



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Otimização de Competências Emocionais**

**Pedro Miguel Alcaçarenho Guiomar**

**Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica***

**Relatório de Estágio**

**Setúbal, 2023**

*Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Otimização de Competências Emocionais**

**Pedro Miguel Alcaçarenho Guiomar**

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

**Júri das Provas Públicas:**

Presidente do Júri: Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Maria Fátima Marques

Orientador: Raul Alberto Carilho Cordeiro

Setúbal, 2023

## RESUMO

A saúde mental tem merecido uma crescente preocupação, sendo o reflexo da evolução do nosso entendimento acerca da importância do bem-estar emocional e psicológico. A enfermagem desempenha um papel fulcral na promoção da saúde mental, abraçando uma abordagem holística da saúde, corroborando que a saúde mental é tão crucial quanto a saúde física, não desvalorizando as competências emocionais dos indivíduos, entendendo-as como fundamentais para a recuperação, bem-estar emocional e qualidade de vida.

De salientar, que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica desempenha um papel vital e transformador na abordagem à população que enfrenta problemas de saúde mental, tendo um contributo profundo e abrangente, impactando positivamente a vida de quem carece de cuidados.

Este relatório de estágio, demonstra a aquisição de competências desenvolvidas durante o mestrado em Enfermagem e na realização dos estágios, resultando na conquista do título de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

**Palavras-Chave:** Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; otimizar competências emocionais; intervenções de Enfermagem.

## **ABSTRAT**

Mental health has deserved a growing concern, reflecting the evolution of our understanding about the importance of emotional and psychological well-being. Nursing plays a key role in promoting mental health, embracing a holistic approach to health, confirming that mental health is as crucial as physical health, not undervaluing the emotional skills of individuals, understanding them as fundamental to recovery, as well as -emotional being and quality of life.

It should be noted that the specialist nurse in mental health and psychiatric nursing plays a vital and transformative role in approaching the population facing mental health problems, making a profound and comprehensive contribution, positively impacting the lives of those in need of care.

This internship report demonstrates the acquisition of skills developed during the Master's Degree in Nursing and the completion of internships, resulting in the achievement of the title of specialist nurse in mental and psychiatric health.

**Keywords:** Mental health and psychiatric nursing; optimize emotional skills; nursing interventions



## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, às utentes do local de estágio, é impossível expressar completamente a minha gratidão por vocês. A vossa generosidade foi inestimável para o sucesso desta jornada. As vossas vozes, as vossas lutas e os vossos triunfos inspiraram-me a buscar conhecimento e compreensão mais profundos. Em todos os momentos de desafios ou dúvidas, tentei ter como farol as vossas histórias de superação, procurando a motivação necessária para continuar. Cada uma de vocês contribui de uma maneira única para este projeto, tornando-o mais significativo e relevante. Espero que continuem a ter um impacto tão positivo na vida de quem passa por vós, como tiveram na minha.

Ao enfermeiro orientador, por toda a sua dedicação e empatia. Por ser uma pessoa tão notável, sem dúvida um modelo a seguir. Saber que podia contar consigo tornou este percurso mais tranquilo e menos solitário.

Ao professor Raul, que sem colocar demasiada pressão, esteve sempre presente, partilhando o seu conhecimento, experiências e visão. Ter a sua orientação permitiu-me aproveitar esta experiência ao máximo, permitindo-me crescer, tornando-a mais suportável e enriquecedora.

À minha mãe, por quem sinto uma gratidão profunda e um amor infinito, que não consigo expressar por palavras. Este relatório é mais do que uma realização pessoal, é o reflexo direto da tua influência positiva na minha vida. Tudo o que sou e alcancei tem sido possível através do teu amor e apoio incansável.

Aos meus amigos, por estarem sempre comigo, entendendo as minhas faltas de resposta, e em especial à Marta, que nos momentos de maior dúvida e incerteza tem sido um porto seguro, onde procuro palavras de incentivo e conforto, sem ter de existir um retorno daquilo que me dá. Obrigado por celebrares comigo, como se as minhas vitórias fossem nossas, não apenas minhas. A tua perspicácia e intuição têm-me ajudado a ver as questões sob diferentes perspetivas. Obrigado, Marta, pela tua presença constante, pelo teu apoio incondicional, pela tua amizade verdadeira, que tanto valorizo. Este relatório não teria sido o mesmo sem a tua influência positiva na minha vida.

Ao João, por me fazer acreditar que eu sou capaz sozinho, lembrando-me do meu potencial e impulsionando-me a ir além dos meus limites. As tuas palavras de incentivo e carinho foram como um bálsamo para a minha alma, reacendendo a minha determinação. A tua crença em mim deu-me confiança necessária para continuar. A tua paciência e compreensão durante este percurso, significaram mais do que quaisquer palavras podem expressar.

Com todo o meu amor e gratidão a todos vós.

## ÍNDICE DE APÊNDICES

|                                                                                                                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Apêndice I- Poster Desenvolvido em Parceria com EESMP sobre <i>Impacto do Confinamento na Qualidade de Vida da Pessoa com doença Mental numa Unidade de Longo Internamento</i> ..... | 78  |
| Apêndice II- Questionário Sociodemográfico.....                                                                                                                                      | 82  |
| Apêndice III- Questionário de Competência Emocional.....                                                                                                                             | 84  |
| Apêndice IV- Plano de Cuidados.....                                                                                                                                                  | 88  |
| Apêndice V- lâmpada anti-stress, usada na atividade círculo de partilha emocional.....                                                                                               | 91  |
| Apêndice VI- Materiais artísticos utilizados na atividade caixa de emoções criativas.....                                                                                            | 92  |
| Apêndice VII- Apresentação Multimédia Sobre a Importância da Escuta Ativa em Saúde Mental.....                                                                                       | 93  |
| Apêndice VIII- Carta de gratidão oferecida pela utente II.....                                                                                                                       | 100 |
| Apêndice IX Desenho realizado pela utente II na atividade III.....                                                                                                                   | 101 |
| Apêndice X- Desenho de gratidão da utente II.....                                                                                                                                    | 102 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Tabela 1-Plano de Cuidados ..... | 90 |
|----------------------------------|----|

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1- Conjunto de componentes das competências emocionais . .... | 19 |
| Figura 2- Modelo de Sistemas de Neuman. ....                         | 26 |



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- APA – Associação Americana de Psiquiatria
- COVID-19- Doença por Coronavírus
- CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- EESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- NANDA- North American Nursing Diagnosis Association
- OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- WHO – Organização Mundial de Saúde

## ÍNDICE

|                                                                                                            |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                  | <b>12</b> |
| <b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>                                                                      | <b>14</b> |
| 2.1 As competências emocionais .....                                                                       | 14        |
| 2.1 Modelo dos Sistemas de Neuman.....                                                                     | 22        |
| <b>3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....</b>                                                         | <b>28</b> |
| <b>4. METODOLOGIA DE PROJETO.....</b>                                                                      | <b>30</b> |
| 4.1 Diagnóstico de situação .....                                                                          | 32        |
| 4.2 Definição dos Objetivos.....                                                                           | 38        |
| 4.3 Planeamento .....                                                                                      | 39        |
| 4.4 Execução do Projeto.....                                                                               | 42        |
| 4.5 Avaliação do Projeto .....                                                                             | 48        |
| <b>5. REFLEXÃO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....</b>                                                       | <b>53</b> |
| 5.1 Competências comuns do enfermeiro especialista .....                                                   | 54        |
| 5.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ..... | 60        |
| 5.3 Competências de grau de mestre .....                                                                   | 66        |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                                       | <b>71</b> |

|                                            |           |
|--------------------------------------------|-----------|
| <b>7. Referências Bibliográficas .....</b> | <b>73</b> |
|--------------------------------------------|-----------|

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| <b>Apêndices .....</b> | <b>77</b> |
|------------------------|-----------|

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular de Relatório de Estágio do 6º Mestrado em Enfermagem em associação entre o Instituto Politécnico de Setúbal, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Castelo Branco, tendo como intuito apresentar os resultados obtidos no estágio I e estágio final do referido curso, respaldando-os com evidência científica relevante.

A saúde mental permeia todas as fases do ciclo de vida, devendo ser vista como uma parte intrínseca da nossa saúde e bem-estar global, sendo um direito humano fundamental (Organização Mundial de Saúde [WHO], 2022). A saúde mental pode ser afetada por uma variedade de fatores que exigem abordagens de promoção, prevenção, tratamento e recuperação (Organização Mundial de Saúde [WHO], 2021). Neste sentido, é essencial incentivar as pessoas a expressarem as suas emoções, a fim de contribuir para o seu bem-estar. Desta forma, é promovida a saúde emocional, o bem-estar mental e o fortalecimento pessoal, criando uma base sólida para enfrentar desafios emocionais e contruir relacionamentos saudáveis e com significado (Alzina & Escoda, 2007).

A falta de literacia emocional manifesta-se em problemas socioemocionais, enquanto a falta de consciência emocional e deficiências preceptivas resultam em vulnerabilidade emocional (Goleman, 1995). As emoções agem como um guia interno, em que emoções desagradáveis revelam um sinal de que alguma necessidade interna necessita de ser atendida (precisando de ser identificadas e respeitadas), enquanto as emoções agradáveis indicam o nosso alinhamento com a realidade, em fluxo transformador. Portanto, em vez de reprimir ou ignorar as emoções é benéfico vê-las como mensageiras que orientam a resolução de problemas internos (Palha, 2016). Tendo como alicerce a evidência científica e dada a experiência profissional na prestação de cuidados a jovens adultos, adultos e idosos em contexto de internamento de saúde mental e psiquiatria de curta duração a nível hospitalar, buscou-se um desafio que trouxesse a oportunidade de adquirir novas experiências e conhecimentos.

O presente relatório tem como objetivo geral expor o trajeto percorrido no decorrer dos estágios. De forma, a facilitar a representação deste trabalho, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: Enquadrar teoricamente a temática trabalhada; apresentar a metodologia de projeto que dirigiu a realização do estágio e refletir acerca das competências de mestre, competências comuns do enfermeiro especialista e das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

No que concerne à estrutura do relatório, este é composto por três capítulos. O

primeiro capítulo, diz respeito ao enquadramento teórico, onde explanamos as competências emocionais e apresentamos a teoria de enfermagem de Betty Neuman, que guia a nossa intervenção junto da população-alvo.

No segundo capítulo, realizou-se a caracterização do local de estágio onde decorreu o estágio I e o estágio final, seguido da apresentação do projeto implementado, desde a formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento das atividades, execução do projeto e avaliação do mesmo.

Por fim, o terceiro capítulo, onde fomentamos uma reflexão crítica acerca das competências que julgamos ter alcançado, não só durante o estágio I e estágio final, mas também ao longo da trajetória académica, incluindo o período de estudos teóricos no mestrado em enfermagem.

Em suma, foi elaborada as considerações finais com o intuito de apresentar de forma concisa as ideias fulcrais deste relatório, bem como evidenciar os benefícios obtidos com o relatório e com o estágio.

De salientar, que o presente relatório se encontra redigido de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Portalegre, da 7ª edição da pela American Psychological Association (APA).



## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1 As competências emocionais

As emoções encerram em si um enorme desafio ao ser humano no que respeita à sua capacidade de pensar sobre si mesmo e sobre a sua relação com o mundo exterior. Assim, compreender as emoções constitui-se com um dos objetivos primordiais para quem, no âmbito da sua atividade profissional, lida de forma direta com outros indivíduos (Xavier, Nunes & Basto, 2014).

O estudo das emoções como campo de investigação da Enfermagem é relativamente recente, tendo surgido apenas no final do século XX. No entanto, atualmente, assiste-se a um elevado fluxo neste âmbito sendo cada vez maior o número de autores que consideram fundamental que se caminhe para uma integração e desenvolvimento das emoções nos vários contextos da vida, desde os domínios da formação, aos domínios dos cuidados. No âmbito das Ciências de Enfermagem, os estudos de investigação têm incidido sobretudo nas estratégias emocionais como forma de melhorar a prestação de cuidados aos utentes, bem como no que se refere à identificação das experiências emocionais, quer dos utentes quer os enfermeiros, potenciando desta forma a criação de um espaço para o foco da competência emocional do enfermeiro (Xavier, Nunes & Basto, 2014).

A compreensão do conceito de competências emocionais exige, paralelamente, que compreendamos os conceitos de emoção e de sentimento de emoção. Note-se que as emoções estão presentes em todas as fases da vida dos indivíduos, desempenhando um importante papel no desenvolvimento da sua personalidade assim como na interação que os mesmos estabelecem com o seu meio envolvente. As emoções são vividas nos diversos espaços do quotidiano dos seres humanos e intervêm em todos os seus processos evolutivos, como, por exemplo, no desenvolvimento da comunicação, no processamento da informação, no desenvolvimento moral, entre outros (Almeida, 2013).

Assim sendo, as emoções podem ser tidas como um conjunto de respostas químicas e neurais a estímulos emocionais, constituindo-se como experiências subjetivas, que são intrínsecas aos processos de sentir do ser humano, fazendo parte da regulação homeostática, originando mecanismos de fuga ou evitamento. As emoções podem ser classificadas em primárias, secundárias e de fundo (Damásio, 2015a).

As emoções de fundo são desencadeadas após um processo mental de avaliação, que é determinado aquando da interação do organismo do ser humano com o seu ambiente envolvente ou determinado por processos de origem fisiológica. Estas emoções permitem a existência de sentimentos

de fundo tais como a tensão ou a calma, a fadiga ou a energia, a esperança ou o desencorajamento ou ainda ou bem-estar em oposição a sentimentos de mal-estar. Note-se que apesar de não serem proeminentes, estes sentimentos prolongam-se no tempo influenciando de forma decisiva o humor dos indivíduos (Damásio 2015b).

No que se refere às emoções primárias estas referem-se ao medo, à felicidade e à tristeza, ao nojo ou á surpresa, entre outras. Por outro lado, as emoções secundárias referem-se às ligações que os indivíduos estabelecem entre determinados objetos e situações com algumas emoções primárias (Damásio 2015b).

O autor considera ainda a existência de emoções sociais, tais como a simpatia, a vergonha, a culpa, a compaixão, a inveja, a gratidão e o desprezo, entre outras. Na mesma linha de pensamento, Strongman (2004) refere que as emoções como o orgulho, a timidez, a vergonha e a culpa se encontram relacionadas com a consciência do Eu, quer do ponto de vista da cognição individual do seu próprio Eu, quer de acordo com a forma como o Eu se relaciona com os outros indivíduos e é por estes percecionado.

Intimamente ligado ao às emoções encontram-se os sentimentos que, para Damásio (2012) são secundários às emoções e têm origem no pensamento, constituindo deste modo a expressão mental da homeostasia individual, proporcionando também a existência de uma homeostasia social. As emoções podem dividir-se ainda em negativas, quando estamos perante uma experiência emocional que é tida como desagradável, tal como a ansiedade, a raiva ou a tristeza ou em positivas, cuja experiência é agradável, como o amor, a alegria ou a felicidade (Fragoso & Chaves, 2012).

As emoções positivas podem ser responsáveis, a longo prazo, pelo desenvolvimento dos recursos de ordem cognitiva e emocional dos indivíduos, podendo inclusive potenciar a frequência de respostas criativas e, consequentemente, aumentando os níveis de bem-estar físico e psicológico, o otimismo, a esperança, assim como auxiliar a gestão dos fenómenos de doença e facilitar os processos de recuperação na medida em que se opera o fortalecimento do sistema imunitário (Fragoso & Chaves, 2012).

Por outro lado, segundo o mesmo autor, as emoções negativas apresentam-se como essenciais para os processos de mudança, de adaptação e de sobrevivência. No entanto, quando perduram no tempo, as emoções negativas são consideradas como um fator de risco para a saúde dos indivíduos.

No que se refere ao conceito de competência, este refere-se, segundo Le Boterf (2001), ao domínio do saber atuar, mobilizar conhecimentos, saber transferir recursos, individuais ou coletivos, com vista à resolução de situações complexas tendo em conta uma determinada finalidade. Também Valverde

(2001) faz alusão a este conceito referindo que se refere à capacidade que o indivíduo detém de desenvolver, de forma eficaz, uma determinada atividade de trabalho necessitando para tal de mobilizar os seus conhecimentos, as suas habilidades, as suas destrezas para que possa atingir o objetivo que tal atividade pressupõe. Neste sentido, o trabalho competente, abrange a mobilização de diversos atributos dos trabalhadores que se constituem como a base para a sua capacidade de solucionar determinados problemas que vão surgindo aquando do desempenho das suas funções.

Para que possamos compreender cabalmente o conceito de competências emocionais, devemos debruçar, primeiramente, no conceito de inteligência emocional. Foi nos anos 90 do século passado Goleman (1995) foi responsável pela disseminação pública do conceito de inteligência emocional, referindo inclusivamente que esta poderia ser aprendida. Embora este conceito já tivesse sido construído na década anterior, o autor populariza-o conceito referindo que a inteligência emocional pode ser tão importante quanto a inteligência cognitiva. O autor caracterizou a inteligência emocional como sendo a capacidade que os indivíduos detêm de apreender os seus próprios sentimentos bem como os sentimentos dos outros indivíduos e, paralelamente, de se automotivarem e gerirem de forma adequada as suas emoções e os seus relacionamentos. Mais tarde, em 2007, o autor reformula o seu modelo considerando a existência de quatro domínios fundamentais: autoconsciência, autogestão, consciência social e gestão das relações, sendo que a cada um destes domínios da inteligência emocional correspondem uma série de competências emocionais (Goleman, Boyatzis & McKee, 2007).

Assim, no domínio da autoconsciência encontramos as competências de autoconsciência emocional (os indivíduos devem ser capazes de ler as suas próprias emoções), de autoavaliação (o indivíduo deve ser capaz de conhecer as suas próprias forças e limites) e competências de autoconfiança (onde os indivíduos devem possuir noção do valor e das suas capacidades pessoais).

No que se refere ao domínio da autogestão, os autores referem que se encontra associado a seis distintas competências, nomeadamente autodomínio emocional (refere-se ao controlo dos impulsos bem como das emoções tidas como destrutivas), transparência (que diz respeito a valores como a honestidade e a integridade), a capacidade de adaptação (que alude à necessidade de existir flexibilidade aquando da existência de novas circunstâncias), a capacidade de realização (refere-se à energia disponível para implementar melhorias no seu desempenho), capacidade de iniciativa (alude á prontidão para iniciar as ações bem como ao aproveitamento das oportunidades existentes) e o otimismo (procura dos aspetos positivos inerentes a qualquer atributo).



No âmbito da consciência social deparamo-nos com as competências de empatia (capacidade de compreender as emoções dos outros e mostrar interesse pelas problemáticas que refere), consciência organizacional (aptidão para encontrar a filosofia das organizações) e o espírito de serviço (apela ao reconhecimento e à satisfação dos interesses dos seus subordinados).

Por último, no domínio da gestão das relações, os autores referem a existência de competências no âmbito de uma liderança inspiradora (na medida em que recorre a sugestões no sentido de orientar e motivar as pessoas), influência (refere-se ao domínio de técnicas de persuasão), capacidade para desenvolver os outros (no sentido de orientar os outros no cumprimento dos objetivos), catalisador de mudança (promovendo a orientação para novas direções e para a mudança), gestão de conflitos (capacidade para resolver situação pautadas por desacordos), capacidade para criar laços (aptidão para desenvolver redes de relações) e espírito de equipa e colaboração (habilidade para desenvolver e promover o espírito de equipa) (Goleman, Boyatzis & McKee, 2007).

Também Mayer e Salovey (1997) têm feito incidir as suas investigações no âmbito da inteligência emocional e das competências que lhe estão associadas. Estes autores consideram a existência de quatro domínios da inteligência emocional: perceção, avaliação e expressão de emoções; a emoção facilitadora do pensamento; compreensão e análise de emoções e a regulação de emoções.

No que se refere ao primeiro domínio, perceção, avaliação e expressão de emoções, encontramos uma série de habilidades associadas como a capacidade de identificar as próprias emoções, de identificar as emoções nos outros indivíduos, de expressar corretamente os próprios sentimentos e as necessidades associadas aos mesmos assim como a habilidade para destringir as expressões emocionais honestas e desonestas (Mayer & Salovey 1997).

No que se refere ao domínio da emoção enquanto facilitadora do pensamento, os autores consideram que as emoções são facilitadoras do pensamento na medida em que dirigem a atenção dos indivíduos para as informações mais relevantes. Observam ainda que as emoções podem representar uma ajuda ao facilitarem a formação de juízos e de memórias sendo ainda de referir que o estado emocional pode ser responsável pela alteração da perspetiva com que os indivíduos percecionam a realidade, promovendo a consideração de múltiplos pontos de vista (Mayer & Salovey 1997).

No âmbito da compreensão e análise das emoções, os autores consideram a existência de habilidades como o reconhecimento das mudanças de estados emocionais nos outros indivíduos, na compreensão de emoções com algum grau de complexidade, no entendimento das relações entre as

emoções e as diferentes situações assim como na habilidade para designar as diferentes emoções (Mayer & Salovey 1997).

Por último, no que se refere à regulação das emoções, podemos considerar a existência de habilidades na atenção despendida para com a identificação de estados emocionais positivos ou negativos, habilidades que permitam vigiar as de forma reflexiva as próprias emoções e as emoções dos que nos rodeiam, reconhecendo a sua influência (Mayer & Salovey 1997).

As competências emocionais são as capacidades que os indivíduos apreendem, baseadas na inteligência emocional e que influenciam o quotidiano do individuo, quer seja ele profissional como pessoal (Goleman, 1995). Estamos perante um constructo que se caracteriza pela sua complexidade e amplitude, que engloba uma série de processos e interações, o que dificulta a existência de uma unanimidade no seio da comunidade científica no que se refere ao próprio conceito de competência emocional (Bisquerra & Pérez, 2007).

Sendo as competências emocionais assentes quer no conhecimento quer na gestão das próprias emoções e nas emoções dos que nos rodeiam, estas podem considerar-se como complexas (na medida em que se reportam à organização dinâmica dos seus componentes), globais (pois integram saberes e diversos recursos embora não se reduza a esses fatores), interativas (logo encontram-se conectadas com os restantes contextos de aplicação, ocorrendo o seu desenvolvimento na ação) e evolutivas (na medida em que se apoiam nos recursos que devem ser mobilizados em determinadas situações particulares) (Barreira & Moreira, 2005).

As competências emocionais permitem que os indivíduos sejam capazes de gerir as suas emoções bem como as suas relações sociais. De referir ainda que o desenvolvimento destas competências é um processo contínuo e encontra-se integrado no desenvolvimento do indivíduo e das suas relações interpessoais, sendo o seu objetivo primordial a capacitação para a vida (Alzina & Escoda, 2007).

Segundo Bisquerra & Pérez (2007), as competências emocionais podem ser designadas como o conjunto de conhecimentos, capacidades, atitudes e habilidades que são imprescindíveis para que os indivíduos possam compreender, regular e expressar de forma adequada os fenómenos ligados às emoções e compreendem um conjunto de cinco componentes: consciência emocional; regulação emocional; autonomia emocional; competência social e competências para a vida e bem-estar, tais como representadas na figura 1.





*Figura 1- Conjunto de componentes das competências emocionais*  
Diagrama elaborado com base em Bisquerra & Pérez (2007).

A primeira competência emocional diz respeito à consciência emocional e, segundo Bisquerra & Pérez (2007) representa uma esfera de carácter mais pessoal que exige dos indivíduos uma elevada forma de introspecção para que possa identificar e interpretar os seus estados emocionais. A consciência emocional envolve dois processos distintos: o reconhecimento das emoções próprias e dos outros indivíduos e, paralelamente, a compreensão dessas mesmas emoções. O processo de identificação das próprias emoções, quando se encontra deficitário, não promove no indivíduo ações conducentes à sua alteração, o que, no caso de emoções negativas, pode contribuir para o mal-estar de cada um. Por outro lado, a capacidade de compreender as emoções, implica, necessariamente, o conhecimento das respetivas causas assim como as relações existentes entre ambas.

