



Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com  
Relatório Final

## **Relatório de Estágio**

Telma Neto

Leiria, 2023

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com  
Relatório Final

### **Relatório de Estágio**

#### **(Con)Viver com a Doença Inflamatória Intestinal**

A prática de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Especializada na intervenção em  
utentes com Doença Inflamatória Intestinal

Docente Supervisor:

Professor João Gomes

Elaborado por:

Telma Neto

Leiria, 2023

*"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do  
nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos  
lugares. É tempo da travessia, e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre,  
à margem de nós mesmos"*

Fernando Pessoa

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor João Gomes, pela orientação, disponibilidade e momentos de partilha ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros orientadores, Sónia Silva, Ângela Elias e António Rebelo pela partilha de conhecimentos.

A todas as equipas onde realizei ensinios clínicos e utentes por terem contribuído para o meu sucesso.

Um agradecimento especial à Joana Moreira pelos intermináveis áudios e chamadas de partilha, pela paciência e apoio.

Ao Rogério.

Aos meus pais, pessoas luz na minha vida, pela disponibilidade, tempo e ajuda.

Ao Tomé por todo o apoio e resiliência que foi necessária ao longo destes meses.



4. Planear e executar atividades .....	107
5. Verificar os resultados.....	108
6. Propor medidas corretivas, padronizar e treinar a equipa .....	112
7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA .....	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	118

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Sessão formativa SM na parentalidade**

**APÊNDICE II– Ficha técnica SM +**

**APÊNDICE III – Ficha técnica sessões psicoeducacionais 1º ciclo**

**APÊNDICE IV – Apresentação em PowerPoint das sessões psicoeducacionais 1º ciclo**

**APÊNDICE V – Ficha Técnica intervenção psicossocial turmas 7º ano**

**APÊNDICE VI – Ficha técnica Intervenção Psicossocial UDA**

**APÊNDICE VII – Atividades desenvolvidas UDA**

**APÊNDICE VII – Estudo de caso**

**APÊNDICE VIII – Ficha técnica sessão de relaxamento**

**APÊNDICE IX– Norma de atuação projeto de melhoria contínua (Con)Viver com a DII**

**APÊNDICE X – Consentimento informado do projeto de melhoria contínua (Con)Viver com a DII**

**APÊNDICE XI – Cronograma projeto de melhoria contínua (Con)Viver com a DII**

**APÊNDICE XII – Fluxograma de atuação projeto de melhoria contínua (Con)Viver com a DII**

**APÊNDICE XIII – Estrutura do programa (Con)Viver com a DII**

**APÊNDICE XIV – Ferramentas utilizadas no programa (Con)Viver com a DII**

## **ANEXOS**

**ANEXO I – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens**

**ANEXO II – Autorização dos autores da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens**

**ANEXO III – Autorização à autora do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida**

**ANEXO IV – Parecer da Comissão de Ética do CHUA ao Programa (Con)Viver com a DII**

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização em função da idade e idade de diagnóstico.....	108
Tabela 2- Frequência da EADS-21 inicial.....	109
Tabela 3- Frequência do IBQD inicial.....	109
Tabela 4- Frequência das dimensões da EADS-21 inicial.....	109
Tabela 5- Frequência dos domínios do IBQD inicial.....	109
Tabela 6- Frequência da EADS-21 final.....	110
Tabela 7- Tabela frequência do IBQD final.....	110
Tabela 8- Frequência das dimensões EADS-21 final.....	110
Tabela 9- Frequência dos domínios de IBQD final.....	110
Tabela 10- Tabela frequência EADS-21 follow up.....	111
Tabela 11- Frequência do IBQD follow up.....	111
Tabela 12- Frequência das dimensões EADS-21.....	111
Tabela 13- Frequência dos domínios IBQD.....	112
Tabela 14- Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua (Con)Viver com a DII.....	113

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama de Ishikawa - Identificação do problema e causas.....	103
--	-----

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde;

**CHUA** – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve;

**CS** – Centro de Saúde;

**DICAD** – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências;

**DII** – Doença Inflamatória Intestinal;

**DM** – Doença Mental;

**EADS-21** – Escala de Ansiedade, depressão e *stress* de 21 itens;

**EC** – Ensino Clínico;

**EEESMP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

**ESMP** – Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica;

**IBQD** – Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida;

**PNSM** – Programa Nacional para a Saúde Mental;

**QV** – Qualidade de vida;

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

**SE** – Saúde Escolar;

**SICAD** – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências;

**SM** – Saúde Mental;

**TCC** – Terapia Cognitivo-comportamental;

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade;

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;

**UDA** – Unidade de Desabilitação do Algarve;

**URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Personalizados;

**USF** – Unidade de Saúde Familiar;

**USP** – Unidade de Saúde Pública;

## RESUMO

Conviver diariamente com uma doença crónica como a Doença Inflamatória Intestinal - pode ser incapacitante -; O impacto desta doença acaba por influenciar a forma como os seus portadores vivem o dia a dia, levando a uma diminuição na sua qualidade de vida. A prevalência de pessoas jovens e de meia-idade afetadas por esta patologia tem vindo a aumentar de ano para ano, levando a que muitos dos seus portadores ainda não possuam fatores psicológicos ou estratégias de adaptação eficazes para lidar com os sintomas da mesma. A imprevisibilidade da evolução da doença pode interferir na realização de planos a longo ou a médio prazo, conduzindo a fenómenos de incompreensão do portador da doença por parte da sociedade e dos sistemas que o rodeiam, o que pode acarretar um aumento dos níveis de ansiedade e *stress*. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pode desempenhar um papel fundamental no acompanhamento dos utentes portadores de doença inflamatória intestinal, atuando ao nível da sua qualidade de vida e da sua saúde mental, através da capacitação para a autogestão emocional e para promover mecanismos mais adaptativos de ferir os seus processos de saúde/doença.

O presente relatório engloba o exercício de análise reflexiva do processo de obtenção de competências comuns de Enfermeiro Especialista e de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, reflete um percurso sustentado por uma prática baseada na evidência e em modelos de enfermagem, resultando no desenvolvimento de intervenções especializadas em contexto de uma Unidade de Cuidados na Comunidade, de um Serviço de Internamento e de uma Unidade de Desabilitação. Nestes contextos, a prática especializada resultou da aplicação do processo de enfermagem, tendo por referência os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Doença Inflamatória Intestinal; Saúde Mental; Ansiedade; *Stress*; Qualidade de vida.

## **ABSTRACT**

Living daily with a chronic disease such as Inflammatory Bowel Disease – can be disabling -; The impact of this disease ends up influencing the way patients live their daily lives, leading to a decrease in their quality of life. The prevalence of young and middle-aged people affected by this pathology, has been increasing year by year, meaning that many of its carriers still do not have psychological factors of effective adaption strategies to deal with its symptoms. The unpredictability of the evolution if the disease can interfere with the realization of long or medium-term plans, leading to phenomena of misunderstanding of the person with the disease by society and the systems that surround him, which can lead to increased levels of anxiety and stress. The Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing can play a fundamental role in the monitoring of users with inflammatory bowel disease, acting in terms of their quality of life and mental health, through training for emotional self-management and to promote mechanisms more adaptative of hurting their health/disease processes.

This report encompasses the exercise of reflective analysis of the process of obtaining commons competencies as a Specialist Nurse and competencies as a Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, reflects a journey sustained by a practice based on evidence and on nursing models, resulting in the development of specialized interventions in the context of a Community Care Unit, an Inpatient Service and an Exhaustion Unit. In these contexts, specialized practice resulted from the application of the nursing process, based on the Quality Standards of Mental Health Nursing Care.

**Keywords:** Inflammatory Bowel Disease; Mental Health; Anxiety; Stress; Quality of life.

## INTRODUÇÃO

A experiência – enquanto cuidador do outro, da família, tendo em conta a importância e a necessidade de trabalhar em equipa – levou-me a pensar em mim, na minha atuação, no meu desenvolvimento ao longo destes anos e em que tipo de profissional e pessoa gostaria de ser no futuro. Rapidamente soube que o investimento no meu percurso profissional iria ser realizado nesta área, mas na altura não tinha noção da transformação que isso me iria trazer, não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

Quando surgiu a possibilidade de frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, comecei a pensar nas vantagens que os conhecimentos que iria adquirir me iriam trazer e nas ferramentas que iria ter ao meu alcance para auxiliar as pessoas e famílias na sua recuperação, através de estratégias fundamentadas, transformando as experiências vividas mais gratificantes. Não posso dissociar a vontade de “salvar o mundo” destes meus pensamentos iniciais. Durante o processo, comecei a aperceber-me da transversalidade da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), e da recetividade das equipas e da comunidade nesta área. Pude verificar que o EEESMP pode fazer o mesmo que os outros, mas nunca será da mesma forma, pois, através da aquisição de conhecimentos específicos e especializados, passa a mobilizar as suas competências, naturalmente e inconscientemente, e a ter uma presença significativa na experiência de vida da outra pessoa, acabando por influenciar o seu “eu”, a sua ação e levando a processos de reflexão e de atuação que permitem ultrapassar obstáculos que possam surgir.

Existiram dois modelos norteadores de toda a prática desenvolvida; o modelo de Tidal, segundo o qual a pessoa assume um papel ativo na sua recuperação e os cuidados de enfermagem se consideram como interativos e focados no que deve ser feito para a ajudar no presente, com vista ao futuro (Barker, 2001). Onde através da relação terapêutica, existe abertura à compreensão do outro, afastando a ideia de que o profissional é que sabe o que é melhor para a pessoa, permitindo que esta se envolva na sua própria recuperação, de modo a compreender e a ensinar ao profissional as suas experiências de vida e desta forma dar ênfase à continuidade da “viagem” (Freitas et al., 2020; Savaşan & Çam, 2017).

Analisando a pessoa como um ser biopsicossociocultural, moldada pelo ambiente onde se encontra inserida e sendo influenciada pela família, sociedade e cultura da qual faz parte, também o modelo dos sistemas de Betty Neuman, oferece uma base unificadora para abordar uma vasta gama de preocupações em enfermagem. Neste a pessoa depara-se com diversas situações que colocam o seu bem-estar em causa, criando tensão e podendo surgir a necessidade de ajuda de um profissional para encontrar estratégias que permitam auxiliar no

desenvolvimento de mecanismos de defesa e adaptação, promovendo a sua recuperação (Costa, et al., 2020).

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Este documento rege-se pelas orientações definidas no Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria e de acordo com a norma American Psychological Association, 7ª edição.

Este relatório pretende espelhar a reflexão das experiências vivenciadas ao longo deste percurso, tendo como foco o desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) determinadas no Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, definidas no Regulamento das Competências Específicas 515/2018, de 7 de agosto. Este documento tem como objetivos:

- Apresentar e caracterizar os contextos de aprendizagem da prática em EEESMP;
- Descrever e refletir a prática realizada evidenciando a aquisição de competências de EEESMP;
- Refletir na aquisição de competências de EE;
- Descrever o desenvolvimento de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem em contexto de ambiente de trabalho e respetivo programa de intervenção desenvolvido para utentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII).

Assim, este documento relata o percurso realizado ao longo do planeamento e reflexão de uma prática baseada em evidência e encontra-se dividido em três partes: a Parte I, abrange a caracterização dos contextos da prática selecionados para a realização de Ensinos Clínicos (EC); a Parte II engloba a reflexão e o desenvolvimento das competências comuns de EE e de EEESMP, bem como o desenvolvimento prático das suas competências, com base nas intervenções realizadas. Na Parte III, é documentado o desenvolvimento do processo de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na prática clínica, denominado (Con)Viver com a Doença Inflamatória Intestinal, onde através de intervenções terapêuticas, foi verificado o impacto da DII nos níveis de ansiedade e stress e na qualidade de vida destes utentes e criadas estratégias de resolução. A contribuição para o desenvolvimento das minhas competências ao nível da eficiência dos cuidados de saúde mental foi obtida através da criação de um novo projeto, face à nova realidade e necessidade em Saúde Mental e Psiquiátrica. A realização do presente documento acaba por ser um momento de grande reflexão acerca do caminho percorrido, com a capacidade de olhar para este conscientemente, tirando deste percurso as melhores aprendizagens que me permitirão dar continuidade ao trajeto enquanto EEESMP.

## **PARTE I**

### **1. Contextos de aprendizagem**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a Saúde Mental (SM) não consiste apenas na ausência da doença, mas também no estado de bem-estar em que cada indivíduo realiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os desafios normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade (World Health Organization, 2002).

