



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Regulação de Emoções para a Não Violência em Pessoas com Esquizofrenia:

Intervenções de Enfermagem para a Psicoeducação

Mariana João Jorge Albino

Coimbra, setembro de 2023



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Regulação de Emoções para a Não Violência em Pessoas com Esquizofrenia:

Intervenções de Enfermagem para a Psicoeducação

Mariana João Jorge Albino

Orientador: Professor Doutor Amorim Gabriel Santos Rosa, Professor Adjunto, Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Coimbra, setembro de 2023

“Agir, eis a inteligência verdadeira.

Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for.

O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito.”

Bernardo Soares

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Amorim Gabriel Santos Rosa, pela partilha de conhecimentos, dedicação e disponibilidade ao longo de todo o percurso. Por ser uma referência a nível profissional e me ter orientado, em todos os sentidos, durante mais um ano de formação.

Ao Gustavo, à Inês Duarte e aos sigilosos, que estão sempre a aplaudir por mim nos bastidores.

A todos aqueles que me acompanharam ao longo deste processo e me incentivaram a ir mais além, sem nunca perder a força de vontade para fazer mais e melhor. Nomeadamente aos enfermeiros tutores e aos utentes, pois sem eles teria sido impossível.

Porque tornaram este caminho um pouco mais fácil, percorrendo-o lado a lado comigo.

A todos vocês, eternamente grata.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

% – por cento/percentagem

BVC – *Brøset Violence Checklist*

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

C – Comparação

CRMI – *Clinical Risk Management Initiative*

CuRV – *Current Risk of Violence*

DASA – *Dynamic Appraisal of Situational Aggression*

DGS – Direção-Geral da Saúde

E – Estudo

E1 – Estudo 1

E2 – Estudo 2

E3 – Estudo 3

E4 – Estudo 4

E5 – Estudo 5

E6 – Estudo 6

E7 – Estudo 7

EBSCO – *Elton B. Stephens Company*

ECI – Escala de Comportamento Interpessoal

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EIES – Escala de Inteligência Emocional de Schutte

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

FRST – *Fordham Risk Screening Tool*

H – horas

HCR-20 – *Historical Clinical Risk Management-20*

HSC – Hospital Sobral Cid

I – Intervenção

JBI – Instituto Joanna Briggs

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH – *Medical Subject Headings*

N – Não

n.º – Número

NA – Não Aplicável

NOC – Classificação de Resultados de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

O – *Outcome(s)*

P – Participante

PCL-R – *Psychopathy Checklist Revised*

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PSP – Escala de Funcionamento Pessoal e Social

Q – Questão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

REE – Revisão(ões) de Evidência de Eficácia

S – Sim

SAPROF – *Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk*

SDRS – *Short Dynamic Risk Scale*

SMP – Saúde Mental na Proximidade

SP – Sessão(ões) Psicoeducativa(s)

START - *Short-term Assessment of Risk and Treatability*

TI – Título

Tx – Todo o Texto

VRAG – *Violent Risk Appraisal Guide*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA	60
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Mapa de Conceitos	57
Tabela 2. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes	57
Tabela 3. Lista Ordenada dos Estudos Seleccionados	61
Tabela 4. <i>Checklist</i> de Avaliação Crítica para Estudos Experimentais	62
Tabela 5. <i>Checklist</i> de Avaliação Crítica para Estudos Quasi-Experimentais	63
Tabela 6. <i>Checklist</i> de Avaliação Crítica para Estudos Coorte	63
Tabela 7. Extração de dados do Estudo 1 (E1)	64
Tabela 8. Extração de dados do Estudo 1 (E2)	65
Tabela 9. Extração de dados do Estudo 1 (E3)	66
Tabela 10. Extração de dados do Estudo 1 (E4)	68
Tabela 11. Extração de dados do Estudo 1 (E5)	69
Tabela 12. Extração de dados do Estudo 1 (E6)	70
Tabela 13. Extração de dados do Estudo 1 (E7)	72

RESUMO

O presente Relatório apresenta-se como trabalho final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. É composto por duas partes principais: (1) Relatório de Estágio, que apresenta uma reflexão crítica de como foram adquiridas as competências de enfermeiro especialista, nomeadamente em saúde mental e psiquiátrica; e (2) Relatório de Investigação, que incide sobre o tema "Avaliação de Risco Clínico e Ocorrência de Incidentes em Pacientes Psiquiátricos".

O objetivo do Relatório de Estágio é refletir sobre as práticas baseadas em evidência e a aquisição de competências especializadas. Pretende-se, ainda, o desenvolvimento de competências de investigação, através da realização de uma revisão de evidência de eficácia, cujo objetivo é avaliar o impacto da avaliação de risco clínico na ocorrência de incidentes com utentes do foro psiquiátrico.

Recorre-se a uma prática descritiva e reflexiva no primeiro capítulo, no que concerne aos locais de estágio. Posteriormente, com base no trabalho de campo realizado nos estágios, procedeu-se a uma pesquisa e síntese de literatura para o projeto de estudo, a fim de dar resposta à questão de investigação: “Qual o impacto da avaliação do risco clínico na ocorrência de episódios de violência em doentes psiquiátricos?”.

Considera-se que o presente Relatório evidencia a transladação dos conhecimentos adquiridos em contexto académico para a prática, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, prestados com base em evidência científica.

Palavras-Chave: Doença Mental; Violência; Avaliação de Risco; Risco Clínico; Enfermagem Psiquiátrica

ABSTRACT

This Report is presented as the final work of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, at the Nursing School of Coimbra. It consists of two main parts: (1) Internship Report, which presents a critical reflection on how specialist skills were acquired, namely in mental and psychiatric health; and (2) Investigation Report, which focuses on the topic "Evaluation of Clinical Risk and Occurrence of Incidents in Psychiatric Patients".

The purpose of this Internship Report is to reflect on evidence-based practices and the acquisition of specialized skills. It also aims to develop research skills by carrying out a review of evidence of effectiveness, the objective of which is to evaluate the impact of clinical risk assessment on the occurrence of incidents involving psychiatric users.

A descriptive and reflective practice is used in the first chapter, with regard to internship locations. Subsequently, based on the fieldwork carried out during the internships, a literature search and synthesis was carried out for the study project, in order to answer the research question: "What is the impact of clinical risk assessment on the occurrence of episodes of violence in psychiatric patients?"

Consider that this Report highlights the translation of knowledge acquired in the academic context into practice, contributing to the continuous improvement of Mental Health and Psychiatric Nursing care, provided based on scientific evidence.

Keywords: Mental Illness; Violence; Risk Assessment; Clinical Risk; Psychiatric Nursing

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	25
1. Componente Clínica	25
1.1. Contexto Hospitalar	25
1.2. Contexto de Comunidade	26
1.3. Contexto de Respostas Diferenciadas	29
2. Competências Adquiridas e Desenvolvidas em Contexto de Estágio	31
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	31
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	36
CAPÍTULO II – RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO	53
1. Estado da Arte	53
1.1. Incidentes em Contexto de Internamento Psiquiátrico	53
1.2. Avaliação do Risco Clínico	54
1.3. A Especificidade da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	55
2. Objetivo e Questão de Investigação	56
3. Metodologia	56
4. Critérios de Seleção dos Estudos	57

5 Estratégia de Pesquisa	59
6. Extração e Síntese de Dados	59
7. Avaliação Crítica dos Estudos Seleccionados	62
8. Extração de Dados dos Estudos Seleccionados	64
9. Síntese de Dados	73
10. Discussão dos Resultados	75
11. Notas Conclusivas	78
CONCLUSÃO	81
REFERERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

INTRODUÇÃO

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP) tem como foco a pessoa que vivencia processos de alterações ou perturbações mentais, causadores de sofrimento para a pessoa, família e comunidade, devendo atuar com a finalidade de promover ganhos em saúde, através de cuidados especializados que diminuam o grau de incapacidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Visando a obtenção do título de EEESMP, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), o presente Relatório Final de Estágio é realizado neste âmbito, tal como preconizado no Plano de Estudos apresentado no Despacho n.º 8136/2021 da ESEnfC (2021). Sendo já Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) desde maio de 2021, o trabalho desenvolvido para este Relatório resulta do requisito da OE segundo o qual o título profissional de especialista apenas pode ser atribuído perante a realização do Estágio com Relatório. Isto porque, de acordo com a OE (2021), é esta a melhor estratégia para aquisição de uma especialização de natureza profissional e realização de investigação baseada na prática.

Este requisito por parte da OE advém do princípio de que a realização de estágios consiste em momentos importantes de transição, em que o enfermeiro deve ser capaz de sintetizar e refletir, de forma crítica, acerca do seu processo formativo e de que forma este contribuiu para a aquisição de competências como especialista e, acima de tudo, como EEESMP (OE, 2021).

Respetivamente à estrutura do presente trabalho, há que referir que se encontra dividida em dois capítulos: componente clínica e componente de investigação. O primeiro capítulo debruça-se sobre os contextos dos estágios, explanando as aprendizagens adquiridas e as intervenções realizadas nos vários contextos – hospitalar, comunidade e respostas diferenciadas, relacionando-as de forma crítica com a aquisição de competências de enfermeiro especialista (EE) regulamentadas pela OE, sejam elas comuns ou especializadas.

O segundo capítulo contém a componente de investigação, apresentando o estado da arte do problema identificado nos vários contextos, assim como o enquadramento metodológico para a realização de uma revisão de evidência de eficácia (REE), terminando com os resultados pertinentes dos estudos selecionados. Por fim, o estudo termina com a conclusão, onde se encontram as inferências mais pertinentes do presente Relatório. Complementa-se com apêndices e anexos.

CAPÍTULO I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

1. Componente Clínica

O presente capítulo descreve e caracteriza os diferentes locais de estágios, nos quais foram desenvolvidas e colocadas em prática as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (OE, 2019a) e as Competências Específicas do EEESMP (OE, 2018), tal como definido pelos respetivos regulamentos. A descrição dos locais dos estágios é realizada com base em reflexão crítica, incidindo sobre as intervenções administradas e de que forma é que se traduziram na aquisição e desenvolvimento das competências mencionadas.

1.1. Contexto Hospitalar

Em maio de 2021, concluí o Mestrado em ESMP, após a realização e defesa da Dissertação de Mestrado com o tema “Prevenção de Comportamentos Violentos em Pessoas com Esquizofrenia e Outras Psicoses: Efeitos de um Programa de Intervenção em Contexto Forense” (Albino, 2021).

No entanto, uma vez que iniciei o Mestrado logo após a Licenciatura, não tendo ainda 2 anos de experiência profissional, não foi possível obter o título de Especialista. Quando terminei o Mestrado, apesar de ter 2 anos de experiência profissional, quando pedi a equivalência às Unidades Curriculares, houve um percalço, no sentido em que o Programa de Estudos tinha mudado. Neste sentido, não tendo equivalência a todo o Programa de Estudos, foi necessário frequentar a Unidade Curricular de Ética e Deontologia, que não fazia parte do Programa de Estudos quando frequentei o Mestrado.

A equivalência aos dois estágios e à Dissertação de Mestrado em específico não foram aceites de acordo com o estipulado pelo Regulamento número (n.º) 1211/2022 (ESEnfC, 2022, p. 137), onde é referido, no ponto 4c) do Artigo 6º, que “a dissertação, o trabalho

de projeto ou o estágio com relatório, não são passíveis de creditação”.

Deste modo, procedi à realização dos estágios e do presente Relatório de Estágio para poder obter o título de EEESMP, apesar de já ter o título de Mestre, pelos motivos referidos.

Contudo, foi dada creditação ao estágio em contexto hospitalar, ao qual é referente o presente subcapítulo, não tendo sido necessário repeti-lo. Da mesma forma, torna-se impossível descrever o estágio, mesmo que remetesse ao que foi realizado em 2019, porque o serviço em específico já não existe como anteriormente.

Surge que a realização do estágio mencionado foi de tal forma gratificante e proveitoso, tanto a nível pessoal como profissional, que se tomou a opção de realizar estágio em Contexto de Respostas Diferenciadas no mesmo serviço, apesar de agora o mesmo pertencer a uma Unidade de Reabilitação, com duas valências específicas: cuidados à pessoa com esquizofrenia resistente ao tratamento e à pessoa em primeiro surto psicótico.

Devido a todos os motivos supramencionados, o contexto será descrito de forma pormenorizada no ponto “1.3. Estágio em Contexto de Respostas Diferenciadas”, uma vez que, para a realização do presente Relatório, não foi realizado, efetivamente, estágio em Contexto Hospitalar, somando o facto de que a descrição referente ao estágio realizado em 2019 já não é correspondente à realidade atual do serviço em questão.

1.2. Contexto de Comunidade

O estágio em Contexto de Comunidade entre as datas 26 de setembro de 2022 e 16 de dezembro de 2022, numa unidade funcional de um Centro de Saúde da região centro de Portugal, dependente da Administração Regional de Saúde do Centro. Apesar de desenvolver atividades com autonomia a nível organizacional e técnico, coopera com as restantes unidades funcionais do Agrupamento.

A missão desta Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a aquisição de ganhos em saúde. Assegura cuidados de saúde e apoio social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira

acompanhamento próximo.

A equipa multidisciplinar da UCC em que o estágio foi realizado é composta por enfermeiros especialistas de quatro áreas diferentes (Saúde Mental e Psiquiatria, Comunitária, Médico-Cirúrgica e Reabilitação), uma assistente social, uma assistente técnica, uma higienista oral e uma nutricionista. Os médicos são os mesmos da Unidade de Saúde Familiar do mesmo Centro de Saúde, não estando a sua atividade afeta à UCC de forma exclusiva. Todos os enfermeiros cumprem um total de 35 horas (H) semanais, exceto o de Reabilitação, que cumpre apenas 7H. A assistente social está presente durante 6H por semana, a assistente técnica por 5H semanais, a higienista oral apresenta-se durante 3H por semana e a nutricionista está presente durante 5H por mês.

A sua atuação abrange a população residente num concelho da zona centro de Portugal, contando com 5429 residentes. Da população abrangida, 200 pessoas têm menos de 6 anos, 3416 pessoas têm entre 7 e 64 anos, 789 pessoas têm entre 65 e 74 anos e 1024 pessoas têm mais de 75 anos, perfazendo um índice de dependência total de 74,29% (Ministério da Saúde, 2023).

Para dar resposta à sua missão, a UCC apresenta uma vasta carteira de serviços, proposta de acordo com o diagnóstico da situação do concelho de atuação: intervenção na promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, através do cumprimento dos programas nacionais de saúde de âmbito comunitário; colaboração na vigilância da saúde da população e na deteção e acompanhamento de utentes e famílias de maior risco de vulnerabilidade integrando todas as estruturas locais da rede social; criação de parcerias com outras instituições, a fim de contribuir para a criação de redes de apoio; promoção e participação na formação dos cuidadores de idosos e famílias; prestação de cuidados de natureza preventiva, curativa, de reabilitação física e ações paliativas e educação para a saúde, promovendo o envolvimento dos utentes e dos seus familiares ou cuidadores informais; criação, implementação ou participação em parcerias de projetos que tenham por objetivos a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis junto da comunidade ao longo de todo o ciclo de vida.

Neste sentido, intervém através de vários programas e projetos, tais como a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, incluída na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Sistema Nacional de

Intervenção Precoce na Infância, Programa Nacional de Prevenção, Controle e Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Projeto de Prevenção Violência - Equipa Prevenção Violência em Adultos, Projeto Intervenção na Vigilância da Gravidez e outros Programas e Projetos de Intervenção Comunitária, como a rede social, o núcleo local de inserção e o projeto “Conviver com a Doença Crónica”. De referir, também, o projeto “Saúde Mental na Proximidade” ([SMP], Silva et al., 2021), que foi o foco principal de intervenção ao longo do estágio.