Os autores consideram que ser competente no plano desta competência implica que o indivíduo, perante uma determinada situação consiga identificar, por exemplo, determinadas emoções desagradáveis, tomando consciência das mesmas e procurando mobilizar os seus recursos, tendo em conta as causas dessas mesmas emoções, no sentido de promover alterações positivas nas mesmas. A identificação das emoções existentes nos outros, bem como a sua compreensão, pode ser responsável pela não eclosão de determinados conflitos pois, ao avaliar o estado emocional dos outros indivíduos antes do estabelecimento de uma interação, o indivíduo poderá adequar o seu comportamento evitando não só a existência de conflitos como promover o estabelecimento de uma relação com o outro.

No que se refere à profissão de enfermagem, a identificação e compreensão dos nossos próprios sentimentos, assim como dos nossos utentes, mostra-se fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica. A avaliação prévia do estado emocional dos nossos utentes permite que o enfermeiro adeque o seu comportamento e a sua comunicação ao utente. Consideramos ainda que, quando estamos perante utentes com algum tipo de problema do foro mental, esta competência adquire ainda maior importância e poderá ser determinante no sucesso das intervenções especializadas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A segunda competência emocional que Bisquerra & Pérez (2007) nos apresentam refere-se à regulação emocional. Esta competência tem em consideração diversos domínios, nomeadamente a tomada de consciência da interação entre emoção, cognição e comportamento, considerando que os estados emocionais vão ter repercussões no comportamento dos indivíduos assim como o comportamento influi diretamente nos estados emocionais sendo que ambos os mecanismos são regulados pela cognição.

Os autores referem também a expressão emocional como constituindo um domínio desta competência. A expressão emocional refere-se, no seu sentido lato, à capacidade que os indivíduos têm para expressar as suas emoções de forma correta. Paralelamente exige que sejam capazes de compreender que o estado emocional interior não tem obrigatoriamente que corresponder ao estado emocional exterior. Quando estamos perante um elevado nível de compreensão das expressões emocionais, os indivíduos são ainda capazes de compreender o impacto que as suas expressões emocionais produzem nos outros (Bisquerra & Pérez 2007).

No que diz respeito às habilidades para enfrentar desafios, outro dos domínios desta competência segundo os mesmos autores, considera a necessidade de existirem estratégias de autorregulação que sejam capazes de melhorar a intensidade, bem como a duração, de estados emocionais que sejam negativos para o próprio indivíduo. Por outro lado, a competência para autogerar emoções positivas consigna a importância da capacidade para os indivíduos, de forma voluntária, expressarem emoções positivas que lhes permitam disfrutar da vida como a alegria, o amor, a amizade, o humor. É ainda referido que no âmbito da regulação emocional os próprios sentimentos têm de ser ajustados pelo indivíduo, quer no sentido de regularem a sua impulsividade, na tolerância à frustração assim como na preservação dos objetivos delineados, apesar das dificuldades que eventualmente possam ser encontradas (Bisquerra & Pérez 2007).

Segundo Caruso & Salovey (2007), a regulação emocional refere-se à capacidade que os indivíduos têm de integrar as suas emoções no seu comportamento no sentido de promoverem uma melhoria não só da sua vida pessoal como da vida dos que os rodeiam.

Quando falamos da terceira competência emocional, a autonomia emocional, Bisquerra & Pérez (2007) consideram que esta deve ser definida pela existência de autoestima (estar satisfeito consigo próprio e ter uma imagem de si mesmo que seja positiva), automotivação (a capacidade que o indivíduo deve deter de se automotivar e, simultaneamente, de se implicar do ponto de vista emocional nos diversos domínios da sua vida como o pessoal, profissional ou o social), atitude positiva (que considera que o indivíduo deve ter uma atitude otimista e sentir-se capaz de ultrapassar os desafios que lhe são considerados no seu quotidiano), responsabilidade (assume a necessidade do indivíduo adotar comportamentos éticos, assumindo as responsabilidades pelas suas ações), autoeficácia emocional (a pessoa deve compreender-se a si mesmo e ser capaz de se sentir da forma como pretende), análise crítica de normas sociais (representa a aptidão para poder avaliar de forma crítica as mensagens que os média e sociedade transmitem relativas aos comportamentos pessoais e às normas vigentes na sociedade) e a resiliência (a capacidade para encarar situações hostis ao longo da vida).

A quarta competência enunciada por Bisquerra & Pérez (2007), a competência social, encerra em si também uma série de diferentes componentes que concorrem para a definição desta competência como o domínio das habilidades sociais básicas (como saber escutar, desculpar, agradecer, saudar, etc.), o respeito pelos outros (que considera a necessidade de aceitação das diferenças entre os indivíduos e entre os diferentes grupos, valorizando a equidade de direitos existente), praticar a comunicação recetiva (refere a aptidão das pessoas no âmbito da comunicação, tais como saber iniciar e manter uma conversa ou saber expressar os sentimentos, socorrendo-se da comunicação verbal e não verbal), partilhar emoções (ter consciência que as relações são afetadas pela sinceridade como são partilhadas bem como pela reciprocidade existente no relacionamento), comportamento pró-social e cooperação (referente à capacidade de manter atitudes amáveis e respeitosas para com os outros, tendo como objetivo a melhoria coletiva da sociedade), assertividade (procura equilibrada entre um comportamento mais agressivo e um comportamento mais passivo), prevenção e resolução de conflitos (que evidencia a capacidade que os indivíduos devem deter para que possam identificar, antecipar-se ou eventualmente lidar com conflitos sociais e interpessoais, convocando a sua capacidade de negociação) e a capacidade de gerir situações emocionais (definida como a aptidão dos indivíduos para conduzirem situações emocionais que solicitam algum tipo de regulação).



A última competência emocional referida pelos mesmos autores, a competência para a vida e bem-estar, pode ser conceptualizada como incluindo diversas capacidades tais como a determinação de objetivos adaptativos (exige a fixação de objetivos que sejam positivos e, paralelamente, realistas), tomada de decisões (pressupõe que os indivíduos sejam capazes de tomar decisões e assumir as mesmas nos diversos contextos do quotidiano, não descurando as implicações éticas e sociais), procurar ajuda e recursos (onde os indivíduos devem ser capazes de identificar eventuais necessidades de apoio, acedendo aos recursos disponíveis), cidadania ativa, cívica, responsável, crítica e comprometida (que acarreta o exercício dos deveres de cidadania como a participação efetiva no sistema democrático, o respeito pelos valores cívicos e pela multiculturalidade, entre outros), bem-estar subjetivo (que envolve a capacidade das pessoas para desfrutar do que considera ser o seu bem-estar, contribuindo ainda, de forma ativa, para o bem-estar da sua comunidade) e fluir (que representa a capacidade para que sejam criadas experiências o mais positivas possível nos diversos contextos do quotidiano) (Bisquerra & Pérez 2007).

Todas estas competências emocionais mostram-se importantes na prática clínica do enfermeiro e encontram-se muitas vezes deficitárias em utentes com patologias do foro mental, podendo o EESMP intervir de forma a potenciar e restabelecer as competências emocionais nos utentes que terá importantes repercussões no seu bem-estar quotidiano.

## **2.1 Modelo dos Sistemas de Neuman**

Betty Neuman, nasceu em 4 de setembro de 1924, em Ohio, nos Estados Unidos. Obteve o seu primeiro diploma na área de enfermagem pelo Peoples Hospital School of Nursing, seguindo-se mais tarde um bacharelato em saúde pública e psicologia, posteriormente, um mestrado em saúde mental e enfermagem psiquiátrica na Universidade da Califórnia, em Los Angeles e ainda um doutoramento em psicologia clínica. Betty Neuman teve uma carreira académica distinta lecionando em várias universidades, como na Universidade da Califórnia Los Angeles (UCLA) e na Universidade de Kentucky (Lawson, 2022).

No decorrer da sua carreira, Neuman desenvolveu um modelo conceptual de enfermagem com o intuito de alargar a compreensão sobre as variáveis do utente além do modelo médico, que denominou de Modelo de Sistemas, que se tornou uma das teorias de enfermagem mais influentes e amplamente utilizadas, sendo mais tarde publicado no livro *The Neuman Systems Model: Applications to Nursing Education and Practice* (1982) (Lawson, 2022).



No desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, tornou-se essencial utilizar a teoria do Modelo de Sistemas de Betty Neuman para fortalecer o objeto de estudo deste relatório. De acordo com o Modelo de Sistemas de Neuman, este é um modelo de enfermagem holístico, abrangente e sistêmico, onde se definem quatro conceitos essenciais na prestação de cuidados de enfermagem, sendo eles, a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem. Neste modelo o indivíduo, grupo e comunidade são encarados como um sistema aberto, em constante interação entre si e com o meio ambiente que o rodeia, suscetível à exposição de stressores e de contínuos processos de adaptação (Neuman & Fawcett, 2011). A autora integra conhecimentos de diversas disciplinas, envolvendo convicções filosóficas e a sua experiência prática, especialmente na área da Enfermagem de Saúde Mental (Lawson, 2022).

Neuman baseou a sua teoria em três grandes áreas: Biologia, Filosofia e Psicologia. Na área da psicologia assentou a sua teoria em 3 teorias/conceitos: a teoria de Gestalt, o conceito de níveis de prevenção do modelo concetual de Caplan e o conceito de stress de Selye. A teoria de Gestalt, defende a homeostasia como um processo em que um organismo é capaz de manter o seu equilíbrio e a sua saúde independentemente das condições. A vida caracteriza-se por uma interação constante entre o equilíbrio e o desequilíbrio dentro do organismo em interação com o ambiente. A adaptação surge como um processo pelo qual o organismo satisfaz as suas necessidades de forma dinâmica e continua. Quando ocorre o desequilíbrio prolongado, sem processos de adaptação poderá ocorrer a doença culminando na morte. (Lawson, 2022). Relacionando a Enfermagem e o conceito de níveis de prevenção do modelo concetual de Caplan podemos dividir a prevenção em três tipos: a primária é utilizada de forma a proteger o doente do stressor prejudicial, ou seja, reduzir a reação ao stressor diminuindo a probabilidade desse encontro ou fortalecer a linha normal de defesa do organismo; a prevenção secundária incide após o encontro com o stressor e tenta minimizar os efeitos provocados por esse encontro; já a prevenção terciária atua de modo a restabelecer o bem-estar do doente após o tratamento. (Lawson, 2022).

Neuman, ao utilizar o conceito de stress de Selve, definiu este como uma resposta não específica do corpo às exigências impostas sobre o mesmo, originando uma procura inespecífica por atividade. Os stressores são definidos como estímulos que desencadeiam stress, podendo ser positivos os negativos e capazes de provocar situações de crise. (Lawson, 2022).

Este modelo permite orientar a ação da enfermagem, em especial na Saúde Mental, pois permite olhar para o doente como um ser holístico: um ser com variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento que estão organizadas num todo interrelacionado e em constante interação com o ambiente e visando o bem-estar do mesmo (Neuman & Fawcett, 2011). Neuman expõe

diversos conceitos no seu modelo, assim, vamos proceder à exploração dos conceitos fundamentais por meio da definição, para uma compreensão coesa do modelo de Neuman.

Betty Neuman, apresenta o conceito de pessoa, como uma parte integrante do seu quadro conceptual, compreendendo a pessoa como um dos componentes essenciais do seu modelo. Neuman explicita este conceito considerando o ser humano como sistema: o ser humano como um sistema aberto, que inclui diversos componentes interdependentes, sendo a pessoa um desses componentes e representa o indivíduo como um todo. Neste sistema, podemos identificar cinco variáveis: a fisiológica referente ao corpo biológico e suas funções, a psicológica que diz respeito ao processos e relações da mente, a sociocultural que engloba papéis e relações sociais, a do desenvolvimento relacionadas com as etapas/fases do ciclo da vida e a espiritual relativa às crenças de vida. No âmbito da resposta ao stress a autora considera a pessoa como um sistema que responde ao stress do ambiente que o envolve e admite que a pessoa está em constante interação com o seu ambiente e que esta interação pode resultar em stress (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Neuman introduz na sua teoria o conceito de linha de defesa e linha de resistência para representar a capacidade da pessoa se proteger contra o stress, tendo a pessoa as suas próprias linhas de defesa e resistência, que são afetadas por fatores como a saúde mental. A linha de defesa flexível (representada por um círculo externo de traço descontínuo) atua como protetor, cujo objetivo é prevenir a invasão por parte dos stressores no sistema cliente e proteger a linha normal de defesa. No que concerne, à linha normal de defesa, esta é exemplificada como uma linha firme e dinâmica que pode variar em tamanho ao longo do tempo. Essa linha representa o estado de bem-estar típico conhecido pelo cliente. Numa avaliação inicial, é importante identificar esse nível de bem-estar como um ponto de referência para detetar qualquer alteração posterior. Encontram-se ainda as linhas de resistência, que são representadas por uma série de círculos tracejados. Essas linhas de resistência simbolizam os recursos ou fatores protetores, tanto internos quanto externos, que são ativados quando os fatores de estresse conseguem ultrapassar a linha normal de defesa. Eles auxiliam o cliente na defesa contra esses fatores, desencadeando uma reação de intensidade variável. Se estas linhas funcionarem eficazmente há uma redução dos sinais/sintomas ou mesmo uma reversão dos fatores de stress, contudo se falharem a sua função, pode resultar num dano no estado de saúde ou até mesmo na morte (Lawson, 2022).

A autora atenta ainda no conceito de adaptação, considerando que a pessoa tem a capacidade de se adaptar às influências do ambiente, podendo esta ser positiva (proporcionando estabilidade) ou negativa (levando ao desequilíbrio), assim como nos conceitos de prevenção e promoção da saúde, enfatizando a importância da prevenção como forma de manter a saúde e o bem-estar, envolvendo evitar

ou lidar com o stress de maneira eficaz para manter o equilíbrio do sistema (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Betty Neuman, define o ambiente na sua Teoria do Modelo de Sistemas de Neuman, como um dos principais componentes que tem influência na saúde e no bem-estar do cliente. O ambiente pode ser uma fonte de stress, mas também é um elemento no qual o cliente precisa se adaptar para manter a sua estabilidade. A enfermagem desempenha um papel fundamental na mediação entre o cliente e o ambiente, promovendo a adaptação saudável e a prevenção do desequilíbrio (Lawson, 2022).

Na Teoria do Modelo de Sistemas, são definidos três ambientes inter-relacionados que influenciam a saúde e bem-estar da pessoa no seu sistema, sendo eles: interno ou intrapessoal (que se refere ao ambiente mais próximo do cliente, onde se incluem fatores internos e biológicos que afetam a saúde) e externo, que pode ser inter ou extrapessoal. O ambiente externo interpessoal respeita a soma de todas as condições, influências e fatores externos que cercam o cliente, como o ambiente físico onde o cliente vive, valores, crenças e práticas culturais, condições financeiras, crenças religiosas e espirituais. Já o ambiente externo extrapessoal é criado de modo a facilitar a adaptação e a promover a saúde, ajudando o cliente a lidar com os stressores e manter o equilíbrio (Neuman & Fawcett, 2011).

É ainda concebida uma representação do bem-estar onde a saúde é entendida como sendo um estado dinâmico de equilíbrio e adaptação, onde o cliente consegue responder eficazmente às influências do ambiente. Assim, quando o cliente se consegue adaptar ao ambiente, a saúde do mesmo é mantida. A saúde está relacionada com a capacidade do cliente se adaptar às mudanças dos stressores do ambiente, sendo essencial manter a saúde e o bem-estar mesmo quando confrontado com desafios. Os enfermeiros são entendidos como agentes facilitadores da adaptação saudável do cliente ao ambiente, desenvolvendo um papel crucial na identificação de stressores e no fortalecimento das linhas de defesa (Neuman & Fawcett, 2011).

Neuman, vê a enfermagem, como uma disciplina holística que assume uma abordagem integral em relação à pessoa, concebendo esta disciplina como uma profissão que se centra em todas as variáveis que exercem influência nos clientes, tendo como intuito a estabilidade do cliente. A abordagem de Neuman coloca ênfase na compreensão das complexas interações entre o cliente e o ambiente, tendo como objetivo proporcionar cuidados centrados no cliente (Aylward, 2010; Lawson, 2022). Na teoria de Betty Neuman, as ações de enfermagem são fundamentais, referindo-se a uma abordagem preventiva que os enfermeiros adotam para manter a saúde e o bem-estar do cliente, bem como para prevenir desequilíbrios no sistema do cliente causados por stressores ambientais. Os



enfermeiros assumem, um papel proativo na manutenção do equilíbrio e a saúde do cliente, tendo um compromisso na promoção e proteção do cliente (Aylward, 2010).

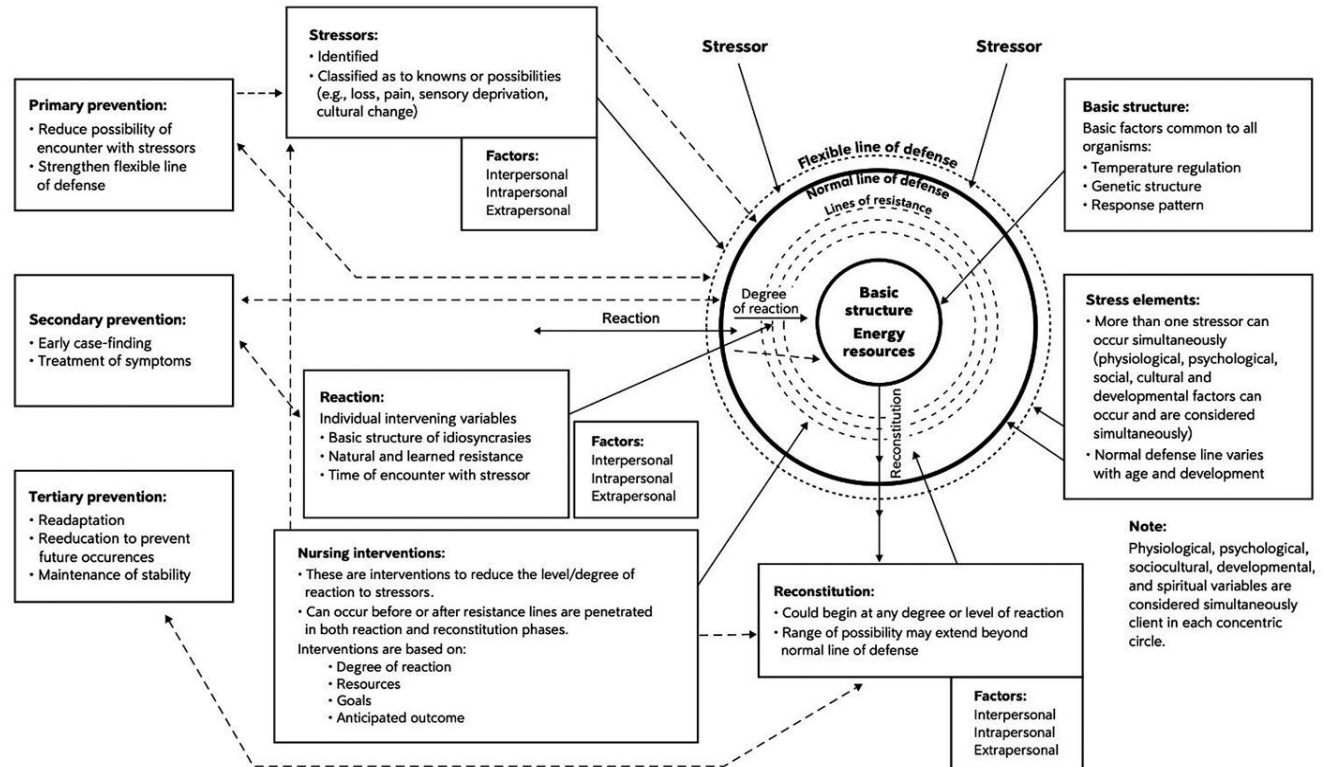


Figura 2- Modelo de Sistemas de Neuman  
Fonte: Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The neuman systems model* Pearson.

Considerando as utentes onde foram desenvolvidos os locais de estágio, conseguimos criar um exemplo prático da aplicação da teoria do modelo de sistemas de Neuman. Tendo como base o cuidado a utentes com diagnóstico de ansiedade, visto ser esta predominante e transversal na população onde se desenrolou o estágio. Assim, considerámos, na nossa prática clínica, os seguintes conceitos:

**Stress:** O stresse para estas pacientes incluía preocupações constantes, ataques de ansiedade/pânico e dificuldade em funcionar no dia a dia. O diagnóstico de ansiedade representava uma fonte significativa de stress que ameaçava o equilíbrio do sistema de saúde mental das clientes.

#### Linhas de defesa e linhas de resistência:



**Linha de defesa:** as linhas de defesa incluíam recursos do paciente, tais como apoio familiar e acesso a terapêutica que ajudava no controlo da ansiedade.

**Linhas de resistência:** estas representavam os limites até onde os pacientes podiam ser sujeitos a situações de stress antes de ocorrer uma reação de adaptação negativa. Por exemplo, se a cliente não recebesse tratamento adequado ou enfrentasse eventos stressantes adicionais, podia vir a ultrapassar a sua linha de resistência, resultando no agravamento dos sintomas de ansiedade.

O modelo de sistemas de Neuman influenciou ainda a realização de determinadas intervenções em enfermagem nomeadamente:

- Identificar os stressores: O enfermeiro especialista em saúde mental identifica os stressores específicos que desenvolvem os sintomas de ansiedade no paciente, podendo incluir situações sociais, situações do passado ou fatores de stress atuais.

- Fortalecimento das linhas de defesa: O enfermeiro trabalha com o cliente para fortalecer as suas linhas de defesa, podendo envolver apoio emocional e envolvimento da família no plano de tratamento.

- Redução do stress: O enfermeiro ajuda as clientes a desenvolver habilidades e a gerir o seu stress, como exemplo atividades que envolvam técnicas de relaxamento.

- Monitorização e prevenção: O enfermeiro vai avaliando de perto a ansiedade das clientes e os seus progressos no tratamento, tentando prevenir a ultrapassagem das linhas de resistência, para que não ocorram crises de ansiedade.

Em suma, a Teoria de Neuman fornece dados importantes que nos auxiliam na compreensão das reações de adaptação do cliente ao stress, neste exemplo prático, relacionado com a ansiedade. A personalização dos cuidados ao cliente tendo por base esta Teoria, ajuda-nos a uma adaptação saudável dos clientes, resultando numa vida significativa e com maior qualidade.

### 3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O presente relatório de estágio representa uma componente de avaliação dos estágios realizados no contexto da unidade curricular Estágio Final, tendo o estágio I sido realizado de maio de 2022 a junho de 2022, num serviço de internamento de doentes crónicos, e o estágio final de setembro de 2022 a janeiro de 2023, numa estrutura de reabilitação comunitária, ambos realizados numa unidade de saúde de referência na prestação de cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria, na área da grande Lisboa.

A orientação clínica esteve à tutela de um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica que exerce funções na instituição. No que concerne, à orientação pedagógica foi destinada ao Professor Doutor Raúl Alberto Carilho Cordeiro.

Sendo o estágio imprescindível e fulcral para a formação de profissionais, esta fase da formação assegura a oportunidade dos estudantes desenvolverem conhecimentos teóricos previamente adquiridos no período pedagógico. Este processo é conseguido através de algumas confrontações com a realidade assistencial, onde a prática reflexiva promove no estudante a reflexão sobre as suas ações, assim como uma reflexão sobre as próprias reflexões já realizadas (Schon, 1983).

Assim, o estágio promove, através da prática, na formação do enfermeiro, experiências cruciais para que o estudante se torne competente e seguro em práticas futuras, otimizando a empatia e compreensão em relação ao outro. Podemos, assim, considerar esta fase da formação um momento de análise, onde há espaço para serem apreciadas as intervenções do estudante, ponderando mecanismos a desenvolver perante situações futuras (Rabiais & Amendoeira, 2013).