A doença mental (DM) começou a ganhar algum destaque no final do século XIX, altura em que surgiram as primeiras instituições psiquiátricas. Com o avanço progressivo do conhecimento, as ciências exatas e naturais deram lugar à terapêutica farmacológica. Em 1960, iniciou-se em Portugal a Reforma Psiquiátrica e, em 1963, surge a Lei de Saúde Mental n.º 2118, onde foram estabelecidos os princípios reformadores da política dos cuidados psiquiátricos, através da criação de setores de serviços psiquiátricos e de Centros de Saúde Mental, levando ao início da integração destes utentes na comunidade. Foi nesta altura que a socialização dos utentes passou a ser vista como relevante para a sua recuperação. Em 1998 surge a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho), que vigora até hoje. Esta, veio promover o reforço da SM voltada para a comunidade e para a multidisciplinaridade, na promoção de cuidados na comunidade, internamentos em hospitais gerais e reabilitação psicossocial (Filho et al., 2015; Sequeira & Sampaio, 2020).

Com base nos princípios da integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, surge em 2010, o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, do Ministério de Saúde, que vem legislar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de SM, através do qual foram concebidas novas unidades e equipas, destinadas a pessoas com DM resultante de incapacidade psicossocial e que se encontrassem em situação de dependência, independentemente da sua idade. O Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM, 2017), surgiu com o intuito de criar estratégias e diretrizes de forma a melhorar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de SM, criando cuidados de SM de qualidade, promovendo e protegendo os direitos humanos dos utentes com problemas de SM.

Devido ao Algarve ser uma área com escassas respostas no âmbito da SM e Psiquiatria, quando comparado com o restante país, a escolha dos locais de ensino clínico (EC) teve como objetivos: o desenvolvimento das competências específicas especializadas, definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica -

Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto; aumentar o conhecimento acerca da articulação entre instituições; planear e prestar de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiatria, tanto à pessoa como ao grupo, em diferentes contextos de internamento e de comunidade. Realizei o primeiro EC numa Unidade de Cuidados na Comunidade na região do Algarve; o segundo EC foi realizado em contexto de internamento, num Serviço de Psiquiatria de uma Unidade Hospitalar na região do Algarve e o terceiro EC foi realizado numa Unidade de Desabilitação no Algarve. Como referi anteriormente, as escolhas de locais para realização de EC estiveram ligadas às ofertas existentes nesta região do país. Tendo os EC decorrido durante o segundo e terceiro semestre do Curso de Mestrado, com base numa prática clínica especializada e supervisionada. Nos três locais foram prestados cuidados que permitiram o desenvolvimento da prática profissional baseada em evidência, com respeito pela pessoa ao longo de todo o processo, com base nos valores éticos e legais da profissão.

### **1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade**

O primeiro EC de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), com a duração de 11 semanas, compreendidas entre 09 de maio de 2022 e 21 de julho de 2022, foi realizado numa UCC do ACES Central da ARS Algarve m contexto de Saúde Escolar (SE) e na preparação para o parto.

A Administração Regional de Saúde tem o objetivo de garantir à população da correspondente área demográfica o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, fazendo cumprir políticas e programas de saúde nas suas áreas de intervenção.

A UCC, presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social no 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, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (ARS et al., 2019). Na prossecução dos seus objetivos, encontravam-se implementados os seguintes projetos / programas: Cuidados Continuados integrados; Saúde Escolar; Preparação para o Nascimento e Parentalidade; Cantinho da amamentação; Nascer Cidadão; Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco; Comissão Proteção de Crianças e Jovens; Projeto de Intervenção no RSI. Através das suas ações, pretendia-se promover a autonomia, o aconselhamento, esclarecimento e vigilância do utente, resultando na promoção de adoção de estilos de vida saudáveis e no acompanhamento à comunidade em todas as etapas, ao longo do ciclo de vida (ARS et al., 2019).

A equipa multidisciplinar é constituída por assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeuta, técnicos de saúde oral, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e enfermeiros generalistas e especialistas, nas áreas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Comunitária e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A EEESMP exerce uma intervenção especializada em contexto de saúde escolar (SE) e em contexto do programa de pré e pós-parto. A referenciação de alunos para intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é efetuada: (1) pela escola/professores através da identificação de alunos que possam beneficiar de intervenções individualizadas, (2) por solicitação direta dos alunos e (3) também pelos pais. Esta profissional, mediante a situação, também articula com a restante equipa multidisciplinar, no sentido de encontrar a resposta mais adequada à pessoa identificada.

Durante este EC, defini e concretizei os objetivos gerais e específicos presentes no Projeto de Estágio, bem como as atividades planeadas, resultado do percurso traçado de acordo com as competências comuns do EE e específicas do EEESMP, fundamentadas na teoria dos sistemas de Betty Neuman e na teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau (Tomey & Alligood, 2004). Neste contexto tive Peplau como referencial dado que esta afirma que o processo de crescimento é colaborativo, centrando-se na relação enfermeiro/utente e na comunicação, onde ambos trazem para a relação as suas bagagens e expetativas e estas são tidas em consideração no reconhecimento da necessidade de ajuda (Nóbrega & Santos, 1996).

Desenvolvi as intervenções deste EC em âmbito de SE e de preparação para o parto. Inicialmente senti receios, pois nunca havia estado em contacto com crianças e adolescentes neste contexto, mas esses receios foram facilmente ultrapassados, através do planeamento de intervenções baseadas em evidência científica e com a ajuda da orientadora, na adequação das mesmas ao público-alvo. Após ter ultrapassado essa dificuldade, considero que este EC me permitiu várias oportunidades de desenvolver intervenções que reconheci serem importantes de adaptar e transpor aos outros EC. Exemplo disso, foi o programa psicoeducacional desenvolvido para turmas do 1º ciclo, pode ser consultado no Apêndice III, este teve como objetivo estimular a aquisição de conhecimentos no âmbito de emoções, do autoconhecimento e formas de comunicar assertivamente, dando resposta à área prioritária de intervenção em saúde mental e competências socioemocionais do Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015 (DGS, 2015). A Avaliação do programa foi positiva, através do *feedback* das professoras que deram continuidade aos temas desenvolvidos em sala de aula. Verifiquei a necessidade de adaptar estas temáticas no programa de SM positiva

desenvolvido para os outros EC, devido a serem áreas pouco exploradas com os utentes e permitindo dar início ao desenvolvimento da sua inteligência emocional. No âmbito da Preparação para o Nascimento e Parentalidade, desenvolvi três sessões de relaxamento, uma sessão formativa denominada “Saúde Mental na Parentalidade” e ainda apresentei o *mindfulness* às utentes. Os resultados foram positivos, através do feedback dos participantes, onde referiram a importância de refletir acerca de temáticas menos exploradas nesta fase da sua vida.

## **1.2. Serviço de Internamento de Psiquiatria**

O segundo EC, teve a duração de 11 semanas, compreendidas entre 06 de setembro de 2022 e 18 de novembro de 2022, num Serviço de Internamento de Psiquiatria da região do algarve. O contexto de internamento em Psiquiatria permite criar nos utentes um ambiente seguro para a sua recuperação e capacitá-los de estratégias empoderadoras na resolução de problemas que possam levar ao seu reinternamento.

O referido Serviço de Psiquiatria engloba as valências de Internamento, Hospital de Dia de Reabilitação e o Ambulatório. À data, encontravam-se em funcionamento quatro equipas comunitárias de saúde mental, que se deslocavam aos diversos concelhos da sua área de abrangência para a realização de visitas domiciliárias, sessões de educação para a saúde, administração de medicação e consultas (Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, 2022).

O serviço de internamento de Psiquiatria é um serviço misto, com capacidade para dezoito utentes; os critérios de internamento incluem quadros clínicos agudos, com necessidade de estabilização, nomeadamente: Episódios Psicóticos, Transtornos Bipolares, Primeiros episódios de DM (para estudo de diagnóstico e controlo medicamentoso supervisionado), Quadros de Dependências, e Alteração da conduta do utente. Os utentes são admitidos de forma voluntária ou compulsiva (de acordo com a Lei n.º 36/98 de 24 de julho), pela Consulta Externa, pelo Serviço de Urgência ou por transferência de outros serviços ou Instituições. Através do processo de enfermagem, são assegurados os cuidados individualizados e de acordo com as necessidades de cada utente, tendo como base o modelo teórico da Nancy Roper. Após alta, os utentes são encaminhados para as equipas comunitárias de forma a garantir a continuidade dos cuidados e do acompanhamento, promovendo cuidados de qualidade, adesão terapêutica e esclarecimento de dúvidas que surjam em contexto de domicílio (Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, 2022). A equipa de enfermagem é constituída por três EEESMP e por Enfermeiros Generalistas. Ao realizar EC no serviço acima referido pude experienciar e desenvolver intervenções de EEESMP, tais como: o estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica; a colheita de informação e de

eventos significativos que possam ter levado à situação de crise; auxiliar a pessoa na correção de distorções cognitivas e encorajar a expressão de emoções.

A experiência deste EC, em regime de internamento, permitiu-me o contacto com a pessoa com doença mental em fase aguda, ao ponto de transferir aprendizagens teóricas para a prática. Através da observação, do acompanhamento dos utentes e da realização de entrevistas de avaliação do estado mental, senti e compreendi melhor a vulnerabilidade e fragilidade da pessoa internada, sem crítica para a sua situação de saúde. Tive noção de diversas estratégias de manipulação utilizadas pelos utentes, de forma a testar os profissionais, sendo a experiência da equipa vasta e não cedendo facilmente. Muitas vezes, os utentes verbalizaram que se sentiam ali presos, mas, quando explorado esse sentimento, referiam que aquele era um espaço seguro, por se sentirem protegidos e afastados da realidade do exterior.

Considero que o Internamento de Psiquiatria tem uma grande lacuna em espaços físicos adequados para as intervenções de enfermagem especializada em intervenções grupais. Durante o período pré-pandémico, os utentes em internamento saiam para realizar dois passeios higiénicos (durante o período da manhã e durante o período da tarde), onde podiam ir ao bar e fumar um cigarro. Após pandemia, e pela redução de recursos humanos, passaram a ter um momento na tarde onde vão fumar um cigarro, mas que nem sempre é possível, dada a elevada taxa de ocupação do serviço. Se existissem outras estruturas físicas, o ambiente em regime de internamento seria promotor de um elevado número de intervenções, benéficas tanto para o utente quanto para a sua família.

### **1.3.Unidade de Desabituação**

O terceiro EC, teve a duração de 7 semanas, compreendidas entre 21 de novembro de 2022 e 21 de janeiro de 2023, num Unidade de Desabituação da região do Algarve.

A Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) é um serviço da ARS do Algarve, que, em conjunto com as orientações nacionais estipuladas pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), desenvolve a intervenção nos domínios da prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos e minimização de danos, nos comportamentos aditivos e nas dependências. Na região do Algarve a DICAD é constituída por duas unidades de intervenção local: a Unidade de Desabituação do Algarve (UDA) e o Centro de Respostas Integradas, onde funcionam equipas técnicas especializadas de tratamento, reinserção e redução de danos de forma interinstitucional (ARSAlgarve, 2021).

A UDA tem como objetivo realizar tratamentos de síndrome de privação em utentes dependentes de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, sob responsabilidade médica, em regime de internamento programado que pode ir desde 7 dias até 20 dias. Quando o utente chega à UDA é acolhido pelos profissionais de saúde individualmente e tem a possibilidade cuidar da sua higiene e arranjo pessoal e acondicionar os seus pertences pessoais em local designado. Neste momento, também formaliza o seu compromisso em seguir as normas da unidade. Apesar de a unidade ser circundada por um muro, ela funciona em regime aberto e os utentes são livres de interromper o tratamento a qualquer momento. A UDA é constituída por 14 camas, distribuídas por quartos duplos cada um com a sua casa de banho, por um ginásio, duas salas de trabalhos manuais, uma sala de convívio, um refeitório, um campo de futebol/basquetebol, uma mini-horta e espaços de lazer exterior (ARSalgarve, 2021). A equipa de enfermagem é constituída por quatro EEESMP e por Enfermeiros Generalistas. Estes profissionais trabalham diariamente no sentido de dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados, que acabam por ser transversais à maioria dos seus utentes, nomeadamente: ansiedade, abuso de substâncias (álcool ou drogas), conhecimento diminuído, processo familiar comprometido, e *coping* ineficaz. Quanto às intervenções que são desenvolvidas, acabam por ter sempre ganhos, pois os utentes naquele ambiente, conseguem identificar o motivo que os leva aos consumos. Durante o tempo que integram a UDA, são também desenvolvidas sessões de cariz psicoeducacional com o intuito de promover conhecimentos na área em questão e partilha de experiências, a equipa identifica que seria necessária a continuidade de intervenções pós-alta, criando apoio na reintegração do utente na comunidade.

