiu dar visibilidade aos ganhos em saúde com a permanência no HDP, tendo contribuído para a continuidade do cliente nesta valência, mesmo quando havia dúvidas sobre o eventual benefício da sua continuidade. Apesar de existirem dúvidas, levantadas pelo absentismo ocasional e por comportamentos desajustados em relação a alguns técnicos de saúde, os resultados das intervenções realizadas com o cliente

deram visibilidade à diminuição da ansiedade apresentada, a uma maior adesão ao regime terapêutico, a uma maior crítica para a sua situação de saúde e à concetualização de projetos futuros realistas, que foram importantes para a tomada de decisão em equipa multidisciplinar.

A prestação de cuidados de enfermagem no contexto de internamento foi também promotora do desenvolvimento das competências deste domínio. Tomei conhecimento e integrei a política e os procedimentos hospitalares, bem como os métodos de organização de trabalho da equipa de saúde, em particular da equipa de enfermagem e da equipa de assistentes operacionais. Sob orientação da enfermeira, observei e interiorizei o modo como as equipas se encontram organizadas, como é feita a gestão de tempo e recursos em função do volume de horas de cuidados previstos em cada turno, bem como as tarefas delegadas pela equipa de enfermagem à equipa de assistentes operacionais, e o modo como estas são orientadas e supervisionadas. Tendo iniciado o estágio numa altura em que o serviço se encontrava organizado excecionalmente entre duas zonas distintas, pude constatar o modo como a equipa teve que se adaptar e se reorganizar para dar resposta a uma situação de maior complexidade. Pontualmente, e fruto de já ter tido experiência prévia em ambientes *COVID*, pude dar o meu contributo, por exemplo através de demonstrações práticas do uso adequado dos equipamentos individuais de proteção ou através da instrução para as recomendações para o uso destes equipamentos tendo em conta as normas emanadas pela Direção-Geral da Saúde, a elementos da equipa de assistentes operacionais.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

Em relação a este último domínio de competências comuns do enfermeiro especialista, e à semelhança do primeiro domínio de competências, creio que todas as atividades desenvolvidas foram oportunidades de desenvolvimento das suas competências integrantes.

No que diz respeito à competência “D1 - desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (RCCE, p.474p), a prestação direta de cuidados, quer a nível do HDP, quer a nível do serviço de internamento, permitiu-me reconhecer algumas limitações que interferiam no estabelecimento de uma relação terapêutica. Apercebi-me de algumas dificuldades na avaliação do estado mental, na técnica de entrevista, no uso de técnicas comunicacionais, na observação da comunicação não-verbal do cliente e na identificação de fenómenos de transferência e contratransferência, entre outros. Esta identificação e reconhecimento, levou-me a potenciar os meus recursos internos, através da contínua consolidação dos

conhecimentos científicos e na sua transposição para a prática de cuidados, da procura contínua da tomada de consciência de mim quando em relação, da análise reflexiva das situações de interação com os clientes, quer em termos de reflexão na ação, quer em termos da reflexão posterior em Jornais de Aprendizagem, e através da crítica construtiva feita pelas enfermeiras orientadoras, que me ajudaram e orientaram neste processo de aprendizagem. O estágio realizado nestes contextos ajudou a aumentar o meu autoconhecimento e as minhas capacidades no estabelecimento de uma comunicação assertiva.

A nível da competência “D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (RCCE, p.474p), a contínua revisão bibliográfica realizada ao longo do estágio bem como a produção deste relatório foram as atividades mais importantes. Durante todo o estágio, a contínua revisão bibliográfica, maioritariamente dedicada ao tema deste relatório, mas também utilizada para aumentar o conhecimento científico noutras temáticas importantes na área de saúde mental, permitiu-me consolidar a importância do papel do EESMP na gestão do ambiente terapêutico com vista à prevenção e mitigação de comportamentos agressivos. Durante o estágio, e à medida que esta consolidação foi sendo realizada, fui pontualmente tendo oportunidade de a partilhar junto da equipa de enfermagem, atuando como formador informal no contexto de trabalho e participando nas tomadas de decisão da equipa. Apesar de previamente programado, dadas as limitações encontradas no contexto, não foi possível a realização de entrevistas com vista a uma ação de formação formalmente estruturada, que mais desenvolvimento traria em termos desta competência.

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

Neste capítulo apresento as atividades que mais contribuíram para o desenvolvimento de competências do EESMP. Para esse efeito, tal como no capítulo anterior, irei enumerar as competências seguidas das atividades mais importantes.

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

No que diz respeito a esta primeira competência, as atividades desenvolvidas em HDP, como as intervenções desenvolvidas com o grupo ou as atividades inerentes à realização do Estudo de Caso individual, bem como as atividades desenvolvidas em internamento, como a prestação de cuidados de enfermagem à população internada ou a realização do Estudo de Caso de grupo, foram promotoras do seu desenvolvimento. Aqui, também a realização dos Jornais de Aprendizagem teve um papel importante.

As atividades por mim preparadas e realizadas com o grupo de clientes do HDP ajudaram a tomar consciência de emoções e sentimentos com possível interferência na relação terapêutica. O facto de estar a intervir junto de um grupo de clientes de forma independente e autónoma, levou-me a ter consciência de um certo grau de ansiedade que se instalava frequentemente antes do início das sessões, associado a algum receio de não corresponder às expectativas do grupo. A consciencialização desta emoção e do seu possível impacto negativo junto do grupo, que me atribuía naquele momento o papel de profissional de referência, foi importante. Permitiu-me arranjar estratégias de *coping* eficazes para a dominar, e permitiu também estar mais atento à minha comunicação não-verbal durante a realização das sessões.

A realização do Estudo de Caso individual, e o acompanhamento mais próximo de um cliente em particular foi também promotor deste desenvolvimento. Durante as intervenções individuais realizadas com o cliente, fui progressivamente estando mais atento às minhas emoções e sentimentos no “aqui e agora”, aos meus recursos internos, aos limites da relação profissional, a fenómenos de transferência e contra-transferência e aos fatores pessoais que foi necessário ir trabalhando ao longo do estágio. Sendo um cliente com um grau de ansiedade

moderado e relativamente constante na interação, fui frequentemente confrontado com a minha própria ansiedade. Ao invés de me deixar dominar por ela, fiz uso de técnicas comunicacionais, tal como o *feedback* emocional, para a progressão do estabelecimento da relação terapêutica. O estabelecimento dos limites da relação profissional foi também trabalhado, na medida em que este cliente procurava muitas vezes transcender os mesmos, na procura do estabelecimento de uma relação social. Outros fatores pessoais como a dificuldade na definição do objetivo da intervenção, no término da intervenção dentro dos limites de tempo programado e acordado, ou algumas lacunas comunicacionais já suprarreferidas no último domínio de competências do RCCEE, foram também sendo trabalhadas e desenvolvidas.

A nível do serviço de internamento, a prestação de cuidados diferenciados foi igualmente importante. Sendo um serviço de internamento de pessoas em situação aguda, tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas com problemas e necessidades completamente diferentes. Os cuidados prestados a pessoas com ideação ou tentativa de suicídio potenciou a consciencialização de valores pessoais, como o valor da vida, e de emoções como a tristeza ou o medo, tendo tido que os trabalhar no sentido de não interferirem na relação terapêutica estabelecida com esta população. Os cuidados prestados a pessoas com alterações do comportamento, como o comportamento agressivo, potenciaram também a consciencialização da minha própria raiva, de fenómenos de transferência e contra-transferência e de reações corporais, tendo tido também que desenvolver a minha gestão emocional no sentido de não comprometer o processo terapêutico.