A escolha dos locais de estágio, foi realizada de forma consciente e ponderada, tendo por base os objetivos para o curso de mestrado, com área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. O local de estágio I, foi eleito por ser um serviço de doentes crónicos, sendo um contexto desconhecido, onde a realidade existente passa por possuir somente indivíduos com perturbações mentais de evolução prolongada, suscitando interesse acerca das intervenções especializadas de enfermagem implementadas, contribuindo para uma melhoria crescente enquanto profissional, prestando cuidados diferenciados nesta área de atuação. Este internamento é destinado a indivíduos cujas condições psiquiátricas persistentes exigem cuidados contínuos, que não podem ser adequadamente resolvidos em contexto de ambulatório ou comunitário, sendo composto por 30 utentes. Este internamento, inclui uma equipa multidisciplinar composta por 13 enfermeiros, dos quais 4

enfermeiros possuem o título de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, 7 assistentes operacionais, 2 médicos psiquiatras, 2 assistentes sociais e 1 psicólogo clínico.

Relativamente, ao estágio final, este foi desenvolvido em contexto comunitário, numa estrutura de reabilitação, que se apoia na atuação ativa da comunidade no processo de recuperação e reintegração de pessoas com condições de saúde mental ou dependências químicas tendo esta unidade capacidade de resposta para 5 utentes. Aqui, são oferecidos serviços e atividades terapêuticas, como sessões de aconselhamento, grupos de apoio, treino de competências sociais e atividades de cariz ocupacional, tendo como principal foco a promoção da inclusão social, a autonomia e bem-estar dos indivíduos, favorecendo a reintegração na sociedade e melhoria da qualidade de vida das pessoas. A família, é reconhecida e envolvida nestes processos, sendo ainda facultado apoio familiar, aconselhamento familiar e orientação para consolidação dos laços na família e amigos.

Esta estrutura de reabilitação comunitária inclui uma equipa multidisciplinar composta por 3 enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, 1 médico psiquiatra, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo clínico e 1 assistente operacional. Estes trabalham em parceria com o intuito de fornecer um extenso suporte individualizado aos utentes alvo de projetos de reabilitação. Esta estrutura, por proporcionar uma abordagem holística e direcionada para o doente, dispõe-se a apoiar os indivíduos a ultrapassar adversidades, alcançando habilidades funcionais e integrando a comunidade de uma forma expressiva e significativa.

## 4. METODOLOGIA DE PROJETO

As doenças mentais são estados que afetam a saúde mental e o funcionamento emocional, comportamental e cognitivo de um indivíduo, acarretando grande sofrimento, originando repercussões negativas na qualidade de vida dos mesmos. Cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de doenças mentais, correspondendo a 12% da carga mundial de doenças, sendo estas patologias altamente incapacitantes e de alta mortalidade (World Health Organization [WHO], 2001). Segundo o relatório *Health at a Glance 2018*, da OCDE, 18,4% dos portugueses padece de doença mental, fazendo com que Portugal seja considerado um dos países com a maior predominância de doenças mentais em indivíduos adultos (Ministério da Saúde, 2018). Aproximadamente 4% da população adulta portuguesa sofre de doença mental grave, sendo nesta que a comorbilidade acresce 20% em casos de dois diagnósticos e 50,2% aquando três ou mais diagnósticos (Almeida & Xavier, 2013). Note-se ainda que a família deve ser envolvida em todo o processo de doença, sendo incitada a participar e a cooperar em todos os procedimentos educativos essenciais à recuperação (ACS, 2008).

Por vezes, o estágio é interpretado como um momento de aplicação direta da prática. No entanto, este momento adquire elevada importância no fortalecimento das competências pedagógicas anteriormente adquiridas, bem como uma conceção do saber pessoal, permitindo-nos adquirir competências específicas, raciocinar e produzir sentido crítico de acontecimentos vivenciados, prevendo que tipo de profissional seremos. É nos contextos de estágio que é permitida a separação das boas e más práticas, permitindo a diferenciação dos cuidados (Alarcão & Rua, 2005; Peixoto & Peixoto, 2017).

Cuidados diferenciados obriga à existência de profissionais qualificados e possuidores de aptidões, tanto técnicas quanto humanas e só assim é possível objetivar um cuidado com ganho e expressão significativa. Sendo os cuidados em enfermagem na área da saúde mental essenciais para o bem-estar dos doentes, o profissional deve conseguir ser impulsionador de um ambiente terapêutico. Assim, os detentores de competências específicas nesta área deverão assegurar um correto planeamento das intervenções e projetos a desenvolver (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Neste estágio foi aplicada a metodologia de projeto, tendo o mesmo partido das utilidades reais e de motivação individual. A metodologia de projeto pode ser vista como reflexiva, uma vez que tem como base uma revisão sistemática, sendo este um modo de pesquisa que procura reunir e analisar as evidências disponíveis acerca de uma temática, com o intuito da identificação de problemas e a preparação prática. A Metodologia de projeto permite fazer a ligação entre a teoria e a prática, tendo



como fim a resolução de problemas, sendo possível através da mesma alcançar capacidades e competências de aspetos pessoais para a formulação e execução de projetos numa vivência real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Deste modo, assume-me a metodologia de projeto por “(...) conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra, 1994 cit. por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.3). Esta adota características fulcrais como uma atividade intencional que assume a obtenção dos objetivos estabelecidos, pretendendo a autonomia e iniciativa de quem executa, exigindo fidedignidade e inovação, no que respeita ao problema, assumindo-se com um carácter longo e faseado, que ocorre num espaço de tempo que envolve a passagem das fases da metodologia (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A metodologia de projeto é composta por cinco fases, sendo elas designadas por: (Ruivo et al., 2010).

- Diagnóstico de situação;
- Definição de objetivos;
- Planeamento;
- Execução;
- Avaliação;
- Divulgação dos resultados obtidos.

O projeto desenvolvido é entendido como um recurso de grande relevo e utilidade, sendo possível através do mesmo obter e mobilizar competências específicas do EESMP, através da prática especializada, permitindo uma intervenção ativa na otimização de competências emocionais, uma vez existirem estudos que evidenciam a redução da progressão de sintomatologia funcional através da promoção de competências sociais e pessoais em indivíduos com doenças mentais e um melhoramento funcional dos mesmo (Ottavi et al., 2014). Cerca de 70% do nosso quotidiano tem por base a comunicação. Desta forma, as competências emocionais são imprescindíveis na relação social, pois suprimem grande parte das nossas necessidades (Kuk, Czechowski, & Femiak, 2015).

#### **4.1 Diagnóstico de situação**

A primeira etapa da metodologia de projeto é designada de diagnóstico de situação. Esta tem como intuito elaborar um mapa cognitivo acerca da situação-problema identificada, tendo por sustentação um modelo descritivo da realidade onde iremos atuar, de forma a causar mudanças ou alterações. O projeto de saúde deve ter a capacidade de otimizar benefícios num espaço de tempo, produzindo mais-valias que possam perdurar, e que mesmo no desaparecimento do projeto possam permanecer os seus efeitos. Deve ainda conceber dinâmicas na equipa multidisciplinar, dando abertura a outros projetos, sobretudo na equipa de enfermagem e possibilitar o desenvolvimento global, irreversível e inovador, de forma independente, atendendo aos recursos que existem. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Aquando da formulação de um projeto de saúde, deve ser realizada uma análise das necessidades da população onde pretendemos atuar, pois não é possível realizar uma intervenção sem que tenha existido uma eficaz colheita de informação, devendo ainda ser analisado o contexto social, cultural, económico onde se encaixa o problema, bem como as potencialidades e instrumentos de mudança (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Sendo o ser humano visto como um ser social e enquadrado num ambiente composto por outros indivíduos e com quem desenvolve relações sociais, estes são sujeitas a competências individuais, quer seja a nível da expressão quer seja do reconhecimento emocional, que são conhecidas no decorrer das interações estabelecidas ao longo dos anos da vida do indivíduo. As emoções constituem a base da comunicação, pois frequentemente são expressas por meio das expressões faciais e corretamente identificadas pelo outro, resultando em respostas adaptativas que fortalecem as interações sociais (Rua, 2012).

A literatura manifesta que as competências comunicacionais e sociais não se encontram desenvolvidas de forma idêntica em todas as pessoas, sobretudo em algumas perturbações mentais e emocionais, como é o exemplo na perturbação depressiva e esquizofrenia. (Anthony & Farkas, 2009, cit in Marques & Queirós, 2012)

No estágio I, foram prestados cuidados de enfermagem diferenciados aos 30 utentes internados no serviço de saúde mental e psiquiátrica de longa duração, bem como a inclusão da família e pessoas significativas. Neste local de estágio, e em diálogo com o enfermeiro orientador foi-me apresentada a realidade vivida em contexto pandémico, tendo as pessoas assistidas cumprido as medidas de saúde pública impostas. As utentes permaneceram em confinamento à semelhança da população portuguesa.

Contudo, após o levantamento destas medidas foram visíveis alterações comportamentais e emocionais nestas pessoas assistidas.

Com a concretização das medidas de saúde pública, no âmbito da pandemia por COVID-19, foram reconhecidas visíveis alterações na qualidade de vida das pessoas assistidas, causando implicações na vertente psicopatológica e psicossocial. As medidas aplicadas poderão ter provocado ou exacerbado sensações de ansiedade, solidão, desesperança, medo da morte ou ideação suicida (Brown *et al.*, 2020).

Assim, no período em que ocorreu o estágio, existiu a possibilidade, em conjunto com o enfermeiro orientador e em parceria com mais duas enfermeiras, de realizar um estudo qualitativo com utilização de um guião de entrevista estruturada, com questões abertas aplicadas às pessoas assistidas. Permitindo sintetizar o impacto do confinamento nas pessoas assistidas, resultando daí um poster intitulado por *“Impacto do confinamento na qualidade de vida da pessoa com doença mental numa unidade de longo internamento”*, sendo posteriormente apresentado no XIV Congresso de Psiquiatria- Acessibilidade em Saúde Mental- Incluir e Integrar (Apêndice I).

Grande parte dos indivíduos que enfrentam problemas de saúde mental, suportam desafios emocionais adicionais, tais como a solidão, a ansiedade, dificuldades no relacionamento e isolamento e ideação suicida. Deste modo, é benéfico o incremento de competências emocionais, podendo desenvolver funções significativas no que concerne à qualidade de vida e ao tratamento das pessoas que padecem de doença mental (Alves, Ribeiro & Campos, 2012).

À semelhança do que se defende no regulamento n.º356/2015 (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental), a enfermagem possui um papel imprescindível na otimização de competências emocionais de doentes mentais, pois são profissionais de saúde dotados de uma posição única, no que diz respeito, a cuidados de saúde e apoio emocional diretos ao doente. De modo que sejam otimizadas as competências emocionais, é necessário:

- O estabelecimento de uma relação terapêutica, com base numa relação de confiança e empatia, que se torna essencial para a expressão dos medos, emoções e preocupações;
- Apoio emocional de forma contínua, validando as emoções dos doentes e permitindo que fortaleçam mecanismos para lidar com os mais diversos obstáculos emocionais;
- Monitorizar o bem-estar emocional, intervindo atempadamente aquando sinais e agravamento emocional;

-Educar sobre otimização emocional, por meio de mecanismos de autorregulação emocional;

-Prevenir o estigma, proporcionando uma abordagem compassiva e de entendimento pelos doentes.

Deste modo, compreendemos que para o desenvolvimento de competências emocionais é essencial o apoio de profissionais da área de saúde mental, como é o exemplo dos enfermeiros EESMP, uma vez que poderão intervir e aprovisionar orientações específicas para cada pessoa.

No Estágio final, com vista à execução de um diagnóstico de necessidades, e em parceria com o enfermeiro orientador discutiu-se quais os utentes em que se iria intervir, e nos quais esta intervenção teria maior impacto. Desta maneira, elegeu-se 3 utentes, nos quais se interveio com o objetivo de solucionar as necessidades levantadas. No que concerne ao diagnóstico de necessidades, este foi efetuado em conjunto com os próprios utentes.

Existiu uma procura pelo desenvolvimento das competências emocionais, sobretudo consciência emocional e regulação da mesma, através diversas atividades, que visam a prestação de cuidados de enfermagem especializados a doentes residentes numa estrutura de reabilitação comunitária e as suas famílias. Uma vez que a família assume um papel fulcral no processo de cura, estes devem ser chamados e incitados a ter um papel ativo, a receber os treinos e ensinamentos necessários, pois tanto a família como o doente devem ser envolvidos na mudança (ACS, 2008).

Sendo necessário entender para avaliar, e para existir uma execução eximia é preciso avaliar, as intervenções do EESMP, sendo separadas em dois momentos distintos, a colheita de dados e diagnóstico e intervenções.

### Colheita de Dados

Para se erguer o diagnóstico de enfermagem, é fulcral existir previamente uma sólida colheita de dados, assim, usou-se a entrevista de ajuda, a avaliação e o processo de enfermagem. A entrevista é um instrumento essencial em Enfermagem e pode ser definida como:

*“um tipo particular de interações verbais e não verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar*



*em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim” (Chalifour, 2009:59).*

A escolha a entrevista de ajuda é fundamentada pelo facto de os indivíduos inseridos na estrutura comunitária carecerem de uma transformação do seu comportamento e vivências, sendo este tipo de entrevista preciosa para o entendimento do que o doente faz, das suas emoções, das suas perceções e das suas sensações.

*“A entrevista “de ajuda” tem como objetivo a compreensão profunda (ou renovada) do que se passa para o que pede ajuda, a descoberta do modo como experimenta a situação que lhe causa problema, a clarificação progressiva da sua vivência e a descoberta de meios ou recursos que permitem uma mudança” (Salomé,1986, citado por Chalifour, 2009: 58).*

Segundo Chalifour (2009), a entrevista de ajuda acontece no decorrer de etapas, que o autor divide em antes da entrevista, o início da entrevista, o corpo da entrevista, o fim da entrevista e o após a entrevista.

Antes da entrevista, o profissional de saúde deverá deixar clarificadas as perspetivas e expectativas no que respeita ao encontro com o doente, devendo ser estabelecido o dia em que o encontro ocorrerá, de modo que exista recetividade para todos os intervenientes. Deve ainda existir uma escolha dos meios que serão usados, bem como uma validação da sua acessibilidade e garantir aptidões individuais para que sejam aplicados. No que concerne ao local de encontro, este deverá ser escolhido atendendo à sua acessibilidade, informando os colegas do local e hora onde ocorrerá a mesma (Chalifour, 2009).

No que se refere ao corpo da entrevista este deverá ser explicado no início da interação, informando o utente relativamente ao objetivo, às modalidades e quais as etapas que advém. O profissional, terá de nortear o corpo da entrevista, com base nas temáticas que surgem e que serão suscetíveis de exploração. Deverá existir durante a entrevista o estabelecimento de um contacto, devendo o mesmo ser valorizado e mantido, e sempre que necessário deverão ser lembrados os objetivos da entrevista. É nesta fase que o interveniente assegura que o progresso da mesma cumpre as modalidades previstas, ainda que seja possível realizarem-se ajustamentos que sejam fundamentais, sendo por isso, importante que o interveniente entenda que as modalidades são um meio para alcançar um determinado objetivo. O profissional deve estar sistematicamente atento aos aspetos determinados com o cliente a respeito do desenrolar da entrevista (Chalifour, 2009).

No fim da entrevista, a conclusão é alcançada aquando se conquista o objetivo proposto ou quando o tempo estabelecido é findado, terminando no exato momento em que existe a separação dos indivíduos, sendo o profissional responsável por informar que o encontro está a acabar, relembrando os objetivos da entrevista no caso ser uma única entrevista ou analisando os progressos, se for uma sucessão de entrevistas, salientando os objetivos do posterior encontro, se for o caso.

É da responsabilidade do enfermeiro clarificar ao cliente as modalidades na entrevista, podendo o cliente querer terminar antecipadamente ou pelo contrário querer prolongar. O profissional deve validar se o cliente recuperou do estado de retorno que poderá ter ocorrido, devido à terapia. A avaliação do encontro é essencial, uma vez que servirá para ajustar o processo ou efetuar alterações que sejam relevantes nos encontros seguintes, se existirem encontros previstos. Neste último caso, o terapeuta deve confirmar o local, data e hora do próximo encontro.

Na etapa denominada de após a entrevista, as incumbências a realizar são fulcrais tanto para o cliente como para o terapeuta. É durante os minutos iniciais que o terapeuta deve vistoriar os momentos do encontro, existindo a possibilidade de fazer registos no processo do cliente e atualizar, se necessário o plano de intervenção. Aqui, deve existir ainda espaço para se refletir sobre o que se sentiu nestas fases.

Na recolha de dados recorreu-se à entrevista de ajuda, um questionário sociodemográfico (Apêndice II) e um questionário de competência emocional (Apêndice III). Este último foi desenvolvido com base no ajuste da escala de Veiga Branco de competência emocional (2010), que se norteia nas competências emocionais preconizadas por Goleman (1995), englobando a autoconsciência, a Regulação Emocional e a competência social. Todas as questões que são apresentadas no questionário incluem respostas numa escala psicométrica com 7 opções, em que 1 corresponde a nunca e 7 a sempre. Sendo possível identificar um padrão nas utentes alvo deste questionário. As três utentes apresentam dificuldade em reconhecer e gerir as suas próprias emoções, dificuldade na gestão comportamental e na construção de relações saudáveis.

### Diagnósticos e Intervenções

Por meio das competências adquiridas, o EESMP tem a competência para definir diagnósticos à pessoa, família, grupo e comunidade (OE, 2018). A formulação de um diagnóstico de enfermagem deve ser baseada com a colheita de dados, não devendo conter sinais ou sintomas, sendo apenas característica da área de enfermagem e não das demais áreas (Amaral, 2010).

Segundo Carvalho (2012), tendo em conta a CIPE o diagnóstico de enfermagem pode ser definido por um “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem” e à intervenção, que se refere à “ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem” (Carvalho, 2012). Deste modo, o diagnóstico advém de uma avaliação prévia do enfermeiro acerca de um alvo de atenção (Sequeira, 2006).

Contudo, além de se utilizar diagnósticos de enfermagem enunciados à luz da CIPE, é benéfico e enriquecedor englobar no projeto a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), facilitando a identificação do problema de saúde quer reais quer potenciais, formulando intervenções de enfermagem eficazes que atendam às necessidades dos clientes.

No que concerne às intervenções de enfermagem, estas têm como finalidade trazer resultados positivos ao utente, havendo desta forma ganhos na saúde. Com base em fundamento científico e no juízo crítico do enfermeiro, estabelecem-se as intervenções de enfermagem, sendo estas focadas em atividades direcionadas ao utente. Segundo, Carvalho (2012): “As intervenções derivam da aplicação das atividades de diagnóstico visando a identificação de problemas e têm um papel de extrema importância para a construção de um plano de cuidados para o doente/família (Carvalho, 2012, p.53).

“Entende-se por intervenção de enfermagem uma ação realizada por um enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem e que tem potencial para facilitar os processos de transição que a pessoa vivencia numa situação de saúde/doença, quer seja pela via da redução dos sinais/sintomas, quer pela via da capacitação da pessoa para lidar com a situação.” (Carvalho, 2012, p. 56).

Assim, após serem estabelecidas as intervenções, o EESMP, deverá procurar solucionar os diagnósticos previamente identificados, tendo sido delineado um plano de cuidados de enfermagem de acordo com o CIPE (Apêndice IV)

Todos os utentes que integram o local onde se procedeu à realização do estágio, e junto dos quais existiu a possibilidade de intervir, apresentavam em comum: ansiedade, comunicação verbal comprometida, comunicação familiar comprometida, socialização comprometida, processo familiar comprometido e autoconhecimento diminuído.

A utente I, de 48 anos, sexo feminino com diagnóstico médico de perturbação afetiva bipolar, admite com clareza a dificuldade em gerir os seus sentimentos intensos de preocupação, nervosismo e medo em relação a situações futuras, bem como a sobrecarga emocional causada por pressões tanto



externas como internas, levando a sentimentos de tensão e incapacidade de lidar com as demandas e ainda questões que afetam as relações familiares e de amizade. Manifesta a possibilidade de melhorar comportamentos, identificando os benefícios que resultariam dessa mudança.

A utente II, de 50 anos, sexo feminino com diagnóstico de depressão, admite sentimentos de tristeza, anedonia, isolamento social e falta de conexão emocional com os demais, mesmo estando rodeada de pessoas afetando os relacionamentos com família e amigos. Refere também sentimentos de incerteza e falta de confiança em si mesma e nas suas decisões. Apesar do esforço em mudar o seu comportamento, os resultados mantêm-se pouco expressivos.

A utente III, de 57 anos, sexo feminino com diagnóstico de Perturbação Esquizaafetiva revela sentimentos de desvalorização e falta de confiança em si, levando a uma visão negativa sobre as suas capacidades e habilidades, falta de conexão emocional e sentimentos de frustração. Manifesta explosões emocionais, comportamentos por vezes mais agressivos e problemas familiares. Ainda que se seja notório um esforço em mudar o seu comportamento, os resultados são pouco visíveis.

## **4.2 Definição dos Objetivos**

Os objetivos podem ser enquadrados na metodologia de projeto, sendo que estes “assumem-se como representações antecipadoras centradas na ação a realizar, ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de ação” (Barbier et al, 1996 citada por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 18).

O projeto de intervenção não tem a intenção de apenas nas sessões que decorreram no estágio alcançar transformações muito expressivas, tendo sim como principal finalidade ajudar os indivíduos participantes a iniciar um processo de otimização de competências emocionais, ajudando a responder eficazmente aos desafios do quotidiano, tendo uma vida mais positiva e em união consigo e com os outros.

Assim, o objetivo deste projeto é implementar uma orientação de cuidados ESMP, que potencialize as competências emocionais, permitindo gerir eficazmente as condições de saúde das pessoas assistidas. A proposta de intervenção exposta traduz-se num projeto de intervenção de enfermagem que pretende aumentar a competência emocional no indivíduo e a sua família, baseando-se na teoria dos sistemas de Betty Neuman.



Tendo sido previamente identificados os problemas/necessidades da população-alvo, neste subcapítulo são definidos objetivos. Estes “devem obedecer a alguns itens, sendo estes: claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (Gouveia et al. citados por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010:19).

Este projeto, não tem o intuito de atuar em todos os diagnósticos de enfermagem ativos, contudo com o alcançar dos objetivos traçados é possível um ganho em diversas áreas da vida dos indivíduos. O projeto implementado teve em consideração a fase de tratamento dos indivíduos, pois este requerer que se encontrem na ausência de alterações de pensamento e da percepção, pois deverão estar cientes e envolvidos em todo o processo. Assim, é crucial traçar objetivos claros para que o plano de intervenção seja realizável. Para além de um objetivo geral, devem ser descritos objetivos específicos, visto serem estes que indicam quer os conhecimentos quer aptidões que os participantes devem adquirir no decorrer do processo de formação, partindo da divisão de um objetivo geral em princípios elementares.

No que concerne ao projeto desenvolvido, foram traçados os seguintes objetivos:

#### Objetivo Geral

- Otimizar competências emocionais na população-alvo

#### Objetivos Específicos

- Disponibilizar apoio emocional à população-alvo;
- Promover sinergias entre o cliente e a família;
- Incentivar as relações interpessoais;
- Promover o conhecimento acerca de literacia emocional;
- Desenvolver competências sociais e emocionais;
- Promover hábitos de vida saudáveis;
- Promover a inclusão na comunidade;

### **4.3 Planeamento**

Assim que definidos os objetivos, dá-se início à fase do planeamento. Esta fase é definida como a terceira fase de um projeto, sendo nesta etapa que deve ser traçado um esboço do projeto, reconhecer as limitações, estabelecer as atividades a elaborar pelos vários elementos do grupo, realizar um

levantamento dos recursos que serão necessários, técnicas de pesquisa e realizar a calendarização do respetivo projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Após o início do estágio e de ter debatido com o enfermeiro orientador as necessidades da nossa população-alvo, foram planeadas estratégias que respondam eficazmente às carências identificadas. Considerámos que seria útil a realização de um conjunto de atividades semanais com os utentes, abordando temáticas às quais houvesse receptividade por parte dos participantes, com o intuito de melhorar as competências emocionais nos clientes, nomeadamente no que concerne à gestão dos relacionamentos, habilidades sociais e autorregulação emocional. Em todas as atividades desenvolvidas existiu sempre o compromisso de parte a parte para o planeamento da próxima semana.