Ao realizar o EC na UDA, tive oportunidade de desenvolver conhecimentos numa área completamente distinta das anteriores, o que permitiu também trabalhar os meus mecanismos de adaptação aos diferentes meios. Ao contrário do internamento de psiquiatria, onde tinha decorrido o segundo ensino clínico, a UDA tem ao dispor estruturas físicas adequadas o que, em grande medida, facilitou e impulsionou o desenvolvimento de intervenções especializadas em SM, nomeadamente, psicoeducativas, psicoterapêuticas, psicossociais, socioterapêuticas. Durante essas intervenções, fui agradavelmente surpreendida com a adesão e interesse de todos os utentes às atividades por mim propostas no decurso do estágio na UDA.

Considero que os locais onde realizei EC marcaram profundamente o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me desenvolver competências de EEESMP e contribuindo para o aumento do meu conhecimento e da consciência de mim enquanto pessoa,

direcionando-me para a área que me move. O percurso traçado também fala de mim e reflete o processo de como me torno EEESMP.

## PARTE II

Nesta segunda parte, encontra-se a reflexão acerca das competências de EE e de EEESMP, desenvolvidas com base no percurso realizado.

### 1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, p. 4744- 4750, o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. As competências comuns de EE encontram-se divididas em quatro domínios, sendo eles:

- Responsabilidade profissional, ética e legal (A):

Com base neste domínio, ao longo dos desenvolvimentos dos EC, as decisões tomadas tiveram sempre como base os princípios éticos, valores e normas deontológicas, de forma a garantir que os cuidados prestados salvaguardavam os interesses da pessoa/grupo/comunidade. Estes cuidados foram prestados em conjunto com a pessoa/grupo/comunidade e apenas foram partilhados com a restante equipa, quando houve necessidade. Durante todo o tempo, foi promovida a confidencialidade e segurança da informação obtida durante as intervenções realizadas, tanto com utentes como nos locais de estágio frequentados, assegurando a realização das intervenções individuais e grupais em locais reservados e garantindo o consentimento livre e informado dos participantes, bem como o sigilo profissional.

- Melhoria contínua da qualidade (B):

Com a oportunidade de desenvolver um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, mediante as necessidades do serviço de Gastroenterologia e respetivos utentes, promovendo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Através do qual pode ser realizado um planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.

- Gestão dos cuidados (C):

Para a implementação e desenvolvimento dos projetos desenvolvidos em EC, foi realizado todo o processo de planeamento da intervenção em articulação estreita com o orientador, as equipas e instituições; foi mantida uma preocupação com a utilização eficiente de recursos e os projetos de intervenção foram desenhados tendo em vista a sua continuidade, de modo a otimizar as respostas dos serviços, com vista a influenciar a inovação da prática especializada.

- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D):

Neste domínio, reconheço a importância de ter consciência de mim própria e também da facilidade que tenho em adaptar-me e em estabelecer relações com diferentes as equipas. A minha postura foi sempre recetiva e proativa, com o intuito de absorver o máximo de conhecimentos, aproveitando a oportunidade de trabalhar com pessoas que têm muita experiência nas diversas áreas em que realizei EC. A supervisão foi facilitadora da aquisição de conhecimentos e do reconhecimento da importância de uma prática baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Considero que, com a realização dos diferentes EC, consegui explorar, desenvolver e aplicar capacidades previamente adquiridas em regime teórico, possibilitadoras do fortalecimento de todos os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista. De forma a analisar e refletir a minha postura, o desenvolvimento das minhas ações e intervenções e, de certa forma, planear melhorias contínuas passíveis de ainda serem aplicadas na prática, baseei-me no Ciclo de Gibbs, 1988 (T. Afonso & Loureiro, 2018; Figueiredo & Amendoeira, 2018; Gibbs, 1988; Ventura, 2007).

No início de cada EC foi realizado um projeto de estágio onde me comprometi a desenvolver intervenções planeadas de acordo com as necessidades de cada local, permitindo desenvolver as competências de EE (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), em todos os seus domínios: A, B, C e D. Esse compromisso estendeu-se à realização do projeto de melhoria contínua, tendo este sido planeado e submetido à comissão de ética do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA).

## **2. Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

A formação direcionada para enfermeiros em Saúde Mental e Psiquiatria começou a ser desenvolvida nos Hospitais Psiquiátricos. A partir dos anos 60, foram emergindo as primeiras escolas de enfermagem em Portugal e, em 1978, é criado o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Loureiro et al., 2012), onde se começou a tentar oferecer uma assistência mais humanizada, fundamentada nos princípios das principais reformas psiquiátricas. Gradualmente, foi surgindo a necessidade de os enfermeiros repensarem os seus saberes e as suas práticas, proporcionando cuidados centrados no ser humano, no seu contexto social e familiar e em toda a sua multidimensionalidade (Ramos, 2021).

A ESMP é uma área especializada dentro da disciplina e profissão de enfermagem que permite acrescer uma maior profundidade e leque de conhecimentos, de uma prática baseada na evidência, com maior campo de intervenção e com o objetivo de elevar os padrões de

qualidade dos cuidados prestados. O avanço nos conhecimentos requer que o EEESMP atualize a sua prática de acordo com as novas descobertas de investigação que vão sendo realizadas e participe em projetos de investigação promotores do aumento do seu conhecimento e do desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2015c, 2018b).

Segundo o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto – Regulamento de Competências Específicas do EEESMP – este profissional tem como missão compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa, bem como as implicações para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e o modo como a SM é afetada por fatores contextuais. Esta área de especialidade foca-se na promoção de SM, prevenção, diagnóstico e intervenção mediante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição que podem gerar sofrimento, alterações ou DM. O regulamento refere ainda que, para além de se mobilizar enquanto instrumento terapêutico, o EEESMP também desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem reforçar e mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Com a sua prática consegue estabelecer relações de confiança e parceria com a pessoa, de modo a aumentar o *insight* sobre a problemática e a capacidade de definir novas formas de resolução. Quanto à sua atuação no tratamento da pessoa com DM, as intervenções do EEESMP permitem contribuir para adequar as respostas da pessoa doente e da família face aos problemas relacionados com a DM, tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, promovendo a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

O regulamento n.º 515/2018 contempla quatro competências específicas de EEESMP.:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1);
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2);
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto (F3);
- d) Presta 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 (F4).

## **2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1)**

A primeira competência relaciona-se diretamente com o “eu” e na forma como eu estou presente na relação que estabeleço com a pessoa/grupo. De modo a alcançar conhecimento e consciência de mim mesma, importa refletir sobre quem sou e ter percepção das minhas capacidades e limitações. O desenrolar desta autorreflexão teve um papel importante no meu desenvolvimento pessoal e profissional, analisando e refletindo as escolhas que fui fazendo ao longo da vida, percebo cada vez melhor o que me trouxe até este momento, instigando o meu interesse pela área de SM e incentivando o meu desenvolvimento enquanto futura EEESMP. A prática reflexiva é um processo individual e indispensável em contexto clínico, através do qual conseguimos um aumento da autoconsciência e uma melhoria dos cuidados prestados (Peixoto & Peixoto, 2016; Pereira & Botelho, 2014). As reflexões realizadas ao longo de todo o percurso com os orientadores, professores, colegas de curso e até individualmente, potenciaram e aprofundaram o autoconhecimento, autodesenvolvimento e consciência no planeamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. Através da análise aos critérios de avaliação da presente competência, foi fundamental a capacidade de autorreflexão e pensamento crítico.

A identificação do aqui e agora, das emoções e sentimentos, dos valores e de outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar (F1.1.1.). Conforme referido acima, as reflexões e trabalhos realizados ao longo deste percurso foram importantes para o desenvolvimento do autoconhecimento, da expressão de sentimentos e emoções e da criação de ferramentas comunicacionais. Através da melhoria do meu processo comunicacional, estabeleci relações terapêuticas mais eficazes, criando um espaço seguro de partilha de experiências e vivências. Na relação terapêutica, o objetivo consiste no bem-estar da pessoa, estando implícitas qualidades individuais e pessoais de cada um dos envolvidos. Para que esta relação seja benéfica a ambos, devem ser estabelecidos limites relacionais e devem existir qualidades pessoais da parte do EEESMP que a beneficiem, como o altruísmo, a autenticidade, o interesse genuíno, a compreensão e a disponibilidade (Pereira & Botelho, 2014). Nas intervenções realizadas, e com base na relação terapêutica, com o objetivo de promover a SM, foram implementados processos promotores do aumento da consciência pessoal de cada pessoa/grupo e do seu autoconhecimento, contribuindo para um aumento do bem-estar e de uma maior gestão emocional (Guadanhin, 2022). Os momentos de aprendizagem que foram surgindo, tornaram-se em momentos de crescimento pessoal e profissional, através da reflexão realizada e da

identificação de sentimentos e emoções que surgiram na altura. Este processo de reflexão levou a uma postura mais assertiva e comedida da minha parte, permitindo-me gerir mais eficazmente o meu termómetro emocional e sentimental, tornando-se benéfico para mim e para a minha prática.

Na gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica (F1.1.2.), como referi no critério de avaliação anterior, durante todo o processo fui realizando reflexões de forma individual e com os orientadores de EC, de modo a compreender se estaria em algum momento a experienciar algum destes fatores. Realizei diversas pesquisas bibliográficas, permitindo-me compreender melhor estes fenómenos, e estar mais atenta a mim própria durante as intervenções, de forma a evitar que estes ocorressem. Percebi que, estes fenómenos fazem parte do universo de cuidados, o que permite reconhecer a complexidade da relação enfermeiro-utente. O não reconhecimento de uma transferência, pode levar ao risco de deixar de exercer o papel de cuidador, onde os interesses do utente ficam para trás, perdendo-se o respeito pela pessoa, e a valorização dos seus direitos e desejos (Corpas & Loyola, 2005).

Segundo Peplau, tanto os enfermeiros como os utentes “trazem à relação algumas 'matérias-primas', como componentes biológicos hereditariamente transmitidos, características da personalidade, capacidade intelectual individual e influências culturais ou ambientais específicas” (Corpas & Loyola, 2005), estas condicionantes devem ser tidas em consideração na manutenção do contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico (F1.1.3.). Como tenho vindo a referir, tive o auxílio dos enfermeiros orientadores no reconhecimento dos limites da relação terapêutica e em como esta deveria ser preservada como contexto terapêutico. Na monitorização das reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica (F1.1.4.), durante algumas intervenções coloquei-me nos olhos dos utentes, de forma a tentar ter maior consciência das minhas reações exteriores e adequando-as a cada contexto. Através da mudança de atitudes e do ajuste do meu comportamento mediante as situações com que me fui deparando, consegui promover boas relações interpessoais e melhorar a minha capacidade de autoanálise, potenciando o meu desenvolvimento pessoal (Travassos, 2019).

Na aquisição da primeira competência de EEESMP, considero que o meu percurso foi persistente e coerente, dando continuidade, na prática, à aquisição de conhecimentos teóricos. Permiti-me crescer e desenvolver através do autoconhecimento e da consciência de mim, tanto pessoal, quanto profissional. Atualmente, reconheço a complexidade deste

processo: é necessário envolvemo-nos e experimentar para conseguirmos progredir, pois devemos estar sempre em constante mutação e evolução.

## **2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2)**

Esta competência faz referência à disponibilidade que deve existir por parte do EEESMP para acompanhar, ao longo do ciclo de vida, a pessoa, família, grupos e/ou comunidades, com o foco na promoção de SM. Acaba por se interligar com a competência anterior, no sentido de que é indispensável ter consciência da sua presença e de que forma esta pode ser benéfica, tornando necessário o reconhecimento das suas competências, mas também das suas limitações. No desenvolvimento desta competência, a relação de ajuda acaba por ter uma grande importância, pois permite criar um clima de confiança, onde se pode aumentar o valor pessoal através da escuta ativa, disponibilidade autêntica, respeito e valorização, levando à mudança (Nunes, 2018).