Deste modo, considerando tudo o referido acerca deste contexto de estágio, pode-se afirmar que esta UCC vai ao encontro de quase todas as propostas apresentadas no Modelo Organizacional da Unidade de Cuidados na Comunidade, de acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008 (Ministério da Saúde, 2008; OE, 2008). Consiste numa unidade funcional de intervenção comunitária, integrada num Agrupamento de Centros de Saúde, contudo não conta com o apoio profissional de psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros profissionais, que poderiam ser essenciais para dar resposta às necessidades da população-alvo. Apesar de a sua intervenção ser orientada para a concretização de programas e planos nacionais da Direção-Geral da Saúde (DGS), ainda não chega a alguns *settings* como locais de trabalho, prisões, universidades, locais de lazer, amas, lares, focando a sua intervenção maioritariamente na população infantil (desde a creche até ao 9º ano de escolaridade) e idosa. A atuação da equipa acontece tanto na UCC como no domicílio e instituições, em particular nas escolas.

Como sugerido pelo Ministério da Saúde (2008), todos os enfermeiros afetos à UCC em questão são especialistas e é através da UCC que o Centro de Saúde participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Da mesma forma, as atividades da Unidade desenvolvem-se de forma autónoma, mas em rede com outras Unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde.

Cumpra as normas de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, de acordo com o Regulamento nº 743/2014 (OE, 2014), que estabelece um rácio de 1 enfermeiro por cada 5000 habitantes, uma vez que atende 5429 utentes e integra 3 enfermeiras especialistas a tempo inteiro, sendo a coordenadora especialista em Enfermagem Comunitária. Ainda que conte com uma enfermeira especialista em ESMP, como previsto, considera-se insuficiente, pois esta tem de priorizar intervenções em função de outras, fazendo-o de acordo com necessidade ou interesse pessoal. Perspetivando-se que os cuidados de saúde

primários irão, idealmente, tornar-se a primeira linha de resposta aos vários problemas da comunidade, sejam individuais ou de grupo, julga-se que os recursos humanos atuais serão insuficientes no futuro, devendo-se investir no sentido de garantir respostas adequadas.

Todas as intervenções realizadas neste contexto de estágio serão esmiuçadas no decorrer do presente trabalho.

1.3. Contexto de Respostas Diferenciadas

O estágio em Contexto de Respostas Diferenciadas foi realizado numa Unidade de Reabilitação, entre as datas 4 de janeiro de 2023 e 24 de fevereiro de 2023. Esta Unidade de Reabilitação engloba duas valências específicas: cuidados à pessoa com esquizofrenia resistente ao tratamento e à pessoa em primeiro surto psicótico.

A sua missão principal é a de promover a reabilitação e reintegração psicossocial visando a recuperação cognitiva e funcional de pessoas com doença mental que apresentam défices cognitivos e funcionais. Nesse sentido, desenvolve atividades específicas em diversas áreas: Formação Profissional, Estrutura Habitacional (Residência e Área de Dia), Terapia Ocupacional, Reabilitação Cognitiva, Sala de Estimulação Multissensorial e Relaxamento (Sala de Snoezelen), que procuram funcionar como um todo integrado.

A valência relativa às pessoas com esquizofrenia resistente ao tratamento tem uma lotação de 10 camas. No entanto, o internamento depende de critérios de inclusão e de exclusão: a pessoa tem de apresentar diagnóstico de esquizofrenia, de acordo com a 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais e do Comportamento da *American Psychiatric Association* e esta patologia tem de ser resistente ao tratamento com fármacos antipsicóticos, ou seja, deve verificar-se a ausência de resposta satisfatória a um tratamento sequencial e adequado com dois antipsicóticos diferentes. O internamento da pessoa será protelado se esta se encontrar em fase de agudização sintomática, se tiver diagnóstico de perturbação relacionada com consumo de substâncias psicoativas e no caso de a psicose que apresenta ser orgânica. A quem é internado, prossegue-se com a aplicação do protocolo de Clozapina para controlo da sintomatologia psicótica.

Em abril de 2021, foi criada a valência de cuidados à pessoa em primeiro surto psicótico, lotada com 4 camas, para dar resposta à fase inicial da psicose de forma mais célere. Através de intervenções adequadas, espera-se que os utentes desta valência conservem as suas habilidades e suportes sociais, assim como que apresentem melhoria do prognóstico e redução das taxas de internamento e mortalidade.

Ambas as valências têm internamento misto e beneficiam de uma equipa multidisciplinar, que conta com médicos psiquiatras, vários enfermeiros especialistas em ESMP, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, entre outros. A existência de uma equipa diferenciada e especializada que oferece cuidados adequados irá prevenir, indubitavelmente, a necessidade de reinternamento destes utentes, ao intervir nas várias fases das doenças mentais graves com sintomas psicóticos.

No início de todos os turnos, os utentes são referenciados para um/a enfermeiro/a que assume as funções de coordenação e realiza a referenciação de acordo com os respetivos enfermeiros de referência, quando possível. Esta referenciação de utentes por enfermeiros depende, ainda, do número de utentes internados e do seu estado clínico. Durante a realização do estágio, o número total de utentes internados na Unidade de Reabilitação não ultrapassou os 7 utentes, sendo que, inclusive, 3 tiveram alta clínica para o domicílio, ao longo da duração do estágio. Durante este período, no turno da manhã, eram 4 enfermeiros a realizar turno no internamento, passando a ser 2 no turno da tarde e da noite.

Uma vez que não existe um instrumento que possibilite a contabilização das horas de cuidados em Enfermagem nos internamentos de Psiquiatria, a OE (2019b, p. 140) refere, no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que “nos diversos serviços de internamento, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, devem existir, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, por cada 3 (três) enfermeiros, sendo que, deverá existir, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em permanência, 24 horas por dia”. Sendo quase toda a equipa especializada em ESMP, estes critérios consideram-se cumpridos, nomeadamente porque todos os turnos contam com pelo menos 1 enfermeiro especialista em ESMP.

Todas as intervenções realizadas neste contexto de estágio serão esmiuçadas no decorrer do presente trabalho.

2. Competências Adquiridas e Desenvolvidas em Contexto de Estágio

A realização da componente clínica do Mestrado em ESMP tem como grande objetivo a aquisição e desenvolvimento de diferentes competências, sejam aquelas expectáveis para todos os enfermeiros especialistas (OE, 2019a), como aquelas definidas como específicas para os enfermeiros especialistas em ESMP (OE, 2018). De seguida encontra-se a análise das estratégias utilizadas para a concretização deste objetivo, começando pelas competências comuns e passando às específicas do ESMP, todas elas organizadas de acordo com a ordem com que são enunciadas nos respetivos regulamentos.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com a OE, consideram-se competências comuns aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a, p. 4745).

· Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio compreende duas competências: “A1) desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”; e “A2) garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a, p. 4746).

A responsabilidade profissional em saúde prende-se com os deveres e obrigações que os profissionais têm no exercício da sua profissão. Na prática clínica ao longo dos estágios, todas as ações realizadas tiveram por base os pressupostos do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), onde se encontram explanados todos os direitos e deveres dos profissionais de Enfermagem, assim como dos utentes e das comunidades, que devem servir como suporte na tomada de decisão profissional.

A tomada de decisão deve ser ainda suportada por um vasto leque de conhecimento da área específica e consequente atualização contínua do mesmo, o que foi imprescindível

para a avaliação sistemática das melhores práticas, de acordo com os direitos e as preferências dos participantes e respetivas famílias. Da mesma forma, foi fundamental realizar pesquisas para atualização do saber, no sentido de cumprir as práticas mais atualizadas e com maiores taxas de sucesso, nos diferentes casos em específico.

Para que fossem garantidas as recomendações formais e éticas em todos os contextos clínicos, cumpriram-se as diversas fases e etapas processuais de um protocolo de investigação (Nunes, 2020). Começou-se, então, pela identificação da problemática. Em contexto de comunidade, identificaram-se como problemáticas a abordar: pressão de pares e autodeterminação nos Jovens do Parlamento Jovem; gestão de emoções e autorregulação em turmas do 5º ano de escolaridade.

De mencionar que o Parlamento Jovem consiste num projeto da Assembleia da República que pretende educar a população infantojuvenil para a cidadania, pelo que o tema do ano letivo 2022/2023 foi “Saúde Mental nos Jovens: Que Desafios? Que Respostas?”, o que justifica que a pressão de pares tenha sido o tema escolhido para apresentar a estes alunos.

Da mesma forma, o primeiro passo no estágio em contexto de respostas diferenciadas foi também a identificação das problemáticas sob as quais se iria incidir: literacia em saúde nos participantes do SMP; adesão ao regime terapêutico nos utentes de uma associação da zona centro dedicada a pessoas com doença mental grave; e competências emocionais e sociais em pessoas com doença mental grave.

Seguidamente, em ambos os contextos, foi realizada revisão da literatura, da qual se desenvolveram os racionais teóricos para fundamentar os planeamentos dos programas administrados. Posteriormente, foram contactados os participantes para confirmação do consentimento livre e informado para a realização de colheita e tratamento de dados (Nunes, 2020).

Seja por esquecimento ou ausência de vontade, a não participação ou a desistência após aceitar participar nos programas são direitos da pessoa, inclusive mencionados no consentimento informado, e devem ser atendidos de forma profissional e ética, sem obrigar as pessoas a participar de forma coerciva. No entanto, devido à capacidade de negociação, tal não aconteceu, sendo que a participação nas intervenções foi totalmente voluntária.

As intervenções foram sendo adequadas de acordo com as necessidades identificadas no momento, relativamente à população-alvo, através da gestão da calendarização e/ou das intercorrências que foram surgindo ao longo das sessões, com o objetivo de adequar as estratégias aos utentes e ao seu estado clínico.

· Domínio da melhoria contínua da qualidade

O presente domínio engloba as seguintes competências: “B1) garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “B2) desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”; e “B3) garante um ambiente terapêutico e seguro”. Neste sentido, é possível afirmar que é uma competência focada essencialmente na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem (OE, 2019a, p. 4747).

Com o objetivo de promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, o EE deve colaborar no planeamento e dinamização de projetos que garantam a qualidade dos cuidados das várias populações-alvo, nomeadamente na criação de um ambiente terapêutico e seguro para as mesmas. Assim, será capaz de assegurar as boas práticas de acordo com o contexto de prática clínica (OE, S.d.).

Para ajudar na organização de tais projetos, a OE sugere a adaptação de um ciclo de 8 etapas para dar uma melhor resposta às necessidades dos projetos de Enfermagem, a fim de aumentar a qualidade dos cuidados de forma contínua. São essas etapas: identificar e descrever o problema; perceber o problema e dimensioná-lo; formular objetivos iniciais; perceber as causas; planear e executar as tarefas/atividades; verificar os resultados; propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; reconhecer e partilhar o sucesso (Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul da OE, 2013).

Nos diversos contextos de estágio, foram desenvolvidos projetos como ponto de partida, que serviram como guião para as intervenções a desenvolver. Nestes projetos, realizados após alguns dias em contacto com os contextos e os utentes, foram identificadas as problemáticas a endereçar, assim como a sua causa, tendo-se estabelecido objetivos para as intervenções a desenvolver.

Posteriormente, relativamente a cada contexto de estágio, foi realizada uma síntese crítica de atividades, onde foram apresentados os resultados das intervenções, acompanhados por uma reflexão crítica acerca das medidas corretivas que eventualmente poderiam tornar as diversas intervenções mais adequadas. Nestas sínteses, foi possível verificar, ainda, o sucesso dos programas propostos e aplicados. A partilha de conhecimento aconteceu ao longo de todo o estágio, com os vários tutores, professores e colegas.

As atividades e respetivos resultados referidos neste ponto do presente trabalho serão esmiuçadas posteriormente, pois dizem respeito às competências específicas do EEESMP.

A promoção de um ambiente seguro para os diversos participantes foi essencial, na medida em que as várias abordagens selecionadas permitiram o estabelecimento de uma relação terapêutica, com consequentes benefícios para os participantes. Desta forma, considera-se que foi possível proceder à gestão de risco através do planeamento rigoroso que foi realizado com a finalidade de promover adesão.

No entanto, a gestão de risco deveria englobar a avaliação de risco clínico dos utentes, tendo sido este um problema identificado em todos os contextos clínicos. Em nenhum contexto é realizada a avaliação do risco clínico dos utentes, o que impossibilitou a participação na gestão do risco de forma holística. A não avaliação do risco clínico dos utentes em Psiquiatria impossibilita a definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. Este foi um dos principais motivos que serviu de justificação para realizar a pesquisa que se observa na componente de investigação do presente Relatório.

Por exemplo, um dos participantes do programa SMP, durante as consultas realizadas, mencionou que, por vezes, pensava em “acabar com tudo” (*sic*) ou que, quando alcoolizado, envolvia-se em episódios de heteroagressão. A impossibilidade de avaliar o risco clínico que esta pessoa apresenta constitui-se como um possível perigo não só para o próprio doente, como para a sua família e restante comunidade.

· Domínio da gestão de cuidados

Este domínio compreende duas competências: “C1) gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”; e “C2) adapta a

liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p. 4748).

Estas competências estão intimamente ligadas à capacidade de tomada de decisão, a qual o EE deve dominar para que seja capaz de otimizar o processo de cuidados, supervisionar as tarefas que delega de forma a garantir que são realizadas com qualidade e segurança e otimizar o trabalho de equipa, adequando os recursos de acordo com as necessidades (OE, 2019a).

Em todos os contextos de estágio recorreu-se, inevitavelmente, ao processo de tomada de decisão, baseado no pensamento crítico de todos os intervenientes: estudante, tutores e professor. A tomada de decisão implicou, em todos os momentos, a responsabilidade para com a mesma, o que inclui a capacidade de tomar a decisão e o compromisso para com essa decisão (Nunes, 2006). Para tal, foram considerados fatores externos e internos que poderiam afetar as problemáticas identificadas, assim como geridas todas as situações clínicas que surgiram, através de um processo dinâmico e sistemático de tomada de decisão, o que pressupõe que o conhecimento esteve sempre implicado na prática clínica, ao longo de todo o processo de Enfermagem, de forma pertinente e atualizada.

Como estudante, este é um domínio difícil de concretizar na sua plenitude, pois o processo de gestão e liderança cabe maioritariamente ao enfermeiro gestor de cada contexto em específico, o que deixa espaço apenas para gerir os cuidados propostos e prestados aos participantes de forma individual, não sendo possível abranger a gestão de cuidados da própria equipa cujos colaboradores já trabalham nos contextos referidos.

· Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O presente domínio engloba as competências: “D1) desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”; e “D2) baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019a, p. 4749).

É de referir que foi gratificante ser reconhecida como Mestre na área de ESMP pelos vários tutores, que rapidamente atribuíram valor ao trabalho anteriormente desenvolvido e se dispuseram a colaborar nos projetos propostos, aos quais foram sugeridas alterações mínimas. Apesar de o contexto na UCC ser novo e desafiante, foi igualmente

satisfatório conseguir cumprir os objetivos estabelecidos e, acima de tudo, ter iniciado não só um projeto direcionado à pessoa com esquizofrenia na comunidade, mas também por ter promovido o início de uma parceria entre a UCC e a associação da zona centro dedicada a pessoas com doença mental grave. A alteração da Unidade de Reabilitação foi também bastante interessante, pois constituiu-se como uma nova experiência.

A realização dos estágios, assim como a reflexão sobre os mesmos, inclusive com os tutores e o professor, permitiram, indubitavelmente, o desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade e da aplicação da evidência científica na prática clínica. Tratando-se da repetição de estágios para atribuição devido ao já mencionado, verificou-se a repetição de certas situações. Situações estas que foram geridas de forma mais calma, assertiva, prática e adequada, não só pela experiência previamente adquirida, mas também pela reflexão e de procura de conhecimento para dar resposta apropriada às necessidades encontradas.