No começo, houve a necessidade de se estabelecer uma relação terapêutica, com vista ao êxito pretendido para este projeto. Inicialmente tentou-se ganhar confiança, conexão emocional e colaboração entre o enfermeiro e o cliente. Sendo esta fase inicial imprescindível para o desenvolvimento de um ambiente seguro e acolhedor, onde o cliente se sinta confortável para explorar os seus sentimentos, pensamentos e desafios emocionais.

Este projeto, destina-se a ser aplicado aos clientes da estrutura de reabilitação comunitária, que respeitem os critérios de inclusão estipulados:

- Pertencer à estrutura de reabilitação;
- Clientes com disponibilidade e capacidade cognitiva para participar no projeto;

Para que exista um correto funcionamento do projeto houve a necessidade de garantir como recursos humanos, 1 EESMP e diversos recursos materiais necessários à implementação das diversas atividades elaboradas.

As intervenções desenvolvidas junto dos clientes no decorrer das semanas procuraram otimizar competências, promovendo estilos de vida mais saudáveis na sociedade e ampliar a literacia dos clientes no que respeita aos problemas previamente identificados.

Nesta lógica, durante o estágio foram realizadas atividades de sensibilização à temática de gestão emocional, resiliência emocional, autoestima e autoaceitação, autocuidado e relacionamentos saudáveis.

#### **Atividade I- Círculo de partilha emocional**

A atividade foi destinada às três utentes, tendo por objetivo fomentar a empatia, comunicação emocional e apoio mútuo entre utentes, num ambiente seguro e terapêutico, fortalecendo os seus relacionamentos e otimizando a capacidade de escutar com interesse genuíno o compartilhamento de sentimentos e experiências do outro.

#### **Atividade II- Cartas de gratidão**

A atividade foi desenvolvida com as três utentes, com o principal intuito de fomentar a expressão de gratidão e fortalecer as conexões emocionais entre os pacientes e os membros da equipa de enfermagem.

#### **Atividade III- Caminhada meditativa**

Esta atividade envolveu todas as utentes do local de estágio, tendo o tido como objetivo a promoção do autoconhecimento, a conexão com as emoções e a redução do stress através de uma caminhada meditativa guiada

#### **Atividade IV- Caixa de emoções criativas**

A atividade envolveu todas as utentes do local de estágio, com o objetivo de estimular a expressão e exploração das emoções de forma criativa, usando diferentes formas artísticas para processar sentimentos.

#### **Atividade V- Cartas de gratidão em família**

A atividade em questão envolveu a utente I, II e III, com o fim de promover a conexão emocional e fortalecer laços familiares através da expressão de gratidão e apreço entre utentes e os seus familiares.

#### **Atividade VI- Escuta empática em família**

A atividade foi destinada às utentes I, II e III, com o objetivo de desenvolver a habilidade da escuta empática entre pacientes psiquiátricos e seus familiares, promovendo uma comunicação mais saudável e compreensiva.

#### **4.4 Execução do Projeto**

Nesta fase é pretendido que exista a realização do projeto, conforme o planeado. É nesta fase que o projeto passa para a realidade “Neste sentido, o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, um “esboço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída.” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 23 citando Carvalho *et al*, 2001 e Nogueira, 2005)

“Na Execução é assumida uma praxeologia que possibilita a evidência dos princípios que norteiam a ação e a sua eficácia, isto se considerarmos que a execução foi transformadora como resultado duma análise da experiência” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 23 citando Carvalho *et al*, 2001).

Este projeto, sendo devolvido em contexto de estágio, permitiu ainda a aquisição de competências através do desenvolvimento da sua metodologia e temática.

#### **Atividade I- Círculo de partilha emocional**

Uma vez que as três utentes previamente selecionadas manifestaram grande dificuldade nos seus relacionamentos interpessoais e sendo a comunicação emocional um papel essencial nestes, esta atividade iniciou-se através de reunião com as três utentes, num ambiente tranquilo e seguro para as três, sendo neste caso o sofá da sala definido como sala de terapia. Deste modo, permitiu-se que as pessoas se conectassem de forma genuína e profunda, através da capacidade de expressarem as suas emoções de forma autêntica e honesta.

Iniciou-se por explicar que a atividade se tratava de partilhar as emoções e experiências de forma respeitosa e acolhedora. Assegurando às utentes que não eram obrigadas a partilhar nada que as deixasse desconfortáveis, sendo que todos os presentes deviam respeitar a privacidade e confidencialidade dos demais.

Iniciou-se o círculo de partilhamento passando uma bola anti-stress em formato de lâmpada, como apresentada no apêndice V. Foi usado este objeto por proporcionar uma sensação de alívio e relaxamento durante momentos de stress e ansiedade, pois ao apertar a bola, a pessoa pode libertar



tensão e física e emocional, podendo auxiliar na regulação emocional e facilitando a canalização de emoções intensas, promovendo o bem-estar no utente. Este objeto serviu como um “objeto de fala”, ou seja, apenas quem o estava a segurar poderia falar, enquanto os outros ouviam com atenção.

Foi pedido ao primeiro participante que compartilhasse uma emoção ou experiência emocional que estivesse a enfrentar no momento, como o medo, alegria, tristeza ou esperança. Em todo o momento as utentes foram encorajadas a serem honestas e autênticas na sua comunicação, incentivando à transparência sobre os seus sentimentos, pensamentos e necessidades emocionais, tanto consigo quanto com os outros, pois esta habilidade é fulcral para a construção de relacionamentos genuínos e com significado.

Após o primeiro participante falar, podem optar por passar o objeto para o próximo participante, ou segurá-lo novamente e falarem mais se desejarem. O círculo de partilhamento continuou até que cada utente teve a oportunidade de falar sobre as suas emoções e experiências.

À medida que os participantes partilhavam as suas emoções, os demais foram incentivados a demonstrar empatia e apoio. Sendo elogiadas atitudes de escuta ativa e respeito emocional.

Após cada utente ter tido a possibilidade de se expressar pelo menos uma vez, e assim que deu por concluída atividade, foi promovida uma discussão acerca do que cada uma sentiu no decorrer do exercício, sendo questionadas acerca do aprendizado, descobertas e sentimentos que surgiram no círculo de partilhamento.

## **Atividade II- Cartas de Gratidão**

Esta atividade foi desenvolvida com a utente I, II e III. Inicialmente foi explicada a atividade às pacientes, enfatizando ser uma oportunidade de se expressar a gratidão e apreço por aqueles que as têm ajudado em diversas situações das suas vidas. Ser capaz de articular a nossa gratidão de forma clara e concisa, transmitindo os nossos sentimentos de forma efetiva é estar disposto a mostrar a nossa vulnerabilidade, deixando claro que valorizamos o que alguém faz por nós, gerando um efeito positivo em cascata, pois as nossas palavras de apreço podem inspirar ações generosas e de amor em retorno. Praticar a expressão de gratidão, pode fortalecer habilidades emocionais e melhorar o nosso relacionamento com os demais, podendo ainda resultar em sensações de bem-estar emocional e reforçar os laços afetivos.

Foi previamente comprado papel colorido, canetas e envelopes para cada utente, sendo o mesmo distribuído por cada uma no momento da atividade. Solicitou-se a cada utente que escrevesse uma carta de gratidão para uma pessoa, com a qual sintia uma especial conexão, podendo envolver amigos, membros da família, da equipa de enfermagem, equipa médica ou equipa de assistente operacionais.

As utentes foram encorajadas a serem específicas acerca dos motivos pelo quais estavam a agradecer a determinada pessoa e a compartilhar com ela o que a ajudou ou fez diferença na sua jornada de tratamento.

Após todas as participantes terem escrito as suas cartas, foram incitadas a compartilhar as mesmas, deixando claro que só o fariam se sentissem à vontade para o fazer. A utente II e III não quiseram partilhar, contudo a utente I sentiu-se disposta a fazê-lo, sendo incentivada a ler a sua mensagem em voz alta para o destinatário (caso o mesmo se estivesse presente na sala e estivesse disposto a participar). Como o mesmo não estava presente, foi motivada a entregar a sua carta pessoalmente à pessoa a quem se destinava a mesma. Após esta utente se ter expressado as outras duas utentes também elas quiseram ler as suas cartas.

No fim da atividade foram estimuladas a compartilhar as suas emoções e sentimentos sobre a experiência de escrever as cartas.

### **Atividade III- Caminhada Meditativa**

Com o objetivo de ajudar as utentes do local de estágio a se conectarem com os seus corpos e emoções, proporcionando consciência emocional, autoconhecimento e promoção de um estado de relaxamento e bem-estar, foi escolhido um local tranquilo na cidade de Lisboa, em Belém, em conexão com o rio, para a realização de uma caminhada meditativa. O local foi escolhido em conjunto com as utentes, tendo como ponto de partida o centro de tratamento. À chegada ao local, o grupo foi reunido em círculo e posteriormente realizada uma breve meditação de atenção plena (mindfulness), sendo a ideia fulcral estar consciente do que está a acontecer no momento, incluindo pensamentos, emoções, sensações físicas e o ambiente circundante, sem que exista qualquer julgamento.

Inicialmente, sentámo-nos todos na relva, numa posição confortável, mantendo a coluna ereta, para evitar sonolência, mas relaxando os ombros e o corpo. Começámos a respirar, concentrando-nos na nossa respiração, sentindo o ar a entrar e a sair do nariz., observando os pensamentos que vão surgindo, mas sem que haja apego aos mesmos, deixando-os passar, sem que exista qualquer apego emocional.

Além da respiração, tentou-se direcionar a atenção para as sensações físicas dos nossos corpos, os sons ao redor, as imagens que se veem e outros estímulos sensoriais, tentando dispersar os pensamentos, trazendo a mente para o momento que está a acontecer, concentrando-nos na respiração e nos estímulos, aceitando e estando consciente do momento que se vive.

Após serem dispensados alguns minutos para esta prática, foi explicada a caminhada meditativa, sendo solicitado a cada utente que caminhasse lentamente, prestando atenção em cada passo, na respiração e nas sensações físicas e emocionais que vão surgindo no decorrer do percurso.

Durante a caminhada, foram sendo feitas algumas pausas para conduzir a breves exercícios de *mindfulness*, como focar na respiração, observar o que nos rodeia com os olhos fechados ou direcionar a atenção para as sensações corporais.

Os pacientes foram motivados a manter um estado de curiosidade e abertura para as suas emoções enquanto caminhavam, sem qualquer julgamento ou pressa em compreendê-las.

Assim que se chegou ao destino final da caminhada, o grupo foi novamente reunido em círculo para uma breve sessão de partilha, onde existiu abertura para verbalizarem as emoções que surgiram no decorrer da atividade, sendo claro que só partilhariam se desejassem e se sentissem confortáveis para tal. De salientar que dentro das 3 utentes das quais a grande maioria das atividades incidem, somente a utente I quis partilhar a sua experiência.

#### **Atividade IV- Caixa de emoções criativas**

A atividade em questão permite de uma maneira criativa a exploração e processamento das emoções, podendo ser terapeuticamente benéfico para as utentes em questão, pois através da arte pode-se expressar emoções de forma segura e não ameaçadora, e auxilia a lidar com sentimentos intensos ou mais complexos.

Foram providenciados dentro um cesto um conjunto de materiais artísticos, como lápis de cor, canetas, tintas, recortes de revista, tintas, giz e papel colorido, como apresentado no apêndice VI. O grupo de utentes interessado foi reunido, total de 4 utentes, para participar na atividade. Sendo explicada a proposta da atividade: cada paciente escolherá uma ou mais formas de expressão artística da caixa para representar uma emoção que estivesse a sentir no momento. As utentes foram incentivadas a se aprofundarem na emoção escolhida, explorando suas nuances e características por meio da arte, sendo

ênfatisado que não há certo ou errado na criação artística, encorajando a liberdade de expressão e a ausência de julgamento.

No decorrer da atividade, o enfermeiro circulou pelo grupo, oferecendo apoio, incentivo e ouvindo qualquer reflexão ou compartilhamento que as utentes quisessem fazer.

No final da atividade, o grupo foi reunido em círculo para que fossem partilhadas as suas emoções criativas e cada paciente teve oportunidade de mostrar a sua criação e compartilhar as suas reflexões sobre a emoção que expressou através da arte.

As utentes foram estimuladas a uma discussão sobre a atividade e como afetou as suas perceções e compreensão das emoções. De referir ainda que todas as utentes quiseram partilhar com o grupo as suas emoções.

### **Atividade V- Cartas de gratidão em Família**

Esta atividade foi realizada apenas junto das três utentes previamente eleitas, sendo organizada uma sessão de terapia em grupo que incluiu as utentes e seus familiares significativos. Antes da formalização da atividade, foi discutido com as utentes se as mesmas estavam confortáveis e dispostas a participar, sendo que utentes quiserem participar demonstrando grande entusiasmo. As famílias foram informadas da atividade em questão pelo enfermeiro, sendo agilizado um dia conveniente para todos os participantes.

A sessão teve início, com uma breve explicação da atividade das "Cartas de Gratidão em Família", explicando que a ideia é que cada paciente escreva uma carta de gratidão para um ou mais membros de sua família, expressando seus sentimentos de apreço. Todo o material foi fornecido (materiais de escrita, como papel colorido, canetas e envelopes, para todos os participantes).

Foram incentivados a refletirem sobre os aspetos positivos e de apoio de suas relações familiares, sendo ajudados a identificar membros específicos da família a que eles gostariam de agradecer. Foi reservado tempo para que cada paciente escrevesse as cartas com calma e sinceridade e referido que na carta poderiam compartilhar histórias de momentos significativos em que o apoio da família foi fundamental.

Durante todo o processo foi oferecido suporte emocional, garantindo que todos se sentissem acolhidos e ouvidos, sendo reforçada de forma positiva a coragem de alguém expressar as suas emoções,



elogiando as suas habilidades de comunicação e encorajando-os a continuar a partilha de sentimentos de maneira saudável. Foram sempre evitados julgamentos ou críticas sobre as emoções que eram expressas, visto que cada indivíduo pode expressar e sentir as emoções de uma maneira única.

No final da atividade, os pacientes foram convidados a compartilhar suas cartas com seus familiares (no caso dos familiares de referência não estejam presentes, foi proposto que as entregassem pessoalmente). Após as cartas serem compartilhadas, existiu espaço para que todos expressem seus sentimentos e experiências emocionais sobre a atividade. A atividade teve o intuito de fortalecer os laços emocionais entre pacientes e seus familiares, criando um ambiente de apoio e compreensão mútua. A atividade permitiu que os pacientes praticassem a expressão emocional de forma saudável e construtiva, reforçando suas habilidades de comunicação.

As utentes partilharam um desejo comum que era a inversão da atividade, ou seja, serem os familiares a escreverem cartas às utentes, contudo por se tornar demasiado extensa a atividade não foi possível executar a proposta, sendo que o EESMP que nos orientou, comprometeu-se à execução da mesma atividade com base na proposta das utentes num período a combinar, após o término do estágio.

### **Atividade VI- Escuta empática em família**

A atividade em questão teve o intuito de promover a prática da escuta ativa e empática, que é essencial para melhorar a comunicação e o entendimento entre as utentes em questão e seus familiares, possibilitando que as utentes e seus familiares compartilhem suas experiências emocionais de forma segura e respeitosa, fomentando a conexão emocional.

Foram reunidas as utentes e seus familiares num ambiente confortável e acolhedor, tendo a atividade iniciado com a explicação do conceito de escuta empática, através de recursos multimédia (Apêndice VI). O grupo foi dividido em duplas, combinando um paciente com um membro da família.

Foram dadas instruções para a atividade: um membro da dupla seria o "orador" e o outro seria o "ouvinte empático". O "orador" teria alguns minutos para compartilhar seus sentimentos, pensamentos ou experiências sobre um tema proposto, enquanto o "ouvinte empático" escutaria atentamente sem interromper.

Após o período de partilha, o "ouvinte empático" repetia o que entendeu do que foi dito, usando suas próprias palavras, para garantir que a mensagem foi compreendida corretamente. Posteriormente

trocaram-se os papéis, permitindo que o "orador" e o "ouvinte empático" mudassem de posição tendo sido escolhidas outras temáticas e repetido o processo as vezes que os participantes desejaram. Após a atividade, reuniu-se o grupo para uma discussão sobre como se sentiram durante a escuta empática, incentivando os participantes a compartilharem suas experiências e observações. A atividade conclui-se enfatizando a importância da escuta empática na comunicação familiar e como essa habilidade pode fortalecer os vínculos emocionais entre os membros da família.

De ressaltar que toda a atividade foi conduzida de uma forma cuidadosa e respeitosa, levando em consideração a sensibilidade emocional de todos os envolvidos.

#### 4.5 Avaliação do Projeto

A avaliação do projeto engloba a verificação da execução dos objetivos propostos, refletindo sobre o trabalho desenvolvido, a sua importância e, em caso de necessidade, poderão ocorrer alterações ao projeto com o intuito de aperfeiçoar a sua coerência, eficiência e eficácia (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Pode ser usada uma série de instrumentos de avaliação, tal como a observação, usando como recursos as entrevistas, questionários ou escalas de avaliação. A opção do método de avaliação deve ser atendida aos objetivos traçados (Carvalho & Almeida, 1997).

Ainda a salientar que “Uma das características da Metodologia de Projeto é precisamente o facto de a avaliação ser contínua (LEITE *et al.*, 1993), e permitir uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.24 citando Carvalho *et al.*, 2001).

No decorrer do estágio, as avaliações das diversas atividades foram elaboradas, de forma exclusiva, quer através da apreciação feita pelos utentes, no fim de cada atividade, quer através do parecer do EESMP que orientou o estágio e que se encontrou presente aquando do desenvolver das atividades. Este método foi o eleito, por permitir que os utentes verbalizassem os seus sentimentos, ainda que possa existir a possibilidade de os utentes optarem por responder o que consideravam mais correto consoante a questão colocada.

No que se refere à **atividade I**, consideramos que as utentes alvo de intervenção, com objetivos similares, consideramos que os objetivos traçados foram alcançados com êxito, ainda que se torne um verdadeiro desafio verificar se a empatia e a comunicação emocional foram fomentadas entre utentes, uma vez que esses aspetos são internos e subjetivos. Contudo, existem algumas formas de avaliar e

observar indícios de que essas habilidades estão sendo desenvolvidas e praticadas no ambiente terapêutico.

De forma a testar o êxito dos objetivos pré-estabelecidos foi solicitado o feedback às utentes acerca do ambiente terapêutico e a forma como cada uma se sentiu em relação à interação que desenvolveu entre os restantes utentes, sendo questionadas por meio de perguntas abertas. Paralelamente, comprovámos que com o decorrer das semanas as utentes se sentiam mais confortáveis em partilhar as suas emoções com o grupo. Verificou-se ainda que demonstravam mais empatia em relação às experiências emocionais das outras, evidenciando-se, quer seja através de expressões faciais, linguagem corporal e até palavras de encorajamento.

Foi visível que as três utentes se tornaram mais próximas, sendo fortalecido os relacionamentos entre as mesmas. No decorrer do estágio, sempre que foram questionadas no fim da nossa visita ao local, relativamente ao que estavam a planear fazer no fim-de-semana, por exemplo, notou-se que, com o avançar das semanas, existia um maior companheirismo e amizade, bem como um interesse genuíno na partilha de experiências que vivenciaram em conjunto.

No que respeita à **atividade II**, podemos afirmar que os objetivos definidos foram também eles alcançados, ainda que esta atividade seja difícil de avaliar, uma vez que a expressão de gratidão e apreço pode oscilar de pessoa para pessoa e pelo facto de existirem indivíduos mais reservadas e introvertidos o que influencia a forma como se expressam.

No entanto, consideramos que a promoção e a expressão de gratidão e apreço se verificaram com o êxito pretendido, quer através da expressão direta de palavras de agradecimento como resposta à atividade desenvolvida, quer em sessões posteriores de forma espontânea, sendo revelados gestos e expressões faciais das três utentes que revelavam muito sobre sentimentos de gratidão. Ainda de ressaltar que uma das utentes ao ir passar o fim-de-semana a casa de familiares, no regresso, trouxe consigo pequenas lembranças como forma de demonstrar gratidão, tendo este facto sido partilhado com os profissionais de saúde através de sorrisos e expressões de felicidade, revelando satisfação em receber aquela lembrança.

Por fim, o reconhecimento pelos enfermeiros envolvidos nestas atividades é essencial para fortalecer as relações entre as utentes e os profissionais de saúde em ambiente de cuidados a utentes com patologias do foro mental. As utentes ao perceberem o esforço e dedicação dos enfermeiros no seu cuidado, promovem um ambiente de maior confiança e apoio, o que facilita o processo terapêutico e promove resultados expressivos e com significado. No decorrer do estágio, foi sempre sendo incentivada

uma comunicação aberta entre as utentes e os enfermeiros, encorajando-as a expressar o seu feedback quer das atividades quer do trabalho desenvolvido por nós, podendo este ser feito por escrito ou através destas cartas de gratidão, como foi o caso, da utente II, que nos escreveu uma carta de gratidão (Apêndice VII).

Reforçamos ainda a mais-valia da concretização destes objetivos, por se traduzirem de forma importante na melhoria da qualidade de vida das utentes-alvo deste projeto.

Relativamente à **atividade III**, os objetivos que nos propusemos alcançar foram apenas parcialmente atingidos, uma vez que o facto de esta ser desenvolvida em conjunto com mais utentes se mostrou difícil de gerir. Apesar de se pretender que os pacientes, ao caminharem em grupo, promovessem um senso de comunidade e apoio mútuo, com o decorrer da atividade verificámos que se formaram subgrupos, o que não era o pretendido. Contudo, esta caminhada meditativa ajudou as utentes a se reconectarem com os seus corpos e emoções, fomentando o autoconhecimento e consciência emocional, sendo verificado estes efeitos positivos através do feedback dos pacientes. Quando as utentes foram questionadas sobre a experiência e a forma como se sentiram durante e após a caminhada, todas fizeram um balanço positivo.

De referir ainda que foi usada a observação direta das utentes, prestando especial atenção à sua postura, expressões faciais e linguagem corporal, tendo sido verificados sinais de relaxamento, tais como sorrisos genuínos, que nos indicavam relaxamento e felicidade.

Pretendia-se ter sido repetida esta experiência, para que existisse um alcance mais positivo das metas estipuladas, contudo devido à limitação do tempo não foi possível proceder à repetição da atividade.

No que concerne à **atividade IV**, esta pretendia oferecer uma maneira criativa de explorar e processar emoções, o que pode ser terapeuticamente benéfico para as utentes. Podemos concluir que os objetivos foram alcançados sobretudo pela utente II, uma vez que esta atividade lhe proporcionou uma saída criativa e não verbal para a expressão de emoções e facilitando a conexão consigo mesma de uma forma profunda e significativa.

A Utente II conseguiu por meio da arte ter um momento de liberdade emocional, libertando emoções muito intensas e reprimidas, expressando tristeza, medo e raiva através do desenho que realizou, tendo optado somente por utilizar tons mais escuros no seu desenho (Apêndice VIII). Esta atividade ajudou-a a expressar aquilo que lhe é tão difícil expressar verbalmente.