Sabe-se que o conceito de SM tem vindo a sofrer mudanças ao longo da história. Na idade contemporânea, este termo era considerado o oposto do sofrimento mental e DM, enquanto atualmente SM é considerada um estado de bem-estar onde a pessoa reconhece as suas habilidades pessoais, consegue lidar com o *stress* diário, trabalha produtivamente e contribui para a comunidade (Matos et al., 2022) O conceito de promoção da saúde surge pela primeira vez na Carta de Ottawa (1986), com o objetivo de aumentar a capacidade das pessoas e das comunidades de controlarem a sua saúde, no sentido de atingir o bem-estar físico, mental e social. No entanto, esta não era vista como uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, visto que exige a necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis, de forma a atingir o bem-estar. Para tal acontecer, é necessário a criação de ambientes favoráveis, de construir políticas saudáveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde (OMS et al., 1986). Através da promoção em saúde, estamos a munir a pessoa de conhecimentos e estratégias empoderadoras, tornando-a autónoma na criação de linhas de defesa promotoras do seu próprio bem-estar, promovendo a estabilidade do seu sistema. Com base na presente competência, o EEESMP deve realizar a recolha de informação necessária e pertinente para compreender o estado de SM da pessoa, incluindo a promoção e proteção de saúde e prevenção da perturbação mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Olhando para a pessoa como um ser único, individual e multidimensional, tendo como base a teoria dos sistemas de Betty Neuman e o modelo Tidal, foi realizada uma ampla avaliação e identificação das necessidades em SM de um grupo/comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pela pessoa (F2.1.), em cada contexto de aprendizagem. As

intervenções realizadas concentraram-se no impacto para a SM, tanto da pessoa, como da comunidade e dos sistemas sociais, de saúde, escolar, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos (F2.1.1.). Tendo sido realizadas as seguintes intervenções: sessão formativa em SM na parentalidade (Apêndice I), programa de SM positiva (Apêndice II), programa psicoeducacional para 1º Ciclo (Apêndice III), intervenção psicossocial (Apêndice IV e Apêndice V) e sessões de relaxamento (Apêndice VIII). Através da consulta de documentos estruturais auxiliares, bem como a avaliação das necessidades da pessoa/comunidade/grupo, através de sessões de brainstorming com as equipas, foi possível desenvolver programas de intervenção, que referi anteriormente, de acordo com as problemáticas identificadas em cada contexto de aprendizagem, e também no meu local de trabalho. Pela necessidade de redução de *stress* e ansiedade, com impacto na qualidade de vida de utentes com doença inflamatória intestinal (DII), foi realizado um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de promoção e proteção de SM e eventual prevenção de perturbação mental.

Em todas as intervenções desenvolvidas, foi sempre realizada uma avaliação global que permitiu uma descrição clara da história de saúde, dando ênfase à SM da pessoa e grupos, tornando-a(s) especialista(s) da sua própria história (F2.2.). O foco manteve-se através da utilização da teoria dos sistemas de Betty Neuman e do modelo Tidal. A pessoa foi vista como um sistema em constante interação, especialista da sua história de vida, e através da relação estabelecida com o profissional, numa fase em que a pessoa já se encontra num estadio de contemplação, segundo os estádios motivacionais de Prochaska e DiClemente, reconheceu o problema. O facto de não possuir um plano definido para a mudança, levou à necessidade de ajuda nessa orientação (Campos, 2019). A avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental (F2.2.1.), que permitiram identificar diagnósticos de enfermagem e realizar uma avaliação diagnóstica com a pessoa, com base nas suas necessidades nos diagnósticos identificados e na observação, foi realizada em âmbito de estudo de caso, como pode ser verificado no Apêndice VII (Campos, 2019; Freitas et al., 2020). Na entrevista de colheita de dados, foi realizada a avaliação do estado mental da pessoa, o que permitiu a avaliação das capacidades internas, bem como os recursos externos ao seu alcance, de forma a recuperar e manter a sua SM (F2.2.2.). Através da utilização do modelo dos sistemas de Betty Neuman, estamos a avaliar e a analisar a pessoa como um todo, englobando as preocupações que colocam o bem-estar do sistema em causa, criando tensão, enquanto o modelo Tidal vê a vida como um oceano, cheio de experiências e oportunidades, sendo que a viagem envolve descobertas. Quando a pessoa sofre, o barco começa a inundar, existindo necessidade de ir para “porto seguro”, de modo que consiga reparar-lo. A utilização conjunta destes modelos permite o envolvimento da pessoa no seu

processo de recuperação, através da compreensão das suas experiências de vida e no encontro de estratégias que permitirão auxiliar no desenvolvimento de mecanismos de defesa e adaptação, promovendo a sua recuperação(Costa et al., 2020; Freitas et al., 2020; Savaşan & Çam, 2017).

A adoção de estratégias de avaliação, foi um aspeto importante, pois permitiu contemplar as reais necessidades da pessoa, compreendendo o impacto que o problema tem na sua qualidade de vida e bem-estar, na sua funcionalidade e autonomia, norteando as decisões do enfermeiro no planeamento do cuidado, promovendo uma eficácia assistencial (Perroca et al., 2014). Permitindo à pessoa identificar facilmente o percurso a realizar (F2.2.3.). Durante o processo de EC, considero que foi relevante o acompanhamento por profissionais com uma vasta experiência na área, que me alertaram para a observação de comportamentos e atitudes da pessoa face ao EEESMP, bem como o desenvolvimento das capacidades de observação, reflexão e análise durante a avaliação do estado mental.

Por fim, na coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção de SM e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos (F2.3.), considero o Projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, (Con)Viver com a DII, criado para utentes com DII (colite ulcerosa e doença de Crohn), com o objetivo de implementar programas em meio hospitalar centrados no empoderamento da população que a ele recorre, promotores de SM, que visem reduzir o risco de perturbações mentais. E o desenvolvimento do programa de SM positiva na UDA, onde foram desenvolvidas intervenções de cariz psicoeducacional com o objetivo de fortalecer estratégias de *coping* do grupo de utentes, tornando-os capazes de responder às dificuldades que são sujeitos diariamente (F2.3.1.) (Sequeira & Sampaio, 2020). A realização e aplicação deste projeto e programa permitiu-me desenvolver algo que se adequa à pessoa em todas as fases do ciclo vital, promotor da participação ativa dos envolvidos na sua vida social e promotor de SM e bem-estar. Ao criar um projeto para o serviço de Gastroenterologia do CHUA – Unidade de Portimão, foi possível dar resposta à necessidade de implementar programas de promoção de SM nos locais de trabalho. Como referido anteriormente este projeto nasceu de uma necessidade identificada pela equipa Médica e de Enfermagem de Gastroenterologia, aliado à evidência descrita na literatura, que veio a ser confirmada pelos participantes no projeto. Estamos numa era em que a articulação entre o contexto hospitalar e o contexto comunitário é cada vez mais importante para a eficiência da prestação de cuidados de SM, e o EEESMP tem um papel importante nessa ligação e na melhoria do acesso a cuidados de SM para todos (Sampaio, 2022)

Nos três campos de estágio, tive oportunidade de desenvolver programas promotores e protetores de SM visando a redução de fatores de *stress*, gestão de conflitos, comportamentos abusivos (álcool e drogas), de intervenção precoce e promotores de autoconhecimento (F2.3.4.), potenciadores da prevenção de recaídas e de reinternamentos, bem como de manutenção do equilíbrio na SM da pessoa, como irão ver mais à frente neste documento.

### **2.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto (F3)**

Esta competência encontra-se, também ela, relacionada com a segunda competência, pois é necessário desenvolver o processo de enfermagem no sentido de sistematizar informação, analisar os dados, determinar diagnósticos de SM, identificar resultados esperados, planear, desenvolver e negociar o plano de cuidados com a pessoa e a equipa. O processo de enfermagem, é a base científica que dá sustentação às ações de enfermagem, possibilitando uma amplitude na avaliação do estado de saúde da pessoa, dirigindo o foco ao reconhecimento do significado individual da experiência do sofrimento psíquico no seu contexto social, político e cultural, não se limitando apenas à sintomatologia psicopatológica e ao diagnóstico psiquiátrico (Garcia et al., 2017)

Através do processo de enfermagem, conseguimos estabelecer e a facilitar a relação terapêutica baseada na segurança e confiança de um plano individualizado, de acordo com as necessidades do utente, que acaba por ser uma ferramenta norteadora da prática de enfermagem. Importa olhar para a realização deste processo de acordo com a teoria dos sistemas, tendo noção do que provoca instabilidade no sistema pessoa; e, de acordo com o modelo Tidal, considerando a experiência como a pessoa a viveu, sendo o EEESMP apenas o guia do processo de enfermagem em si. O processo de enfermagem conta com a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Com base nos diagnósticos identificados, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, são definidas intervenções que permitam alcançar os objetivos definidos (Almeida, 2011; Badin et al., 2015).

O processo de enfermagem tem vindo a evoluir como ferramenta essencial no desempenho de funções diárias do enfermeiro, facultando o estabelecimento de diagnósticos de SM da pessoa, família, grupo e comunidade (F3.1.) e identificando problemas e necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito de SM (F3.1.1.). Este possibilita o cuidado de enfermagem individualizado, e auxilia o enfermeiro na resposta às necessidades do utente de modo a melhorar ou manter a saúde do mesmo (Almeida, 2011; Badin et al., 2015)

Nos diferentes contextos clínicos foi aplicado o processo de enfermagem de modo especializado, tanto nas intervenções individuais, como nas intervenções grupais, permitindo uma assistência abrangente, consistente e qualificada, de forma sistemática e ética, visando a reabilitação psicossocial (Badin et al., 2015). Com a realização de estudos de caso, nos diversos contextos, consegui identificar, descrever e monitorizar resultados clínicos individualizados para a pessoa, relacionados com o comportamento, para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em SM (F3.2.2.).

Através da identificação de um problema, para o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, (Con)Viver com a DII, fundamentado em evidência científica e com base na experiência da equipa de gastroenterologia do CHUA Portimão, identifiquei complicações que frequentemente decorrem dos problemas de SM e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física (F3.1.6.). Através da implementação desse programa, consegui identificar os resultados esperados, mobilizando indicadores sensíveis em SM (F3.2.).

Na implementação do processo de cuidados em SM de um grupo ou comunidade (F3.3.), foi importante o acompanhamento do supervisor do ensino clínico em contexto comunitário, no sentido de perceber os recursos existentes na comunidade, no que se refere à Saúde Escolar e Preparação para o parto e parentalidade. A experiência de realizar intervenções em turmas do 7º ano, foi desafiante e estimulante, pois para a adesão ser proporcional à minha expectativa, tive de me colocar na pele dos alunos e de que forma seria interessante receber as informações face à faixa etária. Também na preparação para o parto e parentalidade realizei uma sessão formativa de SM para a parentalidade, permitindo a exploração de temáticas que devem ser faladas nesta fase de vida dos pais (Apêndice I).

Como referido anteriormente, a realização e implementação de um plano de cuidados individualizado em SM para a pessoa, com base nos diagnósticos de enfermagem e nos resultados esperados (F3.4.), deu-se através da intervenção individualizada à pessoa, permitindo desenvolver os conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, munindo a pessoa de estratégias de empoderamento, desenvolvendo conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de modo a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental (F3.4.1.).

Por último, o recurso à metodologia de gestão de caso, no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde (F3.5.), ocorreu na execução e desenvolvimento de três estudos de caso. Através desta metodologia, estamos a garantir a continuidade dos cuidados e a implementação de estratégias

individualizadas auxiliadoras e promotoras de uma melhor gestão do problema (Almeida, 2011).

Analisando o percurso, consigo identificar a aquisição desta competência para ajudar a pessoa, ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupo ou comunidade, a recuperar a SM, mobilizando dinâmicas adequadas a cada contexto. Olhando para a minha atuação, no contacto com a pessoa/família/grupo/comunidade, considero que tenho uma postura diferente de acordo com a perspetiva do saber estar e da disponibilidade dispensada. Consigo estabelecer diagnósticos, identificando prioridades, implemento planos de cuidados individualizados e ganhos em saúde. Considero que esta competência foi desenvolvida, nos estudos de caso, através da alteração de diagnósticos, com base na avaliação final, e da gratidão das pessoas que aceitaram participar nas intervenções realizadas.

#### **2.4. Presta 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 (F4)**

A quarta competência também se interliga com a competência anterior, no sentido de auxiliar a pessoa a desenvolver as suas capacidades, atingindo um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuindo para a sociedade onde se insere. Desenvolver competências profissionais requer por parte do EEESMP uma instrumentalização de saberes e capacidades. Os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações identificadas no contexto da prestação de cuidados, mediados por uma prática reflexiva (Serrano et al., 2011).

A prestação de cuidados psicoeducacionais, permitiu ampliar o fornecimento de informações, de modo que os utentes obtivessem um maior empoderamento acerca da sua SM, estes aconteceram em contexto de estudo de caso (individual), e através de intervenções psicossociais, socioterapêuticas, de relaxamento (grupais), que poderão ser encontradas no próximo capítulo do presente documento (Maia et al., 2018).

A qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, na construção crítico-reflexiva e na consolidação da minha identidade profissional, foi assegurada através da supervisão clínica obtida. Tendo esta sido crucial no desenvolvimento de habilidades e competências, no crescimento e autonomia, através do apoio para a prática, partilha de experiências e no desenvolvimento de um ambiente seguro e reforçador de conhecimentos e habilidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Gostaria de ressaltar a importância da relação terapêutica no desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta, diferencia-se pelo caráter de ajuda ao utente, para ultrapassar obstáculos que este se tenha vindo a deparar. O seu reconhecimento para o sucesso das intervenções, levou a análises e pesquisas que auxiliaram na diminuição do sofrimento das pessoas envolvidas (Prado & Meyer, 2004) Na perspetiva do modelo Tidal, torna-se importante o estabelecimento da relação terapêutica, pois permite experienciar o problema na perspetiva da pessoa, como esta a entende e sente, para além dos diagnósticos, e no trabalho em conjunto, que permitiram ultrapassar esses problemas.

Na unidade de competência respetiva a coordenar e implementar programas de psicoeducação e treino em SM (4.1.), destaco o programa de SM positiva, desenvolvido e adaptado a dois locais de estágio (internamento de psiquiatria e UDA), que permitiu a realização de cinco intervenções psicoeducativas, com o objetivo de fortalecer a SM dos utentes em contexto de internamento, tornando-os capazes de responder às suas necessidades diárias depois de terem alta (Apêndice II), mais a frente será descrito mais pormenorizadamente o programa acima mencionado. Na altura do EC na UCC Al-Buhera, a equipa de SE estava a desenvolver sessões sobre as emoções para turmas do 1º ciclo, 4º ano. De forma a revigorar o trabalho já desenvolvido, foram desenvolvidas e mais duas sessões (com as temáticas: autoconhecimento e comunicação), e criado assim um programa de desenvolvimento pessoal e emocional, permitindo dar resposta à área prioritária de intervenção em SM e competências socioemocionais presente no Programa Nacional de SE (Apêndice III), (DGS, 2015).

No que concerne ao desenvolvimento de processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a SM do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação (4.2.), reforço o seu desenvolvimento na intervenção individual, através da realização e desenvolvimento de três estudos de caso. Com base na teoria dos sistemas e no modelo Tidal, as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas focaram-se na experiência da pessoa e tiveram influência no processo de recuperação, permitindo dar continuidade à viagem.

Na UCC Al-Buhera, tive oportunidade de desenvolver uma intervenção socioterapêutica para alunos do 7º ano, de acordo com a necessidade identificada em conjunto com a equipa de SE e com os representantes dessas turmas, da respetiva escola. As sessões desenvolvidas neste contexto tiveram o objetivo de sensibilizar para temáticas de SM, autoestima, empatia, inteligência emocional e comunicação positiva (Apêndice IV). As turmas envolvidas tiveram respostas distintas na intervenção, permitindo-me reconhecer a minha atuação e a forma

como tive de a adaptar às dificuldades sentidas, enfrentando-as no imediato para responder às necessidades dos envolvidos, desenvolvendo assim, o meu saber estar e definir os limites da relação terapêutica.

Quanto à promoção da reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais (F4.3.), considero as intervenções realizadas em contexto individual, como o treino de competências sociais e a adaptação à sociedade, após o período de internamento. Através da reabilitação psicossocial, estamos a capacitar a pessoa e a prepará-la para a sua reinserção na comunidade, garantindo a diminuição da discriminação e do estigma, a melhoria das suas competências pessoais e sociais e a criação de um sistema de suporte de longa duração (Krabbendam, 2003; Torralba, 2010).

O desenvolvimento da competência de prestar 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, ocorreu como resultado de um conjunto de intervenções desenvolvidas com base na identificação de problemáticas e de forma a auxiliar a pessoa/grupo no alcance do estado de SM pretendido. As intervenções realizadas em contexto de estudo de caso e no âmbito do projeto (Con)Viver com a DII, permitiram-me uma maior verificação da atuação do EEESMP, na mobilização das capacidades da pessoa para atingir um padrão de funcionamento satisfatório, reforçando as estratégias de *coping* e de empoderamento. Verificar resultados, mesmo num curto período, não só refletiram o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento enquanto EEESMP, como também me tornaram sedenta de ir mais longe. Foram meses difíceis, mas prazerosos, existiu sempre na minha mente a questão de se estaria a fazer o correto, como podia melhorar, como podia chegar mais perto e “colocar-me nos sapatos do outro”. Sem dúvida, foi um processo transformador e essencial no meu desenvolvimento pessoal e de reflexão, tornei-me mais consciente das minhas limitações e das minhas capacidades, o que facilitou o estabelecimento de relações terapêuticas e o desenvolvimento de competências enquanto EEESMP. A necessidade de refletir acerca das dificuldades encontradas, com o intuito de encontrar critérios de ação que respeitem o outro, compreender limites, reduzi-los, expandi-los e mantê-los, depende do nosso questionamento, que vem naturalmente com a nossa consciência própria, desafiando-nos a refletir de uma forma mais profunda na nossa atuação (L. Nunes, 2016).

### **3. Treinar competências**

#### **3.1. Prática baseada na evidência**

De forma a treinar competências é necessário desenvolver uma prática baseada em evidências. Esta surgiu na área de medicina na década de 80, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência em saúde, levando assim à criação de um novo paradigma para esta área, pela criação de novas ações para orientar a prática, através da observação sistemática da experiência clínica, pensamento crítico e a interpretação correta da literatura. Com a evolução dos conhecimentos, a prática baseada em evidência tornou-se numa competência cada vez mais necessária na prestação de cuidados de saúde com qualidade. Também a familiaridade dos estudantes com esta prática e com o desenvolvimento de pesquisas acabam por proporcionar um aumento da confiança, conhecimento e segurança na prestação dos cuidados à pessoa (Myakava et al., 2021).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, (1ª série – N.º 181 – 16 de setembro de 2015), “os membros efetivos da Ordem estão obrigados a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2015, reforçam que esta área especializada da profissão acresce à prática de enfermagem uma práxis “que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia”. Afirma também que “a enfermagem de SM, sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem (...), persegue os mais elevados padrões de qualidade no cuidar”. O contínuo avanço no conhecimento requer que o EEESMP incorpore na sua prática novas descobertas resultantes de investigação, desenvolvendo uma prática baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). O treino de competências de EEESMP foi desenvolvido de acordo com a prática baseada na evidência e fundamentando em diferentes modelos teóricos, entre eles a teoria dos sistemas de Betty Neuman e o modelo de Tidal.

##### **3.1.1. diariaMENTE – Programa de SM Positiva – Intervenção Psicoeducacional**

A intervenção psicoeducacional consiste numa forma específica de educação, destinada a ajudar pessoas, possibilitando a compreensão de diversos fatores de forma clara e concisa, com o objetivo de impulsionar relações orientadas pelo respeito e pela reciprocidade; aumentar a autoestima e esperança; favorecer a autodeterminação e autocontrolo e apoiar

no crescimento pessoal (Martins et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2011). O desenvolvimento desta intervenção não se limita à transmissão de informação e conhecimento sobre a doença, mas permite a criação de comportamentos de adesão, auxiliares de prevenção e manutenção de SM, quando utilizada em conjunto com outras intervenções terapêuticas (Martins et al., 2021).

A necessidade de desenvolver e implementar este programa surgiu em contexto de Internamento em Psiquiatria. Em sessão de *brainstorming*, com a enfermeira gestora do serviço e enfermeira orientadora de EC, identificamos a dificuldade que existe por parte dos utentes em criar estratégias de *coping* e de terem o *empowerment* que lhes permitam lidar com situações comuns no seu dia-a-dia. O objetivo deste programa, para além do auxílio na criação dessas estratégias, contribuiu também para a consequente redução de fatores de *stress* e promoção da gestão de conflitos, tanto internos como externos, permitindo aos utentes terem um papel ativo na sua recuperação e estabilização do seu sistema. No EC realizado no contexto de respostas diferenciadas, foram identificadas as mesmas dificuldades, apesar de as problemáticas do grupo serem diferentes, possibilitando a aplicação deste programa também nesse local de estágio, sendo necessária uma adaptação da ficha técnica às necessidades dos utentes. As características das instalações e as condições disponibilizadas permitiram, ali, adaptar a realização das intervenções, de forma mais dinâmica e ativa (Apêndice II).

### Análise reflexiva

As sessões no internamento de psiquiatria decorreram na sala de convívio; na UDA decorreram na sala de convívio e no atelier; tendo o espaço e ambiente das mesmas sido organizado previamente. Inicialmente, foi explicado o conteúdo de cada sessão e realizado o convite à participação dos utentes. A partir do momento em que aceitavam em participar, cada utente teria de cumprir as regras (não interromper e, caso quisesse sair, já não podia voltar a entrar).

Com o desenvolvimento deste programa o objetivo consistiu em promover e melhorar estados, pensamentos positivos e de bem-estar, dando espaço para a expressão da complexidade da mente, reconhecendo a normalidade de alguns dos pensamentos que existem no dia-a-dia e de como esses pensamentos levam a certos comportamentos (Lluch, 2020).

As sessões deste programa foram desenhadas com base no Modelo Multifatorial de SM Positiva, de Lluch, 2020. Assim, na primeira sessão, destinada a desenvolver a temática de satisfação pessoal, foram introduzidos temas ao nível do autoconhecimento e da autoestima. A segunda sessão foi direcionada para a autonomia, onde, através de vários *rolle play*, os

utentes foram estimulados para exporem e expressarem sentimentos, aumentando a sua confiança para lidar com possíveis situações no dia-a-dia. Na terceira sessão, a temática desenvolvida foi o autocontrolo, permitindo criar estratégias para uma maior tolerância à frustração, com conseqüente aumento do controlo emocional. Na quarta sessão, foram desenvolvidos os relacionamentos e as habilidades de relação interpessoal (capacidade de ouvir/colocar-se no lugar do outro). Por fim, trabalhámos a autoeficácia, onde desenvolvemos a resolução de problemas e a sua associação à realização pessoal. As sessões decorreram em dias alternados, mediante as possibilidades do serviço e de acordo com o interesse dos utentes em participar nas mesmas. Com o desenvolvimento do presente programa, os utentes permitiram-se a identificar emoções e sentimentos, tanto deles como das pessoas que os rodeiam.

Com o desenvolvimento do programa no serviço de internamento de Psiquiatria, apercebi-me que o que havia concebido não estava adequado às capacidades dos utentes naquele momento. Após a primeira sessão, reconheci a importância de desenvolver as temáticas, envolvendo os utentes, com algo mais prático, de modo a captar a sua atenção e apreensão de informação. Esta reflexão levou-me a reprogramar as sessões seguintes, onde acabei por utilizar o quadro existente na sala de convívio, para escrever palavras-chave, relacionadas com o tema da sessão, que iriam ser recordadas e permanecer lá até à próxima sessão. Esta percepção e reflexão, resultou na adaptação do programa, de modo a ser desenvolvido no contexto de respostas diferenciadas, integrando atividades, entre elas: o preenchimento da ficha “quem sou eu?”, semáforos de arrefecimento e uma moldura para oferecerem a alguém significativo que nunca tenha deixado de acreditar neles, de forma a promover respostas adaptativas e adequadas às necessidades dos utentes (Silvério et al., 2012), (Apêndice VI). Em ambos os EC, no final de cada sessão foi dado espaço para partilha de experiências, existindo um reconhecimento do grupo por os seus membros terem passado e sentido situações idênticas.

Olhando para trás, identifico a importância de envolver aspetos práticos em conjunto com aspetos teóricos de modo a apresentar melhores resultados. Através da partilha de informação, e na criação da relação terapêutica, a adoção de uma atitude com abordagens que objetivem uma melhor comunicação e compreensão, resulta na aquisição de hábitos que contribuem para a qualidade de vida dos utentes e para a prestação de cuidados de qualidade e segura (Bulechek et al., 2010).

Quanto às competências de EEESMP, o desenvolvimento do presente programa teve um maior impacto na competência F1, através da reflexão nas intervenções/sessões realizadas, nas temáticas exploradas, em como me senti face à exposição de sentimentos e emoções

dos utentes, na minha reação às mesmas e também à capacidade que tive de ter consciência de mim enquanto EEESMP, não permitindo ultrapassar os limites da relação terapêutica. A competência F2 foi desenvolvida através da avaliação e identificação das necessidades dos grupos, da implementação e desenvolvimento do projeto enquanto promotor e protetor de SM. O desenvolvimento da competência F4 foi atingida através da mobilização dos cuidados psicoeducacionais com o objetivo de promover o conhecimento, a compreensão e a gestão emocional, incentivando o funcionamento saudável e satisfatório do sistema pessoa e inevitavelmente contribuindo para a sua recuperação na sociedade onde se insere.