Não seria possível dar uma melhor resposta às várias situações, ou até dar uma resposta de todo, se não existisse um aumento da consciência enquanto pessoa e profissional, que resulta da reflexão crítica constante acerca da gestão de emoções, relações e conflitos. Ou seja, é imperativo referir que o conhecimento em Enfermagem não se restringe apenas àquele adquirido através de investigação teórica, mas também ao que advém da *praxis* clínica.

A *praxis* clínica refere-se à capacidade de realizar tarefas funcionais e complexas com habilidade e fluidez, estando, portanto, revestida de aspetos pessoais, éticos, culturais, relacionais, processuais, intuitivos, estéticos e táticos. Todos estes aspetos da *praxis* clínica vão ao encontro dos saberes do enfermeiro, que traduzem as aprendizagens profissionais: saber saber, saber ser e saber fazer (Queirós, 2014).

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Além das competências inerentes a ser enfermeiro especialista *per se*, o EEESMP possui competências acrescidas na área da saúde mental e psiquiatria, que o distinguem das restantes especialidades. O EEESMP deve ter a capacidade de se reconhecer e mobilizar como um instrumento terapêutico, de forma a focar-se “na promoção da saúde mental, na

prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018, p. 21427).

Neste sentido, foi elaborado o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018), a fim de aumentar o conhecimento e desenvolver as competências dentro desta área de especialização. De seguida encontra-se a análise das estratégias utilizadas para a aquisição e desenvolvimento de tais competências.

- Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional

Em todos os contextos de estágio, o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional foram contínuos, através da pesquisa, da reflexão crítica e da partilha com pares, tutores e professores. As avaliações dos resultados de todas as intervenções realizadas, comparando-os com os objetivos esperados, foram cruciais para a sua melhoria e adequação. A reflexão sobre a ação leva à aprendizagem, à construção e consolidação do saber.

Considera-se bastante importante o desenvolvimento e treino da própria inteligência emocional, que se traduz inevitavelmente num maior autoconhecimento e bem-estar, sendo imprescindível no atendimento à pessoa, na área da saúde. Apesar dos fatores de stress, como situações imprevisíveis, dos recursos limitados, das estruturas organizacionais dos contextos de estágio serem diferentes, assim como as necessidades das pessoas, foi possível conciliar a emoção e a razão, aplicando esta capacidade nas diferentes intervenções (Martins, 2018).

Deste modo, foi possível, em todos os contextos, estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, baseadas em relações terapêuticas com todos os utentes, nomeadamente aqueles que participaram nas intervenções, tal como é previsto pela OE que um EEESMP atue (2018).

- Assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental ao longo do ciclo de vida

Ao longo de todos os estágios, foi possível realizar intervenções no sentido de recolher “informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental” (OE, 2018, p. 21428). Este processo de avaliação foi crucial para o planeamento das intervenções, tendo sido necessária a mobilização de várias aptidões, nomeadamente de comunicação, observação e análise.

Na UCC, após a apresentação da Unidade e a realização de reuniões com os enfermeiros e o professor, optou-se pela realização de intervenções inseridas no âmbito do Programa da Semana da Saúde Mental, com os alunos do Parlamento Jovem, tendo sido ainda sugerida a intervenção com duas turmas do 5º ano de escolaridade. Procurou-se investir na literacia em saúde das crianças e dos jovens em idade escolar, pois sabe-se que, em populações infantojuvenis, uma maior literacia em saúde traduz-se numa maior aceitação da doença mental e psiquiátrica, promovendo estratégias para a promoção da sua saúde mental (Marreiros et al., 2018).

O maior foco recaiu sobre o projeto de acompanhamento do doente mental grave na comunidade, “Saúde Mental na Proximidade” (Silva et al., 2021). Foi ao identificar a situação clínica dos utentes inseridos neste projeto que surgiu o tema que suportou a formulação da questão de investigação que está na origem do projeto de estudo do presente Relatório. Estes utentes e os seus cuidadores merecem a atenção do EEESMP porque faz parte das suas competências específicas promover a literacia em saúde da pessoa com doença mental grave, neste caso esquizofrenia, para a sua capacitação e empoderamento, facilitando a sua inserção na comunidade (Galustyan, 2019).

Mais tarde no estágio, iniciou-se uma parceria entre a UCC e a associação da zona centro dedicada a pessoas com doença mental grave, tendo sido realizado um primeiro contacto no âmbito da intervenção da UCC junto das pessoas com doença mental grave institucionalizados nesta associação, que se constitui como uma Residência de Treino Autónomo.

Na Unidade de Reabilitação, também após a apresentação da Unidade e reuniões com os enfermeiros tutores e o professor, foi decidido que seriam desenvolvidos dois programas

distintos, para cada valência da Unidade. Foi, também, fundamental a interação prévia com os utentes, de forma a compreender as suas necessidades, no sentido de realizar intervenções congruentes com o seu estado de saúde.

Para os utentes da unidade de cuidados à pessoa com esquizofrenia resistente ao tratamento, recorreu-se a um programa de aprendizagem e treino de competências sociais, pois na experiência de estágio anterior, este era coordenado pela enfermeira tutora, que foi a mesma no estágio aqui mencionado. Para melhoria do programa, de forma a torná-lo mais simples e de mais fácil compreensão para os participantes, foi dada continuidade ao mesmo, de forma até a comprovar a devida validade. A pessoa com esquizofrenia pode ser ajudada no seu processo de reabilitação através de “programas de reabilitação psicossociais, que vão desde a psicoeducação, treino de habilidades sociais, ocupacionais, reabilitação cognitiva e atividades de autocuidado e vida diária” (Seixas-Gonçalves, 2017, p. 17).

Para as pessoas em primeiro surto psicótico, recorreu-se a um programa de aprendizagem e treino de competências emocionais. Este foi também um programa já aplicado no estágio anterior, mas com pessoas da unidade de cuidados à pessoa com esquizofrenia resistente ao tratamento. Através de reflexão com os enfermeiros tutores e o professor, considerou-se mais indicado aplicar este programa às pessoas em primeiro episódio psicótico, na medida em que, devido à sua patologia, foi identificada a necessidade de melhoria no reconhecimento de emoções, não só nas interações sociais, mas até mesmo na discriminação e interpretação de emoções (Valente, 2016). Programas de treino de competências emocionais melhoram “o funcionamento social, orientando as operações mentais subjacentes à interação social, conhecida como cognição social” (Valente, 2016, p. 15).

Houve também a oportunidade de participar numa sessão de psicoeducação com famílias, em que o objetivo é criar identidade de grupo relativamente aos participantes, que se constituem todos como familiares dos utentes. Esta consistiu num momento de partilha de experiências entre as famílias, que expuseram as suas dificuldades e estratégias. A constituição de grupos de autoajuda com famílias é também uma técnica de reabilitação psicossocial, sendo que o EEESMP deve procurar realizar as suas intervenções com a finalidade de promover cuidados para a promoção das capacidades e empoderamento das famílias, para reduzir o risco de recaída e reinternamento da pessoa com doença mental

grave. Desta forma, deve avaliar o impacto na saúde mental dentro do contexto familiar, assim como manter e promover a integração familiar (OE, 2018), o que foi efetivamente realizado nesta sessão, que apenas contou com duas famílias.

Foi, ainda, possível participar na visita comunitária, o que foi uma experiência nova e muito interessante. Além da administração da medicação *retard*, foram implementadas intervenções psicoeducativas e o treino de competências dos utentes, de várias faixas etárias e já reintegrados na sociedade, e dos seus familiares, nomeadamente acerca de temas como autocuidado higiene, adesão terapêutica e *insight* para a doença. Os utentes demonstraram, acima de tudo, adesão terapêutica, pois estavam à espera dos enfermeiros para administração da medicação *retard* e colocaram questões, quando as tinham. Neste dia, foi também possível assistir a uma reunião com os elos de ligação de uma Biblioteca da zona centro de Portugal, onde estão pessoa com esquizofrenia resistente ao tratamento em regime de voluntariado. Aqui, pôde verificar-se o privilegiar de estratégias de desenvolvimento comunitário participativo, que advêm de um plano desenvolvido em colaboração entre as instituições de saúde e os parceiros sociais, o que constitui uma competência específica do EEESMP (OE, 2018).

- Ajuda na recuperação da saúde mental da pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

Ao longo de todos os contextos de estágio, foi possível acompanhar vários grupos diferentes de pessoas. Não só por pertencerem a grupos etários diferentes, mas também pelos contextos em que se inseriam. Para melhor compreender se as abordagens escolhidas foram as mais adequadas, foi necessário proceder à “sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde” (OE, 2018, p. 21428).

As reflexões e tomadas de decisão supramencionadas permitiram, posteriormente, a conceção, planificação e desenvolvimento de “projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos”, nomeadamente no estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental, em estreita colaboração entre os cuidados de saúde primários e os parceiros sociais” (OE, 2018, p. 21429).

- UCC

A sessão psicoeducativa (SP) com os alunos do Parlamento Jovem, denominada “Autodetermino-me”, incidiu sobre os temas pressão de pares, autoestima positiva e autodeterminação. Na população infantojuvenil, a pertença a grupos é essencial para o desenvolvimento saudável da identidade dos adolescentes, pois permite a exploração dos seus interesses e ideias, testando a sua capacidade de se relacionar intimamente, assim como de abandonar a dependência dos pais. Neste sentido, o sentimento de pertença a um grupo torna-se crucial como fonte segura de exploração e de suporte emocional (Santos et al., 2014).

Contudo, os pares nem sempre são boas influências entre si, surgindo, então, a temática “pressão de pares”. Para que seja capaz de recusar quando assim o deseja, é necessário que o adolescente tenha autoestima positiva e autodeterminação, essenciais para a resolução de conflitos e para a tomada de decisão de acordo com os interesses e ambições próprias (Gerardo, 2021).

Com os jovens das turmas do 5º ano, realizou-se uma SP acerca das temáticas emoções primárias e autorregulação. O principal objetivo foi promover às crianças a aquisição de “capacidades subjacentes à expressão de emoções, regulação socialmente adequada e conhecimento emocional”, uma vez que a literacia emocional é essencial para a “capacidade de crianças e jovens interagirem, autorregulem-se e estabelecerem relações gratificantes com os outros, na gestão do afeto no início e na continuidade do envolvimento evolutivo com os pares” (DGS, 2016, p. 18).

Junto das pessoas com doença mental grave da associação dedicada a pessoas com doença mental grave, foi abordada a temática adesão ao regime terapêutico. A não adesão é um problema de saúde pública, na medida em que cerca de 50% dos portadores de doenças crónicas não aderem ao regime terapêutico, nos quais se incluem aqueles com doenças mentais graves. “As consequências da não-adesão são profundas e incluem resultados clínicos negativos, maior risco de recaída, stress físico e emocional devido a sucessivos internamentos, e aumento dos custos diretos e indiretos de saúde” (Organização Mundial de Saúde, 2003, citado por Machuco, 2021, p. 15).

Como já mencionado, o grande foco deste estágio foi o Projeto SMP, tendo sido realizado o planeamento e avaliação da consulta de Enfermagem para psicoeducação da pessoa com

esquizofrenia e respetivo cuidador. Este projeto é dirigido a pessoas com esquizofrenia, tendo por base a reabilitação psicossocial no funcionamento quotidiano, a terapêutica farmacológica e a terapia cognitivo-comportamental (Silva et al., 2021).

Neste sentido, foi realizado o planeamento de uma consulta para avaliação inicial e outra para psicoeducação da pessoa com esquizofrenia, o que vai ao encontro dos objetivos da equipa da UCC, que passam pela “prevenção de recaídas e a recuperação do doente mental grave”, através da prestação de cuidados para a promoção do empoderamento e da adesão terapêutica da pessoa com esquizofrenia, visando “a reabilitação e a inserção social da pessoa, através de entrevistas motivacionais, estratégias cognitivo-comportamentais e psicoeducacionais” (Silva et al., 2021, p. 3).

Ainda que as intervenções propostas no projeto mencionado sejam dirigidas a pessoas com esquizofrenia, é fundamental considerar as necessidades dos seus cuidadores, formais ou informais, familiares ou não, que ganham um novo papel com a desinstitucionalização das pessoas com doença mental grave (Alves et al., 2018). Deste modo, foi, ainda, realizado o planeamento de uma consulta de avaliação da sobrecarga e psicoeducação do cuidador da pessoa com esquizofrenia, para “a prevenção de recaídas e a recuperação do doente mental grave” (Silva et al., 2021, p. 3), através da prestação de cuidados para a promoção da capacitação e empoderamento do cuidador da pessoa com esquizofrenia.

- **Unidade de Reabilitação**

Às pessoas com esquizofrenia resistente ao tratamento, foi aplicado o Programa de Treino de Competências Sociais, com o intuito de que apresentassem um aumento das suas habilidades sociais, o que facilitará a sua passagem de um ambiente protegido, seguro e equilibrado, em ambiente hospitalar, para ambientes imprevisíveis e por vezes inseguros, na comunidade, prevenindo, também, o isolamento social e respostas sociais desadequadas, como comportamentos agressivos (Melo-Dias, 2015; Seixas-Gonçalves, 2017, p. 17).

As pessoas em primeiro surto psicótico foram participantes do Programa de Treino de Competências Emocionais, primeiramente por não existir planeamento de intervenções

neste âmbito, mas também porque é frequente que pessoas em psicose apresentem um conjunto de emoções inadequadas, podendo ser identificada apatia acentuada ou assincronia entre o afeto e as emoções. Os próprios utentes aparentam apresentar alexitimia, que consiste na dificuldade em identificar e descrever emoções e sentimentos, dizendo-se “alterados” ou “transtornados”. Assim, e sabendo que o processamento emocional é uma das competências sociais mais importantes, é fundamental aplicar programas neste âmbito, cuja eficácia está comprovada a nível do reconhecimento e interpretação de emoções (Valente, 2016).

- Prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, 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

Após o planeamento das várias intervenções específicas de um EEESMP, estas foram implementadas e avaliadas. Ou seja, procedeu-se à “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).

Considera-se que a aplicação de todas as intervenções de seguida mencionadas foi um grande contributo para o desenvolvimento da competência em causa, pois não só houve demonstração de vontade e motivação dos utentes para participar, como também todas elas corresponderam às expectativas, tendo em conta o planeamento prévio. Decorreram de forma positiva, fluída e ordenada, o que possibilitou atingir os objetivos propostos, seja para as sessões individuais ou para os programas.

Seguem-se as estratégias utilizadas e os resultados obtidos na prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio, de acordo com a população-alvo.

- UCC

A SP com os alunos do Parlamento Jovem iniciou-se com a apresentação dos objetivos da sessão, de uma forma objetiva e clara, seguida pela aplicação de um questionário simples sobre os temas a abordar. Após a apresentação dos conceitos teóricos abordados ao longo da sessão (pressão de pares, autoestima e autodeterminação), realizou-se uma dramatização acerca da pressão de pares, em que dois voluntários atuaram como amigos que se pressionavam entre si e tinham de recusar, se o pedido do outro não fosse da sua vontade. Seguiu-se com um debate entre pares acerca dos temas da SP, sendo este um método bastante eficaz que promove o empoderamento dos jovens e maior sucesso da divulgação de informação devido ao sentimento de pertença, assim como a possibilidade de reforçar informação através da interação contínua entre os pares (Silva, 2015). Terminou-se com a avaliação final, através da aplicação de um questionário igual ao inicial.

Considera-se que foi uma intervenção eficaz no sentido em que não só houve um maior número de respostas certas ao questionário, como também se verificou que os participantes se tornaram progressivamente mais interventivos ao longo da sessão, verbalizando autoaceitação e aceitação do outro, respeitando os restantes elementos do grupo e dando *feedback* às informações prestadas, nomeadamente colocando dúvidas ou complementando com situações específicas do seu quotidiano.