Assim, esta atividade manifestou ser bastante benéfica em especial para esta utente, uma vez ter sido oferecida a possibilidade de se expressar de uma forma segura e não ameaçadora, lidando com sentimentos intensos e complexos, sendo possível através da observação da prática artística, uma exploração das suas emoções. Esta atividade, permitiu a exploração de alguns traumas da utente, bem como uma forma de empoderamento, tendo permitido que a utente assumisse o controlo das suas emoções e da sua história.

Anteriormente, a utente não usava este meio artístico para se expressar, contudo, adotou-o na sua vida, sendo notório no dia que terminámos o estágio, uma vez que a utente como forma de expressar agradecimento, nos ofereceu um desenho da sua autoria (Apêndice IX).

Na utente I e III, não foi tão visível o impacto que a criação artística desempenhou na externalização das suas emoções e reflexão emocional, ainda que através de questões abertas colocadas no fim da atividade tenha sido percetivo que a atividade lhes tenha promovido a autoexpressão e alguma consciência emocional. Esta atividade criou conexão entre as três utentes, resultando desta forma num maior bem-estar emocional e mental, além de ter promovido relacionamentos mais saudáveis e relevantes.

Na **atividade V cartas de gratidão em família**, consideramos terem sido alcançados os objetivos estabelecidos em todas as utentes, permitindo-lhes o fortalecimento dos laços emocionais com os seus familiares, sendo que todas referiram que se sentiram compreendidas dentro do ambiente de apoio que foi criado.

A utente III, manifestou desde o início ter um processo familiar comprometido, e através desta troca de cartas de gratidão houve a possibilidade de se fomentar um ambiente mais positivo e empático na relação com o seu irmão e pai, tendo existido a possibilidade de praticar a expressão emocional de forma saudável e construtiva, reforçando as suas habilidades comunicacionais e contribuindo significativamente para o seu bem-estar emocional.

Tanto na utente I como na utente II, expressar gratidão através das cartas ajudou-as a reconhecer e valorizarem os membros de sua família, mesmo em momentos de desafios emocionais, permitindo uma aproximação à família, no caso da utente I à irmã e no caso da utente II aos filhos.

Em suma, todas as utentes após esta atividade ficaram bastante entusiasmadas querendo inclusive fazer a mesma atividade no processo inverso, sendo os familiares a escrever cartas às utentes. Ainda que não tenha sido possível implementar esta sugestão, sabemos que no fim-de-semana que se sucedeu a

utente I e II foram a casa dos familiares e a utente III recebeu visitas. Isto permite-nos concluir que a promoção e conexão emocional foi eficaz no fortalecimento dos laços familiares.

Por último, na **atividade VI**, os objetivos foram alcançados somente na utente I e II, uma vez que não existiu a possibilidade de realizar a mesma com a utente III, por motivos alheios à nossa vontade

A atividade promoveu a prática da escuta ativa e empática, o que se tornou essencial para melhorar a comunicação e o entendimento entre as utentes e os seus familiares. Foi pedido o feedback às utentes e familiares sobre a intervenção, questionando se sentiram ouvidos, compreendidos e apoiados no decorrer da atividade, sendo que todos responderam afirmativamente, reforçando que faziam um balanço bastante positivo deste tipo de atividades, pois permitiu compartilhar as suas experiências emocionais de forma segura e respeitosa, fomentando a conexão emocional.

No decorrer de todo o processo a observação direta aos comportamentos não verbais, como o contacto visual, linguagem corporal e expressões faciais foram imprescindíveis para entender se a escuta estava sendo ativa e empática entre os participantes.

## 5. REFLEXÃO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo procura-se ter um olhar reflexivo e crítico com base em todo o processo realizado, quer na vertente prática, quer na vertente teórica, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e pretendemos analisar o processo de aprendizagem, crescimento pessoal e profissional, que daí resultou e que se refletiu na aquisição de diversas competências. Este percurso representou um empenho significativo a nível profissional, sendo um processo contínuo de crescimento e aprimoramento de habilidades, conhecimentos e de diversas dimensões do desenvolvimento pessoal, tais como a resiliência, autoconhecimento, autoconfiança, aprendizagem contínua e estabelecimento de metas.

De referir, que a enfermagem tem vindo a assumir um lugar cada vez mais distinto, afirmando-se como uma profissão em constante mudança e acompanhando a evolução científica e tecnológica que se faz sentir. Tal só é possível se os enfermeiros investirem na sua formação dando respostas às exigências atuais, procurando desenvolver competências na sua área de intervenção. Graveto & Taborda (2014) consideram que uma das melhores formas de desenvolver competências em enfermagem é a simulação clínica, uma vez que inerentes à prática estão uma série de habilidades clínicas e motoras sendo nestes casos, a utilização da simulação indiscutivelmente uma mais-valia. Também a crescente preocupação com a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente e família favorece a implementação da simulação clínica como pilar fundamental do ensino de enfermagem, uma vez que a simulação visa imitar os pontos essenciais de uma situação com o objetivo de facilitar a compreensão e gestão dessa situação, quando ela ocorre na prática real. É portanto, uma técnica que utiliza uma situação e um ambiente previamente criados de forma a permitir aos profissionais experimentar ou vivenciar uma determinada situação com o objetivo de praticar, aprender, avaliar e testar respostas e comportamentos de forma que possam ser automatizados e utilizados em situações reais (Aleixo & Almeida, 2014).

A formação é uma articulação permanente entre a teoria e a prática, entre a atividade e a idealização, criando-se objetivos para se adquirir competências necessárias ao nosso crescimento pessoal e profissional. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros), o título de enfermeiro especialista é atribuído a um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico detendo um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Estas competências envolvem dimensões como educação, orientação, aconselhamento, liderança

e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim, segundo a OE “O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019), sendo as áreas de especialidade compreendidas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Comunitária (OE, 2019).

## 5.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

Cada uma das áreas de especialidade menciona competências específicas que o enfermeiro especialista de determina área deve deter, contudo antes de nos debruçarmos nestas, no que respeita ao ESSMP, é indispensável explanar as habilidades e conhecimentos que afetam todos os enfermeiros detentores do grau de especialista, independente da sua área de especialização, sendo estas denominadas de competências comuns do enfermeiro especialista.

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se publicadas em Diário da República (Regulamento Nº140/2019), 2ª série – N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019, e visam garantir que todos os enfermeiros especialistas em Portugal detêm um conjunto de habilidades e conhecimentos que permitam a prestação de cuidados de saúde especializados e de elevada qualidade nas diversas áreas de atuação, com vista a uma prática de excelência.

Estas competências, encontram-se repartidas em quatro domínios, sendo que cada um deles apresenta habilidades e padrões de avaliação. O primeiro engloba uma combinação de habilidades que refletem um desempenho efetivo; e o segundo refere-se a uma enumeração de elementos, cujo propósito é representar o desempenho competente durante a prática profissional (OE, 2019).

O primeiro domínio, domínio da responsabilidade profissional ética e legal, corresponde ao desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, aqui é antecipada a prática do enfermeiro especialista, onde requer que a prática esteja em conformidade com as normas legais;



princípios éticos e deontológicos da profissão, tendo como pilar o código deontológico e manifestando respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

Durante os estágios realizados, de forma automática e inconsciente fomos expostos ao desenvolvimento de ações, que nos levaram a adotar o princípio das competências. Os cuidados fornecidos e as intervenções de enfermagem postas em prática com as utentes, foram um processo orientado pelos princípios éticos e deontológicos que a nossa profissão abraça, tal como tem acontecido ao longo da nossa trajetória profissional, havendo uma busca pela orientação do exercício da profissão, mesmo quando confrontados com situações de grande complexidade. Da nossa vivência profissional, conseguimos lembrar situações em que utentes com patologia psiquiátrica grave, em descompensação da doença base, apresentam comportamentos agressivos e autodestrutivos. Perante tal situação, os princípios éticos são fulcrais para guiar as nossas intervenções, baseando a nossa prática na teórica de Johnstone (2019) de “principalismo ético”, que define quatro princípios: respeito pela autonomia; não maleficência; beneficência e justiça. Estes princípios éticos são essenciais para garantir uma abordagem ética e respeitosa no cuidado de pacientes em situações complexas de saúde mental. Através do respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, os profissionais podem enfrentar os desafios da saúde mental de forma ética e responsável.

Neste exemplo concreto, é imprescindível a existência de um grande respeito à dignidade e autonomia do paciente, mesmo quando em situações de crise, sendo fulcral respeitar a dignidade do paciente como indivíduo e reconhecendo a sua autonomia, sempre que seja possível, o que implica envolver o utente nas decisões relacionadas com o seu tratamento, caso de se encontre apto para tal. Deve-se manter a confidencialidade, sendo um princípio ético essencial na área de saúde mental, reconhecendo os enfermeiros a obrigação de garantir que as informações do paciente sejam tratadas com sigilo. Ainda neste âmbito, referimos que os enfermeiros deverão buscar o bem-estar do paciente (beneficência) ao fornecer cuidados e intervenções adequadas para estabilizar a crise e proteger o paciente de danos adicionais (não maleficência) assim como devem garantir que todos os pacientes tenham acesso igualitário aos cuidados de saúde mental, independente de sua condição financeira ou social. Por fim, não podemos esquecer que os profissionais de enfermagem devem ainda agir com integridade, sendo honestos e transparentes nas suas ações, assumindo a responsabilidade das suas decisões e intervenções.

Considero que ao longo dos estágios realizados, bem como na componente teórica deste mestrado, fomos capazes de desenvolver competências neste na medida em que, por exemplo, procurámos a promoção de igualdade, embora tenham sido apenas eleitas três das cinco utentes do contexto de

estágio, as restantes sempre que se encontravam no local, foram envolvidas nas atividades, permitindo desta forma um acesso igual aos cuidados de saúde mental. Ainda de referir, que uma vez terem se manifestado desconfortáveis com a exposição de fotografias onde se encontrassem, e atendendo ao princípio ético e à necessidade de confidencialidade, de modo a respeitar a vontade das utentes, todos os dados os seus dados foram apenas tratados com a equipa multidisciplinar, não sendo divulgados neste projeto em questão.

O segundo domínio refere-se à melhoria contínua da qualidade, no qual se espera que o enfermeiro especialista apoie e dinamize estratégias institucionais na área da governação clínica, avaliando e planeando práticas de qualidade e programas de melhoria contínua, assegurando um ambiente terapêutico seguro.

Julgamos deter uma atuação dinâmica e hábil, com intuito de promover um ambiente seguro e de bem-estar, através da dinamização de estratégias e pretendendo de forma gradual encontrar oportunidades de melhoria, tendo participado em formações para desenvolvimento pessoal e desenvolvimento da equipa. Podemos referir, a título de exemplo, um estudo realizado em parceria com mais elementos da equipa do estágio I que se traduziu no desenvolvimento de um poster intitulado “Impacto do confinamento na qualidade de vida da pessoa com doença mental numa unidade de longo internamento”. Neste projeto tivemos a possibilidade de refletir e planear práticas de qualidade e melhoria acerca de diversas questões aplicadas no estudo qualitativo em questão, tornando assim o ambiente terapêutico mais seguro, através das medidas impostas no contexto pandémico, mas também promotor de bem-estar. Esta situação só foi possível através da dinamização de estratégias, atendendo a questões como o isolamento, angústia e ansiedade, sendo desta forma possível manter as utentes em isolamento, mas ativas e ocupadas das limitações causadas pela própria doença, fazendo-se deste modo um balanço positivo no que concerne a uma melhoria contínua da qualidade.

O terceiro domínio, gestão dos cuidados, refere que o enfermeiro especialista deve deter competências no âmbito da gestão, adaptando os recursos existentes às necessidades levantadas e adaptando o seu estilo de liderança à garantia da qualidade dos cuidados, garantindo a segurança dos mesmos. Este domínio é amplamente explorado na prática clínica, contudo encontrámos diversos desafios uma vez que em contexto de estágio não foi possível a delegação de tarefas, visto não existirem mais profissionais da equipa de enfermagem a quem pudessem incumbir atividades, bem como assumir uma posição de líder, visto o nosso papel no seio da equipa ser de colaborador terapêutico.

No quotidiano laboral de um enfermeiro, a gestão de cuidados assume um papel essencial do trabalho realizado pelo mesmo, abrangendo um vasto leque de responsabilidades e habilidades, que visam gestão de recursos disponíveis, tais como os recursos humanos, equipamentos e até financeiros, de forma, a que se garantam cuidados de excelência. O enfermeiro especialista pode ainda desempenhar o papel de resolução de conflitos, sobretudo enquanto responsável de turno, devendo ter como foco a promoção de um ambiente colaborante e respeitoso.

De salientar, que enquanto futuro EESMP, a unidade curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica permitiu-nos a aquisição de habilidades de gestão cruciais, quer através da aquisição de novos saber e recursos valiosos para esta área, quer através de mecanismos para lidar com os desafios de gerir e otimizar as respostas da equipa de saúde e a implementação de uma estrutura de governação que permita uma melhoria constante dos cuidados de enfermagem. Assim, a obtenção destes saberes proporciona-nos, enquanto enfermeiros, uma base sólida para gerir da melhor forma os recursos, promovendo uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e fortalecendo a colaboração entre a equipa multidisciplinar. Em suma, a integração destes conteúdos do âmbito académico são fulcrais para que se aperfeiçoe o sistema de saúde, oferecendo um suporte mais eficiente e seguro aos utentes.

Por fim, o quarto domínio, desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conta que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua prática clínica especializada em evidências científicas. Este domínio, foi continuamente desenvolvido em contexto de estágio, sendo ele também alvo de intervenção em contexto académico, através da unidade curricular de Desenvolvimento Pessoal e Relação de ajuda em ESMP.

Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade é um processo complexo no qual o enfermeiro deve aprimorar a compreensão de si próprio, compreendendo as suas próprias motivações, reações emocionais e comportamentos, permitindo uma gestão emocional adequada, possibilitando assim identificar as suas fraquezas e forças, concedendo uma melhor autogestão e crescimento pessoal e profissional. O desenvolvimento destas competências reflete-se posteriormente na nossa personalidade e mostram-se no convívio com as pessoas ao nosso redor.

Na enfermagem, a vertente relacional é de extrema relevância, visto a relação entre o enfermeiro e o utente ser uma das bases fundamentais para uma prestação de cuidados de excelência. Sendo a relação terapêutica entre enfermeiro-utente alicerçada numa base de empatia, respeito, confiança e compreensão mútua, a componente relacional permite ao enfermeiro entender as necessidades tanto



físicas como emocionais da pessoa que tem diante de si, tratando-o como um ser único e não como uma condição clínica.

Assim, o autoconhecimento do próprio enfermeiro desempenha um papel crucial na construção de uma eficaz e significativa relação terapêutica. O facto de conhecermos os nossos próprios limites e por consequência respeitar os limites do paciente, garante uma abordagem terapêutica mais adequada e respeitosa. De referir ainda que o enfermeiro por se conhecer melhor, torna-se também mais sensível à sua própria comunicação, estando mais ciente das suas próprias expressões faciais, gestos e postura corporal, o que facilita a comunicação com o utente, tornando-a mais precisa e efetiva. O autoconhecimento ajuda-nos a gerir o stress e a pressão emocional inerente à profissão e o enfermeiro fica mais ciente das suas próprias reações emocionais perante determinadas situações, permitindo momentos de reflexão antes de agir de forma impulsiva, evitando respostas emocionais inadequadas.

No decorrer da prática clínica houve sempre a busca por uma gestão emocional eficaz e antecipação de eventuais conflitos, cultivando em nós a autoconfiança e autoestima, o que nos ajudou a lidar com os desafios emocionais de forma mais segura e positiva, procurando buscar apoio emocional quer de amigos, familiares ou mesmo do enfermeiro orientador, permitindo uma gestão emocional saudável e mais construtiva. A assertividade foi também sendo desenvolvida neste contexto, tendo o ambiente de estágio oferecido apoio e orientações adequadas, que fizeram com que nos tenhamos sentido à vontade para procurar esclarecimentos e dúvidas, sendo essencial para desenvolver assertividade e permitindo ter uma comunicação mais clara e objetiva, defendendo os nossos pontos de vista e tomada de decisões. A postura assertiva que se foi desenvolvendo foi uma mais-valia na relação com os utentes e as suas famílias, contribuindo para uma comunicação efetiva e uma prestação de cuidados de qualidade.

Procurou-se, além de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, suportar a prática clínica em evidência científica, através do acesso a recursos e materiais atualizados, tais como escalas de avaliação e através de formação contínua, e pela participação em conferências e workshops, tais como o congresso, onde foi publicado o poster desenvolvido no contexto estágio I, tendo o mesmo sido desenvolvido através da utilização de bases de dados de literatura científica, para aceder a artigos e estudos relevantes. A nossa procura de evidências científicas teve uma repercussão direta na melhoria dos cuidados que são prestados.

Ainda que no Curso de Mestrado em Enfermagem tenha existido um investimento no desenvolvimento pessoal, com grande significado no autoconhecimento do próprio, enquanto pessoa e



enfermeiro, durante o estágio houve a necessidade de refletir e aprofundar o entendimento das experiências vivenciadas, analisando as próprias ações. A reflexão quer a título individual, quer com o enfermeiro orientador permitiu identificar áreas em que se precisou melhorar e desenvolver as habilidades e conhecimentos, momentos estes que em muito contribuíram para o nosso crescimento e desenvolvimento profissional.

De salientar que a estrutura de reabilitação comunitária difere em muito do cuidado convencional de saúde mental, uma vez que coloca como centro dos cuidados a existência de uma reintegração e promoção da sua autonomia e independência, procurando uma abordagem abrangente, não se centrado apenas em fornecer um tratamento agudo e sua respetiva estabilização. Essa abordagem coloca o indivíduo com doença mental como protagonista do seu próprio processo de recuperação, enfatizando a inclusão social, autonomia e reintegração na comunidade. Através dessa estrutura, o enfermeiro tem a oportunidade de vivenciar e contribuir para uma prática de cuidado mais abrangente, responsiva e alinhada com as necessidades dos pacientes.

Ao estagiar numa unidade de reabilitação comunitária psiquiátrica, o enfermeiro é desafiado a desenvolver habilidades adicionais além das competências técnicas. É incentivado a aprimorar as suas habilidades de comunicação, empatia, escuta ativa e tomada de decisão, pois essas competências são fundamentais para o sucesso da abordagem de reabilitação comunitária. O enfermeiro é encorajado a adotar uma postura de parceria com o paciente, valorizando sua experiência e perspectiva, e envolvendo-o ativamente no seu próprio plano de tratamento e reabilitação.

Ao participar neste modelo de cuidado, o enfermeiro tem a oportunidade de aprender com a resiliência e determinação dos pacientes, além de presenciar histórias de superação e crescimento pessoal. Essas experiências podem ajudar o enfermeiro a desenvolver uma compreensão mais profunda das complexidades da saúde mental, bem como a valorizar a importância do apoio social e da inclusão na jornada de recuperação.

A prática numa estrutura de reabilitação comunitária psiquiátrica contribui para o desenvolvimento da empatia do enfermeiro, pois este testemunha todos desafios enfrentados pelos utentes nas lutas diárias contra a estigmatização e a discriminação relacionadas à saúde mental. Esse conhecimento adquirido ajuda o enfermeiro a fornecer um cuidado mais sensível e compassivo, reconhecendo as necessidades individuais de cada paciente e suas famílias.

Em suma, esta vivência pela estrutura de reabilitação transforma o enfermeiro num profissional mais completo e capaz de oferecer um cuidado de qualidade, baseado no respeito à singularidade e na

valorização de cada utente. Ao analisar as competências adquiridas, consideramos ter atingido o êxito pretendido neste domínio, que se poderá traduzir na atribuição do título de enfermeiro especialista.

## **5.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**

Cada competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é apresentada com a correspondente descrição, unidades de competência e critérios de avaliação, possibilitando uma elucidação das competências requeridas aos EESMP.

Estas competências específicas encontram-se disponíveis no Diário da República, 2ª série –N.º 151 de 7 de agosto de 2018 (OE, 2018). A primeira competência que surge é a seguinte:

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

Esta primeira competência exigida ao ESSMP e última competência comum do enfermeiro especialista, têm uma similaridade conciliante, sobre a qual já se realizou um momento reflexivo.

Contudo, merece ser sublinhado que o desenvolvimento desta competência é crucial na prática profissional do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, uma vez que a jornada do autoconhecimento é uma das mais enriquecedoras que podemos ter, tanto como indivíduos, como enfermeiros, uma vez que desempenhamos um papel fundamental no cuidado prestado ao utente, tornando essencial a sua preparação e desenvolvimento de maturidade emocional. Esses aspetos podem ser abordados durante o processo de formação (Taylor, 1992).

A autoconsciência é um processo importante para o crescimento pessoal, envolvendo a compreensão e aceitação de si mesmo, permitindo que o enfermeiro reconheça as diferenças e a singularidade da pessoa sob os seus cuidados (Stuart & Laraia, 2001).

Alcançar um profundo conhecimento e consciência de nós é um bem inestimável, que molda a nossa abordagem com o mundo e as pessoas a quem prestamos cuidados. A ideia de deter um elevado conhecimento e consciência de nós enquanto pessoa e enfermeiro é uma exploração corajosa dos nossos pensamentos mais profundos, sentimentos, valores e aspirações, que nos permitem compreender o que nos move, como nos relacionamos com os demais e como podemos melhorar enquanto ser humano e enquanto enfermeiro. Através dos estágios há oportunidade para percorrer esta jornada, contudo esta não é linear e nem sempre é fácil, uma vez que requer autoaceitação e disposição para olhar para as nossas imperfeições e aspetos onde pode existir um aperfeiçoamento com vista a um crescimento, encorajando-nos a abraçar as experiências de vida como uma oportunidade de aprender, mesmo quando aparecem obstáculos no caminho.

Como enfermeiro, a autoconsciência é capital, pois ao compreendermos a nossas emoções, atitudes e reações, podemos aprimorar nossas interações com os utentes e até com os nossos pares. Aprofundar o nosso conhecimento sobre quem somos ajuda-nos a ser mais empáticos e compreensivos. No decorrer dos estágios os momentos reflexivos foram frequentes e permitiram-nos oferecer cuidados mais sensíveis e centrados no paciente.

À medida que adquirimos experiência e enfrentamos diferentes situações e o nosso autoconhecimento evolui, contudo, há sempre mais para aprender, mais maneiras de crescer e de expandir a nossa compreensão do mundo e de nós mesmos. Tal, como Salgueiro (2006) refere “a ambição máxima de qualquer enfermeiro é tornar-se perito em utilizar-se a si próprio, na plenitude do seu ser e conhecimentos, como instrumento de intervenção terapêutica, de desenvolver uma percepção muito fina e uma apurada intuição” (Salgueiro, 2006: 3).

Assim, à medida que continuámos a explorar quem somos como pessoas e enfermeiros ao longo do estágio, foram colhidos os benefícios de sermos um enfermeiro mais compassivo, consciente e eficaz, sendo capaz de impactar positivamente não apenas a nossa própria vida, mas também as vidas daqueles a quem prestámos cuidados, ficando assim convictos de ter adquirido a primeira competência do EESMP.

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

Na prática clínica, esta competência começou a ser aprimorada desde o início, através da prestação de cuidados aos utentes e famílias tanto em contexto de internamento como junto da comunidade, tendo estes locais de estágio sido uma mais-valia no que concerne ao êxito na aquisição desta competência específica.

Em contexto da estrutura de reabilitação comunitária existiu a possibilidade de integrar a família no processo de recuperação, sabendo de antemão, que é indiscutível o papel desempenhado pela família no suporte emocional e social durante esta jornada, uma vez que o amor, compreensão e aceitação da família ajudam a diminuir o estigma associado à doença, criando laços de confiança e segurança fulcrais para a recuperação dos utentes. A família é uma peça-chave e o seu envolvimento pode ser bastante positivo no bem-estar emocional e recuperação do utente. As atividades com a família e a participação em algumas reuniões multidisciplinares com elementos da família de algumas utentes, permitiram recolher diversas informações relevantes, tornando mais compreensíveis as suas realidades e permitindo-nos a contribuir para a promoção e proteção da sua saúde mental.