A realização do Estudo de Caso de grupo, bem como os cuidados prestados à população na zona *COVID*, permitiram redescobrir a minha capacidade de resiliência, colocaram à prova a minha resistência física e psicológica, e elevaram a minha vontade e dedicação em ajudar populações com elevada vulnerabilidade, mesmo num contexto tão adverso como o experienciado.

Os Jornais de Aprendizagem, pelo seu cariz de análise reflexiva das situações vividas, foram também uma oportunidade de desenvolvimento. O tempo dedicado à sua realização foi promotor da análise da minha prestação enquanto pessoa e enfermeiro, tendo permitido reconhecer os fatores pessoais promotores do estabelecimento da relação terapêutica, bem como dos aspetos com potencial impacto negativo para a mesma.

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

Em relação a esta competência, a realização dos Estudos de Caso, a participação nas reuniões multidisciplinares e a prestação de cuidados no serviço de internamento, foram as atividades mais preponderantes no seu desenvolvimento.

A realização dos Estudos de Caso permitiu mobilizar um modelo teórico de enfermagem no sentido de executar uma avaliação abrangente das necessidades, quer de um cliente individual, quer de um grupo enquanto sistema-cliente. A utilização do modelo de Sistemas, permitiu fazer uma avaliação dos fatores de *stress* bem como dos fatores promotores e protetores do bem-estar, com influência na interação dos clientes com o ambiente. A realização destes Estudos de Caso permitiu a caracterização das histórias de saúde, com ênfase nas histórias de saúde mental, bem como a caracterização das relações familiares e da interação com os sistemas sociais e recursos da comunidade. A conjugação destes dados, permitiu a avaliação do impacto resultante dos problemas de saúde mental na funcionalidade e autonomia do(s) cliente(s), levando à elaboração de um processo de enfermagem compreensivo construído em parceria, para maximizar a resposta em termos da prestação de cuidados e os ganhos em saúde para a população visada. O Estudo de Caso de grupo em particular, permitiu analisar o impacto que as condicionantes ambientais podem ter na recuperação da saúde mental e pensar o modo como estas condicionantes podem ser minimizadas, promovendo o ambiente terapêutico.

A participação nas reuniões multidisciplinares foi também uma oportunidade de desenvolvimento. Pude aperceber-me, e ser parte integrante deste processo, de como o conhecimento partilhado de várias disciplinas na análise da situação do cliente pode fazer a diferença no planeamento de respostas com vista à recuperação e/ou à reabilitação psicossocial dos clientes. A análise de casos individuais, na qual participei ativamente durante os estágios realizados, mostrou como uma avaliação multidisciplinar das necessidades permite uma planificação de intervenções dirigida, tendo podido constatar ganhos em saúde para os clientes.

A nível da prestação de cuidados no serviço de internamento, as constantes admissões de novos clientes permitiram a mobilização de aptidões comunicacionais e relacionais, de técnicas de entrevista, da sistematização na recolha de dados, que me levaram a desenvolver as capacidades de avaliação das necessidades individuais de cada cliente.

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

Nesta competência, também a realização dos Estudos de Caso e a prestação de cuidados no serviço de internamento, foram as atividades que mais contributos trouxeram ao seu desenvolvimento.

Na sequência do anteriormente descrito, a avaliação abrangente das necessidades do(s) cliente(s) realizadas nos Estudos de Caso, foi o pilar para a realização e implementação dos planos de cuidados. O estabelecimento de diagnósticos de enfermagem objetivos recorrendo à taxonomia CIPE (2010), a perspetiva de resultados esperados mensuráveis e a planificação e implementação de intervenções, contribuiu para ajudar a população-alvo no seu processo de recuperação e reabilitação. No Estudo de Caso individual foi possível realizar uma avaliação final de todo o plano, tendo verificado o alcance dos resultados esperados propostos, através de indicadores sensíveis como os instrumentos de avaliação utilizados (inventário de ansiedade de Beck, a *BrØset Violence Checklist* ou a escala de esperança de Herth). No Estudo de Caso de grupo houve limitações neste sentido, pois não foi possível fazer uma avaliação final das intervenções implementadas em tempo útil. No entanto, fico com a certeza subjetiva de ter contribuído para a minimização do impacto do isolamento em zona com *COVID* no processo de recuperação da saúde desta população.

No serviço de internamento, a prestação de cuidados diferenciada junto de pessoas em fase aguda com diferentes perturbações mentais trouxe muitos contributos. Para além das capacidades de avaliação referidas no ponto anterior, este contexto permitiu desenvolver capacidades de identificação de manifestações e problemas relacionados a várias perturbações mentais e a sua distinção dos decorrentes de situações orgânicas ou secundárias ao tratamento, capacidades de deteção e intervenção em situações de urgência e emergência psiquiátrica, como por exemplo situações de comportamentos agressivos, capacidades de avaliação de situações de potencial risco para a saúde do próprio e/ou de terceiros e as ações preventivas utilizadas para reduzir o risco, assegurando o ambiente menos restritivo possível, entre outras. O estágio no serviço de internamento foi também profícuo para otimizar a metodologia do processo de enfermagem, operacionalizado no contexto com recurso a sistemas informáticos de gestão em saúde, tendo podido planear, implementar e avaliar planos de cuidados individuais de uma forma objetiva, prática e concreta. Maximizou, em conjunto com os

Estudos de Caso, a integração e otimização de uma visão sistemática de cada situação, de acordo com os conceitos e pressupostos do modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995).

D) Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

A planificação e realização de diversas atividades terapêuticas em grupo no contexto do HDP, bem como a prestação de cuidados individualizados no contexto de internamento, foram as contribuições mais significativas para o desenvolvimento desta competência.

A nível do HDP, para além das atividades programadas pela enfermeira orientadora onde pude dar o meu contributo, pude planear uma sessão de educação para a saúde sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio, duas sessões psicoeducativas, uma sobre gestão da raiva e outra sobre a ansiedade e perturbações de ansiedade, e três sessões recorrendo a técnicas expressivas diferentes, como o relaxamento, a cinematerapia e a modelagem com barro. A sessão de Educação para a Saúde ajudou a desenvolver a capacidade de realizar ensinamentos no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença, a capacidade de analisar a disponibilidade do grupo para melhorar os comportamentos em saúde e o impacto que os sintomas psiquiátricos têm no processo de aprendizagem individual. As sessões psicoeducativas contribuíram para o desenvolvimento do planeamento e execução de intervenções, com o intuito de promover o conhecimento, a compreensão e a gestão de problemas individuais, bem como de promover o *insight*, respostas mais adaptativas, e mudanças positivas no estilo de vida, contribuindo também para aumentar o nível de adesão aos respetivos tratamentos. As sessões de técnicas expressivas, cada uma com objetivos específicos suprarreferidos neste relatório, ajudaram a desenvolver a capacidade de planear e executar intervenções promotoras da libertação de tensões, estimuladoras da criatividade e da capacidade de abstração, promotoras de uma gestão emocional mais eficiente, de estratégias de *coping* mais eficazes e também promotoras de experiências gratificantes.

A nível do internamento, e fruto das alterações do contexto, as atividades psicoterapêuticas tiveram um foco predominantemente individual. O planeamento de intervenções individuais permitiu desenvolver competências no sentido de uma resposta centrada nas necessidades de cada cliente. Esta planificação ajudou a desenvolver uma comunicação eficaz, objetiva e terapêutica. Consoante os problemas identificados e os

diagnósticos de enfermagem levantados, realizei intervenções com foco na adesão ao regime terapêutico e medicamentoso, na aceitação do estado de saúde e do *insight*, nas alterações do pensamento e/ou percepção, nas alterações do humor, na prevenção do suicídio, no abuso de substâncias, entre outras.