Com os jovens das turmas do 5º ano de escolaridade, recorreu-se ao mesmo método: exposição dos objetivos da SP, avaliação inicial com questionário simples, seguida de apresentação dos conceitos teóricos (emoções primárias e autorregulação), realização de um jogo para consolidação dos conhecimentos e avaliação final, com o mesmo questionário utilizado inicialmente. Os alunos demonstraram-se bastante interessados e, conseqüentemente, foram muito participativos. Comparando os resultados dos questionários, foi possível verificar os ganhos em conhecimento por parte dos participantes, que, no final da sessão psicoeducativa, foram capazes de responder corretamente a todas as questões colocadas e identificar corretamente todas as expressões faciais correspondentes às várias emoções primárias, durante a dinâmica interativa.

Na associação dedicada a pessoas com doença mental grave, a SP realizada seguiu também o mesmo método, como previsto: exposição dos objetivos da sessão, avaliação

inicial através de um questionário simples, apresentação da temática (adesão ao regime terapêutico) e avaliação final com o mesmo questionário utilizado na inicial. Os participantes tinham um perfil bastante heterogéneo, apesar de todos terem doença mental grave. Participaram pessoas com esquizofrenia, ansiedade grave, depressão grave e perturbação bipolar. Sabe-se que esta sessão trouxe ganhos em saúde para os participantes uma vez que os resultados do instrumento de avaliação demonstram claramente ganhos a nível de conhecimento, nomeadamente no que concerne ao que o regime terapêutico engloba e às consequências da não adesão ao regime terapêutico.

Já as consultas com as pessoas com esquizofrenia e os respetivos cuidadores foram uma experiência diferente. Planear consultas sem ter objetivos definidos *à priori* e/ou sem uma base de intervenção foi, sem dúvida, desafiante, mas gratificante, pelos resultados obtidos. Geralmente, é realizada a administração da medicação *retard* e, caso a pessoa não compareça à consulta, são ativados diferentes mecanismos de ação, não sendo realizada uma avaliação formal ou psicoeducação individualizada por parte da equipa de Enfermagem, sendo esta lacuna o ponto de partida do planeamento da primeira consulta.

Às 9 pessoas inseridas no projeto SMP foi solicitada a formalização do consentimento informado, livre e esclarecido para a participação no presente projeto, tal como previsto no projeto de Silva e colaboradores (2021). Esta formalização foi realizada num primeiro contacto presencial, após a pessoa aceitar a sua participação na consulta. A consulta de avaliação inicial é essencial ao desenvolvimento correto de todo o processo de Enfermagem, sendo que a finalidade da colheita de dados é reunir toda a informação considerada pertinente, de modo a personalizar os cuidados prestados, na procura de restauração da funcionalidade da pessoa. A consulta baseou-se nos pressupostos da teoria das necessidades humanas fundamentais de Virginia Henderson, consideradas essenciais para a manutenção do bem-estar biopsicossocial e desenvolvimental (Potter & Perry, 2013).

Para acrescentar validade e rigor à avaliação do estado mental da pessoa, realizou-se o exame do estado mental, sendo este um instrumento utilizado para a avaliação psiquiátrica da pessoa na procura de identificação de possíveis sinais de doença (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2017). Tendo por base os pressupostos teóricos mencionados, procedeu-se a uma entrevista semiestruturada com cada participante, individualmente, com a finalidade de realizar a caracterização da sua

situação clínica. Nesta entrevista, foram colhidos dados que permitiram avaliar um conjunto de indicadores de classificação de resultados de enfermagem ([NOC], Rouch et al., 2010): “Aceitação: estado de saúde”: “reconhecimento da realidade da situação de saúde”, “manutenção dos relacionamentos”, “demonstração de calma” (Rouch et al., 2010, p. 149); “Conhecimento: processo da doença”: “causa e fatores colaboradores”, “fatores de risco”, “sinais e sintomas da doença”, “sinais e sintomas de complicações da doença”, “precauções para prevenir complicações da doença”, “benefícios do controlo da doença” (Rouch et al., 2010, p. 322); “Autocontrolo de Agressividade”: “identificação de situações que precipitam hostilidade”, “identificação de responsabilidade de manter o controlo” (Rouch et al., 2010, p. 182); “Comportamento de Adesão”: “faz perguntas com relação à saúde”, “pondera riscos/benefícios de comportamento de saúde”, “uso de estratégias para eliminação de comportamento não saudável”, “uso de estratégias para melhorar a saúde” (Rouch et al., 2010, p. 230).

No final da consulta, após o participante aceitar, foi agendada uma segunda consulta para realização de psicoeducação e entrega de um folheto informativo sobre a esquizofrenia.

Das 5 pessoas que compareceram à consulta inicial, 4 aceitaram apresentar-se numa segunda consulta. A pessoa que recusou foi por ausência de *insight* sobre o seu estado clínico, pois referiu não ter esquizofrenia. Nesta segunda consulta, foram abordados vários temas específicos, tendo por base um folheto informativo que foi entregue ao participante, com o objetivo de realizar ensinamentos sobre a doença (o que é esquizofrenia, qual a sintomatologia e causas) e sobre estratégias para a promoção e manutenção da saúde mental (adesão terapêutica e sinais de alerta preditores de agudização da doença).

No final, foram avaliados os mesmos indicadores NOC, cujos resultados da comparação entre ambas as avaliações demonstraram que houve ganhos a nível da aceitação do estado de saúde e, conseqüentemente, melhoria do *insight* dos participantes, o que se traduziu em grandes ganhos a nível do conhecimento e, potencialmente, no aumento da adesão terapêutica. À medida que, durante os contactos, eram realizados ensinamentos sobre a esquizofrenia e sobre estratégias para a promoção da saúde mental, os participantes foram dando *feedback* positivo às informações promovidas, demonstrando compreensão sobre as mesmas e questionando quando encontravam dúvidas.

A consulta de avaliação inicial direcionada para os cuidadores das pessoas que aceitaram

participar com o objetivo de reunir informação considerada pertinente, de modo a personalizar os cuidados prestados (Potter & Perry, 2013). Neste sentido, a consulta iniciou-se com a aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007), cujos resultados foram discutidos com o cuidador/familiar de referência, numa entrevista aberta, a fim de colmatar eventuais défices de conhecimento. Os ensinamentos promovidos após a aplicação da escala foram baseados apenas em eventuais défices de conhecimento, mas também num folheto informativo que foi entregue no final da consulta, com informação pertinente acerca da sobrecarga e do *burnout* do cuidador informal. Posteriormente, foram abordados vários temas específicos, tendo por base um folheto informativo que foi entregue ao participante, com o objetivo de realizar ensinamentos sobre a doença (o que é esquizofrenia, qual a sintomatologia e causas), sobre estratégias para a promoção e manutenção da saúde mental (adesão terapêutica e sinais de alerta preditores de um episódio de psicose) e sobre os riscos para a sobrecarga do cuidador.

Para avaliação do sucesso da SP realizada nesta consulta, foi aplicado um instrumento de autoquestionário, que permitiu obter resultados constituído pelos seguintes indicadores NOC: “Desempenho do Cuidador: Cuidados Diretos”: “conhecimento do processo da doença”, “conhecimento do regime do tratamento”, “vigilância da condição de saúde do recetor de cuidados”, “vigilância do comportamento do recetor de cuidados”, “antecipação de necessidades do recetor de cuidados”, “fornecimento de um ambiente seguro” (Rouch et al., 2010, p. 403); “Desempenho do Cuidador: Cuidados Indiretos”: “confiança na solução de problemas”, “reconhecimento de mudanças no estado de saúde no recetor dos cuidados”, “reconhecimento de mudanças no comportamento do recetor de cuidados”, “obtenção de serviços de cuidados de saúde necessários ao recetor de cuidados” (Rouch et al., 2010, p. 405); “Stressores do Cuidador”: “limitações psicológicas para oferecimento de cuidados”, “conflito de papéis”, “falta percebida de suporte social”, “falta percebida de suporte profissional à saúde”, “prejuízo da relação cuidador-paciente” (Rouch et al., 2010, p. 514).

No final das consultas, os cuidadores/familiares de referência foram questionados acerca do interesse e disponibilidade para a realização de uma partilha de experiências, motivando assim o apoio mútuo, sendo esta uma atividade também muito importante para a diminuição da sobrecarga emocional (Menegalli, Silva & Oliveira, 2021). Esta foi realizada informalmente, sem planeamento, tendo sido promovido um espaço para que os cuidadores pudessem partilhar as suas preocupações e conhecimentos.

- **Unidade de Reabilitação**

O Programa de Treino de Competências Sociais desenvolveu-se com as pessoas com esquizofrenia resistente ao tratamento que desejaram participar e reuniam condições para tal. Este foi constituído por 6 SP, complementadas com 6 práticas, que consistiam em tarefas complementares para os participantes realizarem nos tempos livres após as sessões. Cada sessão durou entre 45 a 60 minutos, sem intervalo, a pedido dos participantes. As temáticas foram distribuídas da seguinte forma: (SP1) Avaliação Inicial + Comunicação Não-Verbal; (SP2) Escuta Ativa; (SP3) Iniciar e Manter uma Conversa; (SP4) Terminar uma Conversa; (SP5) Falar ao Telefone; e (SP6) Falar com um Desconhecido + Avaliação Final.

Os objetivos do programa foram: treinar habilidades comunicacionais, nomeadamente a comunicação interpessoal; praticar o treino assertivo, promovendo a adesão dos participantes no programa; que os participantes demonstrassem uma mudança de comportamento, através da (re)aprendizagem de habilidades sociais, evidenciando melhorias no seu funcionamento pessoal e social; aumentar mecanismos de *coping* para lidar com situações de stress e gerir estados emocionais, demonstrando assim melhoria da sintomatologia dos participantes através da implementação do programa estruturado para treino de competências sociais, nomeadamente a habilidade de comunicação.

Todas as SP seguiram o mesmo modelo de desenvolvimento: introdução; instruções (apresentação dos conteúdos teóricos); modelação (realização de dinâmicas de interação); reforço (debate final acerca das temáticas abordadas e das dinâmicas de interação); tarefas complementares (para treino das habilidades entre sessões, no contexto de internamento); e revisão e análise das tarefas complementares (promoção de *feedback* positivo).

Para avaliar a eficácia do programa de forma mediata, foram utilizadas a Escala de Funcionamento Pessoal e Social – versão portuguesa ([PSP], Brissos et al., 2012) e a Escala de Comportamento Interpessoal – versão portuguesa reduzida ([ECI], Vagos & Pereira, 2010).

Os resultados da escala PSP permitiram concluir que mais de metade dos participantes apresentou uma melhoria a nível do funcionamento pessoal e social. Apenas o participante 1 manteve o nível de funcionamento, eventualmente por já ter participado neste programa de treino de competências sociais já duas vezes, tendo inclusive referido

na avaliação da satisfação estar sempre “indiferente”. Os outros dois participantes apresentaram melhoria clara da funcionalidade pessoal e social, apesar de nenhum ter ficado com um nível de funcionamento sem dificuldades. O participante 2 passou a apresentar apenas dificuldade ligeira nas atividades socialmente úteis, tendo dificuldades ausentes nas restantes vertentes. O participante 3 apresentou uma melhoria significativa, pois tornou-se, por via do presente programa e das restantes intervenções realizadas na enfermaria, muito menos impulsivo e com uma maior capacidade de autocontrolo.

Com a aplicação da ECI, foi possível observar que o participante 1 manteve as suas respostas, o que vai ao encontro do referido na análise supramencionada, de que foi uma intervenção que considerou como indiferente. Apenas o participante 3 apresentou uma pontuação abaixo da média (62,5/125 pontos) e apenas na vertente desconforto, o que significa que apresenta baixo desconforto quando se encontra nas várias situações sociais expostas. No entanto, a frequência com que se encontra nestas situações aumentou, o que demonstra iniciativa por parte do participante para tal. No que concerne ao participante 2, pôde-se verificar que, apesar de sentir desconforto, também não deixou de ter iniciativa para se encontrar ou colocar nas várias situações sociais referidas.

Junto das pessoas em primeiro surto psicótico, desenvolveu-se o Programa de Treino de Competências Emocionais, com os utentes que desejaram participar e reuniam condições para tal, sendo constituído por 3 SP. Cada sessão durou entre 45 a 60 minutos, sem intervalo, a pedido dos participantes. As temáticas foram distribuídas da seguinte forma: (SP1) Avaliação Inicial + Emoções Primárias: Alegria e Tristeza; (SP2) Emoções Primárias: Medo e Surpresa; (SP3) Emoções Primárias: Nojo e Raiva + Avaliação Final. De referir que dois dos participantes tiveram alta clínica antes do término do programa.

Todas as SP seguiram o mesmo modelo de desenvolvimento: introdução; instruções (apresentação dos conteúdos teóricos); modelação (realização de dinâmicas de interação); reforço (debate final acerca das temáticas abordadas e das dinâmicas de interação).

Estabeleceram-se como objetivos do programa: treinar habilidades emocionais, nomeadamente o reconhecimento das emoções primárias através da expressão facial; praticar o treino assertivo, promovendo a adesão dos participantes no programa; que os participantes demonstrassem uma mudança de comportamento, através da (re)aprendizagem de habilidades emocionais, evidenciando melhorias no seu bem-estar e

nas relações interpessoais que estabelecem; e aumentar mecanismos de *coping* para lidar com situações de stress e gerir estados emocionais, demonstrando assim melhoria da sintomatologia dos participantes através da implementação do programa estruturado para treino de competências emocionais, nomeadamente o reconhecimento das emoções primárias através da expressão facial.

Foram utilizados dois instrumentos a fim de avaliar a eficácia do programa e a aquisição de conhecimentos por parte dos participantes: um questionário relativo às temáticas apresentadas e a Escala de Inteligência Emocional de Schutte – versão portuguesa ([EIES], Vicente et al., 2014, citado por Vicente, 2016), adaptada da versão original de Schutte, Malouff e Bhullar, elaborada em 1998. Na sua versão portuguesa, a EIES considera quatro fatores principais: perceção das próprias emoções, componente sociocognitiva das emoções, perceção das emoções dos outros e dificuldade na compreensão das emoções (Vicente et al., 2014, citado por Vicente, 2016).

Com a aplicação do questionário, verificou-se que o participante 3 foi capaz de identificar corretamente as emoções primárias, ao contrário do que aconteceu na avaliação inicial, mas não foi capaz de distinguir emoções de sentimentos e afirmou que as emoções não são observáveis pelos outros. Perante estas respostas, foi realizada uma intervenção educativa e esclarecida ao utente a diferença entre sentimentos e emoções. O participante, aparentemente, compreendeu e apreendeu esta informação, contudo apenas com uma nova avaliação *à posteriori* é que se poderia confirmar a aquisição de conhecimentos. A participante 4 acertou em todas as questões, o que demonstra que foi capaz de apreender as informações fornecidas ao longo das sessões psicoeducativas, uma vez que se manteve atenta e interessada, sempre muito participativa. De destacar que ambos foram capazes de fazer corresponder todas as expressões faciais às respetivas emoções.

Através da comparação dos resultados da EIES, verifica-se que o participante 3 se tornou capaz de ver novas possibilidades perante as mudanças de humor, o que poderá ter sido impulsionado pelas estratégias ensinadas para manter a alegria e afastar as emoções de medo e raiva. Reconheceu, ainda, a dificuldade em compreender as mensagens não-verbais dos outros, o que não se considera negativo, uma vez que poderá significar que o participante foi capaz de identificar esta dificuldade, que não tinha identificado na avaliação inicial. Esta é a mesma razão com que se justifica a diminuição da pontuação

total da EIES, pois poderá dever-se à consciencialização adquirida devido à participação no programa.