A promoção e proteção da saúde mental envolveram uma série de atividades destinadas a melhorar o bem-estar psicológico e a criar um ambiente de apoio entre utentes e as famílias. Atividades como as cartas de gratidão permitiram o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais, possibilitando ainda criar um ambiente seguro e de confiança. A caminhada meditativa, por exemplo, permitiu a promoção de estilos de vida saudáveis, incentivando a uma prática da atividade física e adoção de técnicas de gestão da ansiedade e do stress. Todas as atividades tiveram o intuito de cuidar da saúde mental e saúde física, contribuindo para que os indivíduos se insiram na sociedade de forma mais saudável e resilientes emocionalmente. A promoção e proteção da saúde mental requer um enfermeiro comprometido e empático, colocando-se este no lugar do utente e compreendendo as suas emoções e preocupações, tratando-o com respeito e dignidade, devendo estar disposto a adaptar-se às necessidades da sua população-alvo, tendo um papel promotor da valorização da saúde mental e de suporte emocional e terapêutico.

Ao traçar os diagnósticos que identificamos entre as utentes, alguns envolviam situações de potencial risco, levando-nos a concentrar as nossas intervenções na prevenção de comportamentos que poderiam afetar negativamente a sua saúde mental. Existiu a necessidade de revisar o histórico dos utentes, analisar os registos clínicos e realizar entrevistas às utentes, com vista à formulação dos diagnósticos. Estes dados, aliados à literatura, permitiram a identificação de problemas, com um impacto significativo na qualidade de vida dos utentes.



Em suma, o papel do EESMP é essencial e abrangente na promoção e otimização da saúde mental das pessoas, das famílias, dos grupos e da comunidade, sendo a sua atuação em todo o ciclo de vida dos utentes, acompanhando as diversas fases e desafios que cada indivíduo enfrenta. O EESMP, capacita as pessoas a enfrentar os altos e baixos emocionais da vida de maneira saudável e resiliente. Ele não trabalha somente na identificação e tratamento dos problemas de saúde mental, mas também na prevenção e na promoção do bem-estar, permitindo aumentar a conscientização, promovendo a compreensão e criando um ambiente onde as pessoas se sintam à vontade para buscar ajuda sem medo de julgamento. Ser enfermeiro especialista em saúde mental exige uma mistura única de conhecimentos, empatia, habilidades de comunicação e compreensão profunda, transformando a vida dos utentes. Assim, posta esta análise reflexiva, percebemos que poderemos possuir habilidades para cuidar das pessoas ao longo do seu ciclo vital, bem como apoiar as famílias, grupos e comunidades no que concerne à promoção da saúde mental.

***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;***

No estágio final, e com vista a realização do relatório de estágio, houve a possibilidade de utilizar uma abordagem metodológica de projeto para implementar intervenções junto das nossas utentes.

Assim, neste contexto, realizamos uma significativa colheita de dados, análise e organização dos mesmos, o que possibilitou à formulação de diagnósticos de enfermagem, sustentados pelos problemas identificados entre as utentes. Para cada diagnóstico de enfermagem traçado, foram definidos resultados que se pretendiam atingir, sendo elaboradas intervenções de enfermagem ajustadas às utentes em questão, tendo em conta os recursos disponíveis. Estas atividades previram a prática com as utentes, a família e a comunidade, tendo como parceiros os elementos que formam a equipa multidisciplinar.

Após o planeamento das intervenções, foi implementado o projeto à utente I, II e III e a sua sequente avaliação. Neste momento, foi possível perceber que nem todos os objetivos traçados tinham tido o êxito que era pretendido, o que nos levou a um momento reflexivo individual e em parceria com o enfermeiro orientador, com vista a identificar a causa de tal insucesso.

De ressaltar que também foram introduzidos métodos de gestão de caso, permitindo o envolvimento da família, a coordenação entre recursos comunitários e serviços clínicos, e a coordenação

de cuidados, com vista a garantir uma continuidade consistente e atingindo benefícios tangíveis para as utentes sob cuidado. A abordagem à recuperação da saúde mental foi personalizada, ajustada a cada utente do contexto de estágio, adaptando as intervenções às necessidades individuais de cada utente, considerando o seu histórico, crenças e valores e promovendo um ambiente de apoio que potencializou uma recuperação bem-sucedida.

Em suma, consideramos ter atingido as habilidades necessárias para no âmbito desta competência específica do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

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

Segundo está descrito na quarta e última competência do Regulamento das competências específicas do EESMP:

“A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais” (OE,2018, p. 21430)

Assim, para atingir a quarta competência específica do EESMP, intervimos por meio de diversas abordagens em diferentes contextos, não nos focando apenas na utente I,II e III, mas também nas restantes utentes que estão inseridas no local onde foi realizado o estágio final.

A psicoeducação é um dos alicerces de êxito da nossa intervenção, tendo sido esta estendida à família das utentes. Assim, foi possível promover um ambiente de apoio, através da transmissão de conhecimentos às utentes e às suas famílias, bem como o fortalecimento do processo de recuperação. As nossas intervenções tiveram um desenvolvimento maioritariamente em contexto de grupo, procurando auxiliar o processo de reabilitação psicossocial dos utentes. Notamos ainda que a psicoeducação desempenhou um papel valioso na otimização das competências emocionais, oferecendo orientações e informações que capacitaram as utentes a compreender e a gerir melhor as suas emoções.

No mesmo sentido, realçamos que a psicoeducação contribuiu para uma melhor compreensão das emoções, ajudando as utentes a reconhecerem e nomearem as suas emoções, permitindo uma regulação emocional, através da gestão das emoções conseguindo estas lidar melhor com a ansiedade e outros obstáculos emocionais. Através da psicoeducação foi também possível desenvolver junto das utentes uma maior consciência do seu próprio padrão emocional, permitindo compreender melhor as suas emoções e como elas afetam os seus comportamentos. Paralelamente foi possível o desenvolvimento de uma maior empatia em relação aos sentimentos dos outros, resultando numa melhoria das relações interpessoais.

A realização de atividades socioterapêuticas demonstrou ser uma ferramenta poderosa na promoção do crescimento emocional e interação social. Recordamos assim a caminha meditativa, que promoveu a interação social entre utentes, combatendo o isolamento, e abrindo espaço à partilha de experiências e sentimentos, promovendo a compreensão emocional.

Estas intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, foram a base essencial do trabalho desenvolvido no estágio final, abrangendo as utentes e as suas famílias.

No contexto laboral onde nos inserimos, regularmente recorremos a intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas junto dos utentes, tendo em vista a promoção do autoconhecimento, auxiliando os utentes a entender melhor a suas patologias, os fatores desencadeantes e sintomas associados. Estas atividades são também promovidas aquando da prevenção de recaídas, sobretudo no que respeita à descontinuação terapêutica, e ao conhecimento de sinais de alerta precoces descompensação da doença assim como na procura da redução da sintomatologia associada, procurando que os utentes possam aprender a identificar e a controlar sintomas negativos, tais como a ansiedade.

Contudo, atendendo às características no local de estágio, não tivemos a oportunidade de oferecer estes cuidados. No entanto, acreditamos estar preparados para os realizar, considerando a aquisição prévia de outras competências que, sem dúvida, contribuirão para a nossa capacidade de executá-los de uma forma especializada sempre que as circunstâncias sejam propícias.

Deste modo, consideramos que as atividades realizadas nos capacitam a fornecer cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, que representam a última competência específica do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

### 5.3 Competências de grau de mestre

Tal como as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista, com especial foco na área da ESMP, também a aquisição de competências pertencentes ao grau de mestre foram alcançadas, através do conteúdo das diversas unidades curriculares e do envolvimento em atividades destinadas a criar um ambiente propício para adquirir as habilidades necessárias a alcançar o grau de mestre.

Estas competências encontram-se publicadas no artigo 15º do capítulo III do Decreto-Lei nº 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018) e encontram-se discriminadas como competência a, b, c e d.

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

- i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii) permitam e constituam a base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.

Ao observar a primeira competência enumerada, percebemos que ela está relacionada com o primeiro ciclo de formação e com os conhecimentos obtidos ao longo do curso de licenciatura, sendo relevante reconhecer a grande importância dessa fase no processo de formação do enfermeiro.

O primeiro ciclo de estudos prepara-nos para ingressar na prática de enfermagem, contudo, esta profissão demanda uma atualização contínua de conhecimentos, que vai possibilitar uma prestação de cuidados adaptados e especializados de forma apropriada.

Durante o nosso percurso profissional, sempre ligado à prestação de cuidados junto de pessoas com perturbação mental, foi sendo fomentado o desenvolvimento do conhecimento, tendo por base uma prática sustentada em evidência científica. Ressalvamos que, no sentido de aprofundar e expandir conhecimentos, procurámos investir em estudos avançados, uma vez que se pretendia explorar com maior detalhe os conceitos introdutórios da nossa base de formação, permitindo ter conhecimentos que melhor suportem a prática.



O ingressar neste curso de mestrado foi uma decisão que envolveu uma profunda reflexão sobre a trajetória profissional, os objetivos pessoais e o desejo de aprofundar conhecimentos, tendo esta decisão sido um passo significativo em direção ao desenvolvimento de competências avançadas.

As unidades curriculares, com foco em diversas áreas, tiveram um papel preponderante e promoveram o aprofundar de conhecimentos e habilidades, permitindo o desenvolvimento de uma base sólida para a nossa evolução profissional. Cada unidade curricular permitiu desenvolver competências específicas como a tomada de decisão ética na UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem; a liderança em enfermagem na UC de Gestão em Saúde e Governança Clínica; ou ainda a pesquisa e prática baseada em evidências na UC de Investigação em Enfermagem.

Também a nível dos estágios realizados, entendemos a necessidade de uma constante busca por evidências científicas, visando o aprofundamento e compreensão das problemáticas a serem abordadas naquele contexto, assim como a relação com a equipa multidisciplinar e em específico com o enfermeiro orientador do estágio que se tornou crucial para a partilha e discussão de conhecimentos, permitindo também o êxito pretendido na conquista desta competência.

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

A capacidade de aplicar os nossos conhecimentos e habilidades em situações novas e não familiares prova a solidez da competência do enfermeiro, pois este atributo não demonstra somente a compreensão do conhecimento teórico, mas também revela a versatilidade do profissional em contextos desafiadores. Esta realidade foi vivenciada no estágio final, num contexto profissional até agora desconhecido, visto a nossa prática clínica ser unicamente desenvolvida em contexto de internamento. Experienciar esta realidade permitiu-nos um contacto com utentes muito distintos dos conhecidos até ao momento, sendo diariamente confrontados com situações novas. Neste sentido, consideramos que todos os desafios fomentaram o ajustar dos nossos conhecimentos e desenvolveram esta competência.

Ainda que o trabalho numa equipa multidisciplinar faça parte do nosso dia-a-dia, este também mereceu um especial desenvolvimento, visto esta equipa ter uma dinâmica completamente distinta do contexto de internamento até agora conhecido. De ressaltar, que o trabalho desenvolvido por esta equipa multidisciplinar é fulcral para o êxito do tratamento do utente.

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

A capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta é um traço crucial tanto para o desenvolvimento pessoal, quanto para a excelência do Enfermeiro. Esta habilidade ressalva a capacidade de raciocinar de forma crítica, agindo com responsabilidade ética e enfrentando desafios de uma forma adequada. O desenvolvimento desta capacidade requer assim uma simbiose entre a teoria e a experiência prática.

No decorrer do estágio houve uma busca constante por diversas áreas e abordagens, tanto de especificidades psicopatológicas quanto da temática que se pretendia desenvolver no projeto. Quanto mais se estudava acerca dos diferentes domínios, mais recursos se foram adquirindo para lidar com determinadas situações, tendo por base o respeito e a individualidade de cada utente, refletindo sobre as implicações éticas, uma vez que as nossas ações afetam as utentes e o seu bem-estar.

Em suma, o desenvolvimento da capacidade para lidar com situações complexas e informações limitadas é uma jornada contínua, que necessita de uma aprendizagem constante, uma prática reflexiva e um conhecimento ético sólido. O desenvolvimento desta competência, á medida que vai sendo promovido, traduz-se, no âmbito do trabalho do enfermeiro, numa prática de confiança, ainda que em contextos desafiantes e de grande incerteza. As atividades que foram desenvolvidas com as utentes compõem a base para podermos afirmar ter desenvolvido esta competência.

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

A capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes de maneira clara e sem ambiguidades é uma habilidade capital em enfermagem, visto ter um efeito direto para a qualidade dos cuidados prestados e na relação com os utentes. Tal circunstância deriva do facto do enfermeiro comunicar com os utentes, com a família, com a comunidades, com os seus pares e no seio da equipa multidisciplinar, tornando-se imprescindível que sejam desenvolvidas competências comunicacionais.

Para proporcionar um cuidado de qualidade, devemos ser capazes de comunicar planos individualizados de cuidados, informação sobre terapêutica medicamentosa e orientações de autocuidado de maneira clara e acessível a quem cuidamos e às suas famílias. No decorrer do estágio houve a oportunidade de desenvolver estas capacidades, tendo adotado uma comunicação empática e compreensível, para permitir uma relação de confiança e cooperação.

Também em contexto de estágio, frequentemente se procederam a reflexões com o enfermeiro orientador, comunicando as nossas conclusões e raciocínios, o que nos permitiu facilitar a coordenação do cuidado e uma tomada de decisão conjunta entre os profissionais.

Estas atividades são algo rotineiras para nós, por serem realizadas sistematicamente na nossa prática. Contudo, ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem, esta competência foi sendo aperfeiçoada, quer a nível teórico, através de apresentações de trabalhos individuais ou de grupo, quer através da partilha de situações da nossa vida pessoal e profissional, ou ainda através da realização de estágios.

Todas as atividades desenvolvidas ao longo do percurso académico e profissional levam-nos a considerar termos desenvolvido eficazmente a competência exigida.

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

A capacidade de aprender ao longo da vida, de forma auto-orientada ou autónoma, é uma competência fulcral para os enfermeiros, dada a natureza constante da evolução da área da saúde e a necessidade constante de uma adaptação a novos procedimentos, a novas tecnologias e a diferentes abordagens no cuidado aos nossos utentes.

Estando a área de enfermagem em constante mudança, com novas evidências e práticas, é essencial o enfermeiro manter-se atualizado, permitindo oferecer um melhor atendimento a quem cuida. Na nossa ótica, o conhecimento é essencial sendo que esta procura constante por um crescimento contribui para o nosso desenvolvimento profissional. Neste sentido não nos é possível imaginar outro cenário que não o de uma aprendizagem contínua, sobre o desconhecido ou sobre aquilo que suscita dúvidas ou curiosidade.

Através da nossa participação em congressos, como foi o caso do ocorrido no estágio I, procurámos aprender mais e divulgar os nossos conhecimentos. Tivemos também a oportunidade de partilhar as nossas experiências com colegas, o que nos ajuda a aprender uns com os outros sobre novas técnicas, novos saberes e novas abordagens mais eficazes, resultando numa melhoria direta nos cuidados, uma vez que cada enfermeiro traz consigo um conjunto de experiências únicas, podendo enriquecer todos os outros. Assim, quando os enfermeiros percebem que têm a oportunidade de aprender uns com os outros, pode representar um importante incentivo para uma aprendizagem contínua.

Posto isto, consideramos ser detentores das competências exigidas para obter o título de Mestre e enfermeiro especialista em ESMP.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegarmos à fase final deste projeto torna-se mandatório um exercício reflexivo acerca dos resultados alcançados. Primeiramente, é importante referir que com a elaboração do relatório criou-se um espaço de reflexão crítica sobre a prática da enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica. Recorrendo à metodologia de projeto foi possível fazer a ponte entre a teoria e a prática, estabelecendo objetivos, planeando, executando e avaliando de forma sistematizada visando a resolução de problemas.

O estudo das emoções na área de enfermagem é relativamente recente, surgindo no final do século do XX. Contudo, esta temática está presente em todas as fases da vida dos indivíduos e influencia o modo como estes se expressam e se relacionam com o ambiente em seu redor. Torna-se imperatriz a compreensão do que são emoções e do processo de desenvolvimento de competências emocionais pois o alvo dos cuidados em enfermagem é o doente, podendo ele assumir uma pessoa, um grupo, uma família ou até mesmo, uma comunidade.

Ao suportar o projeto na teórica Betty Neuman e na sua Teoria de Sistemas conseguimos compreender o que é o doente e a relação que este tem com o meio envolvente. O utente é visto como um sistema em aberto sujeito a uma série de stressores e com a necessidade de criar estratégias de coping constantes. Na ausência destas adaptações o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, conseguirá dar resposta com expressão significativa e de ajuda ao cliente. Apenas com a compreensão aprofundada destas interações e destes conceitos conseguiremos criar diagnósticos de enfermagem que envolvem todas as dimensões do doente (a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, espiritual e a do desenvolvimento) relacionadas e criando planos de cuidados realistas e individualizados, originando ganhos em saúde.

Ao conhecer as clientes, o ambiente que as envolve e as suas dificuldades relacionadas com a ansiedade, comunicação verbal, comunicação familiar, socialização, processo familiar e autoconhecimento permitiu definir um objetivo geral e consequentemente objetivos específicos. A realização das seis atividades possibilitou através da observação direta de comportamentos não-verbais, da escuta ativa e da partilha por parte das mesmas que os objetivos foram alcançados. Importante referir que com o decorrer do tempo e o estabelecimento de uma relação terapêutica com as utentes estes resultados foram cada vez mais evidentes. As utentes conseguiram melhorar a expressão das suas emoções, ganhar uma perceção do seu “eu” mais realista, melhoraram relações entre as mesmas e equipa multidisciplinar e acima de tudo houve ganhos significativos na relação destas com os seus familiares. Contudo, este plano de intervenção foi limitado no tempo e que muitos dos problemas identificados teriam uma tradução visível mais expressiva se pudessem ser empiricamente avaliados a médio e longo

prazo. Outra limitação identificada foi a dificuldade em avaliar este desenvolvimento com recurso a escalas.

Os locais de estágio foram bastante enriquecedores tanto a nível pessoal como profissional. Dificilmente esquecerei o carinho em como fui tratado pelas doentes e pela equipa multidisciplinar, onde me permitiu aprender um pouco mais sobre amor ao próximo e de desenvolver a minha capacidade de empatia. Ao iniciar este projeto uma série de dúvidas assolaram-me. Houve indecisões na escolha de atividades, pois havia a preocupação constante em querer que as clientes aderissem e desenvolvem-se as suas competências emocionais. Com o avançar do tempo, o agradecimento de algumas doentes, tenham sido eles por palavras, olhares ou sorrisos demonstrou que todo o esforço valeu a pena.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382.
- Aleixo, A. R. L. R. & Almeida, R. A. R. (2014). Simulação na formação ao longo da vida em enfermagem: Evidências científicas. In I. Rodrigues, I. Fernandes, I. Penha, J. Moraes, L. Brito, & R. Rocha (Orgs.), *A Simulação Clínica no Ensino de Enfermagem*. Editora CRV
- Almeida, A. (2013). *Formação de professores em competências emocionais: um estudo empírico* (Tese de Doutoramento em Ciências da Educação). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Alto Comissariado para a Saúde [ACS] (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo executivo*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Alves, J.; Ribeiro, C.; Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*, III série (7).
- Alzina, R. & Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Amaral, A. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental. Lusociência.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-5* (5a edição). Climepsi.
- Aylward, P. (2010). Betty Neuman Systems of Model. In Parker, M. & Smith, M. (Eds.). *Nursing Theories & Nursing Practice* (3rd edition). F.A. Davis Company.
- Barreira, A., & Moreira, M. (2005). *Pedagogia das competências*. ASA.
- Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Brown, E., Gray, R., Monaco, S., O'Donoghue, B., Nelson, B., Thompson, A., ... McGorry, P. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophr Res.*, 222, 79-87. doi: 10.1016/j.schres.2020.05.005
- Caruso, D. & Salovey, P. (2007). *Liderança com inteligência emocional*. M. Books.

- Carvalho, A. & Almeida, L. (1997). *A construção do projecto Escola*. Porto Editora.
- Carvalho, J. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 52-57.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*. Lusodidacta
- Damásio, A. (2012). *Ao encontro de Espinosa*. Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2015a). *O erro de Descartes*. Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2015b). *O sentimento de si*. Círculo de Leitores.
- Fragoso, V. & Chaves, M. (2012). *Educação emocional para seniores*. PsicoSoma.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Temas & Debates.
- Goleman, D. (2001). An EI-based theory of performance. In Cherniss, C. & Goleman, D. (Eds.). *The Emotionally Intelligent Workplace* (pp. 27-44). Jossey-Bass.
- Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, A. (2007). *Os novos Líderes. A inteligência emocional nas organizações*. Gradiva.
- Graveto, J. M. G. & Taborda, J. M. C. (2014). Simulação e desenvolvimento de habilidades. In I. Rodrigues, I. Fernandes, I. Penha, J. Moraes, L. Brito, & R.
- Johnstone, M. (2019). *Bioethics: a nursing perspective* (5th edition). Elsevier.
- Rocha (Orgs.), *A Simulação Clínica no Ensino de Enfermagem*. Editora CRV
- Health at a Glance (2018). State of health in the eu cycle. Disponível em: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018_healthatglance_rep_en_0.pdf)
- Kuk, A., Czechowski, M. & Femiak, J. (2015). Social competence and emotional intelligence of future PE teachers and their participation in psychological workshops. *Termedia*, 16(3), 163–170. doi: <https://doi.org/10.1515/humo-2015-0042>
- Lawson, T. (2022). Betty Neuman: Systems Model. In Alligood, M. (Ed.). *Nursing theorists and their work* (10th edition, pp. 231-246). Elsevier.
- Le Boterf, G. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Gestión 2000.



Marques, A. & Queirós, C. (2012). *Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica* (tradução de PRIMER-Boston). LabRP da FPCEUP-ESTSIPP

Mayer, J. & Salovey, P. (1997). *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. Basic Books.

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The neuman systems model*. Pearson.

OE. (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República: 2ª Série, no26).

Ordem dos Enfermeiros (2015). "Regulamento n.º 356/2015". *Diário da República* 2ª série, 122 (junho): 17034-17041. Regulamento n.º 356/2015 | DRE

Ordem dos Enfermeiros (2018). "Regulamento n.º 515/2018". *Diário da República* 2ª série, 151 (agosto): 21427-21430. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2014). Metacognition-Oriented Social Skills Training for Individuals with LongTerm Schizophrenia: Methodology and Clinical Illustration. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(5), 465–473. doi: <http://doi.org/10.1002/cpp.1850>

Palha, M. (2016). *Uma caixa de primeiros socorros das emoções*. Manuscrito Editora.

Peixoto, T., & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensinoclínico: uma Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(13), 125–138.

Rabiais, I. & Amendoeira, J. (2013). Educar em Enfermagem: um processo de reflexividade na interação. Educate in Nursing: a process of reflexivity in interaction. *Cadernos de Saúde*, 6, 55–68.

Rua, A. (2012). O reconhecimento emocional em pessoas com esquizofrenia e em pessoas com perturbação depressiva.

Ruivo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38.

Salgueiro, N. (2006). O enfermeiro e a responsabilidade de se tornar competente. *Enfermagem e o Cidadão*. 4 (10). p. 2-3. Disponível em: <http://www.infiressources.ca/fer/depot->

documents/O%20enfermeiro%20e%20a%20responsabilidade%20de%20se%20tornar%20competente.pdf

Schon, D. (1983). *The Reflective Practitioner -How professionals think in action*. Basic Books.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental*. Quarteto Editora

Strongman, K. (2004). *A psicologia da emoção* (2ª edição). Climepsi Editores.