6. CONCLUSÃO

Os comportamentos agressivos são uma problemática de particular interesse na saúde mental. Estes comportamentos, que podem ser dirigidos ao próprio, a terceiros ou a materiais, têm consequências para os enfermeiros, para os clientes e para a relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente. Medidas coercivas, como o isolamento ou contenção mecânica, são frequentemente aplicadas nos serviços, levantando questões ético-legais sobre a sua utilização. A intervenção do enfermeiro é de vital importância na atuação aos três níveis de prevenção. A nível da prevenção primária, a gestão terapêutica do ambiente surge como uma intervenção primordial na redução do risco de ocorrência destes comportamentos. A nível da prevenção secundária, a utilização de técnicas comunicacionais, como as técnicas de inversão de escalada ou a definição de limites podem minimizar os efeitos destes comportamentos, evitando o uso de medidas coercivas. Ao nível da prevenção terciária, e quando esgotadas as outras intervenções, tem um papel decisivo na minimização do impacto destas medidas coercivas sobre os clientes.

A utilização de modelos teóricos compreensivos da realidade, como o modelo *Safewards* (ou em português, enfermarias seguras) de Bowers (2014), permite sustentar uma prática baseada na evidência. Este modelo, que não aborda os comportamentos agressivos de forma isolada nem um tipo de contenção em específico, mas que se ajusta na análise desta problemática, ajuda a identificar os fatores predominantes para a ocorrência destes comportamentos nos serviços e a delinear possíveis estratégias para os minimizar, por forma a promover um ambiente terapêutico e seguro. Um olhar abrangente sobre o serviço, tendo por base este modelo, ajudou a promover a consciencialização de aspetos do ambiente terapêutico potencialmente mais significativos para a ocorrência de comportamentos agressivos.

O ambiente terapêutico é um conceito que se relaciona com o ambiente físico, com as relações dentro da equipa, entre a equipa e os clientes e entre os clientes. Estratégias como a planificação da estrutura do serviço, o desenvolvimento de competências dos elementos da equipa, a promoção do trabalho em equipa ou a criação de um bom ambiente de trabalho, são exemplos de estratégias promotoras do ambiente terapêutico.

Os enfermeiros são os profissionais da equipa multidisciplinar que mais horas de contacto têm com os clientes, tendo maior responsabilidade na gestão terapêutica do ambiente no serviço. O EESMP em particular, por estar dotado de competências de autoconhecimento,

de desenvolvimento pessoal e profissional, de gestão de cuidados ou de prestação de cuidados de saúde mental especializados, surge como um profissional de excelência na criação e gestão do ambiente terapêutico do serviço.

A utilização do processo de enfermagem na prestação de cuidados foca as necessidades individuais ou de um grupo, na elaboração de um plano de cuidados holístico e concreto, permitindo objetivar a prestação de cuidados e potenciar os ganhos em saúde. O uso desta metodologia facilita a compreensão dos efeitos do ambiente terapêutico sobre o(s) cliente(s), permitindo a definição de estratégias de intervenção mais eficazes para a sua promoção, em particular na prevenção e mitigação dos comportamentos agressivos. O modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), por ser “uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente (...) para melhorar a compreensão do cliente em interação com o ambiente” (p.337), surge como um dos modelos teóricos adequados para analisar esta realidade. A sua utilização na realização dos Estudos de Caso permitiu claramente definir os principais fatores de *stress* que afetavam a interação do(s) cliente(s) com o ambiente, permitindo orientar a intervenção no sentido de combater ou minimizar estes fatores, protegendo as linhas de resistência, fortalecendo as linhas de defesa normal e promovendo a ação das linhas de defesa flexível.

A metodologia de projeto foi uma ferramenta norteadora do trabalho desenvolvido. Na sua implementação, acabei por ficar aquém do previamente delineado, fruto das limitações a nível do contexto de internamento. Contudo, o contacto com uma nova realidade, com alterações significativas ao ambiente do serviço, motivou-me a procurar alternativas para dar respostas aos objetivos do estágio e para dar contributos para a melhoria da prestação de cuidados da equipa onde me inseri.

O conjunto de atividades descritas neste relatório, realizadas quer no contexto do HDP, quer no contexto de internamento, foram promotoras do meu desenvolvimento e enriquecimento pessoal, bem como do meu desenvolvimento profissional, tendo contribuído significativamente para o desenvolvimento e aquisição de competências enquanto EESMP. Parto com a expectativa de poder exercer como profissional diferenciado na prestação de cuidados em saúde mental, na certeza de ter atingido os objetivos propostos no plano de estudos do presente curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual review of psychology*, 53(1), 27-51. **Doi:**10.1146/annurev.psych.53.100901.135231
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi. **ISBN:** 9789727963478
- Banks, C., & Priebe, S. (2020). Scales for assessing the therapeutic milieu in psychiatric inpatient settings: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 66, 44-50. **Doi:**10.1016/j.genhosppsy.2020.06.014.
- Beghi et al. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: A systematic review. *Rivista di Psichiatria*. 48 (1), 10-22. **Doi:**10.1708/1228.13611.
- Bhat, S., Rentala, S., Nanjegowda, R. B., & Chellappan, X. B. (2020). Effectiveness of milieu therapy in reducing conflicts and containment rates among schizophrenia patients. *Investigación y educación en enfermería*, 38(1), e06. **Doi:** 10.17533/udea.ice.v38n1e06.
- Blair, E. W., Woolley, S., Szarek, B. L., Mucha, T. F., Dutka, O., Schwartz, H. I., & Goethe, J. W. (2017). Reduction of seclusion and restraint in an inpatient psychiatric setting: A pilot study. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 1-7. **Doi:**10.1007/s11126-016-9428-0
- Bowers, L., Foster, C. & Nijman, H (2007). Aggressive behavior on acute psychiatric wards – prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Lda. P.140-149. **Doi:** 10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x.
- Bowers, L., Stewart, D., Papadopolous, C., Dack, C., Ross, J., Khanom, H. & Jeffery, D. (2011). Inpatient violence and aggression: A literature review. *Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme*. King's College London: nstitute of Psychiatry.

Acedido em:

<https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/archive/mhn/projects/litreview/litrevagg.pdf>

Bowers, L. (2014). Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 21(6), 499-508. **Doi:**10.1111/jpm.12129

Espinosa et al. (2015). Milieu improvement in psychiatric using evidence-based practices: The long and winding road of cultural change. *Archives of Psychiatric Nursing*. 29, 202-227. **Doi:** 10.1016/j.apnu.2014.08.004

Freese, B. (2002). Modelo de sistemas. In Tomey, A & Alligood, M (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (p.335-375). Loures: Lusociência. **ISBN:** 972-8383-74-6.

Gunderson, J. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*. 41, 327-335. **Doi:** 10.1080/00332747.1978.11023992

Johnson, M. E. (2010). Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues in Mental Health Nursing*. 31(3), 181-197. **Doi:**10.3109/01612840903276704

Karlin, B. E., & Zeiss, R. A. (2006). Best Practices: Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: Toward best practices. *Psychiatric Services*, 57(10), 1376-1378. **Doi:** 10.1176/ps.2006.57.10.1376.

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint?. *Nursing ethics*, 17(1), 65-76. **Doi:** 10.1177/0969733009350140.