### **3.1.2. Estar Bem e Bem-Estar – Intervenção Psicossocial**

A intervenção psicossocial é um processo que oferece aos utentes que se encontram debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu potencial de funcionamento de forma independente na comunidade. Com esta intervenção pretende-se capacitar a pessoa e prepará-la para a reinserção de forma independente na sociedade/comunidade. Esta permite que a pessoa contribua de forma ativa para a sociedade, possibilitando o aumento do bem-estar e da sua qualidade de vida. Através do treino e da criação de ferramentas, é possível enfrentar e solucionar problemas, obtendo mudanças no seu ambiente social (García, 2021).

No EC realizado na UDA, foi identificada em sessão de *brainstorming*, com o enfermeiro orientador de estágio, a necessidade dos utentes que por lá passam reconhecerem e identificarem as suas emoções, tendo sido delineada uma intervenção de reabilitação psicossocial, com o objetivo do reconhecimento e regulação das emoções, permitindo o desenvolvimento da inteligência emocional dos utentes, que se encontravam internados. Durante a mesma, foi possível estimular a interação com o ambiente onde se encontravam inseridos e estimular a reflexão acerca dos relacionamentos e comportamentos sociais, e promover uma interação adequada entre utentes, permitindo-lhes desenvolver a capacidade de escuta e reflexão perante os outros (Apêndice V).

#### Análise reflexiva

O desenvolvimento da presente intervenção foi realizado com diferentes grupos durante o EC, no ginásio das instalações da UDA, em ambiente previamente preparado. Os utentes eram convidados a participar, sendo-lhes explicado o conteúdo da sessão e, a partir do momento em que aceitavam em participar, teriam de cumprir as regras (não interromper, se quisessem sair, já não podiam voltar a entrar).

O objetivo do desenvolvimento da presente intervenção consistiu na possibilidade de explorar emoções e sentimentos e adquirir de estratégias para gestão das mesmas, levando a um

período de reflexão acerca dos relacionamentos e comportamentos interpessoais. Os utentes participaram ativamente nas sessões, sentindo-se à vontade para partilhar sentimentos, emoções e experiências. Durante a intervenção, aperceberam-se da importância da comunicação não verbal e das capacidades que têm ao seu alcance para observar as pessoas ao seu redor. No final da sessão, um dos grupos, de utentes com dependência alcoólica, tinha um receio em comum: “perder aqueles que têm acreditado em mim”, mas de modo geral todos se mostraram agradecidos por sentirem apoio por parte dessas pessoas ao ponto de ainda não os terem abandonado. Terminámos a sessão a falar de gratidão, tendo-lhes sido proposto escreverem uma carta de gratidão a essas pessoas, permitindo-se serem humildes e vulneráveis nos seus sentimentos e na sua forma de agradecimento (Apêndice VI). Ao fazerem-no, promoviam o reconhecimento pelo outro, o fortalecimento de laços e a focalização nos aspetos positivos da sua vida (Dierka & Vieira, 2016).

Refletindo no trabalho desenvolvido, a realização de atividades participativas e grupais, levam por parte dos utentes a um maior empoderamento e inclusão com base nas suas experiências, através do reforço na melhoria das práticas adotadas até então. Desta forma salientou-se a necessidade de realizar mais intervenções no âmbito da reabilitação psicossocial, pois permite a criação de um compromisso terapêutico (Tavares, 2021).

Seria interessante o envolvimento familiar na recuperação destes utentes, pois estes acabam por também serem beneficiários da sua recuperação. A partilha de sentimentos e emoções, pode ter um papel impactante, no reconhecimento de como a dependência afeta todo o sistema familiar. Infelizmente, deparei-me com limitações nesse sentido, devido à distância da unidade da zona de residência dos utentes, ou devido à inexistência de um relacionamento familiar.

Analisando esta intervenção, repetiria a forma como foi desenvolvida, considero que esta atividade teve a capacidade de incentivar algumas mudanças e reconhecer os comportamentos dos utentes que a integraram. Ao trabalhar em conjunto com os utentes, no sentido da mudança de comportamentos, estamos a muni-los de conhecimentos, que lhes permitirão enfrentar futuros contextos, que podem vir a ser problemáticos e até situações imprevisíveis (Núcleo de Redução de Danos, 2009).

Esta intervenção permitiu solidificar as competências F2 e F4. Pela adesão do grupo, apesar de existirem grupos menos coesos, inevitavelmente a partilha de experiências levou à criação do espaço de partilha grupal, a que se conhecessem melhor e à melhoria das relações interpessoais entre utentes. Todo o planeamento, execução e análise das intervenções realizadas, implicou a reflexão sobre a minha própria ação, levando à consequente melhoria

da minha atuação prática baseada em evidência, permitindo aprofundar o desenvolvimento da competência F1.

### **3.1.3. Estudo de caso – Intervenção Psicoterapêutica**

A intervenção psicoterapêutica baseia-se na relação terapêutica, na comunicação interpessoal entre enfermeiro e pessoa e nas metas estabelecidas em conjunto, reconhecendo que a pessoa tem um papel ativo na sua recuperação e está consciente de si. É considerada como a execução intencional e informada de técnicas de psicoterapia, com o objetivo de assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições e emoções (Sequeira & Sampaio, 2020). Para o desenvolvimento da presente intervenção foi realizado um estudo de caso tendo como base o modelo dos sistemas de Betty Neuman e o modelo Tidal.

Nos estudos de caso realizados considero que experienciei alterações positivas dos diagnósticos de enfermagem identificados, mas existiu um utente, o J., que me marcou pela sede de mudança e adesão ao longo do processo desenvolvido e por ter sempre mostrado uma sincera vontade de recuperação (Apêndice VII).

#### Análise reflexiva

Em conjunto com o enfermeiro orientador, refletimos na seleção do utente para realização do estudo de caso. Conheci o “J” enquanto esteve internado na UDA, para desabitação de álcool. Tinha 52 anos e antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo II, hipercolesterolemia, depressão, transtorno bipolar e asma. Tinha também historial de anteriores internamentos em diferentes unidades de desabitação em Portugal. Associava a sua recaída mais recente ao facto de ter perdido o emprego e à ausência de relacionamento com a filha. No desenvolvimento do seu discurso inicial, apresentava um plano futuro pouco estruturado, aparentemente orientado auto e alopsiquicamente, contacto cordial. Com discurso coerente e fluente, respondendo apenas ao questionado, sem alterações da sensoperceção, com *insight* para o seu motivo de internamento.

O J. concordou com a realização do estudo de caso e aceitou participar em todas as intervenções realizadas. A colheita de dados aconteceu durante a entrevista clínica, onde foi possível compreender melhor o problema e através da informação colhida, realizar o plano de cuidados de forma individualizada, personalizada e em conjunto com o utente (Sequeira, 2016).

No desenvolvimento do estudo de caso, o planeamento das sessões foi sendo realizado de acordo com o desenvolvimento de cada sessão, existindo necessidade, durante o acompanhamento, de adequar o planeamento de acordo com as necessidades identificadas

em conjunto com o utente. Permitindo, desta forma facilitar o crescimento pessoal, integrando transformações pessoais, exigências sociais, bem como as expectativas futuras do utente. Esta intervenção individualizada, permite à pessoa encontrar o seu caminho no meio do caos, criando uma ligação entre o passado e o presente, através da consciencialização do seu padrão organizacional(Figueiredo & Amendoeira, 2018).

As intervenções de cariz psicoterapêutico, com recurso a técnicas de terapia cognitivo comportamental e de reestruturação cognitiva, tiveram fundamento nos diagnósticos de enfermagem: *Coping* ineficaz, Abuso de álcool, Autoestima e Tristeza e foram estruturadas de acordo com os diagnósticos e intervenções de enfermagem documentadas segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Foi realizado um planeamento de sessões, tendo estas decorrido de acordo com o mesmo. O estabelecimento de uma relação terapêutica e o facto do J. ter aderido e mostrado interesse em desenvolver as tarefas propostas, tornou interessante assistir à evolução da sua capacidade de autorreflexão e do seu autoconhecimento, reconhecendo o seu problema e tomando consciência do mesmo (Sampaio et al., 2014).

Avaliando a intervenção realizada, de acordo com as escalas aplicadas, considero que tenha tido um impacto positivo no utente, na medida que permitiu promover a consciencialização de certas temáticas auxiliaadoras do seu processo de recuperação. Ao longo do acompanhamento, J estabeleceu objetivos alcançáveis, o que contribuiu para o sucesso da intervenção. Por este motivo, não realizaria alterações significativas ao planeamento inicialmente proposto (Sampaio et al., 2014).

Relativamente às competências de EEESMP, existiu um aprofundamento da competência F3, com base no auxílio à pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na comunidade, na recuperação da sua saúde mental. A possibilidade de efetuar um diagnóstico da pessoa e realizar e implementar um plano de cuidados individualizado, ajudando J. na identificação dos resultados esperados e também na criação em conjunto de estratégias que lhe permitiram criar conhecimentos, identificar gatilhos e fatores de proteção promotores da estabilização do sistema. Com base no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, podemos afirmar que a intervenção desenvolvida foi promotora da adesão do utente ao seu processo de recuperação, impulsionando a promoção da saúde, com conseqüente aumento do bem-estar e autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Com base na relação terapêutica desenvolvida com J. também eu desenvolvi um processo de reconhecimento, baseado na empatia, levando ao desenvolvimento pessoal e tendo fortalecido o desenvolvimento da competência F1.

### 3.1.4. Relaxamento

Através das técnicas de relaxamento, é possível alcançar a descontração muscular e estabelecer um reequilíbrio emocional. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2011, a técnica de relaxamento é considerada um método, processo, procedimento ou atividade que visa auxiliar a pessoa a relaxar, para que consiga atingir o estado de calma e reduzir os níveis de *stress*, ansiedade ou raiva. O relaxamento muscular progressivo de Jacobson permite, através da tensão, seguida do relaxamento de diferentes grupos musculares, consciencializar o utente sobre o momento e as sensações (Alves et al., 2020; Lemos et al., 2021). Esta intervenção foi desenvolvida nos três contextos de estágio, como estratégia auxiliadora na gestão de ansiedade. Para o seu desenvolvimento foi realizada uma ficha técnica que apoiou todas as sessões realizadas (Apêndice VIII).

#### Análise reflexiva

A intervenção foi realizada no estágio em contexto de comunidade, no âmbito do Programa de preparação para o parto e parentalidade de preparação para o parto, no Internamento de Psiquiatria, no âmbito do grupo comunitário e no estágio de respostas diferenciadas, com os utentes internados. Nos três locais teve como base o foco de ansiedade, segundo a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015). A utilização de técnicas de relaxamento e de respiração auxiliam no controlo de ansiedade, no entanto, é importante ter em consideração as limitações e facilidades de cada utente, para que a técnica possa ser adequada às suas necessidades (Willhelm et al., 2015). O objetivo desta intervenção consistiu aquisição de conhecimentos de estratégias para gestão de ansiedade e autocontrolo da mesma, através da consciencialização respiratória e da capacidade de concentração no momento.

No grupo de preparação para o parto, as sessões de relaxamento foram introduzidas como uma das formas de alívio de sintomas de ansiedade associados à gravidez, como uma estratégia de gestão e autocontrolo emocional, com ganhos em saúde, principalmente a nível mental. Foram realizadas duas sessões com o mesmo grupo, tendo o ambiente sido preparado para o momento. Numa fase inicial foi explicado o conteúdo da sessão e feito o convite à participação das utentes. Os benefícios da técnica que iria ser realizada já haviam sido apresentados na sessão anterior. As sessões decorreram conforme planeado, no final existiu a partilha de sentimentos e emoções, onde as utentes manifestaram desconforto com a posição de decúbito dorsal. Na sessão seguinte, foram convidadas a ficar na posição que lhes fosse mais confortável, tendo algumas optado por ficar sentadas.

No EC do Internamento em Psiquiatria, em contexto de grupo comunitário, foram realizadas duas intervenções, com o mesmo grupo de utentes. Esses utentes têm mensalmente sessões de relaxamento, com a enfermeira orientadora, estavam recetivos à intervenção e nesta situação foram os próprios que reforçaram os benefícios da sua realização e demonstraram como introduziram o relaxamento e técnicas de respiração no seu dia-a-dia. O local e ambiente foram previamente preparados, pois um dos utentes tinha uma perturbação do espectro do autismo e manifestava uma grande sensibilidade a determinadas músicas. No final os utentes mostraram-se agradados com a intervenção, tendo conseguido atingir o relaxamento, solicitando que fosse eu a dar continuidade às sessões.