No que diz respeito à participante 4, verificaram-se resultados contrários aos esperados no que concerne a questões relacionadas com empatia, mas a participante justificou com o facto de que “nunca sabermos exatamente o que a pessoa sente, pelo que só através de questões exploradoras do acontecimento é que poderemos, ou não, sentir-nos como se estivéssemos na pele dessa pessoa” (*sic*). Este facto demonstra o desenvolvimento de capacidade de análise de emoções, assim como de reflexão acerca das mesmas e do que lhes pode dar origem. Considera-se natural que a sua pontuação total, no que concerne à EIES, tenha diminuído, também pela consciencialização sobre o tema.

Considera-se que, pela idade das pessoas em primeiro surto psicótico (entre 18 e 28 anos) e devido ao estado cognitivo preservado, o programa foi demasiado simples para os participantes. Este programa já foi anteriormente administrado a pessoas com esquizofrenia resistente ao tratamento, com eficácia demonstrada. No entanto, os participantes prévios eram utentes com evolução clínica mais longa e défices cognitivos diversos, o que não se verificou em nenhum destes participantes. Perante esta reflexão, o programa poderia ter sido adaptado a esta população, mas não o foi porque os participantes se encontravam numa fase inicial de tratamento, com lentificação psicomotora resultante dos efeitos adversos do tratamento farmacológico. No entanto, ao longo das SP, demonstraram-se menos letárgicos e muito participativos, com capacidades cognitivas que lhes permitiram apreender a informação promovida e refletir sobre a mesma. Se adaptado, este programa poderá ter benefícios maiores e mais notórios, especialmente no que concerne à alexitimia e à dificuldade em reconhecer emoções nas expressões faciais de outros ou de realizar as expressões faciais por si próprio/a.

CAPÍTULO II – RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO

1. Estado da Arte

1.1. Incidentes em Contexto de Internamento Psiquiátrico

Os serviços de internamento de doentes com patologias psiquiátricas são aqueles em que mais frequentemente se verificam episódios de violência no local de trabalho, podendo o risco de agressão contra os profissionais ser até três vezes maiores do que noutras enfermarias (Edward et al., 2016; Hahn et al., 2006). Neste sentido, a auto e heteroagressividade continuam a surgir como uma grande problemática, não só pelo potencial dano aos profissionais e outros utentes, afetando a sua segurança, como também pelo efeito contraterapêutico da violência (d’Ettorre & Pellicani, 2017; Iozzino et al., 2015).

A agressão pode assumir diversas formas, desde abuso verbal, ameaças a violência física (Lantta et al., 2020). Como possíveis consequências destas agressões, sejam elas direcionadas a profissionais, outros utentes ou objetos, muitas vezes surgem lesões físicas ou psicológicas, tais como: dano somático, dor, tristeza, confusão, raiva, medo, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, transtorno de stress pós-traumático, *burnout*, entre outras (Bordignon & Monteiro, 2016; d’Ettorre & Pellicani, 2017; Edward et al., 2016; Hahn et al., 2006; Iozzino et al., 2015; Lantta et al., 2020).

Entre 75% a 100% dos profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de Psiquiatria já foram alvo de algum tipo de agressão, o que influencia diretamente a sua prática. Além das possíveis consequências já mencionadas, a possibilidade de sofrer violência por parte de um doente também afeta a vinculação com o local de trabalho, nomeadamente a nível do desempenho da equipa, uma vez que resulta em maiores taxas de absentismo e demissões. Da mesma forma, a perceção de ameaça de violência por parte da equipa de enfermagem pode resultar numa maior incidência do uso de medidas coercivas (isolamento, contenção química e/ou física), o que não só pode ser percecionado pelos familiares como uma atitude hostil, como também pode levar ao

aumento da agressividade por parte de quem é alvo de tais medidas (d’Ettorre & Pellicani, 2017; Gaynes et al., 2017; Hahn et al., 2006; Iozzino et al., 2015).

1.2. Avaliação do Risco Clínico

No contexto de saúde mental, pode-se definir risco como a probabilidade de ocorrer um evento cujos resultados podem ser potencialmente prejudiciais para a própria pessoa e para os outros. Neste seguimento, a avaliação do risco clínico consiste numa estratégia com o objetivo de colher informações e analisar os resultados potenciais dos comportamentos que se identificam, nomeadamente os fatores de risco e o contexto em que os mesmos ocorrem. É um processo que requer associação entre toda a história clínica da pessoa e antecipação de possíveis mudanças posteriores (Morgan, 2000).

São considerados indicadores de risco: suicídio (dano ou lesão própria com intenção de aliviar angústia extrema através da morte); negligência (ausência de autocuidado com sérias consequências na saúde e bem-estar pessoal); agressão (física ou verbal, incluindo ameaças); entre outros riscos (Morgan, 2000).

São várias as intervenções preventivas utilizadas para a prevenção do risco clínico, tais como programas de treino de autocontrolo de agressão e reorganização das salas dos serviços. Ultimamente, tem-se vindo a procurar um método organizado e baseado em evidências científicas, que permita prever o comportamento violento e agressivo dos utentes internados em serviços de Psiquiatria (Hvidhjelm, 2016).

O uso de instrumentos de avaliação que permitam a avaliação do risco clínico constituem-se como um trunfo na gestão do risco clínico, pois têm como finalidade avaliar a possibilidade de comportamento agressivo, permitindo que a equipa multidisciplinar realize tomadas de decisões e atue de acordo com o nível de risco que a pessoa apresenta. A avaliação de risco, de forma estruturada, incorporada no planeamento de cuidados, leva à redução do número de incidentes de agressão e ao aumento da segurança e bem-estar dos utentes e respetivos familiares (Florisse & Delespaul, 2020; Hvidhjelm, 2016; Morgan, 2000).

1.3. A Especificidade da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

No âmbito das suas competências como EEESMP, este deve ajudar “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”, o que inclui a avaliação do “potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros” (OE, 2018, p. 21428).

No âmbito da sua formação académica e profissional, o EEESMP deve incorporar, na sua prática, as teorias de Enfermagem, para que a sua ação seja devidamente fundamentada. As mudanças que caracterizam o desenvolvimento de uma patologia psiquiátrica ou o internamento num serviço de Psiquiatria podem ser explicadas pela Teoria das Transições, de Afaf Meleis.

Meleis (2010, citada por Albino, 2021, p. 38) “propõe três tipos de transições pertinentes como foco para a Ciência de Enfermagem: desenvolvimentais, inerentes aos eventos de vida da pessoa; situacionais, que envolvem outras pessoas e alteram os papéis do indivíduo; de saúde/doença, relacionadas com o desenvolvimento de patologias e com a flutuação no espectro saúde/ doença e, ainda, as transições organizacionais, alusivas às mudanças em ambientes institucionais, sejam sociais, políticas ou de outra índole”.

Perante transições de saúde/doença, como são os casos acompanhados ao longo dos estágios, o EEESMP deve planear ações “em torno de um objetivo, devendo o enfermeiro utilizar um conjunto de ações terapêuticas para melhorar, trazer ou facilitar o bem-estar e a saúde” (Meleis, 2012, citada por Albino, 2021, p. 39).

Em contexto clínico, foi evidente que a avaliação de risco clínico não é realizada, formalmente, não sendo sequer integrada no plano de cuidados, em quaisquer dos contextos. Desta lacuna, surgiu a necessidade de analisar se a avaliação de risco clínico é efetivamente eficaz na redução dos episódios de agressão por parte dos doentes internados em serviços de Psiquiatria.

No final das intervenções planeadas de acordo com o risco clínico, considera-se uma transição eficaz se “o grupo-alvo se sentir bem consigo próprio, na relação com os outros

e demonstrar mestria, que se caracteriza pela capacidade de gerir sinais e sintomas, assim como os seus processos de vida e de trabalho” (Gomes & Queirós, 2018, citado por Albino, 2021, p. 39).

2. Objetivo e Questão de Investigação

Considerando toda informação abordada até ao momento, o objetivo principal do presente estudo passa por examinar o impacto da avaliação de risco clínico na ocorrência de incidentes com doentes psiquiátricos.

A elaboração desta questão foi baseada na estratégia PICO (Apóstolo, 2017): População (P), Intervenção (I), Comparação (C) e *Outcomes* (O), sendo que P corresponde a utentes psiquiátricos; I são as estratégias utilizadas na avaliação e gestão do risco clínico; C refere-se aos casos em que não são submetidos a avaliação e gestão do risco clínico; e O diz respeito à apresentação de comportamentos violentos.

Neste sentido, formulou-se a questão de investigação: “Qual o impacto da avaliação do risco clínico na ocorrência de episódios de violência em doentes psiquiátricos?”

3. Metodologia

Para dar resposta à questão de investigação, o presente estudo consistirá numa revisão de evidência de eficácia (Aromataris & Munn, 2020), que será conduzida de acordo com a metodologia do JBI.

Uma REE procura fornecer as melhores evidências disponíveis para dar resposta à questão de investigação formulada, a fim de informar sobre a eficácia de uma intervenção nos resultados/*outcomes* (Apóstolo, 2017).

Após a realização de uma pesquisa avançada, serão selecionados estudos por título e posteriormente por resumo, para leitura integral, selecionando finalmente aqueles a utilizar na revisão de evidência de eficácia. O processo de seleção do estudo será apresentado usando um fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* ([PRISMA], Page et al., 2020).

As bases de dados a serem pesquisadas incluem a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e a *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), via *Elton B. Stephens Company* (EBSCO).

4. Critérios de Seleção

Previamente à pesquisa avançada, foi realizada uma pesquisa inicial na base de dados MEDLINE para extrair as palavras-chave utilizadas pelos autores, baseada no mapa de conceitos apresentado na Tabela 1.

Tabela 1.

Mapa de Conceitos.

P	<i>Psychiatric patient; mental health patient; mental health problem</i>
I	<i>Clinical Risk Assessment</i>
C	<i>Usual care; Non assessment of clinical risk</i>
O	<i>Aggression; violence; property damage</i>

Considerando os resultados encontrados através da pesquisa inicial, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos participantes dos estudos a incluir na presente revisão.

Tabela 2.

Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes.

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
P	- Adultos com doença psiquiátrica em contexto de internamento ou comunitário.	- Idade inferior a 18 anos - Adultos com comorbilidades diagnosticadas.

	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
I	- Avaliação do risco clínico.	- Sem intervenções de avaliação e gestão de risco.
C	- Passiva (intervenção vs cuidados usuais)	- Não aplicável (NA).
O	- Ocorrência de episódios de violência.	- Suicídio - Outros incidentes não relacionados com a condição clínica.

Esta revisão considerará estudos que incluam pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticados com qualquer tipo de condição psiquiátrica, em qualquer tipo de contexto de internamento.

Esta revisão irá considerar desenhos de estudos quantitativos, como ensaios controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados e estudos pré-teste/pós-teste, com ou sem grupo de comparação. Além disso, estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte prospetivos e retrospectivos, estudos de caso-controle e estudos transversais analíticos serão considerados para inclusão. Serão incluídos estudos publicados de 2017 a 2023. Qualquer pesquisa publicada e editada em inglês, espanhol e português será considerada, sem limitações geográficas ou culturais.

Esta revisão irá incluir estudos que analisam a avaliação de risco clínico como uma intervenção para a redução de incidentes de violência contra doentes e funcionários, assim como no uso de contenção e isolamento em enfermarias psiquiátricas. Considera-se como comportamentos agressivos a violência verbal e não-verbal, o suicídio, a automutilação e danos materiais. Nenhuma limitação será colocada na duração do programa, estratégias ou instrumentos de avaliação.

Incluíram-se estudos que utilizaram qualquer tipo de comparador, ativo ou passivo, na procura de intervenções a que foi submetido o grupo de controlo, no âmbito da avaliação do risco clínico. Os mesmos devem ter como *outcomes* focos como a violência, a violência heterodirigida, a violência autodirigida e a violência contra objetos/património (Apóstolo, 2017).

Os estudos elegíveis serão avaliados criticamente através das ferramentas de avaliação crítica padronizadas do JBI para estudos experimentais (2020a) e quase-experimentais (JBI, 2020b), estudos de caso-controle (JBI, 2020c) e estudos de coorte (JBI, 2020d). Os resultados da avaliação crítica serão relatados em forma de tabela e em narrativa. Todos os estudos, independentemente dos resultados e da qualidade metodológica, passarão por extração e síntese de dados, sempre que possível.

5. Estratégia de Pesquisa

Para realização da pesquisa avançada, definiu-se a seguinte estratégia de pesquisa:

(((((“psychiatric *patient*” [todo o texto {Tx}] OR “mental health *patient*” [Tx] OR “mental health problem*” [Tx] OR “behavioral health *patient*” [Tx] OR (“mental disorders” (*Medical Subject Headings* [MeSH]) OR (“mentally ill persons” [MeSH])) AND ((“risk assessment” [título {TI}] OR “risk management” [TI] OR “risk screening” [TI] OR “risk analysis” [TI] OR “assessing risk*” [TI] OR (“risk assessment” [MeSH])) AND ((“violence” [Tx] OR “self-harm” [Tx] OR “self-injury” [Tx] OR “aggressi*” [Tx] OR “property damage” [Tx] OR (“violence” [MeSH]) OR (“self-injurious behavior” [MeSH])))).

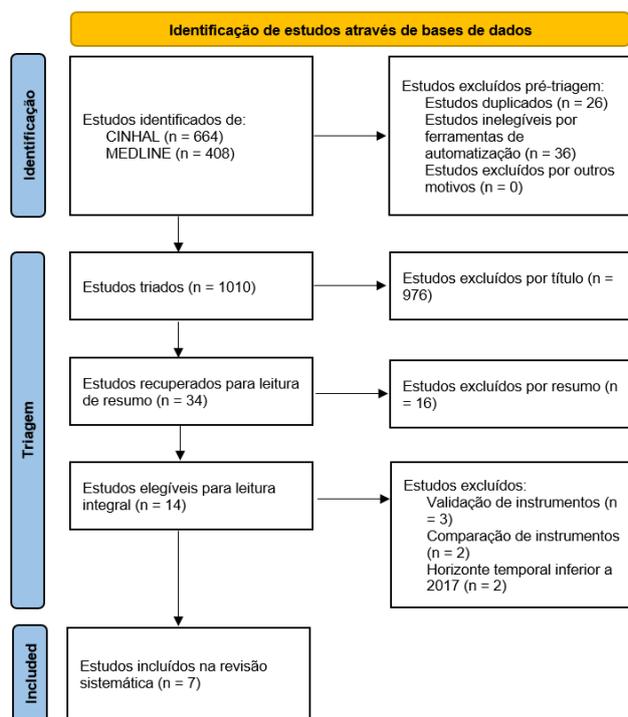
6. Extração e Síntese de Dados

Os dados foram extraídos dos estudos incluídos na revisão através da ferramenta padronizada, em forma de tabela, construída com base no instrumento de extração de dados *JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive & Critical Research* (JBI, 2022). Deste modo, os dados extraídos incluem detalhes específicos que descrevem os estudos no que diz respeito às populações, métodos de estudo, intervenções e resultados significativos para o objetivo da revisão.

A pesquisa decorreu no dia 3 de abril de 2023, na Biblioteca do Pólo A da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. De seguida, na Figura 1, é possível observar o fluxograma PRISMA (Page et al., 2020), que apresenta todo o processo de seleção dos estudos até à identificação de quais que seriam alvo de leitura integral.

Figura 1.

Fluxograma PRISMA.



Da pesquisa avançada realizada, resultaram 1072 artigos. Inicialmente, foram excluídos os duplicados (26 estudos) e, através da ferramenta de automatização do aplicativo Rayyan, foram considerados outros 36 estudos como inlegíveis, deixando um total de 1010 estudos para triagem. Foram selecionados, pelo título, 34 estudos, a fim de ler o respectivo resumo. Após a leitura do resumo, foram excluídos 16 estudos, por não apresentarem pertinência para o estudo a realizar, sobrando assim 14 estudos para leitura integral. Após a leitura integral dos estudos, foram excluídos 7, 3 por serem estudos de validação de instrumentos, 2 por incidirem sobre a comparação da eficácia de instrumentos e 2 porque não correspondiam ao horizonte temporal, uma vez que foram realizados em 2016. A presente investigação teve, assim, como constituintes da amostra final, 7 estudos.