Lei nº36/98. (1998). Lei de Saúde Mental. Assembleia da República. *Diário da República, Série I-A* (N.º 169 de 24 de julho de 1998), 3544-3550.
Eli:<https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>

Meehan, C. (2012). The careful nursing philosophy and professional practice model. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2905–2916. **Doi:**10.1111/j.1365-2702.2012.04214.x

Neuman, B. & Fawcett, J. (1995). *The neuman systems model* (5ªEd.). USA: Pearson Education. **ISBN:** 9780135142776

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação internacional para a prática de enfermagem* (Versão 2). Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda. **ISBN:** 978-92-95094-35-2.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Acedido em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Payne, R. (1996). *Técnicas de relajación – Guia práctica* (2ªEd). Badalona: Editorial paidotribo. **ISBN:** 9788480199957

Regulamento nº 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 151 de 7 de agosto de 2018), 21427-21430. **Eli:**<https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. **Eli:**<https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 1-37. **ISSN:** 1646-5067

Sholt, M & Gavron, T. (2006). Therapeutic qualities of clay-work in art therapy and psychotherapy: A review. *Art Therapy Journal of the American Art Therapy Association*. 23 (2), p.66-72. **Doi:**10.1080/07421656.2006.10129647

Thomas, S., Shatell, M., Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu?. *Archives of Psychiatric Nursing*. 16 (3), 99-107. **Doi:** 10.1053/apnu.2002.32945

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Conceito de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª Edição). Loures: Lusociência. **ISBN:** 978-972-8930-61-5

Tuck, I., & Keels, M. C. (1992). Milieu therapy: A review of development of this concept and its implicats for psychiatric nursing. *Issues in Mental Health Nursing*. 13(1), 51-58. **Doi:**10.3109/01612849209006885

ANEXOS

Anexo 1

**Mini Mental State Examination (Folstein et al.,1975; adaptação de
Guerreiro e colaboradores, 1994)**

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

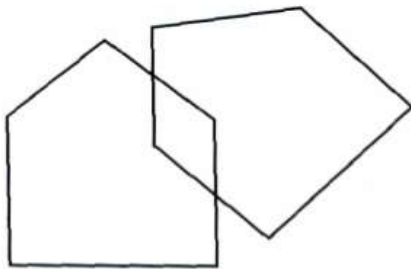
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo 2

**Questionário de 90 sintomas (Derogatis, L. R. ,1977, 1983, 1994; traduzido
por Alexandra Anciães, 2004)**

SCL-90-R

QUESTIONÁRIO DE 90 SINTOMAS¹ (SYMPTOM CHECKLIST 90 – REVISED)

DEROGATIS, L.R., Ph.D. (1977, 1983, 1994)

INSTRUÇÕES

Leia atentamente as frases que se encontram nas páginas seguintes. São frases que dizem respeito a problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços a direita de cada sintoma, aquele que melhor o descreve, ou seja, o grau com que este o afectou nas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). Não deixe nenhuma questão por responder.

OS RESULTADOS DESTA PROVA SÃO CONFIDENCIAIS

¹ Tradução Portuguesa experimental de Alexandra Ancilós (2004) a partir da adaptação Espanhola de González de Rivera e colaboradores (1988).

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
1. Dores de cabeça					
2. Nervosismo ou tédio interior					
3. Pensamentos, palavras ou ideias repetitivas e não desejadas, que não lhe deixam a mente					
4. Sensações de dormência ou formigamentos					
5. Perda de desejo ou prazer sexual					
6. Ter a impressão de ser criticado pelos outros					
7. Ter a impressão que alguém pode controlar os seus pensamentos					
8. Ter a impressão que os outros são culpados da maioria dos seus problemas					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas					
10. Preocupado(a) com a saúde, a falta de cuidado ou a desorganização					
11. Sentir-se facilmente irritado(a) ou zangado(a)					
12. Dores no coração ou no peito					
13. Medo da rua ou dos espaços abertos					
14. Falta de forças ou lentidão					
15. Pensamentos de acabar com a vida					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem					
17. Tremuras					
18. Sentir que a maioria das pessoas não é de confiança					
19. Falta de apetite					
20. Chorar facilmente					
21. Timidez ou sentir-se incomodado(a) perante o sexo oposto					
22. Ter a impressão de se sentir preso(a) ou apinhado(a) em falta					
23. Sentir medo súbito sem razão aparente					
24. Impulsos de rir ou ficar que não consegue controlar					
25. Sentir medo de sair de casa sozinho(a)					
26. Sentimentos de culpa					
27. Dores no fundo das costas					
28. Sentir-se incapaz para terminar as tarefas					
29. Sentir-se só					
30. Sentir-se triste					
31. Preocupado(a) em demasia					

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
32. Não ter interesse por nada					
33. Sentir-se amedrontado(a)					
34. Melindrar-se facilmente					
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos					
36. Sentir que os outros não compreendem ou não vivem os seus problemas					
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si					
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem feitas					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração					
40. vontade de vomitar ou mal-estar no estômago					
41. Sentir-se inferior aos outros					
42. Sentir dores nos músculos					
43. Sentir que é observado(a) ou comentado(a) pelos outros					
44. Dificuldades em adormecer					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que fez					
46. Dificuldade em tomar decisões					
47. Medo de viajar de carro, autocarro, metro ou comboio					
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta ar)					
49. Afrotamentos ou calafrios					
50. Evitar certos lugares, coisas ou actividades porque lhe causam medo					
51. Sensação de cabeça vazia					
52. Adormecimentos ou picadas (formigação) no corpo					
53. Sentir um nó na garganta					
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
55. Dificuldades de concentração					
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo					
57. Sentir-se tenso(a) ou aflito(a)					
58. Sentir as pernas ou os braços pesados					
59. Pensar na morte ou que vai morrer					
60. Comer demais					
61. Não se sentir à vontade quando é observado(a) ou falam a seu respeito					

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca	Pouco	Moderadamente	Frequentemente	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios					
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
64. Acordar muito cedo de manhã					
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas ações como tocar, contar ou lavar-se					
66. Sentir-se agitado ou perturbado					
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas					
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham					
69. Sentir-se muito embaraçado(a) junto a outras pessoas					
70. Sentir-se mal no meio de muitas pessoas, como em lojas ou cinema					
71. Sentir que tudo constitui esforço					
72. Ataques de terror ou pânico					
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos					
74. Envolver-se frequentemente em discussões					
75. Sentir-se nervoso(a) quando fica só					
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades					
77. Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com pessoas					
78. Sentir-se tão desorientado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a)					
79. Sentir-se sem propósito ou sem valor					
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer					
81. Criticar ou atacar coisas					
82. Medo de dançar em público					
83. Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si					
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o(a) incomodam bastante					
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros					
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora					
87. Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo					
88. Sentir-se distante ou sem intimidade com alguém					
89. Sentimentos de culpa					
90. Ter a ideia que algumas coisas não regala bem na sua mente					

Anexo 3

**Inventário de Ansiedade de Beck (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988;
adaptação de Gouveia & Fonseca, 1995)**

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

(BAI - Beck e al., 1988)

(Tradução e adaptação de J. Pinto Gouveia e Lígia M. Fonseca, 1995)

Nome..... Idade..... Habilidades..... Data.../.../...

Instruções: Em baixo encontra-se uma lista de sintomas que são frequentes na ansiedade. Por favor, leia cada item cuidadosamente. Indique quantas vezes experienciou cada sintoma durante a semana passada, incluindo hoje colocando um círculo no número que melhor lhe corresponde.