Por fim, na UDA, foram realizadas três sessões de relaxamento, com três grupos distintos. Foi realizado o convite à participação, na mesma altura que lhes foi explicado o conteúdo da sessão. A partir do momento em que aceitavam participar, teriam de cumprir as regras (não interromper, e não sair do local). O ambiente foi preparado previamente e gerido de acordo com a adesão do grupo. No final, houve espaço para a partilha de sentimentos e sensações, tendo a maioria dos participantes verbalizado que conseguiu relaxar e aproveitar o momento. Também houve pessoas que não conseguiram concentrar-se no momento e deixaram que a sua mente divagasse e outras que não conseguiram de todo relaxar. Mas, de modo geral, a técnica foi bem recebida pela maioria dos utentes, tendo eles referido em contactos posteriores que aquela havia sido das intervenções que mais lhes tinha agradado.

Quanto às competências de EEESMP, foram reforçadas as competências F2 e F4, com a criação de projetos promotores e protetores de SM e na educação para o uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas à sua problemática e também através da resposta positiva por parte de alguns elementos que integraram as sessões, manifestando uma melhoria do bem-estar, do padrão de sono naquela noite e solicitando que o momento fosse repetido. Também a competência F1 esteve presente aquando da reflexão sobre a minha intervenção.

#### **4. Tornar-me Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Cheguei a este mestrado guiada pela necessidade de prestar cuidados com melhor e maior qualidade, com a ambição de voltar a estudar, de reconhecer que talvez me faltassem novos conhecimentos, baseados em evidência e direcionados para a minha área de interesse. Percebi que ao longo deste trajeto, eu também sofri modificações, levando a um aumento da persistência, da ambição e da vontade de ser melhor. Refletindo, percebo que ser EEESMP não termina nesta fase, pois existe a necessidade constante de atualizar conhecimentos, e é impossível dissociar isso da vontade de investigar e ir mais longe, na tentativa de “salvar o mundo”.

Numa fase muito precoce deste desenvolvimento da prática baseada em evidência, a simples realização de um projeto de estágio era algo bastante complexo para mim. Nunca tinha refletido sobre a possibilidade de planejar intervenções nessa fase. Depois de o ter feito, e verificado a sua eficácia, ainda no primeiro EC, eu já estava a planejar o seguinte, com foco nas intervenções que poderia desenvolver para problemas que eu já havia identificado, com base na evidência consultada. E assim sucessivamente.

Tive oportunidade de integrar três equipas distintas, nos três locais de estágio, de poder observar a sua atuação, integrar-me e interagir com elas, levando a que me sentisse parte da mesma, de forma tão natural que permitiu: o desenvolvimento de sessões formativas; de intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais; e prestar cuidados especializados de EEESMP à pessoa/família/grupo/comunidade. Senti também interesse por parte das equipas, em acompanhar as intervenções que fui realizando de forma a manterem as atividades que eu estava a desenvolver.

Considero que tive uma supervisão adequada, de forma a atingir os objetivos gerais e específicos delineados em cada projeto de estágio, devidamente fundamentados, permitindo-me desenvolver as competências específicas para me tornar EEESMP, reconhecendo a abrangência da atuação deste profissional.

Também a oportunidade de desenvolver um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem na área de SM foi estimulante, e em certa medida, incentivador desta pessoa ávida de informação em que me tornei.

Não posso dissociar, de todo, este processo de desenvolvimento de conhecimentos, o trabalho que realizei na construção do meu autoconhecimento. Foi assim que tudo começou, na realidade. Ter disponibilidade para ouvir o outro, colocar-me na sua pele, compreender os seus sentimentos, foram fatores predominantes na criação de empatia. A pouco e pouco, fui aumentando o meu leque de experiências sentidas, o que levou ao aumento da minha

consciência de mim. Atualmente, tenho mais percepção de quem sou, do que gosto, do que não gosto e de como isso influenciou o meu percurso até aqui. Inicialmente, sentia medo e vergonha, não queria explorar certos aspetos. Atualmente, estou tranquila, pois, lidar com essas emoções e sentimentos, levou a que eu me tornasse numa pessoa menos impulsiva e mais assertiva, com maior capacidade de ouvir e de reconhecer os meus erros.

Durante o processo, fui também adquirindo experiências e vivências que me permitiram criar intervenções especializadas, mas, para isso, foram fundamentais as reflexões realizadas com base no Ciclo de Gibbs (1988). Este consiste num processo reflexivo constituído por seis etapas: descrição (o que aconteceu); sentimentos e pensamentos; avaliação (aspetos positivos e negativos na experiência); análise (sentido que pode ser dado à situação); conclusão (alternativas); plano de ação (nova abordagem para a mesma experiência). Com base nesta ferramenta, permiti-me analisar e refletir sobre as intervenções realizadas, de forma a retirar das experiências todo o potencial de aprendizagem, sentimentos e pensamentos, ainda antes de essas aprendizagens serem esquecidas, permitindo a criação de um futuro diferente aquando repetição das mesmas (T. Afonso & Loureiro, 2018; Figueiredo & Amendoeira, 2018; Gibbs, 1988; Ventura, 2007).

Em todos os locais de estágio, exigi dar o meu melhor e dedicar-me na totalidade ao que estava a fazer. Nem sempre foi fácil, pois a vida não pára e continuam a existir temas que afetam as nossas linhas de defesa. Desde o primeiro dia que se tornou natural, chegar ao campo de estágio e deixar os assuntos do meu quotidiano à porta, permitindo-me ali a ser a EEESMP que era esperado que eu fosse. Esta perspetiva também me mostrou que o percurso foi proveitoso, pois eu sentia prazer no que estava a fazer e isso dava-me vontade de ir para estágio e continuar a desenvolver e planear sempre mais, no sentido de ajudar o outro.

Nenhum EEESMP passa por um processo de desenvolvimento pessoal e profissional e continua a atuar da mesma forma. Inevitavelmente, as lentes que utiliza na sua prática diária estão mais nítidas. Como tal, ambiciono crescer e aumentar os meus conhecimentos, de forma a poder continuar a auxiliar em processos de recuperação, promotores e protetores de SM.

Analisando de uma forma reflexiva a primeira parte do presente relatório, relembro a descrição do período em que me fui transformando EEESMP, na medida que tentava equilibrar as restantes vertentes da minha vida pessoal e profissional. Através dos diferentes contextos de aprendizagem, tive oportunidade de ter diferentes experiências, que me permitiram desenvolver as atividades que previ. Como mencionado acima, senti-me bem recebida e segura de que estaria a ter o acompanhamento adequado, com possibilidade de crescer e desenvolver-me tanto quanto pessoa e profissional.

Ao refletir acerca da segunda parte do presente documento, estou segura de que dei o meu melhor mediante as condições que tive ao meu alcance, na gestão de oportunidades de contribuir para processos de recuperação e promotores de ganhos em SM.

Por fim, na terceira parte, considero que tirei o melhor proveito neste período de aprendizagem. Não esquecendo que eu própria passei por um processo de descoberta pessoal, através dos momentos de partilha e de aprendizagem com os profissionais e utentes que cruzaram o meu caminho.

### PARTE III

A parte III contempla o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvido tendo por referência o Guião do Conselho de Enfermagem Regional, 2013. O projeto, (Con)Viver com a DII surgiu das necessidades identificadas pela equipa médica e de enfermagem do serviço de Gastroenterologia. É dirigido a utentes com DII e, com o seu nome, pretende-se reconhecer que as pessoas portadoras de DII vivem uma vida em comum com a doença e que esta influencia o seu dia-a-dia, interferindo em quem elas se tornaram após o diagnóstico. Pretendeu-se, com este projeto, realçar e reforçar que a pessoa existe para além da doença. Explorar quem ela era antes do aparecimento da doença, leva inevitavelmente ao desenvolvimento do autoconhecimento, abrindo portas para construir o seu novo “eu”, no sentido de ter uma doença, mas não ser a doença.

Nesta terceira parte, descrevem-se as etapas de planificação, desenvolvimento, implementação e avaliação do projeto (Con)Viver com a DII, que foi realizado de acordo com o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que integra a metodologia PDCA proposta por Pedro Salvada. Esta ferramenta é utilizada com a finalidade de produzir uma melhoria contínua dos cuidados, associada à implementação de intervenções estratégicas interligada com a adequada gestão e organização dos recursos. A sua metodologia é contínua, com foco no problema identificado, podendo levar à necessidade de avaliações mais complexas. Encontra-se dividido em várias fases: 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 e reconhecer e partilhar o sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2015b; Souza et al., 2011).

#### **1. Identificar e perceber o problema**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), SM não consiste apenas na ausência da doença, mas também no estado de bem-estar em que cada pessoa realiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os desafios stressantes da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade, enquanto a DM é provocada pelas afeções que provocam desequilíbrio em termos de organização mental. A DM também pode ser definida como a desarmonia ou desequilíbrio do sistema, resultando na incapacidade de a pessoa exercer os seus papéis sociais (Sequeira & Sampaio, 2020). O EEESMP visa contribuir com respostas adequadas face aos problemas relacionados com DM,

de forma a evitar o agravamento da situação e desinserção social da pessoa, promovendo a sua recuperação e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A possibilidade de utentes com DII sofrerem impactos negativos na sua SM é elevada, dadas as recidivas frequentes, bem como outras complicações físicas associadas (fístulas, por exemplo), que levam, inevitavelmente, à alteração da sua qualidade de vida (QV), com redução do seu bem-estar. Esta doença acaba por ter implicação direta nos domínios físico, psíquico e social, pois as alterações têm impacto a nível social, familiar e profissional (Fernandes & Gil, 2019; Trindade, 2018). Segundo Enders (2014), o intestino tem a capacidade de atuar ao nível do subconsciente, uma vez que, em conjunto com o cérebro, projeta emoções e tem relação direta com o bem-estar da pessoa. O *stress* e ansiedade acabam por ser relevantes no desencadeamento de crises, podendo levar ao agravamento do quadro clínico e até a uma diminuição da adesão destes utentes ao tratamento (Enders, 2014; Souza et al., 2011).

A DII pode ter início em qualquer idade, mas é mais comum na idade adulta jovem: os picos de diagnóstico são entre os 15 e 25 anos e os 50 e 80 anos. Ambos os sexos são afetados, sendo mais prevalente no sexo feminino. Como causas adjacentes estão: a genética, a alteração da flora intestinal, o *stress*, estilos de vida mais sedentários, dieta inadequada, tabaco e contraceptivos orais (Assessoria Científica - Lab Rede, 2017; Walfish & Companioni, 2020). Receber o diagnóstico numa fase de jovem adulto, quando existem muitos planos para o futuro, acaba por tornar esta uma etapa cheia de desafios e provações. Mesmo que a doença se encontre controlada, em remissão, pode afetar a realização de planos, pela possibilidade de surgirem crises. Nestes momentos, estes utentes encontram-se constantemente sob *stress* e ansiedade, acabando por se confrontar com a possibilidade de uma cirurgia, para colocação de ostomia (temporária ou permanente), levando muitas vezes à incompreensão por parte dos pares/família/sociedade, resultando em vergonha, estigma e isolamento social (Trindade, 2018).

A DII tem vindo a tornar-se um problema global desde o início do século XXI, sendo descrita com maior frequência nos países mais desenvolvidos do mundo ocidental e em populações mais industrializadas. O aumento do número de diagnósticos, em alguns países, pode também estar associado ao aperfeiçoamento dos métodos de diagnóstico. Na Europa, espera-se uma média de 30.000 novos pacientes diagnosticados anualmente, com idades entre os 15 e os 30 anos, resultado da combinação de fatores genéticos e ambientais. A incidência de casos nos Estados Unidos é de 7 para 100.000 pessoas/ano; no Canadá é de 15 para 100.000 pessoas/ano; em Portugal, a epidemiologia é bem menos conhecida,

estimando-se que seja de 5 para 100.000 pessoas/ano (Infarmed, 2015; Papacosta et al., 2017).

Apesar de ainda não existirem orientações bem definidas quanto à abordagem diagnóstica e terapêutica nas perturbações gastrointestinais, sabe-se que estas são influenciadas por fatores psicológicos na sua evolução (Trovão, 2020).