Após a busca em base de dados e conforme critérios de inclusão estabelecidos, esta revisão de evidência de eficácia incluiu sete estudos, apresentados na **Tabela 3**.

Tabela 3.

Lista Ordenada dos Estudos Seleccionados.

Nº do Estudo (E)	Referência Bibliográfica
1	Gunenc, C., O’Shea, L. E., Dickens, G. L. (2017). Structured risk assessment for reduction of multiple risk outcomes in a secure mental health setting: Use of the START. <i>Criminal Behaviour and Mental Health</i> , 28(1), 61-71. https://doi.org/10.1002/cbm.2036
2	Abbiati, M., Palix, J., Gasser, J., & Moulin, V. (2018). Predicting physically violent misconduct in prison: A comparison of four risk assessment instruments. <i>Behavioral Sciences & the Law</i> , 37(1), 61-77. https://doi.org/10.1002/bsl.2364
3	Rotter, M., & Rosenfeld, B. (2018). Implementing a Violence Risk Screening Protocol in a Civil Psychiatric Setting: Preliminary Results and Clinical Policy Implications. <i>Community Mental Health Journal</i> , 54(3), 245-251. https://doi.org/10.1007/s10597-017-0226-4
4	Lofthouse, R. E., Golding, L., Totsika, V., Hastings, R. P., & Lindsay, W. R. (2019). Predicting aggression in adults with intellectual disability: A pilot study of the predictive efficacy of the Current Risk of Violence and the Short Dynamic Risk Scale. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> , 33(4), 702-710. https://doi.org/10.1111/jar.12665
5	Harrington, A., Darke, H., Ennis, G., & Sundram, S. (2019). Evaluation of an alternative model for the management of clinical risk in an adult acute psychiatric inpatient unit. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 28(5), 1099-1109. https://doi.org/10.1111/inm.12621
6	Sarver, W. L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K., & Mantz, L. (2019). Implementation of the Brøset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> , 25(6), 476-486. https://doi.org/10.1177/1078390318820668
7	Simmons, M. L., Maguire, T., Ogloff, J. R. P., Gabriel, J., & Daffern, M. (2023). Using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) to assess the impact of unit atmosphere on violence risk assessment. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> . https://doi.org/10.1111/jpm.12913

7. Avaliação Crítica dos Estudos Seleccionados

Após a seleção dos estudos constituintes da amostra final da presente REE, estes foram submetidos a uma avaliação de qualidade metodológica rigorosa, de acordo com ferramentas de avaliação crítica padronizadas do JBI para estudos experimentais (JBI, 2020a) e quase-experimentais (JBI, 2020b) e estudos de coorte (JBI, 2020d), dando resposta às várias questões (Q) dos mesmos com sim (S), não (N) ou não aplicável (NA).

Foram, ainda, avaliados os níveis de evidência dos vários estudos, de acordo com os níveis de reconhecimento da JBI. “Os níveis de evidência para estudos de eficácia têm os seguintes níveis: 1.a - revisão sistemática de literatura de ensaios clínicos randomizados; (...) 2 - desenhos quasi-experimentais (...) 2.d - pré-teste-pós-teste ou estudo histórico/retrospectivo com grupo de controlo” (Apóstolo, 2017, p. 114).

“Numa escala de classificação, que vai de alta a muito baixa, todos os estudos qualitativos são pré-classificados com um nível de evidência alta. (...) Esta pré-classificação pode ser reduzida tendo em conta o grau de credibilidade e de fiabilidade dos estudos” (Apóstolo, 2017, p. 114).

Tabela 4.

Checklist de Avaliação Crítica para Estudos Experimentais.

<i>Checklist</i> de Avaliação Crítica para Estudos Experimentais (JBI, 2020a)														JBI
Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	%	Nível de Evidência
E5	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	91,7%	1.a

Tabela 5.*Checklist de Avaliação Crítica para Estudos Quasi-Experimentais.*

<i>Checklist de Avaliação Crítica para Estudos Quasi-Experimentais</i>											JBI
Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	%	Nível de Evidência
E1	S	S	S	N	S	S	S	S	S	88,9%	2.d
E2	S	S	S	N	S	S	S	S	S	88,9%	2.d
E3	S	S	S	N	S	S	S	S	S	88,9%	2.d
E4	S	S	S	N	S	S	S	S	S	88,9%	2.d
E7	S	S	S	N	S	S	S	S	S	88,9%	2.d

Tabela 6.*Checklist de Avaliação Crítica para Estudos Coorte.*

<i>Checklist de Avaliação Crítica para Estudos Coorte</i>												JBI	
Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	%	Nível de Evidência
E6	NA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	99,9%	2.d

Tal como referido, os níveis de evidência foram determinados de acordo com os parâmetros estabelecidos pela JBI, o que não exclui a necessidade de leitura atenta, raciocínio clínico e apreciação crítica dos artigos selecionados como evidência. Deste modo, foi realizada a avaliação da qualidade metodológica dos artigos, que demonstram

que todos os estudos têm um nível evidência alta, uma vez que as percentagens variaram entre 88,9% e 99,9%.

8. Extração de Dados dos Estudos Selecionados

Confirmada a qualidade metodológica dos estudos selecionados para a REE, segue-se a extração de dados dos mesmos, apresentados nas **Tabelas 6 a 12**, construídas com base no instrumento de extração de dados *JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive & Critical Research* (JBI, 2022).

Tabela 7.

Extração de dados do E1.

Título: *Structured Risk Assessment for Reduction of Multiple Risk Outcomes in a Secure Mental Health Setting: Use of the START.*

Autores: Cevher Gunenc, Laure E. O'Shea e Geoffrey L. Dickens

Ano de Publicação: 2017

Local do Estudo: Hospital Saint Andrew, Reino Unido

Palavras-Chave: Não aplicável.

Objetivos	Amostra	Intervenções	Avaliação	Desenho do estudo
Determinar se a violência auto e heterodirigida diminuiu após a aplicação da escala <i>Short-term Assessment of Risk and Treatability</i> (START).	50 participantes adultos, do sexo masculino, com doenças mentais, exceto oligofrenia.	Avaliação do comportamento dos participantes através da aplicação da escala START.	Antes e após a aplicação da START, com <i>follow-up</i> de 3 meses.	Estudo pré-experimental, com delineamento de pré e pós-teste com um grupo.

Instrumento de avaliação: *Short-term Assessment of Risk and Treatability* (START).

Resultados: Não se verificou uma redução significativa no número de agressões auto e heterodirigidas ou atos de vitimização, tal como não se observou a redução de incidentes ou abuso de substâncias nos 3 meses após a avaliação com a START. O facto de existirem baixas taxas de incidentes contribui para o facto de não se terem encontrado resultados estatisticamente significativos, ainda que a proporção de indivíduos que teve esse tipo de comportamentos ter reduzido um pouco. Julga-se que um *follow-up* mais longo traduziria resultados mais relevantes. Neste sentido, torna-se difícil verificar, de forma empírica, a eficácia da aplicação da START como intervenção única, o que demonstra que esta avaliação deve ser acompanhada da gestão do risco e de reavaliações, ao invés de se constituir como uma intervenção isolada.

Contudo, a aplicação da START permitiu a distinção de certas respostas associadas a certos diagnósticos psiquiátricos. Utentes sem esquizofrenia apresentaram condições muito diversas e complexas. Deste modo, o estudo sugere que devem ser priorizados aquando da avaliação com a START, em estudos futuros.

Tabela 8.

Extração de dados do E2.

Título: *Predicting Physically Violent Misconduct in Prison: A Comparison of Four Risk Assessment Instruments.*

Autores: Milena Abbiati, Julie Palix, Jacques Gasser e Valérie Moulin

Ano de Publicação: 2018

Local do Estudo: Etablissements de la Plaine de l'Orbe, Suíça.

Palavras-Chave: Não aplicável.

Objetivos	Amostra	Intervenções	Avaliação	Desenho do estudo
Avaliar a capacidade preditiva das escalas <i>Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk</i> (SAPROF), <i>Historical Clinical Risk Management-20</i>	52 participantes adultos, do sexo masculino, a cumprir internamento em serviço de Psiquiatria Forense.	Avaliação do comportamento dos participantes com vários instrumentos (SAPROF, HCR-20, PCL-R e VRAG).	Antes e após a aplicação das escalas SAPROF, HCR-20, PCL-R e VRAG, com <i>follow-up</i> de 12 meses.	Estudo pré-experimental, com delineamento de pré e pós-teste com um grupo.

Objetivos	Amostra	Intervenções	Avaliação	Desenho do estudo
(HCR-20), <i>Psychopathy Checklist Revised</i> (PCL-R) e <i>Violent Risk Appraisal Guide</i> (VRAG), a fim de determinar qual avalia o risco de agressão no futuro de forma mais confiável.				

Instrumentos de avaliação: *Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk* (SAPROF), *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20), *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) e *Violent Risk Appraisal Guide* (VRAG).

Resultados: Todos os instrumentos podem ser usados para avaliar fatores que podem servir como ponto de partida para a tomada de decisão no que concerne ao tratamento. Permitem, ainda, a realização de reavaliações que avaliem a eficácia do tratamento e orientem intervenções futuras.

As escalas são divididas em subescalas, que permitem distinguir entre episódios de violência física ou outro tipo de agressão. Participantes que apresentaram episódios de violência, física ou outra, apresentaram pontuações significativamente mais baixas do que os restantes, perante a aplicação da SAPROF, assim como resultados significativamente mais altos do que os restantes na HCR-20, PLC-R e VRAG. Os *scores* totais obtidos através da SAPROF e da PCL-R demonstraram boa validade preditiva para agressões físicas, mas fraca validade preditiva para outros tipos de agressões. A HCR-20 e a VRAG demonstraram validade preditiva para todos os tipos de agressões. Todos os instrumentos de avaliação são capazes de identificar quais os participantes com maior probabilidade de apresentar episódios de violência física. No entanto, algumas apresentam fraca validade preditiva no que concerne a outros tipos de agressão.

Tabela 9.

Extração de dados do E3.

Título: *Implementing a Violence Risk Screening Protocol in a Civil Psychiatric Setting: Preliminary Results and Clinical Policy Implementations.*

Tabela 9.

Extração de dados do E3.

Autores: Merrill Rotter e Barry Rosenfeld

Ano de Publicação: 2018

Local do Estudo: 3 hospitais de Nova Iorque, Estados Unidos da América

Palavras-Chave: Violence, Risk Assessment, Screening, Triage

Objetivos	Amostra	Intervenções	Avaliação	Desenho do estudo
Avaliar a capacidade preditiva da escala <i>Fordham Risk Screening Tool</i> (FRST).	103 participantes (76 do sexo masculino e 27 do sexo feminino) admitidos nos centros psiquiátricos dos hospitais.	Avaliação do comportamento dos participantes através da aplicação da escala FRST.	Antes e após a aplicação da FRST, com <i>follow-up</i> de 3 meses.	Estudo pré-experimental, com delineamento de pré e pós-teste com um grupo.

Instrumento de avaliação: *Fordham Risk Screening Tool* (FRST).

Resultados: A FRST avalia, essencialmente, a presença ou ausência de três variáveis potencialmente relevantes para o acontecimento de episódios de agressão: psicose, agitação e não adesão medicamentosa. Foram identificados 52 participantes que apresentavam alguma destas variáveis numa primeira avaliação, o que aumenta a probabilidade de apresentarem comportamentos agressivos.

A avaliação do risco clínico requer uma abordagem intencional e estruturada, cujo objetivo passe por maximizar a confiabilidade e precisão dessa mesma avaliação. A FRST foi desenvolvida com o objetivo de triar eficazmente o grupo de participantes com patologias psiquiátricas, com a finalidade de determinar quais as prioridades a nível de recursos e de intervenções que minimizem o risco de violência. Quando aplicada corretamente, apresenta altos níveis de precisão no que diz respeito à previsão de comportamentos de risco. Deste modo, este instrumento de avaliação pode ser uma ferramenta de confiança para triar utentes de forma rápida e eficiente, através de informações que devem estar disponíveis numa avaliação padrão aquando das admissões aos serviços. Quanto mais transparentes as avaliações de risco clínico, maior o potencial de aplicar práticas clínicas correspondentes ao estado do utente, priorizando recursos limitados e minimizando violações desnecessárias da liberdade do mesmo.

Tabela 10.

Extração de dados do E4.

Título: *Predicting aggression in adults with intellectual disability: A pilot study of the predictive efficacy of the Current Risk of Violence and the Short Dynamic Risk Scale.*

Autores: Rachael E. Lofthouse, Laura Golding, Vasiliki Totsika, Richard P. Hastings e William R. Lindsay

Ano de Publicação: 2019

Local do Estudo: 3 instituições comunitárias em Inglaterra e Escócia, Reino Unido

Palavras-Chave: Community learning disability services, Dynamic risk factors, Intellectual disability, Risk assessment and management

Objetivos	Amostra	Intervenções	Avaliação	Desenho do estudo
Avaliar a capacidade preditiva das escalas <i>Current Risk of Violence</i> (CuRV) e <i>Short Dynamic Risk Scale</i> (SDRS).	28 participantes (25 do sexo masculino e 3 do sexo feminino), com diagnóstico de deficiência intelectual e capacidade de promover consentimento informado, a viver em instituições comunitárias.	Avaliação do comportamento dos participantes através da aplicação das escalas CuRV e SDRS.	Antes e após a aplicação da CuRV e da SDRS, com <i>follow-up</i> de 2 meses.	Estudo pré-experimental, com delineamento de pré e pós-teste com um grupo.

Instrumentos de avaliação: *Current Risk of Violence* (CuRV) e *Short Dynamic Risk Scale* (SDRS).

Resultados: Os resultados demonstraram a utilização da CuRV ou da SDRS possibilita a predição de agressão verbal ou física, com um grau razoável de precisão. A aplicação da CuRV revelou-se promissora em ambientes controlados, com maior capacidade de precisão ao longo de um período de 3-5 meses. No entanto, em contexto comunitário, a previsão mais precisa da avaliação do risco clínico foi num espaço de 1 mês. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de que, na comunidade, o ambiente é mutável, menos controlado, o que faz com que os fatores de risco alterem mais frequentemente. Perante este facto, recomenda-se que a avaliação de risco clínico em ambientes comunitários seja feita com um follow-up menor (por exemplo, de apenas um mês).

A CuRV pode ser utilizada de forma frequente e confiável pela maioria dos profissionais de saúde, sem necessidade de treino demorado ou custos para os serviços. O facto de ser preenchida de forma breve,

em 10-15 minutos, traduz-se na possibilidade de avaliar o risco clínico sem tal se constituir como um fardo administrativo e sem depender da história clínica (antecedentes de saúde). A sua utilização contribui para uma gestão eficaz dos riscos, o que é crucial para a redução e prevenção de danos para os participantes e terceiros. Através da sua capacidade preditiva, a CuRV permite criar e desenvolver estratégias de gestão de risco individuais ou planos de cuidados mais adequados, consoante os resultados obtidos com a sua aplicação.

Tabela 11.

Extração de dados do E5.

Título: *Evaluation of an alternative model for the management of clinical risk in an adult acute psychiatric inpatient unit.*

Autores: Allison Harrington, Hayley Darke, Gary Ennis e Suresh Sundram

Ano de Publicação: 2019

Local do Estudo: Melbourne, Austrália

Palavras-Chave: Inpatient, Patient engagement, Psychiatric nursing, Risk management, Visual observation

Objetivos	Amostra	Intervenções	Avaliação	Desenho do estudo
Desenvolver, implementar e avaliar um novo modelo de gestão do risco clínico em unidades psiquiátricas: o <i>Clinical Risk Management Initiative</i> (CRMI).	2052 participantes admitidos nas unidades de internamento psiquiátrico por agudização.	Avaliação do comportamento dos participantes consoante a aplicação do protocolo CRMI.	Realizada comparação tipo espelho entre o comportamento de 1087 participantes antes da implementação do CRMI e o comportamento de 965 participantes após a implementação do protocolo CRMI.	Estudo experimental.