	Nunca	Ocasional- mente	Frequente- mente	Quase Sempre
1. Adormecimento ou formiguento	0	1	2	3
2. Sentir calor	0	1	2	3
3. Tremor nas pernas	0	1	2	3
4. Incapacidade de se descontraír ou relaxar	0	1	2	3
5. Medo ou receio que possa acontecer o pior	0	1	2	3
6. Vertigens ou tonturas	0	1	2	3
7. Taquicardia (coração a bater depressa demais)	0	1	2	3
8. Sentir-se Instável ou Inconstante	0	1	2	3
9. Sentir-se Aterrorizado	0	1	2	3
10. Sentir-se Nervoso	0	1	2	3
11. Sentir-se sufocado	0	1	2	3
12. Tremor nas mãos	0	1	2	3
13. Sentir-se Inseguro ou trémulo	0	1	2	3
14. Sentir Medo de se descontrolar	0	1	2	3
15. Sentir Dificuldade em respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Sentir-se Assustado	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto abdominal	0	1	2	3
19. Sentir-se a Desfalecer ou desmaiar	0	1	2	3
20. Sentir a Face corada	0	1	2	3
21. Sudação (não devida ao calor)	0	1	2	3

Anexo 4

**Escala de Esperança de Herth (Herth, 1999; adaptação de Viana, Barbosa,
Dixe & Querido, 2010)**

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH - (HHI-PT)

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Leia cada afirmação e coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste preciso momento

Data _____
Código _____

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tenho uma atitude positiva perante a vida.				
2. Tenho objectivos a curto, médio e /ou a longo prazo.				
3. Sinto-me completamente só.				
4. Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades.				
5. Tenho uma fé que me dá conforto.				
6. Tenho medo do meu futuro.				
7. Consigo recordar tempos felizes e agradáveis.				
8. Tenho uma profunda força interior.				
9. Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
10. A minha vida tem um rumo.				
11. Acredito que cada dia tem potencial.				
12. Sinto que a minha vida tem valor e mérito.				

Anexo 5

**BrØset Violence Checklist (Almvik & Woods, 2003; Adaptação de
Marques et al., 2004)**

The Brøset Violence Checklist © (BVC)
Almvik & Woods (2003)

Nome (Iniciais): _____

Nº (Cama) _____

Data Admissão _____

Segunda Feira / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Terça Feira / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Quarta Feira / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Quinta Feira / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Sexta Feira / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Sábado / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Domingo / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Instruções breves: avalie o utente durante o período de 48 horas (após admissão), nas primeiras 2 horas de cada turno. A ausência de comportamento é atribuído um score 0. A presença de comportamento é atribuído score 1. O score máximo obtido é 6 (TOTAL). Se o comportamento é normal para um utente bem conhecido, só o aumento desse comportamento tem score 1; ex.: se um utente bem conhecido está normalmente confuso (está assim há um longo tempo) isto obtém um score 0. Se for observado um aumento da confusão isto obtém score 1.

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).

APÊNDICES

Apêndice 1

Atividades programadas no HDP

- **Café da manhã** – Atividade planeada para as segundas-feiras de manhã, com a presença do EESMP e do psiquiatra. Tem por objetivo avaliar as dificuldades de cada cliente no desempenho de atividades do seu quotidiano durante o fim-de-semana transato e ajudar a promover as capacidades individuais para fazer face a essas dificuldades;

- **Adesão terapêutica** – Atividade planeada para as segundas-feiras de manhã, com a presença do EESMP. Tem por objetivo promover a capacitação de cada cliente para a preparação da sua terapêutica semanal e para a gestão do *stock* de medicação e receituário, sendo a terapêutica preparada com supervisão do EESMP;

- **Treino de atividades de vida diárias** – Atividade planeada para as segundas e sextas-feiras de manhã, com a presença do EESMP. Tem por objetivo promover a aprendizagem, treino em diversas atividades e autonomia no dia-a-dia;

- **Estimulação cognitiva** - Atividade planeada para as terças e quintas-feiras à tarde, com a presença do psicólogo. Visa reabilitar diferentes áreas de funcionamento cognitivo;

- **Programa “Viva mais”** - Atividade planeada para as terças-feiras de manhã, com a presença do EESMP. Consiste na avaliação dos sinais vitais e peso corporal dos clientes, sendo os mesmos monitorizados ao longo da permanência no HDP;

- **Caminhada terapêutica** - Atividade planeada para as terças-feiras de manhã, com a presença do EESMP. Consiste numa caminhada realizada ao ar livre em toda a área circundante ao hospital, com uma duração de cerca de 25 minutos;

- **Psicoeducação** - Atividade planeada para as terças-feiras de manhã, com a presença do EESMP. É uma intervenção estruturada, apresentada por meio audiovisual que tem como objectivo ajudar os clientes a lidar com os seus problemas de saúde-doença, indo de encontro às necessidades identificadas;

- **Terapias expressivas** - Atividade planeada para as quartas-feiras de tarde, com a presença do EESMP e do psicólogo. A planificação é realizada em conjunto pelos dois técnicos, tendo em conta a temática trabalhada no tema de Psicoeducação do dia anterior. São atividades que visam promover o desenvolvimento pessoal e o bem-estar por meio de diversos estilos expressivos;

- **Cinematerapia** - Atividade planeada para as quartas-feiras de manhã, com a presença do EESMP. Implica o visionamento de um filme e posterior reflexão em conjunto, com o objectivo de desenvolver capacidades como a atenção, concentração, raciocínio, memorização, compreensão e síntese, e também de facilitar a introspecção, a consciencialização de emoções e sentimentos e a promoção de comportamentos alternativos mais adaptativos. Habitualmente procura analisar-se tendo em conta a temática da sessão de Psicoeducação do dia anterior;

- **Treino de competências** - Atividade planeada para as segundas e sextas-feiras à tarde, com a presença do psicólogo. Tem por objetivo a ocorrência de mudanças ao nível do comportamento social dos clientes, e sua conseqüente transposição nas suas interacções sociais fora do contexto hospitalar;

- **Ludoterapia** - Atividade planeada para as quintas-feiras de manhã, com a presença do EESMP e do psiquiatra. Tem por objetivo o desenvolvimento da compreensão e raciocínio, atenção e concentração, da interacção social, entre outros, por meio de jogos lúdicos;

- **“SOS Cuidados básicos de saúde”** - Atividade planeada para as quintas-feiras de manhã, com a presença do EESMP. Tem como objetivo capacitar a pessoa com doença mental para os cuidados básicos de saúde, a nível da promoção da saúde e prevenção da doença;

- **Tema livre** - Atividade planeada para as sextas-feiras de manhã, com a presença do EESMP. Esta atividade consiste numa apresentação previamente preparada de um tema de interesse pessoal ao grupo por parte de um determinado cliente, fomentando a sua criatividade e capacidade de planeamento, organização e apresentação;

- **Intervenção individual** - Atividade planeada para as segundas, terças e quintas-feiras à tarde, com a presença do EESMP. Este tempo é preconizado para intervenção individual com um cliente procurando, mediante competências comunicacionais e relacionais, ajudar a resolver problemas, encontrar alternativas e atingir a mudança;

Apêndice 2

Relaxamento – Plano de Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema: Relaxamento

População-alvo: 5 Clientes do HDP

Objetivo Geral: Promover a redução do stress através de técnicas de relaxamento

Sessão n.º: 1

Data: 25/11/2020

Hora: 14h00

Duração total: 60 min.