Stuart, G. W.; Laraia, M. T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7ª ed.), St. Louis: Mosby Elsevier.

Valverde, O. (Coord.) (2001). *El enfoque de la competencia laboral*. Montevideo: Departamento de Publicaciones de Cinterfor / OIT.

WHO. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. World Health Organization.

WHO. (2022). *Transforming mental health for all*. World Health Organization.

World Health Organization [WHO] (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Direção-Geral da Saúde

Xavier, S., Nunes, L. & Basto, M. (2014). Competência emocional do enfermeiro: a significação do constructo. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 3-19.

## APÊNDICES



## Apêndice I- Poster desenvolvido em parceria com EESMP sobre o impacto do confinamento na qualidade de vida da pessoa com doença mental numa unidade de longo internamento

### IMPACTO DO CONFINAMENTO NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL NUMA UNIDADE DE LONGO INTERNAMENTO

Aguilar, C.; Sousa M.; Rodrigues M.; e Salazar, P.

Infen@egp@egp@egp.com, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria nas Ilhas Hospitalares Lúcio; Infen@egp@egp.com, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria nas Ilhas Hospitalares Lúcio; Infen@egp@egp.com, Enfermeira nas Ilhas Hospitalares Lúcio; Infen@egp@egp.com, Enfermeira Generalista

#### RESULTADOS

Questão 1: Sentiu-se mais ansioso que o habitual durante/após o confinamento?

- No geral sentiram-se mais ansiosas, pelo facto de estarem privadas da sua liberdade, com medo do futuro;
- Contudo, algumas referem que sentiram que era uma necessidade, trazendo algum conforto nas medidas implementadas para sua segurança.

Questão 2: Que dificuldades sentiu/sente no seu dia-a-dia após confinamento?

- Dificuldade de adaptação à rotina anteriores, nomeadamente, atividades terapêuticas, idas às compras, bem como, gestão do dinheiro;
- Dificuldades na interação social;
- Dificuldades de memória, concentração e atenção;
- Receio do contato com o exterior.

Questão 3: Em que medida sente que o confinamento teve impacto na sua qualidade de vida?

- Privação do contato com familiares;
- Liberdade que não foi totalmente reposta, por manterem dificuldades em permanecer no exterior por longos períodos;
- Mais distanciamento dos pares, com dificuldades de interação que permaneceram;
- Maior preocupação/obsessão com saúde e sequelas da COVID19;
- Maior dificuldade de gerir emoções (ansiedade, frustração, angústia, confusão, medo, tristeza);
- Maior nível de dependência física, por aumento do sedentarismo secundário ao confinamento.

#### INTRODUÇÃO

Segundo o SNS (2022), a pandemia de COVID-19 teve impacto na saúde mental das populações, devido a alterações sociais e económicas resultantes das medidas adotadas para controlo e disseminação do vírus. À luz de estudos baseados em epidemias, é evidente o impacto na saúde mental, tanto em indivíduos sãos, como indivíduos com doença mental, sendo clara a discrepância entre pessoas que contraem a infeção e o número de indivíduos cuja saúde mental é acometida. Torna-se assim, evidente que o número de pessoas em que a saúde mental é afetada, é maior do que no primeiro caso (Reardon, 2015).

As medidas adotadas, podem ter causado ou acentuado sensações de ansiedade, solidão, desesperança, medo da morte ou ideação suicida (Brown *et al.*, 2020). Salari *et al.* (2020), referem ainda, um aumento do stress, ansiedade e depressão como consequências da pandemia por COVID-19. Estas consequências, na saúde mental diferem em díspares grupos de indivíduos, evidenciando-se efeitos mais frisados em indivíduos com perturbação mental (Lopes *et al.*, 2021).

Com a implementação das medidas de saúde pública, no âmbito da pandemia por COVID-19, foi possível perceber o impacto na qualidade de vida das pessoas assistidas, numa instituição de internamento de saúde mental e psiquiatria, com implicações negativas nas suas dimensões psicopatológicas e psicossociais. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto do confinamento, de Março a Julho de 2020, numa Unidade de Longo Internamento, com 30 Pessoas Assistidas, com diferentes patologias psiquiátricas.

PALAVRAS-CHAVE: Confinamento, COVID-19, Doença Mental, Longo Internamento, Qualidade de Vida

#### METODOLOGIA

A metodologia utilizada inclui um estudo qualitativo com utilização de um guião de entrevista estruturada, com questões abertas aplicadas às pessoas assistidas, tendo por base critérios de inclusão (pessoas com diagnóstico com doença mental; pessoas em contexto de longo internamento; ambos os géneros) e exclusão (pessoas com deficiências cognitivas e processos demenciais; pessoas com atividade delirante e/ou alucinatória não controlada; pessoas com quadros de agitação psicomotora). Posteriormente procedeu-se a uma análise de conteúdo das entrevistas, permitindo sintetizar o impacto do confinamento nas pessoas assistidas. Sendo conceito de qualidade de vida subjetivo, "perceção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1994, p. 28), torna-se relevante a auto-perceção da pessoa assistida do impacto do confinamento, justificando o uso da metodologia supracitada.

#### CONCLUSÕES

Foi possível concluir, através das entrevistas realizadas às pessoas assistidas, que o confinamento está diretamente relacionado com o aumento de sintomas de ansiedade, evidenciados no retorno às atividades de vida diárias, perda de competências cognitivas e sociais e grau de dependência.

Existe um acréscimo significativo de sintomatologia negativa, como revolta, isolamento, ansiedade, depressão e diminuição de sensações positivas, tal como, entusiasmo em viver e felicidade (Li *et al.*, 2020). Sendo que o medo sentido, intensifica o stress e a ansiedade em pessoas com ausência de doença psiquiátrica e exacerba a sintomatologia dos indivíduos com perturbações psiquiátricas prévias (Shigemura, 2019). É patente, um impacto consideravelmente pujante em pessoas com patologias psiquiátricas mais graves, existindo maiores complicações em mecanismos adaptativos, maior sintomatologia negativa, maior dificuldade em algumas atividades de vida diárias e maior sedentarismo (Pan, 2020).

ANs ao presente estudo, verifica-se que existe ainda pouca literatura referente ao impacto do confinamento na pessoa assistida com doença mental institucionalizada, o que poderia ter possibilitado uma sustentação científica rigorosa para os resultados obtidos. Contudo, acreditamos que este estudo poderá fornecer linhas orientadoras para prática clínica, na identificação de determinantes de resiliência e vulnerabilidade, para posterior implementação de medidas que possam mitigar o sofrimento psicológico e promover a saúde mental e o bem-estar (SNS, 2022).

Referências Bibliográficas: Brown E, Gray R, Monaco S, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, et al. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychiatric: A rapid review of contemporary and pandemic research. *Schiz Res*; 222:79-87; Lopes J, Silva I, & da Silva, Y. R. (2021). Impacto do Confinamento em Doentes com Esquizofrenia Durante a Pandemia de COVID-19. *Revista Médica de São Paulo*; 11, 5. Wang X, Yue J, Zhao M, & Zhu T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on doctor-illness. *International journal of environmental research and public health*; 17(4), 1312. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041312>; Reardon, S. (2015). *Global mental health needs: danger in difficult times-care workers struggle to help people who have been traumatized by the epidemic*. *Nature*; 519(7545), 13-15. Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kuratsune, M., & Bremner, D. M. (2019). Public responses to the new coronavirus 2019 (2019-nCoV) in Japan: consequences for mental health and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*; 73(4), 280-2; Serviço Nacional de Saúde (2022). Impacto da COVID-19 na Saúde Mental. <https://www.sns.gov.pt/pt/2022/03/29/impacto-da-covid-19-na-saude-mental/>; Pan, K. T., Kuk, A., Eisenberg, M., Warrall, M., Jorg, F., Lubeck, R. A., ... & Pennino, B. M. (2020). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or substance-use disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*; 8(2), 120-129. WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International journal of Mental Health*; 23(1), 24-54.

Figura 3Poster "Impacto do Confinamento na Qualidade de Vida da Pessoa com Doença Mental numa Unidade de Longo Internamento"



### Introdução:

Segundo o SNS (2022), a pandemia de COVID-19 teve impacto na saúde mental das populações, devido a alterações sociais e económicas resultantes das medidas adotadas para controlo e disseminação do vírus. À luz de estudos baseados em epidemias, é evidente o impacto na saúde mental, tanto em indivíduos sãos, como indivíduos com doença mental, sendo clara a discrepância entre pessoas que contraem a infeção e o número de indivíduos cuja saúde mental é acometida. Torna-se assim, evidente que o número de pessoas em que a saúde mental é afetada, é maior do que no primeiro caso (Reardon, 2015).

As medidas adotadas, podem ter causado ou acentuado sensações de ansiedade, solidão, desesperança, medo da morte ou ideação suicida (Brown et al., 2020). Salari et al. (2020), reforçam ainda, um aumento do stress, ansiedade e depressão como consequências da pandemia por COVID-19. Estas consequências, na saúde mental diferem em dispareos grupos de indivíduos, evidenciando-se efeitos mais frisados em indivíduos com perturbação mental (Lopes et al., 2021).

Com a implementação das medidas de saúde pública, no âmbito da pandemia por COVID-19, foi possível percecionar o impacto na qualidade de vida das pessoas assistidas, numa instituição de internamento de saúde mental e psiquiatria, com implicações negativas nas suas dimensões psicopatologias e psicossociais. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto do confinamento, de Março a Julho de 2020, numa Unidade de Longo Internamento, com 30 Pessoas Assistidas, com diferentes patologias psiquiátricas.

**Palavras-Chave:** Confinamento, COVID-19, Doença Mental, Longo Internamento, Qualidade de Vida

### Metodologia:

A metodologia utilizada inclui um estudo qualitativo com utilização de um guião de entrevista estruturada, com questões abertas aplicadas às pessoas assistidas, tendo por base critérios de inclusão (pessoas com diagnóstico com doença mental; pessoas em contexto de longo internamento; ambos os géneros) e exclusão (pessoas com deficiências cognitivas e processos demenciais; pessoas com atividade delirante e/ou alucinatória não controlada; pessoas com quadros de agitação psicomotora). Posteriormente procedeu-se a uma análise de conteúdo das entrevistas, permitindo sintetizar o impacto do confinamento nas pessoas assistidas. Sendo conceito de qualidade de vida subjetivo, "perceção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1994, p. 28), torna-se relevante a auto-perceção da pessoa assistida do impacto do confinamento, justificando o uso da metodologia supracitada.

### Resultados – Entrevista/Análise de Conteúdo das Respostas

Questão 1: Sentiu-se mais ansioso que o habitual durante/após o confinamento?

- No geral sentiram-se mais ansiosas, pelo facto de estarem privadas da sua liberdade, com medo do futuro. Contudo, algumas referem que sentiram que era uma necessidade, trazendo algum conforto nas medidas implementadas para sua segurança.

Questão 2: Que dificuldades sentiu/sente no seu dia-a-dia após confinamento?

- Dificuldade de adaptação às rotinas anteriores, nomeadamente, atividades terapêuticas, idas às compras, bem como, gestão do dinheiro,
- Dificuldades na interação social
- Dificuldades de memória, concentração e atenção
- Receio do contato com o exterior

Questão 3: Em que medida sente que o confinamento teve impacto na sua qualidade de vida?

- Privação do contato com familiares
- Liberdade que não foi totalmente reposta, por manterem dificuldades em permanecer no exterior por longos períodos
- Mais distanciamento dos pares, com dificuldades de interação que permaneceram
- Maior preocupação/obsessão com saúde e sequelas da COVID19
- Maior dificuldade de gerir emoções (ansiedade, frustração, angústia, confusão, medo, tristeza)
- Maior nível de dependência física, por aumento do sedentarismo secundário ao confinamento

### Conclusões:

Foi possível concluir, através das entrevistas realizadas às pessoas assistidas, que o confinamento está diretamente relacionado com o aumento de sintomas de ansiedade, evidenciados no retorno às atividades de vida diárias, perda de competências cognitivas e sociais e grau de dependência.

Existe um acréscimo significativo da sintomatologia negativa, como revolta, isolamento, ansiedade, depressão e diminuição de sensações positivas, tal como, entusiasmo em viver e felicidade (Li *et al.*, 2020). Sendo que o medo sentido, intensifica o stress e a ansiedade em pessoas com ausência de doença psiquiátrica e exacerba a sintomatologia dos indivíduos com perturbações psiquiátricas prévias (Shigemura, 2019). É patente, um impacto consideravelmente pujante em pessoas com patologias psiquiátricas mais graves, existindo maiores complicações em mecanismos adaptativos, maior sintomatologia negativa, maior dificuldade em algumas atividades de vida diárias e maior sedentarismo (Pan, 2020).



Até ao presente estudo, verifica-se que existe ainda pouca literatura referente ao impacto do confinamento na pessoa assistida com doença mental institucionalizada, o que poderia ter possibilitado uma sustentação científica rigorosa para os resultados obtidos. Contudo, acreditamos que este estudo poderá fornecer linhas orientadoras para prática clínica, na identificação de determinantes de resiliência e vulnerabilidade, para posterior implementação de medidas que possam mitigar o sofrimento psicológico e promover a saúde mental e o bem-estar (SNS, 2022).

#### Referências Bibliográficas:

Brown E, Gray R, Monaco S, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, et al. (2020). *The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research*. Schiz Res.; 222:79-87

Lopes, J., Silva, I., & da Silva, V. R. (2021). *Impacto do Confinamento em Doentes com Esquizofrenia Durante a Pandemia de COVID-19*. Gazeta Médica.

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). *The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users*. International journal of environmental research and public health, 17(6), 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>

Reardon, S. (2015). *Ebola's mental-health wounds linger in Africa: health-care workers struggle to help people who have been traumatized by the epidemic*. Nature, 519(7541), 13-15.

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). *Public responses to the new coronavirus 2019 (2019-nCoV) in Japan: consequences for mental health and target populations*. Psychiatry Clin Neurosci, 74(4), 281-2.

Serviço Nacional de Saúde (2022). *Impacto da COVID-19 na Saúde Mental*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/impacto-da-covid-19-na-saude-mental/>

Pan, K. Y., Kok, A. A., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R. A., ... & Penninx, B. W. (2021). *The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts*. The Lancet Psychiatry, 8(2), 121-129.

WHOQOL Group (1994). *Development of the WHOQOL: Rationale and current status*. International Journal of Mental Health, 23(3), 24-56

## Apêndice II- Questionário Sociodemográfico



### Questionários

Os questionários que se seguem tem um carácter confidencial e anónimo, desenvolvidos pelo aluno da especialidade de saúde mental e psiquiátrica Pedro Guiomar da Escola Superior de Saúde de Setúbal.

Obrigado.





## Questionário Sociodemográfico

1. Género: masculino ☐ Feminino ☐ Não binário ☐

2. idade \_\_\_\_\_

3. Estado civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐  
União de Facto ☐

4. Escolaridade: Escola primária ☐  
2ºCiclo ☐  
3ºCiclo ☐  
Ensino Secundário ☐  
Ensino Superior ☐

5. Situação Laboral: Desempregado ☐  
Empregado ☐  
Reformado ☐

## Apêndice III- Questionário de Competências Emocionais



### Questionários

Os questionários que se seguem tem um carácter confidencial e anónimo, desenvolvidos pelo aluno da especialidade de saúde mental e psiquiátrica Pedro Guiomar da Escola Superior de Saúde de Setúbal.

Obrigado.



## Questionário de Competência Emocional

(ajustado da escala de Veiga, 2010)

Leia atentamente todas as perguntas, estas deverão ser respondidas, colocando um círculo em volta da resposta que considera ser a mais ajustada à sua realidade.

| NUNCA<br>(1) | Raro<br>(2) | Pouca<br>frequência<br>(3) | Algums<br>vezes<br>(4) | frequente<br>(5) | Muito<br>frequente<br>(6) | Sempre<br>(7) |
|--------------|-------------|----------------------------|------------------------|------------------|---------------------------|---------------|
|--------------|-------------|----------------------------|------------------------|------------------|---------------------------|---------------|

|                                                                                                                                         |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Perante uma situação/relação negativa, na minha vida, sinto que, ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:                   |               |
| a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.                               | 1 2 3 4 5 6 7 |
| b) Caio num estado de espírito negativo e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal                         | 1 2 3 4 5 6 7 |
| c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.       | 1 2 3 4 5 6 7 |
| d) Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... consigo defini-los | 1 2 3 4 5 6 7 |
| e) ) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 |
| f) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.     | 1 2 3 4 5 6 7 |
| g) Outro:                                                                                                                               |               |





|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 2. Reconheço que tenho tendência a atuar, como uma pessoa:                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
| a) Instável, com várias mudanças de humor                                                                                                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7    |
| b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta                                                                                                                                                                                                                                      | 1 2 3 4 5 6 7    |
| c) Positiva, encaro a vida pela positiva.                                                                                                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7    |
| d) Ruminativa, sempre a "matutar".                                                                                                                                                                                                                                                            | 1 2 3 4 5 6 7    |
| e) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.                                                                                                                                                                                                                                             | 1 2 3 4 5 6 7    |
| f) Azarada, não tenho sorte na vida.                                                                                                                                                                                                                                                          | 1 2 3 4 5 6 7    |
| g) Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| 3. Imagine uma situação da sua vida (relacional, pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma onda de fúria ou raiva. Ao tentar ficar mais sereno(a), toma normalmente uma atitude. Das afirmações que se seguem, assinale na escala de frequência (1-7) a(s) que lhe dizem respeito: |                  |
| a) Procurei "acalmar", num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.                                                                                                                                                                                                          | 1 2 3 4<br>5 6 7 |
| b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.                                                                                                                                                                                                                            | 1 2 3 4 5 6 7    |
| c) Fiquei sozinho "a arrefecer" simplesmente                                                                                                                                                                                                                                                  | 1 2 3 4 5 6 7    |
| d) Fiz exercício físico ativo (aeróbico)                                                                                                                                                                                                                                                      | 1 2 3 4 5 6 7    |
| e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.                                                                                                                                                                                                                         | 1 2 3 4 5 6 7    |
| f) Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da ira.                                                                                                                                                                                                                   | 1<br>2 3 4 5 6 7 |
| g) Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| 4. No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações pessoais, sociais, profissionais), considero como procedimentos que normalmente me identificam:                                                                                                                      |                  |





|                                                                                                                         |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.                                                            | 1 2 3 4 5 6 7 |
| b) ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que deteto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim | 1 2 3 4 5 6 7 |
| c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos                                                               | 1 2 3 4 5 6 7 |
| d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.                       | 1 2 3 4 5 6 7 |
| e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.                                            | 1 2 3 4 5 6 7 |
| f) Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.                                               | 1 2 3 4 5 6 7 |
| g) Nas minhas relações com outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.      | 1 2 3 4 5 6 7 |
| h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, profissional), sinto que:                      |               |
| a) Penso no facto e rumino a humilhação                                                                                 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude comtemporizadora                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 |
| c) Invade-me a auto-piedade                                                                                             | 1 2 3 4 5 6 7 |
| d) Invade-me o desprezo e o rancor                                                                                      | 1 2 3 4 5 6 7 |
| e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim                                                       | 1 2 3 4 5 6 7 |
| f) Outro:                                                                                                               |               |

**Apêndice IV- Plano de Cuidados**

| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>         | <b>Resultados Esperados (curto e médio prazo)</b> | <b>Intervenções de Enfermagem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Avaliação</b>                                                                                                                                   |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ansiedade</b>                         | Ansiedade melhorada                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover um autoconhecimento efetivo</li> <li>Promover a comunicação afetiva das emoções</li> <li>Promover o coping efetivo</li> <li>Planear/executar atividades de relaxamento</li> <li>Planear/executar terapias de grupo</li> <li>Incentivar o doente a fazer exercício físico</li> <li>Incentivar o envolvimento da família</li> <li>Vigiar resposta comportamental</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Observação</li> <li>Feedback das utentes</li> <li>Feedback dos familiares</li> </ul>                        |
| <b>Comunicação Verbal Comprometida</b>   | Comunicação verbal melhorada                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar comunicação</li> <li>Otimizar comunicação</li> <li>Incentivar o envolvimento da família</li> <li>Incentivar a comunicação através de meios alternativos (ex. meio artístico)</li> </ul>                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Observação</li> <li>Feedback das utentes</li> <li>Materiais resultantes das produções artísticas</li> </ul> |
| <b>Comunicação Familiar Comprometida</b> | Comunicação familiar melhorada                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Encorajar a comunicação familiar</li> <li>Mostrar disponibilidade para escla-</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Observação</li> <li>Feedback das utentes</li> </ul>                                                         |

|                                       |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       |                             | <p>recimento de dúvidas às utentes e familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover encontros entre doentes e familiares</li> <li>▪ Proporcionar um ambiente tranquilo, seguro e terapêutico aquando dos encontros familiares</li> <li>▪ Promover momentos de libertação emocional</li> </ul>                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Feedback dos familiares</li> <li>▪ Atividades realizadas entre as utentes e familiares</li> </ul>                                                                |
| <b>Socialização Comprometida</b>      | Socialização melhorada      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incentivar a socialização</li> <li>▪ Encorajar à realização de atividades</li> <li>▪ Reforçar positivamente pela participação nas atividades</li> <li>▪ Identificar atividades que as utentes tenham gosto em fazer</li> <li>▪ Estimular a partilha de emoções</li> <li>▪ Promover laços significativos entre as doentes, amigos e familiares</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação</li> <li>▪ Feedback das utentes</li> <li>▪ Feedback dos familiares e pessoas significativas</li> <li>▪ Feedback da equipa multidisciplinar</li> </ul> |
| <b>Processo Familiar Comprometido</b> | Processo familiar melhorado | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar sentimentos e emoções que as utentes sentem relativamente a familiares</li> <li>▪ Compreender e identificar os recursos que existem no seio familiar</li> <li>▪ Incentivar o contacto com a família</li> </ul>                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação</li> <li>▪ Feedback das utentes</li> <li>▪ Feedback dos familiares</li> <li>▪ Atividades realizadas entre as utentes e familiares</li> </ul>          |

|                                   |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                               |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   |                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prestar apoio emocional às utentes e aos familiares</li> <li>▪ Proporcionar um ambiente tranquilo, seguro e terapêutico aquando dos encontros familiares</li> <li>▪ Envolver a família no processo terapêutico</li> </ul> |                                                                                                                                               |
| <b>Autoconhecimento Diminuído</b> | Autoconhecimento melhorado | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incentivar a expressão de emoções</li> <li>▪ Promover atividades de autoconhecimento</li> <li>▪ Proporcionar momentos de partilha</li> </ul>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação</li> <li>▪ Feedback das utentes</li> <li>▪ Feedback da equipa multidisciplinar</li> </ul> |