Instrumentos de avaliação: Não aplicável.

Resultados: O protocolo CRMI pretende avaliar e gerir o risco clínico dos utentes, com base na avaliação do risco. As avaliações foram realizadas à admissão e, posteriormente, quando se verificou alteração do estado mental. Dependendo do resultado das avaliações, os participantes foram classificados em "baixo risco", "médio risco" ou "alto risco". As intervenções aplicadas aos grupos de riscos diferentes eram, também elas, diferentes. A aplicação do CRMI substituiu práticas padrão baseadas em observação por protocolos que enfatizam o envolvimento frequente do utente e planos de gestão de risco individualizados. Com esta intervenção, as taxas de fuga e isolamento reduziram de forma significativa, em 37,6% e 29,3%, respetivamente. Contudo, não se verificou alteração nas taxas de outros eventos adversos, tais como autolesão, agressão e comportamentos sexualmente inapropriados. A equipa que aplicou a intervenção foi capaz de se adaptar facilmente ao protocolo, que considerou mais eficaz do que as práticas anteriores. Esta crença faz aumentar a adesão da equipa ao protocolo e melhora, consequentemente, o atendimento ao utente.

Tabela 12.

Extração de dados do E6.

Título: *Implementation of the Brøset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit.*

Autores: Wendy L. Sarver, Rosanne Radziewicz, Georjean Coyne, Kelly Colon e Lisa Mantz

Ano de Publicação: 2019

Local do Estudo: Região Centro-Oeste dos Estados Unidos da América

Palavras-Chave: Violence/Aggression, Hospitalization, Inpatient treatment, Rating scales, Scales

Objetivos	Amostra	Intervenções	Avaliação	Desenho do estudo
(1) Determinar a relação entre as pontuações obtidas na <i>Brøset Violence Checklist</i> (BVC) e a incidência de (...)	222 participantes (119 do sexo masculino e 102 do sexo feminino) admitidos no serviço de Psiquiatria ao longo das (...)	Avaliação do comportamento dos participantes através da aplicação da escala BVC.	Antes e após a aplicação da BVC: (1) na incidência de comportamento violento em 24H; (2) na necessidade (...)	Estudo coorte retrospectivo.

Objetivos	Amostra	Intervenções	Avaliação	Desenho do estudo
(...) comportamento violento em 24H; (2) Comparar as pontuações entre os participantes que requerem intervenções complexas de enfermagem no âmbito da violência; (3) Investigar o impacto das pontuações no tempo de permanência e taxas de readmissão em 30 dias após a alta.	(...) datas estabelecidas para o estudo.	Avaliação do comportamento dos participantes através da aplicação da escala DASA.	(...) de intervenções complexas por parte de enfermagem no âmbito da violência; (3) no impacto sobre o tempo de permanência e taxas de readmissão em 30 dias após a alta.	

Instrumentos de avaliação: *Brøset Violence Checklist (BVC); Staff Observation Aggression Scale – Revised.*

Resultados: Utentes que apresentaram evidências de comportamento violento tiveram pontuações BVC significativamente mais altas do que os restantes, à admissão. Os resultados indicam que, por cada ponto adicional nos *scores* da BVC à admissão, o risco de violência aumenta 3,4 vezes mais. Da mesma forma, por cada ponto adicional nos *scores* da escala à admissão, verifica-se um aumento de 9,5% no tempo médio de internamento. À admissão, os *scores* da BVC foram significativamente mais altos em participantes que demonstraram necessitar de cuidados complexos por parte de Enfermagem, tais como contenção química e isolamento. Deste grupo de participantes que necessitaram de intervenções complexas, quase todos (90,5%) apresentaram episódios de violência durante o internamento, sendo a agressão verbal a mais comum. Embora não seja um resultado estatisticamente significativo, também os participantes que foram reinternados nos 30 dias após a alta apresentaram *scores* mais altos na BVC do que os restantes.

Este estudo demonstra uma associação entre *scores* mais altos na BVC à admissão e episódios de violência, assim como a um maior período de internamento. A identificação de ferramentas de triagem como a escala em questão, que permitem quantificar e verificar se existe tendência para o utente apresentar episódios violentos, pode ser útil, no sentido em que ajuda a orientar a tomada de decisão sobre o tratamento em ambiente de internamento psiquiátrico. A BVC demonstrou ser um instrumento eficaz para reconhecer utentes que podem estar em risco de apresentar comportamentos violentos e, portanto, têm maior necessidade de intervenções complexas de Enfermagem. A integração da BVC nos cuidados, como rotina, constitui-se como um suporte na identificação de utentes potencialmente violentos e facilita o planeamento de intervenções precoces, que podem reduzir o risco de lesões na equipa e nos outros utentes, assim como reduzir também o tempo médio de internamento.

Tabela 13.

Extração de dados do E7.

Título: *Using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) to assess the impact of unit atmosphere on violence risk assessment.*

Autores: Melanie L. Simmons, Tessa Maguire, James R. P. Ogloff, Jessica Gabriel e Michael Daffern

Ano de Publicação: 2023

Local do Estudo: Melbourne, Austrália

Palavras-Chave: Acute mental health, Aggression, Forensic, Risk Assessment

Objetivos	Amostra	Intervenções	Avaliação	Desenho do estudo
Investigar se a pontuação obtida na escala DASA está relacionada com a probabilidade de um indivíduo agir de forma agressiva.	113 participantes (93 do sexo masculino e 20 do sexo feminino), internados em Psiquiatria Forense.	Avaliação do comportamento dos participantes através da aplicação da escala DASA.	Antes e após a aplicação da DASA, com <i>follow-up</i> de 11 meses.	Estudo quasi-experimental.

Instrumento de avaliação: *Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA).*

Resultados: A DASA é utilizada para identificar indivíduos em risco de agressão nas 24H após a sua aplicação. Ao contrário do expectável, as pontuações obtidas através da aplicação da DASA não permitem criar uma relação direta com a agressão em geral ou agressão entre utentes, o que reflete que não é útil para a previsão de episódios de violência. Verificou-se que indivíduos classificados como sendo de alto risco apresentavam menos episódios de violência quando a residir num ambiente

controlado, o que demonstra que a DASA não permite melhorar a identificação do risco de agressão. Este resultado pode estar relacionado com dois fatores: intervenção precoce por parte de Enfermagem e/ou adaptação do comportamento dos participantes. Aqueles classificados como sendo de alto risco eram mais propensos a receber intervenções de enfermagem, o que se supõe ter reduzido o risco de agressão. Este é chamado o "efeito de intervenção", que limita a pesquisa da avaliação de risco, pois reduz a precisão da avaliação. Da mesma forma, também é possível que os participantes de alto risco tenham adquirido capacidade de autorregulação ou autopreservação, isolando-se e limitando a possibilidade de episódios de violência, a fim de evitar a vitimização. Identificar o potencial de vitimização e retirar-se do ambiente crítico pode reduzir a probabilidade de agressão, pois limita as interações interpessoais potencialmente desencadeantes e melhora a relação entre a equipa e o participante.

9. Síntese de Dados

A presente REE é composta por 7 estudos, sendo um de 2017, dois de 2018, três de 2019 e um de 2023. Entre eles, dois foram realizados no Reino Unido, dois nos Estados Unidos da América, dois na Austrália e um na Suíça.

No que diz respeito ao desenho dos estudos, quatro são pré-experimentais, com delineamento de pré e pós-teste com um grupo, um é experimental, um é de coorte retrospectivo e outro é quasi-experimental.

As amostras que incluem nas suas investigações são bastante heterogêneas, sendo que o estudo com a menor amostra contou com 28 participantes e o estudo em que participaram mais pessoas contou com 2052 participantes. Foram incluídos participantes do sexo masculino e feminino em cinco dos sete estudos selecionados.

Todas as investigações incidem sobre participantes portadores de doença mental, sendo que um estudo excluiu pessoas com oligofrenia nos seus critérios de rigor. Dois dos estudos abordam contextos forenses, sendo que quatro abordam o contexto de internamento psiquiátrico e um debruça-se sobre o contexto comunitário.

A utilização escala START, mencionada no E1, não se traduziu numa redução significativa no número de agressões auto e heterodirigidas ou atos de vitimização, tal como não se observou a redução de incidentes ou abuso de substâncias. Conclui que as escalas não devem ser utilizadas de forma isolada na intervenção de enfermagem.

No E2, os scores totais obtidos através da SAPROF e da PCL-R demonstraram boa validade preditiva para agressões físicas, mas fraca validade preditiva para outros tipos de agressões. A HCR-20 e a VRAG demonstraram validade preditiva para todos os tipos de agressões. Ainda assim, todos os instrumentos de avaliação mencionados no estudo são capazes de identificar quais os participantes com maior probabilidade de apresentar episódios de violência física. No entanto, algumas apresentam fraca validade preditiva no que concerne a outros tipos de agressão.

O E3 demonstra que a utilização da escala FRST apresenta altos níveis de precisão de comportamentos de risco, tendo sido desenvolvida com o objetivo de triar eficazmente o grupo de participantes com patologias psiquiátricas e determinar quais as prioridades a nível de recursos e de intervenções que minimizem o risco de violência.

As escalas CuRV e SDRS, às quais o E4 se refere, possibilitam a predição de agressão verbal ou física, com um grau razoável de precisão. Este estudo refere, ainda, que a precisão da avaliação do risco clínico varia consoante o contexto em que o participante se insere, uma vez que a predição foi mais exata em internamentos do que na comunidade, onde se aconselha um follow-up menor.

Em E5 pode-se verificar que a aplicação de um protocolo, como o CRMI, em que as avaliações são realizadas à admissão e, posteriormente, quando se verifica alteração do estado mental. Dependendo do resultado das avaliações, os participantes foram classificados em "baixo risco", "médio risco" ou "alto risco", recebendo, posteriormente, intervenções adequadas ao seu estado clínico. A adaptação da equipa foi fácil, o que aumenta a adesão ao protocolo e, conseqüentemente, melhora os cuidados fornecidos aos utentes.

O E6 demonstra uma associação entre scores mais altos na BVC à admissão e episódios de violência, assim como a um maior período de internamento. A BVC demonstrou ser um instrumento eficaz para reconhecer utentes que podem estar em risco de apresentar comportamentos violentos e, portanto, têm maior necessidade de intervenções complexas de Enfermagem.

O último estudo analisado, E7, refere que as pontuações obtidas através da aplicação da DASA não permitem criar uma relação direta com a agressão em geral ou agressão entre utentes, o que reflete que não é útil para a previsão de episódios de violência. Os autores

consideram que esta questão pode surgir devido a dois fatores diferentes: intervenção precoce por parte de Enfermagem e/ou adaptação do comportamento dos participantes.

10. Discussão dos Resultados

Na procura de um método organizado e baseado em evidência científica, que permita realizar uma avaliação clínica dos utentes com patologias psiquiátricas, considera-se a aplicação de protocolos de atuação e a utilização de instrumentos de avaliação, com a finalidade de prever e gerir a possibilidade de comportamento violento e agressivo por parte dos utentes, nomeadamente quando internados em serviços de Psiquiatria (Hvidhjelm, 2016).

Os estudos analisados vêm comprovar que a aplicação de protocolos de atuação e o recurso a instrumentos de avaliação se constituem, de facto, como trunfos para a gestão do risco clínico, o que permite que a equipa multidisciplinar realize tomadas de decisões e intervenha de acordo com o nível de risco que cada utente apresenta (Abbiati et al., 2018; Gunenc, O'Shea & Dickens, 2017; Harrington et al., 2019; Lofthouse et al., 2019; Sarver et al., 2019; Simmons et al., 2023; Rotter & Rosenfeld, 2018) .

Da mesma forma, as investigações mencionadas corroboram outros estudos, que afirmam que a avaliação de risco, de forma estruturada, incorporada no planeamento de cuidados, leva à redução do número de incidentes de agressão e ao aumento da segurança e bem-estar dos utentes, respetivos familiares e equipa multidisciplinar (Florisse & Delespaul, 2020; Hvidhjelm, 2016; Morgan, 2000).

A avaliação do risco clínico requer uma abordagem intencional e estruturada, cujo objetivo passe por maximizar a confiabilidade e precisão dessa mesma avaliação. Instrumentos de avaliação podem ser usados para avaliar fatores, tornando-se, assim, o ponto de partida para a tomada de decisão no que concerne ao tratamento. Estes permitem, ainda, a realização de reavaliações que avaliem a eficácia do tratamento e orientem intervenções futuras (Abbiati et al., 2018; Gunenc et al., 2017; Rotter & Rosenfeld, 2018). Para atingir o máximo de confiabilidade, é crucial que a utilização de instrumentos de avaliação não seja uma intervenção isolada, sendo importante que seja acompanhada da gestão do risco e de reavaliações (Gunenc et al., 2017; Rotter & Rosenfeld, 2018).

Instrumentos de avaliação, tais como escalas, podem ser usados para avaliar vários fatores, tornando-se o ponto de partida para a tomada de decisão no que concerne ao tratamento. Permitem, ainda, a realização de reavaliações que avaliem a eficácia do tratamento e orientem intervenções futuras (Abbiati et al., 2018).

Apesar de a maior parte dos instrumentos de avaliação serem capazes de identificar quais os participantes com maior probabilidade de apresentar episódios de violência física, alguns apresentam fraca validade preditiva no que concerne a outros tipos de agressão (Abbiati et al., 2018). No caso da escala DASA, ao contrário do expectável, as pontuações obtidas não permitiram criar uma relação direta com a agressão em geral ou agressão entre utentes, o que reflete que esta não é útil para a previsão de episódios de violência, especialmente em ambientes controlados (Simmons et al., 2023).

De destacar que, em contexto comunitário, estes instrumentos têm menor precisão, o que pode estar relacionado com o facto de o ambiente ser mutável, menos controlado, fazendo com que os fatores de risco flutuem de forma mais frequente. Por este motivo, a avaliação de risco clínico em ambientes comunitários deve ser feita com um *follow-up* menor (Lofthouse et al., 2019).

Alguns instrumentos de avaliação têm boa validade preditiva para agressões físicas, mas fraca validade preditiva para outros tipos de agressões, como é o caso da SAPROF e da PCL-R, devendo ser utilizadas apenas em casos específicos cujo objetivo é a predição da apresentação de episódios violentos físicos (Abbiati et al., 2018).

De acordo com os estudos analisados, as escalas START, HCR-20, VRAG, FRST, CuRV, SDRS e BVC foram desenvolvidas com o objetivo de triar, de forma eficaz, utentes com patologias psiquiátricas e, quando aplicadas corretamente, apresentam altos níveis de precisão no que diz respeito à previsão de comportamentos de risco (Abbiati et al., 2018; Gunenc et al., 2017; Lofthouse et al., 2019; Rotter & Rosenfeld, 2018; Sarver et al., 2019).

Através das suas capacidades preditivas, estes instrumentos de avaliação permitem criar e desenvolver estratégias de gestão de risco individuais ou planos de cuidados mais adequados, consoante os resultados obtidos com a sua aplicação (Abbiati et al., 2018; Gunenc et al., 2017; Lofthouse et al., 2019; Rotter & Rosenfeld, 2018; Sarver et al., 2019).