Local: Sala Multiusos do HDP

Material necessário: Sala, computador, colunas de som, colchões, cadeiras, tensiómetro digital

Dinamizadores (enf.): Filipe Nunes, Sara Almeida

Técnica de Intervenção	Objectivo	Descrição da actividade	Recursos	Tempo (min)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar parâmetros vitais (TA/FC) para posterior comparação. <p style="text-align: center;">Aquecimento inespecífico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o envolvimento dos clientes; • Promover a coesão do grupo; • Promover a interação social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta fase começa com os clientes sentados sendo avaliada e registada a Tensão Arterial e a Frequência Cardíaca de cada um. • Posteriormente é solicitado que cada um se apresente individualmente e que refira como se sente no presente dia. É colocado ao grupo a proposta de identificarem alguma situação geradora de <i>stress</i> recente, e partilhá-la com o grupo, se assim o quiserem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Tensiómetro digital. 	10'
Desenvolvimento	<p style="text-align: center;">Aquecimento específico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir a temática do relaxamento; • Promover o aquecimento dos diferentes grupos musculares e do sistema osteoarticular; 	<ul style="list-style-type: none"> • É introduzida a atividade e os objetivos da mesma. • É colocada uma música tranquila de fundo em volume baixo, para que os clientes possam familiarizar-se com o meio envolvente. • Os clientes deverão colocar-se de pé, sendo pedidos alguns movimentos corporais cefalo-caudais para aquecimento muscular e osteoarticular; 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Colunas de som. 	10'

<p>Desenvolvimento</p>	<p>Intervenção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o relaxamento através da contração/distensão muscular; • Permitir a eliminação de tensões musculares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento muscular progressivo baseado no método de Jacobsen: O grupo é convidado a deitar-se nos colchões existentes para participar numa sessão de relaxamento baseado no método de Jacobsen. Deverão adotar uma posição de decúbito dorsal com os braços descansados e estendidos ao longo do corpo e as pernas em rotação externa. É solicitado que fechem os olhos e apreciem a música por alguns instantes. Posteriormente, é solicitada a contração/distensão muscular consecutiva de vários grupos musculares, alternando com períodos de descanso (face ao facto de ser uma sessão única, condensa-se o trabalho de várias sessões específicas previstas pelo método de Jacobsen numa única sessão). No final é dada a indicação para uma possível tomada de consciência do relaxamento muscular produzido. Interrompe-se a música. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Colunas de som; • Colchões. 	<p>20'</p>
<p>Finalização</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir a partilha das experiências e vivências individuais ao longo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • É solicitado aos clientes que se sentem novamente nas cadeiras, sendo convidados a partilhar as experiências individuais vividas durante a sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras. 	<p>10'</p>
<p>Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os resultados da sessão, fazendo a comparação dos parâmetros vitais e registar os comentários/opiniões dos clientes sobre a sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação Tensão Arterial e a Frequência Cardíaca de cada um; • Registo da motivação e envolvimento apresentados pelos clientes durante a sessão; • Registo de comentários/opiniões dos clientes sobre a sessão; • Agradecimento da participação e colaboração do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Tensiómetro digital; • Grelha de observação. 	<p>10'</p>

Apêndice 3

Educação para a Saúde – Plano de Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema: SOS_Enfarte Agudo do Miocárdio

População-alvo: 4 Clientes a frequentar o HDP

Objetivo Geral: Sensibilizar os clientes para a temática

Sessão n.º: 2

Data: 26/11/2020

Hora: 12h00

Duração total: 60 min.

Local: Sala Multiusos do HDP

Material necessário: Sala, cadeiras, computador.

Dinamizadores (enf.): Filipe Nunes, Sara Almeida

Técnica de Intervenção	Objectivo	Descrição da actividade	Recursos	Tempo (min)
Introdução	<p>Aquecimento específico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o envolvimento dos clientes; • Introduzir a temática; • Avaliar o nível de conhecimento do grupo sobre a temática; 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta fase começa com os clientes sentados sendo introduzida a atividade e os objetivos da mesma; • Posteriormente é questionado ao grupo o que sabe, sobre o tema, para avaliar o conhecimento dos clientes sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio; 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; 	<p>10'</p>
Desenvolvimento	<p>Intervenção</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Definir conceitos;</i> • <i>Referir os sinais e sintomas do EAM;</i> • <i>Indicar os fatores de risco;</i> • <i>Designar os grupos de risco;</i> • <i>Explicar como é realizado o diagnóstico do EAM</i> • <i>Indicar a prevenção da doença;</i> • <i>Diferenciar os vários tratamentos;</i> • <i>Referir como agir perante uma Emergência</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de diapositivos com uma sessão expositiva sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), com o seguinte índice: <ul style="list-style-type: none"> - Conceito de EAM; - Identificação de Sinais e Sintomas; - Identificação dos Fatores e Grupos de Risco; - Como se diagnostica o EAM; - Como se pode prevenir o EAM; - Como se trata o EAM; - O que fazer em caso de suspeita de EAM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Computador; 	<p>30'</p>

<p>Finalização</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir a introspecção e análise dos conhecimentos teóricos adquiridos; • Permitir a partilha de experiências e vivências individuais de situações relacionadas com o tema. 	<ul style="list-style-type: none"> • É solicitado aos diferentes elementos do grupo um resumo da apresentação, sendo pedido para partilharem os conhecimentos assimilados na sessão. • É proposto ao grupo a partilha de situações de vida relacionadas com a temática trabalhada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Computador; 	<p>20'</p>
<p>Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os resultados da sessão e registar os comentários/opiniões dos clientes sobre a sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo da motivação e envolvimento apresentados pelos clientes durante a sessão; • Registo de comentários/opiniões dos clientes sobre a sessão; • Agradecimento da participação e colaboração do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Grelha de observação; 	<p>10'</p>

Apêndice 4

Psicoeducação sobre Gestão da Raiva – Plano de Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema: Gestão da raiva

População-alvo: 4 Clientes a frequentar o HDP

Objetivo Geral: Promover uma gestão funcional da raiva

Sessão n.º: 3

Data: 15/12/2020

Hora: 12h00

Duração total: 60 min.

Local: Sala Multiusos do HDP

Material necessário: Sala, cadeiras, computador, colunas, quadro e caneta.

Dinamizadores (enf.): Filipe Nunes, Sara Almeida

Técnica de Intervenção	Objectivo	Descrição da actividade	Recursos	Tempo (min)
Introdução	<p>Aquecimento específico</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover o envolvimento dos clientes; Introduzir a temática da raiva; Avaliar o nível de conhecimento do grupo sobre a temática; 	<ul style="list-style-type: none"> Esta fase começa com os clientes sentados sendo introduzida a atividade e os objetivos da mesma; Posteriormente é realizado um <i>brainstorming</i> de palavras relacionadas com a palavra raiva; 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras; Quadro e caneta. 	10'
Desenvolvimento	<p>Intervenção</p> <ul style="list-style-type: none"> Clarificar o conceito de emoções, humor e sentimentos; Identificar as funções das emoções; Enumerar as emoções primárias; Definir conceito de raiva e as suas funções; Analisar o processo da raiva; Identificar possíveis estratégias para gerir a raiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação de diapositivos com uma sessão expositiva/interativa sobre as emoções e sobre a raiva em particular, com o seguinte índice: <p>Conceitos de humor/sentimentos/emoções, Emoções positivas vs emoções negativas, Funções das emoções, Emoções Básicas, Conceito de Raiva, Comportamentos associados, Funções positivas, Funções negativas, Como se processa a raiva?, Como gerir a minha raiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras; Computador; Colunas de som. 	30'

<p>Finalização</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir a reflexão sobre a visualização de uma situação de raiva; • Permitir a partilha das experiências e vivências individuais de situações geradoras de raiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • É solicitado aos clientes que visualizem um excerto do filme “Shrek para sempre” e que reflitam sobre o mesmo tendo em conta a temática da sessão; • É colocado ao grupo a proposta de identificarem alguma situação recente geradora de raiva e partilhá-la com o grupo, se assim o quiserem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Computador; • Colunas de som. 	<p>20’</p>
<p>Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os resultados da sessão e registar os comentários/opiniões dos clientes sobre a sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo da motivação e envolvimento apresentados pelos clientes durante a sessão; • Registo de comentários/opiniões dos clientes sobre a sessão; • Agradecimento da participação e colaboração do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Grelha de observação; 	<p>10’</p>

Apêndice 5

Cinematografia – Plano de Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema: Cinematerapia – Visualização do filme *Anger Management* (2003)

População-alvo: 4 Clientes a frequentar o HDP

Objetivo Geral: Promover a análise do filme à luz da temática da gestão da raiva

Sessão n.º: 4

Data: 16/12/2020

Hora: 9h00

Duração total: 120 min.