Tabela 1-Plano de Cuidados



***Apêndice V- Bola anti-stress usada na atividade círculo de partilha emocional  
(Atividade I)***



*Figura 4-lâmpada anti-stress, usada na atividade círculo de partilha emocional*

## Apêndice VI- Materiais artísticos usados na atividade caixa das emoções criativas (Atividade IV)



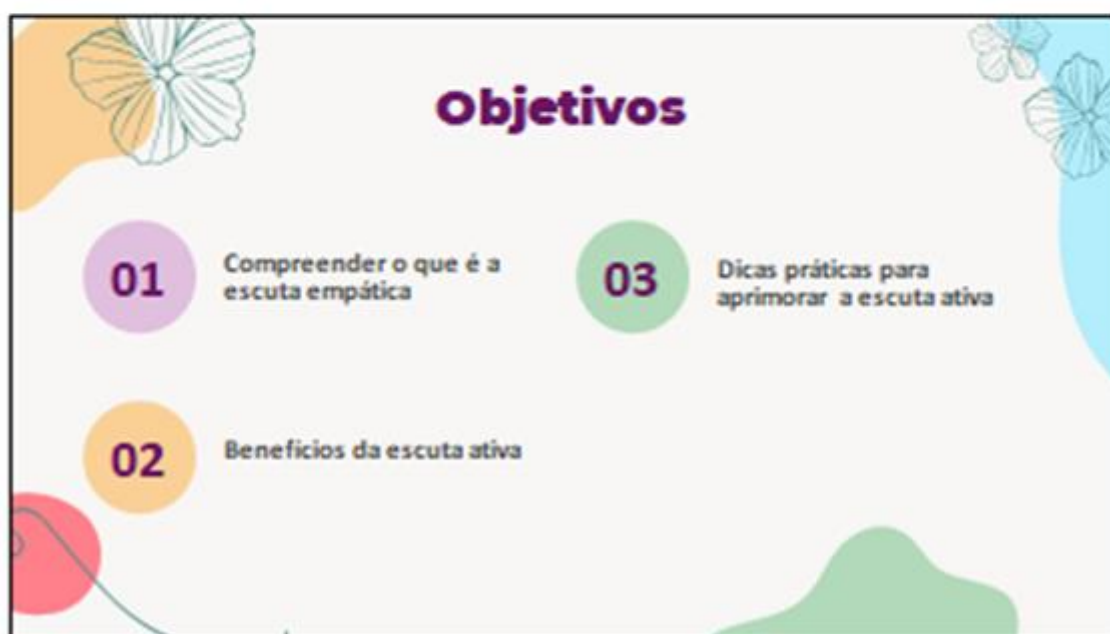
*Figura 5- Materiais artísticos utilizados na atividade caixa de emoções criativas (Atividade IV)*



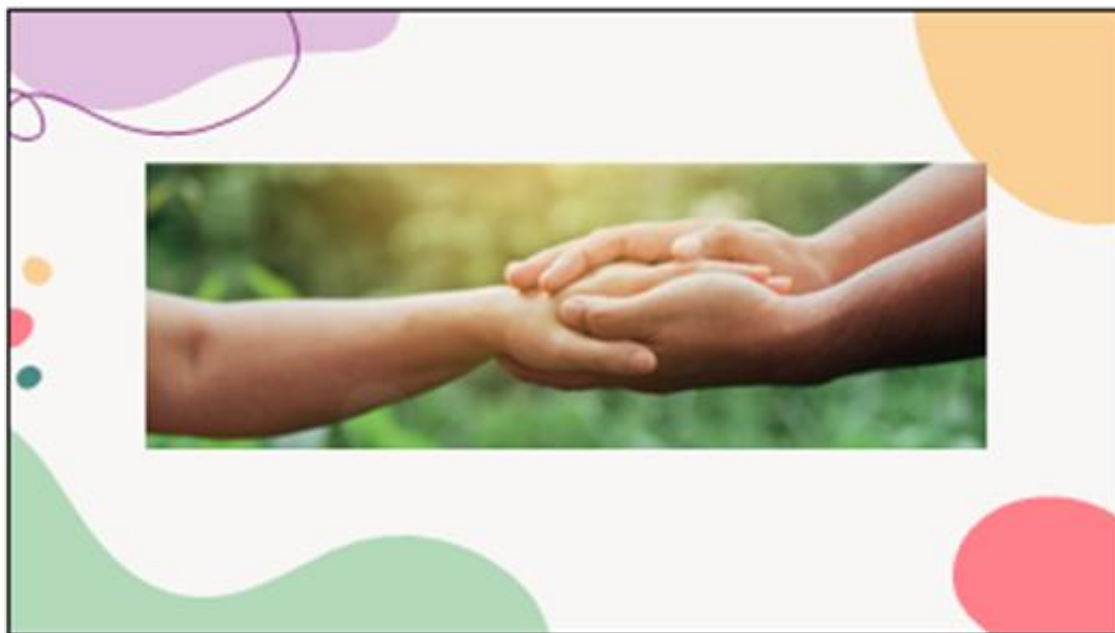
## Apêndice VII- apresentação multimédia sobre a importância da escuta empática em saúde mental, aplicação para familiares e doentes



1



2

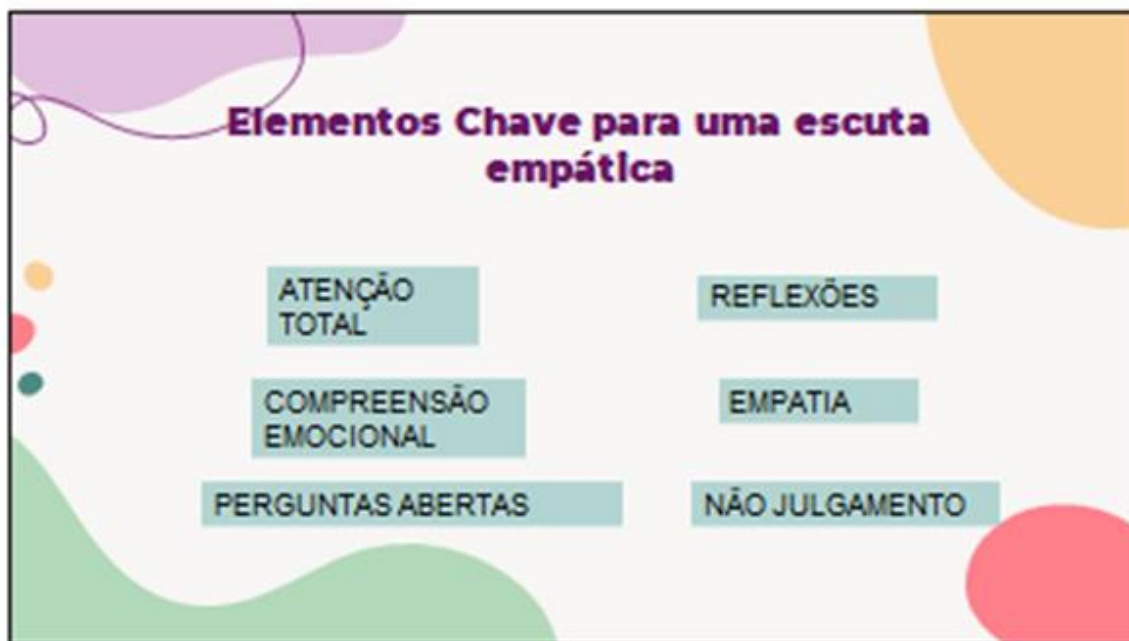


3



4





5

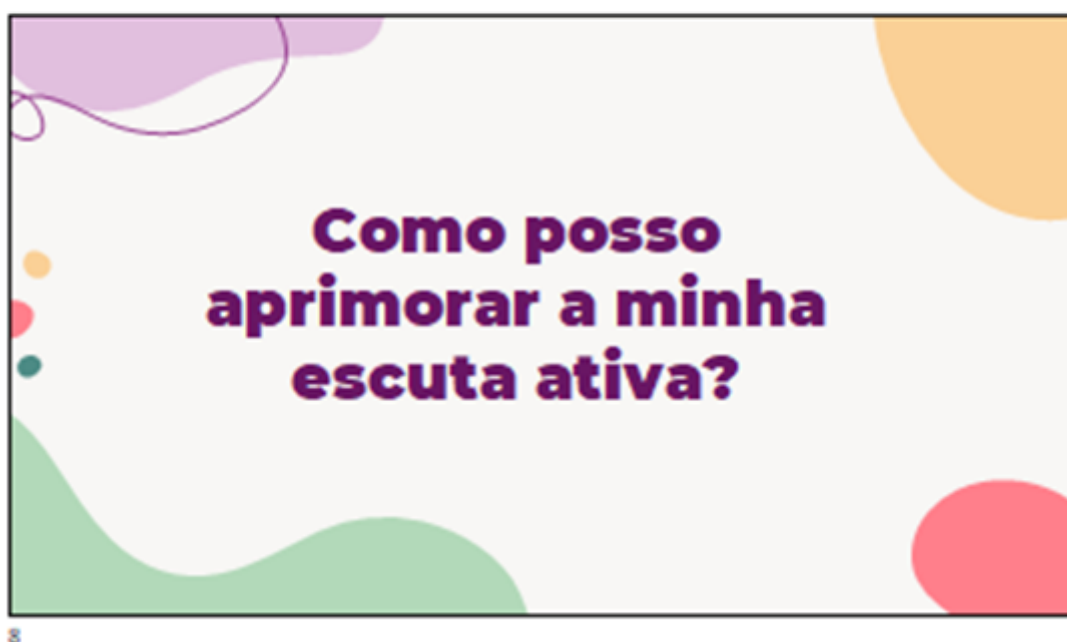
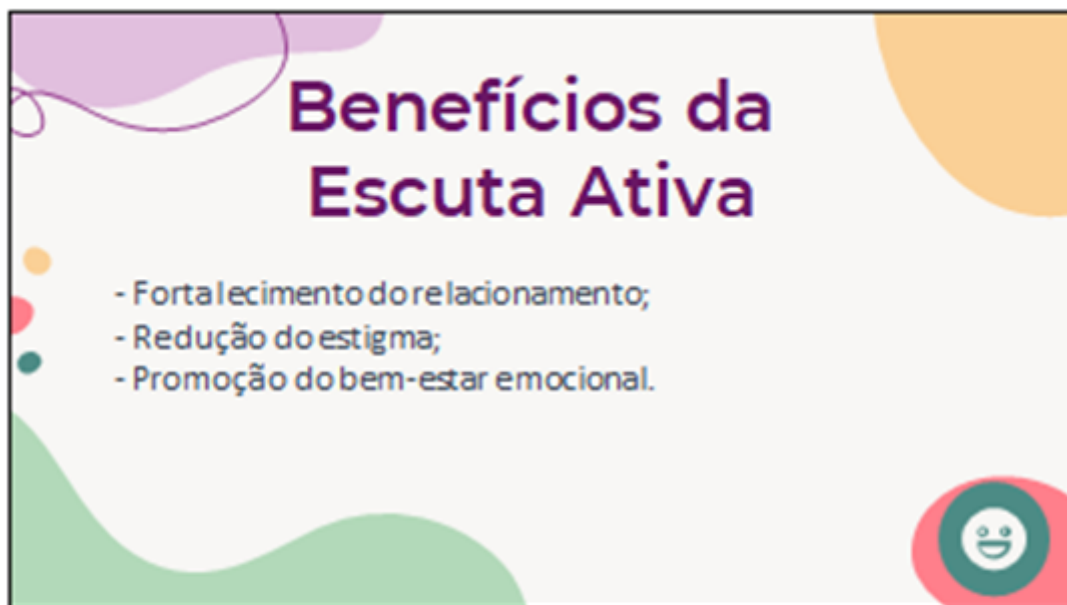
Seção dedicada a Carl Rogers. À esquerda, uma fotografia dele com o nome "Carl Rogers" em uma caixa preta. Abaixo da foto, uma citação em uma caixa preta: "Ser empático é ver o mundo através dos olhos do outro e não ver o nosso mundo refletido nos olhos dele." À direita, um texto explicativo sobre a abordagem centrada na pessoa e a obra "On Becoming a Person".

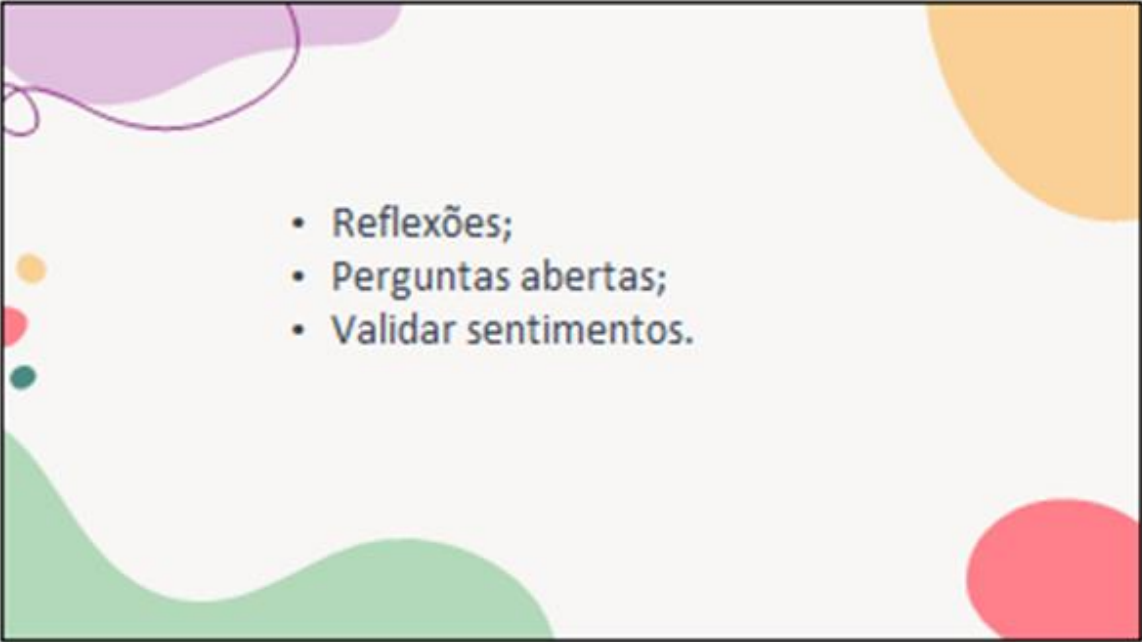
**Carl Rogers**

*"Ser empático é ver o mundo através dos olhos do outro e não ver o nosso mundo refletido nos olhos dele."*

Carl Rogers é conhecido pela sua abordagem centrada na pessoa, valorizando a empatia como um dos principais componentes para facilitar o crescimento e a mudança pessoal, tendo uma obra de grande relevo publicada "On Becoming a Person"

6



- 
- Reflexões;
  - Perguntas abertas;
  - Validar sentimentos.

9

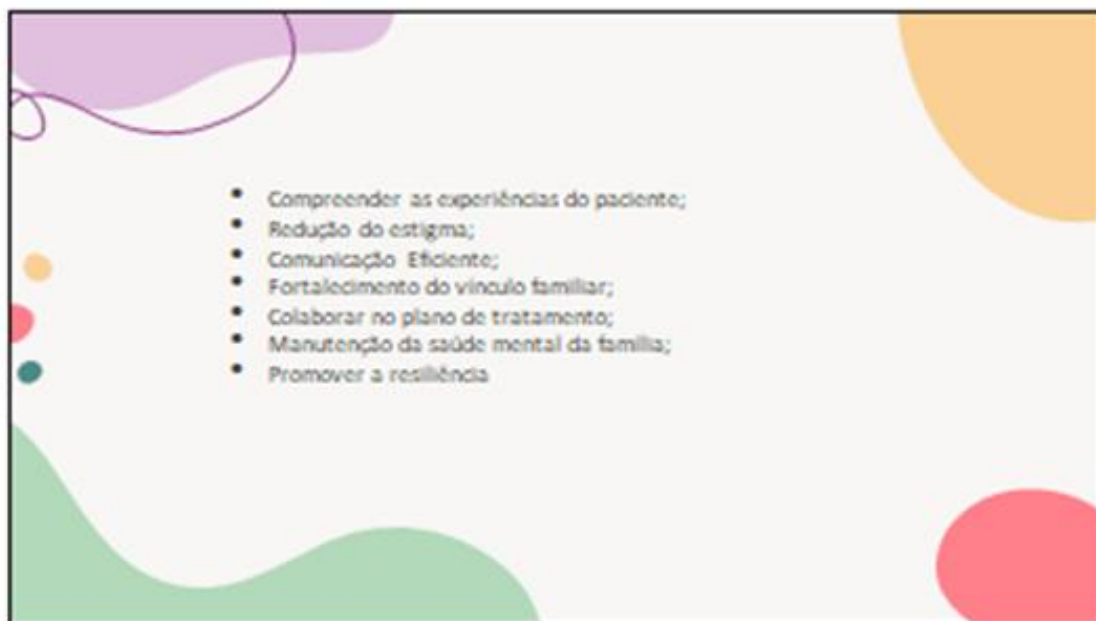


## Apoio familiar na jornada da saúde mental

A escuta empática é uma ferramenta crucial para fortalecer o apoio familiar e promover uma recuperação mais eficaz!

10





11



12



13



## Apêndice VIII- Carta de gratidão oferecida pela utente II

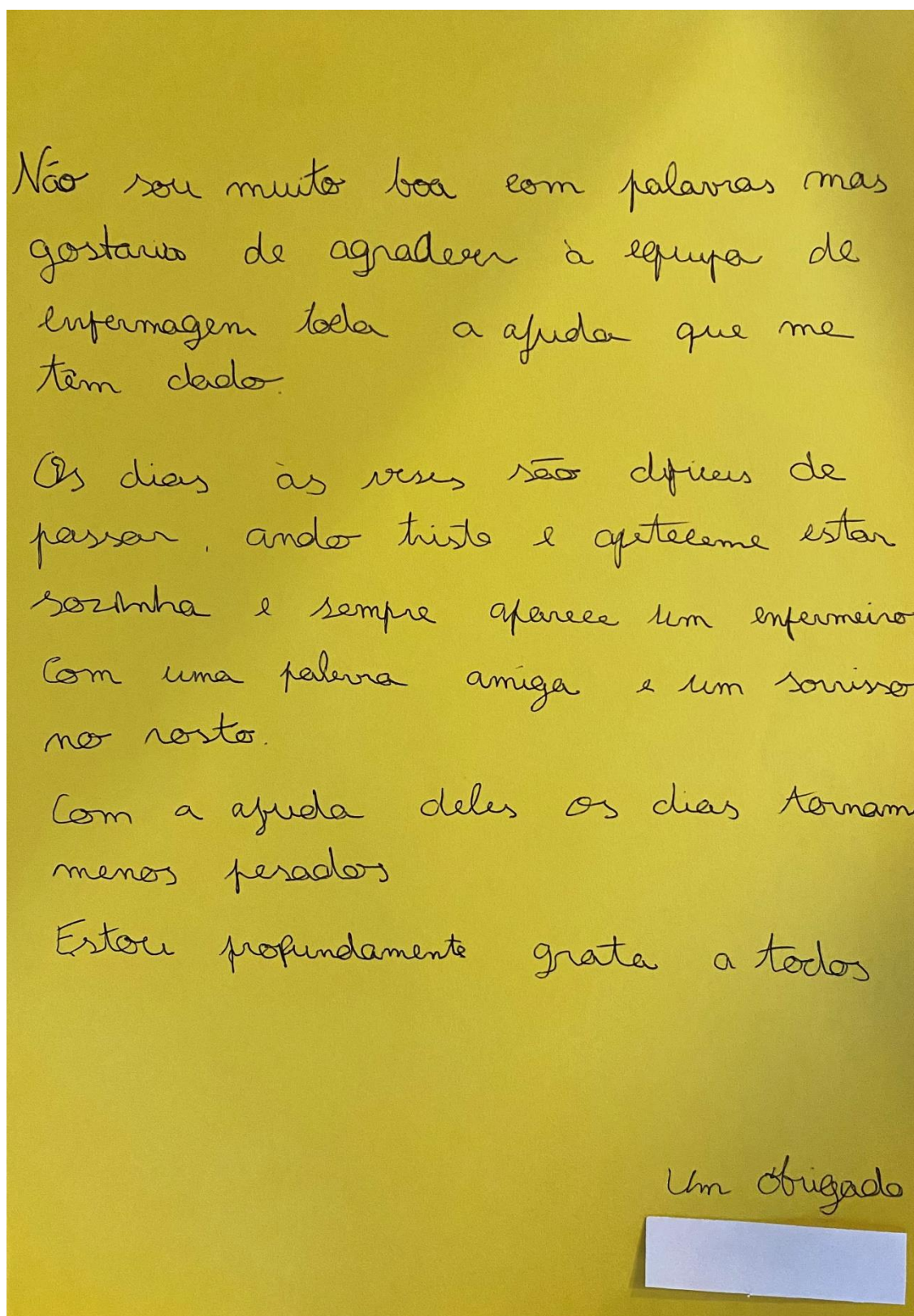
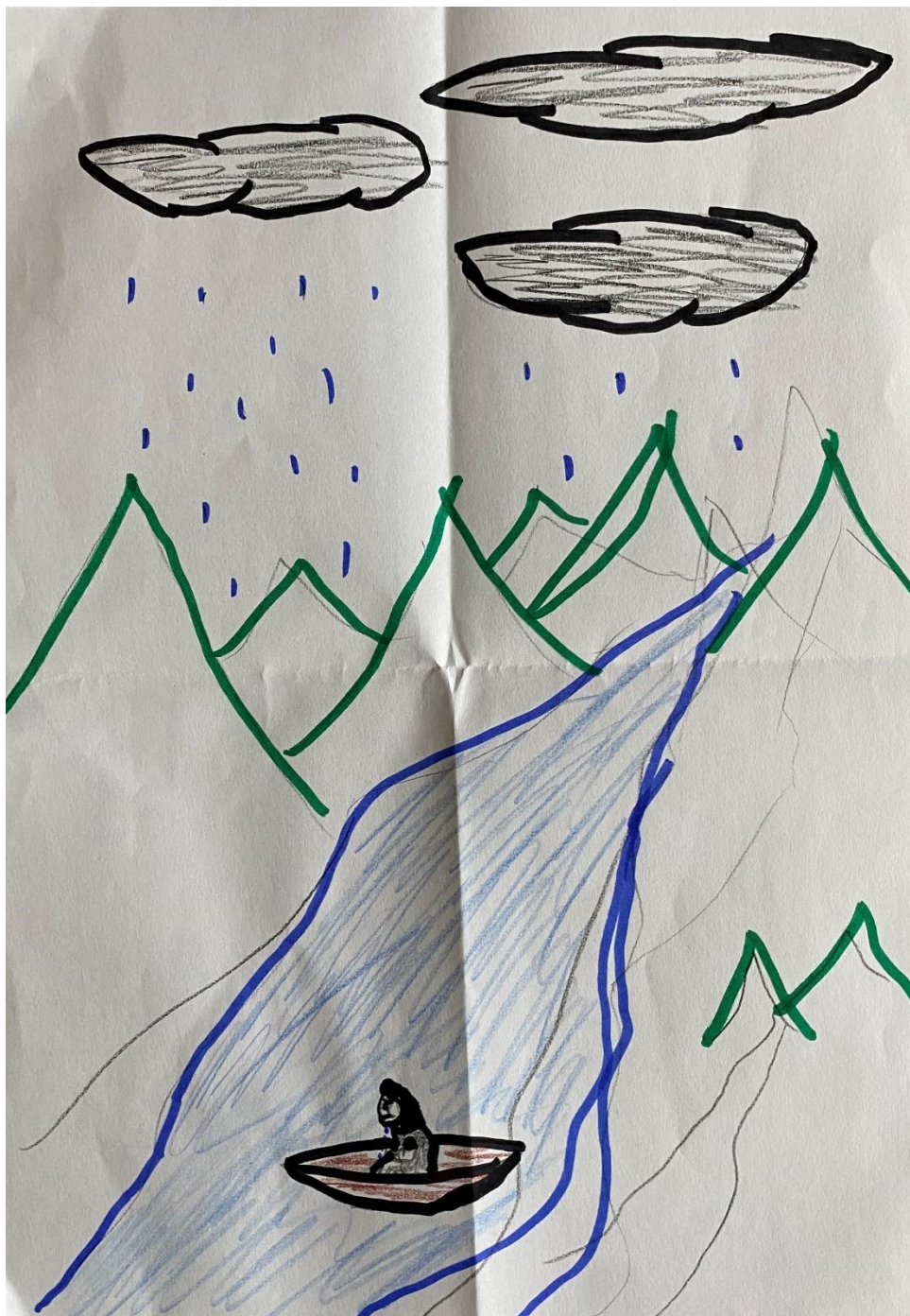


Figura 6- Carta de gratidão oferecida pela utente II



**Apêndice IX- Desenho realizado pela utente II no decorrer da atividade III**



*Figura 7 Desenho realizado pela utente II na atividade III*



## Apêndice X- Desenho oferecido pela utente II



Figura 8- Desenho de gratidão da utente II