Os instrumentos permitem, ainda, perceber outras questões inerentes às patologias psiquiátricas. Por exemplo, a aplicação da START permitiu a distinção de certas respostas associadas a determinados diagnósticos, ficando a sugestão que devem ser priorizados utentes sem esquizofrenia aquando das avaliações, uma vez que apresentam resultados mais diversos e complexos (Gunenc et al., 2017). No caso da FRST, esta avalia a presença ou ausência de três variáveis potencialmente relevantes para o acontecimento de episódios de agressão, sendo elas psicose, agitação e não adesão medicamentosa (Rotter & Rosenfeld, 2018).

É neste sentido que é sugerido, no estudo de Harrington e colaboradores (2019), a criação de um protocolo, como é o exemplo do CMRI, cuja finalidade é avaliar e gerir o risco clínico dos utentes, com base na avaliação do risco inicialmente realizada à admissão. Partindo deste protocolo como referência, após a avaliação inicial, os participantes deste estudo foram classificados “baixo risco”, “médio risco” e “alto risco”, sendo que as intervenções aplicadas aos grupos de riscos diferentes eram, também elas, diferentes. Esta gestão foi considerada como eficaz pela equipa multidisciplinar, que facilmente se adaptou ao protocolo. A crença de que é mais eficaz faz com que aumente a adesão da equipa e, conseqüentemente, melhora o atendimento ao utente (Harrington et al., 2019).

O estudo de Sarver e colaboradores (2019) corrobora a necessidade de agrupar os utentes por nível de risco, tal como é estabelecido pelo CMRI, destacando que utentes com *scores* mais altos na escala BVC, à admissão, demonstraram necessidade de cuidados complexos por parte de enfermagem, tais como contenção química e isolamento. Deste grupo de participantes que necessitaram de intervenções complexas, quase todos (90,5%) apresentaram episódios de violência durante o internamento, sendo a agressão verbal a mais comum. Isto comprova, mais uma vez, a validade preditiva destes instrumentos e a vantagem que fornecem para o planeamento de cuidados.

Por outro lado, Simmons e colaboradores (2023) verificaram que indivíduos classificados como sendo de alto risco apresentavam menos episódios de violência, quando a residir num ambiente controlado. É crucial compreender que este facto pode estar relacionado com dois fatores: intervenção precoce por parte de Enfermagem e/ou adaptação do comportamento dos participantes. Ou seja, aqueles classificados como sendo de alto risco eram mais propensos a receber intervenções de Enfermagem, o que se supõe ter reduzido

o risco de agressão. Este é chamado o "efeito de intervenção", que limita a pesquisa da avaliação de risco, pois reduz a precisão da avaliação.

Da mesma forma, também é possível que participantes de alto risco tenham adquirido capacidade de autorregulação ou autopreservação, isolando-se e limitando a possibilidade de episódios de violência, a fim de evitar a vitimização. Ao identificar o potencial de vitimização e retirar-se do ambiente crítico podem reduzir a probabilidade de agressão, pois limita as interações interpessoais potencialmente desencadeantes e melhora a relação entre a equipa e o participante (Simmons et al., 2023).

É importante que os instrumentos de avaliação do risco clínico se constituam como ferramentas de confiança, de baixo custo e de aplicação rápida, e que reúnam informações pertinentes aquando das admissões nos serviços, nomeadamente no que diz respeito ao risco de agressão, sem ser percecionada como um fardo administrativo e sem depender dos antecedentes de saúde. Quanto mais transparentes as avaliações de risco clínico, maior o potencial de aplicar práticas clínicas correspondentes ao estado do utente, priorizando recursos limitados, minimizando violações desnecessárias da liberdade do utente e otimizando os cuidados promovidos por parte da equipa de Enfermagem (Lofthouse et al., 2019; Rotter & Rosenfeld, 2018).

11. Notas Conclusivas

Através da análise dos estudos selecionados para amostra, é possível verificar que existem vários instrumentos de avaliação que podem ser utilizados como ponto de partida para a avaliação do risco clínico de utentes com patologias psiquiátricas, com grandes capacidades de precisão. Estes instrumentos podem ser integrados em protocolos, como sugerido no E5, a fim de pré-classificar os utentes consoante o grau de risco que apresentam, facilitando a tomada de decisão no que concerne às intervenções a administrar. Contudo, nem todas as escalas têm uma boa capacidade de previsão, devendo haver grande atenção aquando da sua seleção.

Ainda assim, verificou-se que a aplicação das escalas e a aplicação de intervenções adequadas ao estado clínico dos utentes reduziu as taxas de comportamentos agressivos,

auto ou heterodirigidos, nomeadamente em ambientes controlados, tais como as enfermarias de Psiquiatria.

O envolvimento das equipas e do próprio doente é crucial para a correta realização da avaliação de risco clínico, na procura de evitar comportamentos agressivos, a agudização da patologia ou o reinternamento.

CONCLUSÃO

A realização dos estágios e do presente Relatório de Estágio ofereceu a oportunidade de vivenciar diversas experiências e momentos de aprendizagem, através do contacto com pessoas com doença mental, sendo que proporcionou não só a consolidação e aplicação prática de conhecimentos como também o desenvolvimento de competências e capacidades que contribuirão para o progresso e construção da identidade profissional.

De um modo geral, as atividades desenvolvidas permitiram desenvolver competências específicas como futura EEESMP, nomeadamente no que diz respeito à compreensão dos “processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2015, p. 17034).

Foi possível a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais ao longo do processo de cuidar dos utentes e das suas famílias. Fazendo um balanço do percurso e trabalho desenvolvido, pode-se afirmar que se revelou bastante rico em oportunidades de aprendizagem e bastante enriquecedor naquelas que foi possível participar, colaborar e desenvolver.

Considera-se que, no geral, o desenvolvimento das competências específicas de EEESMP ocorreu de forma constante e progressiva, sendo que os objetivos que se estabeleceram inicialmente foram alcançados, o que despoletou um sentimento de realização e dever cumprido.

No que concerne ao Relatório de Investigação, numa primeira abordagem, a pesquisa permitiu concluir que não existem muitos estudos, dentro dos critérios de inclusão definidos, que incidam sobre a temática avaliação de risco através da utilização de instrumentos de avaliação. No entanto, a realização da REE permitiu concluir que este é um método eficaz para a identificação e gestão do risco clínico, assim como do caminho a seguir, no que concerne ao planeamento de intervenções adequadas.

Dada a diminuta literatura científica existente neste âmbito, no que concerne à aplicação de instrumentos de avaliação clínica como forma de avaliação do risco clínico, sugere-se a realização de mais estudos neste campo de ação, em diversos contextos.

Conclui-se que é evidente a pertinência do estudo desenvolvido, com especial destaque no papel do EEESMP, cuja função é fundamental, uma vez que não só se pode constituir ele próprio como instrumento terapêutico, como também dispõe de várias competências que se revelam como essenciais na abordagem aos problemas de saúde mental, podendo contribuir para os ganhos em saúde e para a (re)integração social dos doentes internados em serviços de Psiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbiati, M., Palix, J., Gasser, J., & Moulin, V. (2018). Predicting physically violent misconduct in prison: A comparison of four risk assessment instruments. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(1), 61-77. <https://doi.org/10.1002/bsl.2364>
- Albino, M. J. J. (2021). *Prevenção de Comportamentos Violentos em Pessoas com Esquizofrenia e Outras Psicoses: Efeitos de um Programa de Intervenção em Contexto Forense* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra: Portugal.
- Alves, J. M., Almeida, A. L., Mata, M. A. P., & Pimentel, M. H. (2018). Problemas dos Cuidadores de Doentes com Esquizofrenia: A Sobrecarga Familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 08-16. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0197>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Associação Quinta das Pontes. (S.d.). *Quem somos*. <https://www.quintadaspontes.com/servicos.php?id=7>
- Bordignon, M., & Monteiro, M. I. (2016). Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 939-942. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133>

- Brissos, S., Pavalhã, F., Marques, J. G., Mexia, S., Carmo, A. L., Carvalho, M., Dias, C., Franco, J., D., Mendes, R., Zuzarte, P., Carita, A. I., Molodynski, A., & Figueira, M. L. (2012). The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationships with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 47(1), 1077-1086. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0412-6>
- Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SR%20S.pdf>
- D’Ettorre, G., & Pellicani, V. (2017). Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Safety and Health at Work*, 337-342. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Saúde Mental em Saúde Escolar*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Edward, K., Stephenson, J., Ousey, K., Lui S., Warelow, P., & Giandinoto, J. (2016). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 289–299. <https://doi.org/10.1111/jocn.13019>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2021). *Unidade Curricular: Estágio com Relatório – Guia Orientador*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). Regulamento n.º 1211/2022. *Diário da República, n.º 251/2022 – II Série*. Lisboa, Portugal: Diário da República. <https://vlex.pt/vid/regulamento-n-1211-2022-917037054>
- Florisse, A. J. R., & Delespaul, P. A. E. G. (2020). Monitoring risk assessment on an acute psychiatric ward: Effects on aggression, seclusion and nurse behaviour. *PLoS ONE*, 15(10), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240163>

- Galustyan, A. (2019). *A Literacia em Saúde Mental e o Bem-Estar do Cuidador Informal de Pessoas com Doença Mental* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Porto, Portugal.
- Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Weber, R. P., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2017). Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric Services*, 68(8), 819-831. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>
- Gerardo, M. M. R. (2021). *O Impacto da Vergonha Externa e da Autodeterminação na Satisfação com a Vida em Adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Gunenc, C., O'Shea, L. E., Dickens, G. L. (2017). Structured risk assessment for reduction of multiple risk outcomes in a secure mental health setting: Use of the START. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(1), 61-71. <https://doi.org/10.1002/cbm.2036>
- Hahn, S., Needham, I., Abderhalden, C., Duxbury, J. A. D., & Halfens, R. J. G. (2006). The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 197–204. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00941.x>
- Harrington, A., Darke, H., Ennis, G., & Sundram, S. (2019). Evaluation of an alternative model for the management of clinical risk in an adult acute psychiatric inpatient unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1099-1109. <https://doi.org/10.1111/inm.12621>
- Hyidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., & Rasmussen, K. (2016). Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(12), 1-8. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1241842>
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(6), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>

- Instituto Joanna Briggs. (2020a). *Checklist for Randomized Controlled Trials*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Instituto Joanna Briggs. (2020b). *Checklist for Quasi-Experimental Studies (Non-Randomized Experimental Studies)*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Instituto Joanna Briggs. (2020c). *Checklist for Case Control Studies*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Instituto Joanna Briggs. (2020d). *Checklist for Cohort Studies*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Instituto Joanna Briggs. (2022). *JBIR QARI Data Extraction Form for Interpretive & Critical Research*. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687826/Appendix+2.3%3A+JBIR+Qualitative+data+extraction+tool?attachment=/rest/api/content/4687826/child/attachment/att4691814/download&type=image&filename=image2018-11-28%209:43:26.png>
- Lantta, T., Varpula, J., Cheung, T., Wong, W. L., Cheng, P. Y. I. Ng, T., Ng, C. F., Yam, C. P., Ip, G., Bressington, D., & Välimäki, M. (2020). Prevention and management of aggressive behaviour in patients at psychiatric hospitals: a document analysis of clinical practice guidelines in Hong Kong. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 1079–1091. <https://doi.org/10.1111/inm.12742>
- Lofthouse, R. E., Golding, L., Totsika, V., Hastings, R. P., & Lindsay, W. R. (2019). Predicting aggression in adults with intellectual disability: A pilot study of the predictive efficacy of the Current Risk of Violence and the Short Dynamic Risk Scale. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(4), 702-710. <https://doi.org/10.1111/jar.12665>
- Machuco, I. I. M. (2021). *Proximidade no Cuidado – Adesão ao Regime Terapêutico no Utente Psiquiátrico* (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica). Escola Superior de Saúde de Beja, Portugal.

- Martins, M. P. C. (2018). *Inteligência Emocional nos Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã: Portugal.
<https://www.proquest.com/openview/68193371bfdd6b749b723a58dee5424d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Marreiros, A., Ribeiro, A., Santos, D., & Portugal, J. (2018). *Programa de Literacia em Saúde Mental na População Infantil: Demonstração de Eficácia* (Ata). 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Melo-Dias, C. (2015). *Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.
- Menegalli, V., Silva, F. M., & Oliveira, A. (2021). Importância da psicoeducação para familiares de pacientes com esquizofrenia e transtorno bipolar afetivo. *Revista Nursing*, 24(281), 7001-7006.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2017). *Parecer n.º 01/2017 - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Realização de Exame do Estado Mental*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República, n.º 38/2008 – I Série*. Lisboa, Portugal: Diário da República.
<https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2008-34455075>
- Ministério da Saúde. (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: UCC Castelo de Penela*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2062351/Pages/default.aspx>
- Morgan, S. (2000). *Clinical Risk Assessment: A Clinical Tool and Practitioner Manual*. Londres, Reino Unido: The Sainsbury Centre for Mental Health.

Nunes, L. M. (2006). *Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem*.

https://www.researchgate.net/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação em Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (S.d.). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/projectos-e-programas/padr%C3%B5es-de-qualidade-dos-cuidados-de-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Proposta Da Ordem Dos Enfermeiros – Modelo Organizacional Da Unidade De Cuidados Na Comunidade (UCC) - Resumo*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/eventos/Documents/2008/2008_05_12_Proposta%20UCC.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República n.º 151/2018 – II Série*. Lisboa, Portugal: Diário da República.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º 26/2019 – II Série*. Lisboa, Portugal: Diário da República.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. *Diário da República n.º 184/2019 – II Série*. Lisboa, Portugal: Diário da República. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudo dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional do Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & Moher, D. (2020). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Potter, P. & Perry, A. (2013). *Fundamentals of Nursing*. Missouri, Estados Unidos da América: Elsevier Mosby.
- Queirós, P. J. P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(3), 776–781. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002930013>
- Santos, J. C. P., Erse, M. P. Q. A., Façanha, J. D. N., Marques, L. A. F. A., & Simões, R. M. P. (2014). + *Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa*. Portugal, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Sarver, W. L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K., & Mantz, L. (2019). Implementation of the Brøset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(6), 476-486. <https://doi.org/10.1177/1078390318820668>

- Seixas-Gonçalves, C. M. C. (2017). *Formação em Habilidades de conversação para interação Social de doente com Esquizofrenia na Unidade de Reabilitação de Doentes Difíceis: um estudo Pré-Experimental*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Silva, M. (2015). A Educação Pelos Pares: Críticas a Uma Estratégia de Intervenção Social. *ComTextos Working Papers*, 2(1). Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, Universidade do Minho: Portugal.
- Silva, M., Ribeiro, V., Sousa, P., Fonseca, G., Rodrigues, Z., & Neto, F. (2021). *Saúde Mental na Proximidade*. Coimbra, Portugal: Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte.
- Simmons, M. L., Maguire, T., Ogloff, J. R. P., Gabriel, J., & Daffern, M. (2023). Using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) to assess the impact of unit atmosphere on violence risk assessment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12913>
- Rotter, M., & Rosenfeld, B. (2018). Implementing a Violence Risk Screening Protocol in a Civil Psychiatric Setting: Preliminary Results and Clinical Policy Implications. *Community Mental Health Journal*, 54(3), 245-251. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0226-4>
- Rouch, M. A., Garcez, R., Oliveira, S. I., & Robaina, T. F. (2010). *NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Amsterdão, Holanda: Mosby Elsevier.
- Unidade de Cuidados na Comunidade Castelo de Penela. (2022). *Manual de Acolhimento ao Aluno*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Valente, N. A. G. (2016). *Treino de Competências Sociais e Emocionais para Pacientes com o Espectro da Esquizofrenia e de Outras Perturbações Psicóticas* (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa, Escola de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Portugal.

Vagos, P. & Pereira, A. (2010). Escala de Comportamento Interpessoal: Adaptação para a língua portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 8(1), 37-49.

Vicente, L. C. M. (2016). *Validação da Escala de Inteligência Emocional de Schutte* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Departamento de Ciências Sociais e Humanas, Portugal.