Local: Sala Multiusos do HDP

Material necessário: Sala, cadeiras, computador, colunas, quadro e caneta.

Dinamizadores (enf.): Filipe Nunes, Sara Almeida

Técnica de Intervenção	Objectivo	Descrição da actividade	Recursos	Tempo (min)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir a actividade; • Potenciar a análise do filme à luz da temática da sessão de Psicoeducação do dia anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta fase começa com os clientes sentados sendo introduzida a actividade e os objetivos da mesma; • É descrita ao grupo uma breve sinopse do filme, sendo sinalizada uma reflexão posterior ao filme, à luz da temática da gestão da raiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; 	5'
Desenvolvimento	<p>Intervenção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre os conteúdos da temática da sessão de Psicoeducação do dia anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visualização do filme <i>Anger Management</i> (2003) • No final do filme, é solicitado aos clientes que realizem um resumo do filme visualizado. Para melhor compreensão, o dinamizador faz uso de um quadro e caneta para esquematizar as personagens e as relações, ilustrando o enredo; • É solicitado ao grupo para fazer uma analogia do filme com a temática apresentada na sessão de Psicoeducação do dia anterior (gestão da raiva). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Computador; • Colunas de som; • Quadro; • Caneta. 	110'
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os resultados da sessão. • Agradecer a participação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo da motivação e envolvimento apresentados pelos clientes durante a sessão; • Registo de comentários e opiniões dos clientes sobre a sessão; • Agradecimento da participação e colaboração do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Grelha de observação; 	5'

Apêndice 6

Modelagem com Barro – Plano de Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema: Modelagem com Barro

População-alvo: 5 Clientes a frequentar o HDP

Objetivo Geral: Promover a expressão emocional através da modelagem com barro

Sessão n.º: 4

Data: 18/12/2020

Hora: 9h00

Duração total: 90 min.

Local: Sala Multiusos do HDP

Material necessário: Sala, cadeiras, mesas, computador, colunas de som, barro, copos com água, sacos de plástico, teques para trabalhar o barro.

Dinamizadores (enf.): Filipe Nunes, Sara Almeida

Técnica de Intervenção	Objectivo	Descrição da actividade	Recursos	Tempo (min)
Introdução	<p>Aquecimento inespecífico</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover o envolvimento dos clientes; Introduzir a técnica a utilizar. 	<ul style="list-style-type: none"> Esta fase começa com os clientes sentados sendo introduzida a atividade e os objetivos da mesma; É realizada uma breve apresentação de diapositivos sobre o barro e as suas qualidades. 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras; Computador. 	10'
Desenvolvimento	<p>Aquecimento específico</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover a familiarização dos clientes com o barro; Iniciar a estimulação sensorial através do barro. 	<ul style="list-style-type: none"> É colocada uma música tranquila de fundo em volume baixo que se mantém até ao final do desenvolvimento da intervenção, para que os clientes possam familiarizar-se com o meio envolvente e para estimular a sua criatividade; As mesas são forradas com sacos de plástico. Os clientes deverão começar a manusear o barro, sendo dada a indicação para se familiarizarem com o material, fazendo uso da água para o hidratar e fazendo uso de movimentos variados para a sua moldagem; 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras; Mesas; Sacos de plástico; Computador; Colunas de som; Barro; Copos com água. 	10'

<p>Desenvolvimento</p>	<p>Intervenção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a estimulação sensorial através do barro; • Facilitar a introspeção e auto-análise com recurso ao barro; • Permitir a expressão emocional através do barro; 	<ul style="list-style-type: none"> • É colocado um primeiro desafio aos clientes de moldarem o barro de maneira a produzirem um objeto com o qual se identifiquem e/ou que seja definidor de uma característica individual de cada um; • Tendo todos terminado a elaboração do objeto, é pedido que cada um fale sobre a sua criação e de que maneira se liga ao próprio; • É colocado um segundo desafio aos clientes de moldarem o barro de maneira a representarem uma situação geradora de emoções fortes; • Tendo todos terminado o manuseio do barro, é pedido que cada um fale sobre a sua criação e sobre a situação a que a mesma se reporta. • É interrompida a música e finalizada a intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Mesas; • Sacos de plástico; • Computador; • Colunas de som; • Barro; • Copos com água. 	<p>50'</p>
<p>Finalização</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir a partilha das experiências e vivências individuais ao longo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Os clientes são convidados a partilhar as experiências individuais vividas durante a sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; 	<p>10'</p>
<p>Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os resultados da sessão, e registar os comentários/opiniões dos clientes sobre a sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo da motivação e envolvimento apresentados pelos clientes durante a sessão; • Registo de comentários/opiniões dos clientes sobre a sessão; • Agradecimento da participação e colaboração do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Grelha de observação. 	<p>10'</p>

Apêndice 7

Psicoeducação sobre Perturbações de Ansiedade – Plano de Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema: Perturbações de ansiedade

População-alvo: 5 Clientes a frequentar o HDP

Objetivo Geral: Dar a conhecer as diversas perturbações de ansiedade existentes e partilhar vivências de ansiedade.

Sessão n.º: 5

Data: 12/01/2021

Hora: 12h00

Duração total: 60 min.

Local: Sala Multiusos do HDP

Material necessário: Sala, cadeiras, computador, quadro e caneta.

Dinamizadores (enf.): Filipe Nunes, Sara Almeida

Técnica de Intervenção	Objectivo	Descrição da actividade	Recursos	Tempo (min)
Introdução	<p>Aquecimento específico</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover o envolvimento dos clientes; Introduzir a temática da ansiedade; Avaliar o nível de conhecimento do grupo sobre a temática; 	<ul style="list-style-type: none"> Esta fase começa com os clientes sentados sendo introduzida a atividade e os objetivos da mesma; Posteriormente é realizado um <i>brainstorming</i> de palavras relacionadas com a palavra ansiedade; 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras; Quadro e caneta. 	10'
Desenvolvimento	<p>Intervenção</p> <ul style="list-style-type: none"> Definir o que são as perturbações de ansiedade; Analisar a sua prevalência; Conhecer os diferentes diagnósticos; Conhecer as modalidades de tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação de diapositivos com uma sessão expositiva/interativa sobre as perturbações de ansiedade: <p>Prevalência Perturbações de Ansiedade Ciclo da Ansiedade Diagnósticos de Saúde Mental Tratamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras; Computador; 	30'

Finalização	<ul style="list-style-type: none">• Permitir a introspecção e análise das próprias situações de ansiedade;• Permitir a partilha das experiências e vivências individuais de situações de ansiedade.	<ul style="list-style-type: none">• É proposta a realização de um exercício. Os clientes deverão preencher um quadro em que identificam situações geradoras de ansiedade, o que sentem quando estão ansiosos, que estratégias utilizam e se as mesmas resultam e que outras possíveis estratégias poderão utilizar no futuro.	<ul style="list-style-type: none">• Cadeiras;• Computador;• Colunas de som.	20'
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar os resultados da sessão e registar os comentários/opiniões dos clientes sobre a sessão.	<ul style="list-style-type: none">• Registo da motivação e envolvimento apresentados pelos clientes durante a sessão;• Registo de comentários/opiniões dos clientes sobre a sessão;• Agradecimento da participação e colaboração do grupo.	<ul style="list-style-type: none">• Cadeiras;• Grelha de observação;	10'

Apêndice 8

Plano de Cuidados do Estudo de Caso Individual realizado no HDP

Avaliação Inicial	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções	Avaliação
<p>- Verbalização de dificuldade na gestão da ansiedade;</p> <p>- Ansiedade a nível moderado segundo o inventário de ansiedade de Beck (<i>score</i> 21).</p>	<p>- Ansiedade moderada atual</p>	<p>- Capacitar o cliente para gerir melhor a sua ansiedade;</p> <p>- Manter ou diminuir o nível de ansiedade segundo o inventário de ansiedade de Beck</p>	<p>- Apoiar emocionalmente;</p> <p>- Ajudar o cliente a encontrar estratégias eficazes de redução da sua ansiedade;</p> <p>- Incentivar a adesão ao regime medicamentoso;</p> <p>- Incentivar participação em atividade de relaxamento em grupo;</p> <p>- Executar sessões psicoterapêuticas de grupo com foco no problema da ansiedade;</p> <p>- Executar sessões psicoterapêuticas individuais com foco no problema da ansiedade.</p>	<p>- O cliente manifesta manter quadros frequentes de ansiedade, contudo observam-se melhorias na sua gestão face a situações referidas como ansiogénicas.;</p> <p>- Manutenção do <i>score</i> de 21 no inventário de ansiedade de Beck.</p>
<p>- Historial de comportamento agressivo;</p> <p>- Quadro frequente de ansiedade;</p> <p>- Risco moderado ocasional (2) nas Escala de</p>	<p>- Potencial risco de Comportamento agressivo</p>	<p>- Reduzir o potencial risco de comportamento agressivo</p>	<p>- Observar o comportamento;</p> <p>- Monitorizar o risco preditivo de agressividade com recurso à BVC;</p> <p>- Gerir ambiente terapêutico em Hospital de Dia;</p>	<p>- Diminuição da frequência do risco moderado (2) na Escala BVC;</p> <p>- Em dois meses, apresentou um único episódio de irritabilidade com ameaças verbais</p>

<p>Brøset Violence Checklist (BVC);</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Mediar possíveis conflitos com outros clientes em Hospital de Dia; - Estabelecer limites e utilizar técnicas de inversão de escalada, quando necessário; - Reforçar positivamente tentativas de autocontrole. 	<p>dirigidas a outro cliente do Hospital de Dia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de insight para a sua situação de saúde-doença; - Queixas psicossomáticas e pensamentos ruminantes acerca das suas limitações físicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aceitação do estado de saúde comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o conhecimento respeitante à sua situação de saúde-doença; - Diminuir o impacto das queixas psicossomáticas na sua vida; - Aumentar conhecimento do seu regime terapêutico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível de conhecimento que o cliente tem sobre a sua doença; - Ensinar sobre o processo de doença; - Incentivar a participação do cliente em sessões psicoeducativas; - Executar sessões psicoterapêuticas individuais com foco na promoção do insight e juízo crítico; - Explicar o regime medicamentoso; - Reforçar positivamente as 	<ul style="list-style-type: none"> - O cliente mantém ausência de insight sobre as suas patologias psiquiátricas; - Apresenta juízo crítico, nomeadamente ao nível das queixas psicossomáticas e na gestão da sua ansiedade. - Demonstra maior conhecimento em relação aos fármacos presentes no seu plano terapêutico.

			aprendizagens adquiridas.	
<p>- <i>Score</i> de 39 na escala de Esperança de Herth;</p> <p>- Falta de ocupação atual para além do HDP;</p> <p>- Falta de motivação para conceptualizar projectos futuros.</p>	<p>- Esperança diminuída</p>	<p>- Manter ou aumentar o nível de Esperança segundo a escala de Herth;</p> <p>- Projetar o futuro fora do Hospital de Dia</p>	<p>- Executar sessões psicoterapêuticas individuais com foco nos seus projectos futuros;</p> <p>- Envolver ativamente o cliente no seu plano de cuidados;</p> <p>- Aconselhar possíveis opções dentro das motivações apresentadas pelo cliente;</p> <p>- Apoiar a tomada de decisão;</p> <p>- Envolver a mãe no processo cuidados.</p>	<p>- Manutenção do <i>score</i> na escala de esperança de Herth (39);</p> <p>- Verbalização de projectos futuros como a independência financeira e de residência;</p> <p>- Verbalização de projetos laborais concretizáveis dentro das suas competências e motivações. (Guia turístico, condutor de <i>Uber</i>);</p> <p>- Houve dificuldades em envolver a mãe neste processo pelas contingências provocadas pela pandemia de <i>Covid-19</i>.</p>

Apêndice 9

Plano de Cuidados do Estudo de Caso de Grupo realizado no Serviço de Internamento

Avaliação Inicial	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções	Avaliação
A totalidade dos elementos do grupo apresentam ausência de <i>insight</i> e juízo crítico para a sua situação de saúde.	Aceitação do estado de saúde comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o <i>insight</i> para a sua situação de saúde-doença; - Aumentar o nível de conhecimentos sobre o seu processo de saúde-doença; - Potenciar o juízo crítico associado ao seu processo de saúde-doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível de conhecimento do cliente sobre a doença; - Avaliar atitude relativamente ao processo de doença; - Ensinar sobre o processo de doença; - Executar apoio emocional; - Executar sessões psicoterapêuticas individuais com foco na promoção do <i>insight</i> e juízo crítico; - Reforçar positivamente as aprendizagens. 	Não foi possível realizar a avaliação das intervenções dado transferência para o Hospital de Origem ou alta, após teste negativo ao 10 ^a dia para <i>COVID-19</i> .
A totalidade dos elementos do grupo apresentam não adesão ao regime medicamentoso.	Adesão ao regime medicamentoso comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar conhecimento do seu regime medicamentoso; - Promover a adesão ao regime medicamentoso; 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar a toma da terapêutica durante o internamento; - Avaliar o conhecimento sobre o regime medicamentoso; - Ensinar sobre o regime medicamentoso; (indicações terapêuticas, dosagens, posologia, possíveis efeitos secundários); 	Não foi possível realizar a avaliação das intervenções dado transferência para o Hospital de Origem ou alta, após teste negativo ao 10 ^a dia para <i>COVID-19</i> .

			<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a necessidade do cumprimento do regime medicamentoso; - Reforçar positivamente as aprendizagens. 	
<p>A totalidade dos elementos do grupo encontram-se temporariamente isolados num espaço confinado e pouco disponíveis para a interação social.</p>	<p>Isolamento social atual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a interação social; - Projetar o futuro fora do internamento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Escutar ativamente; - Promover a interação social; - Promover a ocupação de tempos livres; - Promover atividades lúdico recreativas individualmente ou em grupo; - Executar treino de aptidões sociais; - Apoiar na definição de projetos futuros, tais como o emprego; - Facilitar comunicação com a família via telefone ou videochamada. 	<p>Não foi possível realizar a avaliação das intervenções dado transferência para o Hospital de Origem ou alta, após teste negativo ao 10^a dia para <i>COVID-19</i>.</p>
<p>A totalidade dos elementos do grupo, cada um na sua especificidade, apresenta alterações do pensamento.</p>	<p>Pensamento comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir as alterações do pensamento apresentadas; - Diminuir o impacto das alterações do pensamento na funcionalidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as alterações do pensamento presentes e a repercussão na funcionalidade do cliente; - Vigiar pensamento; - Executar apoio emocional; 	<p>Não foi possível realizar a avaliação das intervenções dado transferência para o Hospital de Origem ou alta, após teste negativo ao 10^a dia para <i>COVID-</i></p>

		dos clientes;	- Executar intervenção em crise; - Executar sessões psicoterapêuticas individuais com foco nas alterações do conteúdo do pensamento.	<i>19.</i>
--	--	---------------	---	------------