São, assim, bem conhecidos os impactos negativos da doença sobre a SM, a QV e o bem-estar dos utentes portadores de DII, sem que estivesse implementada qualquer intervenção específica para melhorar a saúde mental destes doentes; Por esta razão elaboramos este projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem, procurando preencher esta lacuna com o desenvolvimento e implementação de uma intervenção estruturada para a promoção e proteção da SM destes utentes,

O projeto (Con)Viver com a DII está, portanto centrada no doente e busca a produção de ganhos em saúde para este grupo de doentes, procurando dar resposta aos padrões de qualidade e enunciados descritivos, ao nível da satisfação do doente e melhoria da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015b) e alinha-se com os Padrões de Qualidade especializados em ESMP ao nível da promoção da saúde mental, uma vez que contribui para a identificação de riscos para a SM da pessoa e estabelece um plano de prestação de cuidados com o objetivo de ajudar a pessoa a atingir a sua máxima capacidade funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Os processos de melhoria contínua devem estar sustentados na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Nesse sentido, recorreu-se à visão partilhada por Afaf Meleis na sua Teoria das transições, segundo a qual a transição pode ser desencadeada por eventos críticos que requerem que a pessoa mobiliza esforços para realizar mudanças na sua vida, alterando o seu comportamento e criando uma identidade diferente. Este modelo permite ao EEESMP uma melhor compreensão das pessoas, nas situações de transição que estas vivenciam. Recorreu-se também à visão de Betty Neuman, onde a pessoa é vista como um todo, por todas as suas variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual), enquanto sistema aberto e em constante interação com o ambiente. Este modelo reforça a necessidade de equilíbrio do sistema, onde o enfermeiro participa de forma a auxiliar na identificação de problemáticas, trabalhando a prevenção (Santos et al., 2016; Tomey & Alligood, 2004).

A ansiedade e o *stress* são focos descritos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) nos seguintes termos (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015):

Ansiedade: Emoção negativa; Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia

Stress: Status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado a dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.

## 2. Objetivos

Este projeto de melhoria contínua teve como objetivo implementar um programa de intervenção suportado no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (Sampaio et al., 2018), com recurso a técnicas psicoterapêuticas, como a reestruturação cognitiva, dirigido a utentes com DII. Centra-se na relação terapêutica com o utente e as intervenções visam a redução de ansiedade e *stress* e aumento da QV.

A evidência científica revela que intervenções psicoterapêuticas trazem mais benefício a estes utentes, dado o elevado conhecimento que eles já possuem da sua doença. (Ferreira et al., 2019; Stachechem et al., 2021). A intervenção terapêutica assenta na relação terapêutica, na comunicação interpessoal entre enfermeiro e utente e nas metas estabelecidas em conjunto. O utente tem um papel ativo, objetivando a mudança ou redução de um estado percebido como negativo, através da adoção de estratégias de *coping* mais adequadas e de bem-estar físico (Trovão, 2020).

O Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, baseia-se nas teorias de enfermagem, nos princípios do processo de enfermagem e na taxonomia de enfermagem (Sampaio et al., 2018). Através deste, o EEESMP apoia-se nos diagnósticos de enfermagem no âmbito da SM identificados e delinea uma intervenção, com recurso a técnicas psicoterapêuticas, permitindo ao utente que este tome consciência de si e tenha um papel ativo na mudança. Através do estabelecimento da relação terapêutica e com base na comunicação interpessoal, são estabelecidas metas de acordo com as necessidades reais do utente (Sampaio et al., 2018).

Os objetivos específicos do presente projeto centram-se: no estabelecimento de uma relação terapêutica com utentes portadores de DII; na promoção do autoconhecimento e autogestão emocional destes utentes; na criação de fatores protetores da sua SM; na monitorização e redução de sintomas de ansiedade, *stress* ou depressão e conseqüente impacto destas na QV destes utentes, com recurso à aplicação das seguintes escalas: Escala de Ansiedade,

Depressão e *Stress* de 21 itens (EADS-21; Anexo I); Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (IBQD; Anexo II). Estas escalas foram aplicadas antes, após e em *follow up* (21 dias depois da intervenção).

Com a aplicação deste projeto estaremos a promover a melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos doentes com DII, olhando para a pessoa como um ser biopsicossociocultural e reconhecendo a influência dos sistemas que a envolvem na estabilidade da Doença.

Reconhece-se interesse deste projeto para a prática clínica, uma vez que os resultados obtidos parecem mostrar ser uma mais-valia para os utentes com DII, podendo constituir-se como uma medida sustentável tendo em vista a melhoria da saúde mental e qualidade de vida destes doentes. Por outro lado, a sustentação em modelos teóricos de enfermagem possibilita a sua mobilização no âmbito do ensino e investigação em enfermagem, porquanto este projeto deixa em aberto a necessidade de mais estudos no sentido de aprofundar a influência da gestão emocional na qualidade de vida dos doentes DII.

### 3. Perceber as causas

Para a realização da análise das causas da presença de ansiedade e *stress* em utentes com DII, recorreu-se à realização de um Diagrama de Ishikawa (Figura 2), partindo da revisão bibliográfica, complementada por uma sessão de *brainstorming* com a equipa médica e de enfermagem de Gastroenterologia. As causas foram agrupadas em quatro domínios: Utente, Ambiente, Medida e Método.

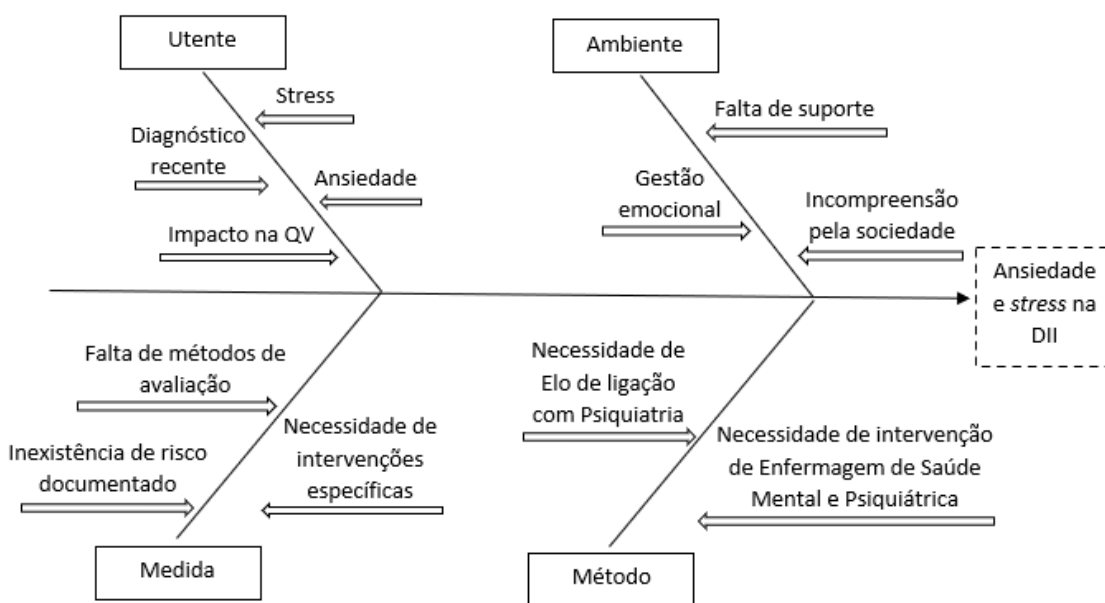


Figura 1- Diagrama de Ishikawa - Identificação do problema e causas

Na dimensão Utente, foram identificados: o diagnóstico numa fase recente da sua vida, o *stress* e ansiedade a que estão constantemente sujeitos e o impacto destes na qualidade de vida.

Na dimensão Ambiente: a falta de suporte, tanto no contexto pessoal/familiar, como no contexto terapêutico/hospitalar, o que leva a uma dificuldade da gestão emocional, pela perceção de falta de compreensão da situação por si vivida, por parte da sociedade.

Na dimensão de Medida, a nível do Serviço de Gastroenterologia, foi detetada a falta de métodos de avaliação, a inexistência de risco documentado, e a ausência de intervenções específicas e especializadas face à necessidade de saúde mental.

Relativamente à dimensão Método, a criação de uma consulta de ESMP para utentes com DII, permitiria uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, criando indicadores de monitorização, e criaria um elo de ligação com a Psiquiatria, perante a necessidade de encaminhar utentes em risco de perturbação mental.

Para a preparação do projeto, foi elaborada a checklist de Heather Palmer para a avaliação da qualidade:

a) Identificação das dimensões em estudo

Efetividade – Redução dos níveis de ansiedade e *stress*, melhoria da qualidade de vida dos utentes;

Adequação técnico científica – Avaliação e implementação do programa e respetivos resultados;

Satisfação e aceitabilidade – Avaliação da satisfação dos utentes e aceitação do programa proposto.

b) Unidades de estudo

Foram considerados com critérios de inclusão todos os utentes com DII, na faixa etária entre os 18 e 40 anos, em fase aguda, o limite etário estipulado definiu-se com base nas necessidades de intervenção identificadas pela equipa de enfermagem e médica da Gastroenterologia. O programa decorreu entre julho de 2022 e setembro de 2022, tendo tido o apoio de uma Enfermeira do Serviço de Gastroenterologia, no primeiro contacto aos utentes, para apresentação do projeto, entrega do consentimento informado e escalas para preenchimento.

De forma a dar início ao desenvolvimento do mesmo foi realizado um pedido de parecer à Comissão de Ética da instituição onde foi implementado (Anexo III), assegurando o cumprimento rigoroso dos princípios éticos e legais da profissão. Atendendo ao Código Deontológico do Enfermeiro, salientamos: o princípio geral de realizar intervenções “com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”; Os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros de “respeitar os direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados”; O dever da informação onde se deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”; O dever do sigilo onde se mantém “o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados” (Nunes, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2015a). O desenvolvimento de projetos em enfermagem muitas vezes está associado a utentes com fragilidade física ou emocional, existindo a necessidade de cuidados redobrados no sentido de proteger estes utentes.

c) Tipo de dados

No projeto (Con)Viver com a DII, os dados de processo estão relacionados com a documentação do protocolo do programa e com a sua implementação, através das intervenções de enfermagem, com base na relação terapêutica criada com influência na redução de ansiedade e *stress* e aumento da QV. Os dados de resultado são obtidos através dos ganhos em saúde, pela variação positiva no *status* de diagnóstico que foram alvo de intervenção, como redução dos níveis de ansiedade e *stress* e aumento da QV dos utentes.

d) Fonte de dados

Os dados foram obtidos através do preenchimento da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21) e Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (IBQD). Foi realizado um pedido de autorização das presentes escalas aos seus autores e apenas obtive resposta para a aplicação da escala EADS-21 (Anexo IV). As escalas selecionadas foram aplicadas a um total de sete utentes, sendo que apenas cinco cumpriam os critérios de inclusão e desses apenas três integraram o programa na sua totalidade.

A EADS-21 permite avaliar os níveis de ansiedade, depressão e *stress* e compreender se existe correlação entre os três estados emocionais e de que forma estes se encontram relacionados com as variáveis sociodemográficas. Este questionário é de autopreenchimento e apresenta 21 itens, agrupados em três subescalas, cada uma com sete itens. As respostas apresentam-se em escala tipo *Lickert* de quatro pontos acerca da severidade e frequência dos sintomas nos últimos 7 dias. A cotação é obtida através da soma total dos itens, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a estados afetivos desadequados e promotores

de DM. Existem questões associadas a cada domínio, sendo elas: Questões do domínio de ansiedade: 02, 04, 07, 09, 15, 19, 20 (*score* pode variar entre 0 e 21 pontos); Questões do domínio de depressão: 03, 05, 10, 13, 16, 17, 21 (*score* pode variar entre 0 e 21 pontos); Questões do domínio de *stress*: 01, 06, 08, 11, 12, 14, 18 (*score* pode variar entre 0 e 21 pontos). A cotação é obtida através da soma dos itens de cada subescala, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos (Silva et al., 2016).

O IBQD é constituído por 32 questões, também de autopreenchimento. De modo a diminuir o viés, as questões apresentam-se de forma não ordenada. Cada questão apresenta sete opções de resposta que correspondente ao próprio número em pontos, sendo que 1 corresponde ao pior estado de qualidade de vida e o 7 ao melhor estado de qualidade de vida. A soma de todos os domínios resulta no *score* obtido pelo paciente. As questões estão associadas a quatro domínios, sendo elas: Questões do domínio intestinal: 01, 05, 09, 13, 17, 20, 22, 24, 26, 29 (*score* pode variar entre 10 e 70 pontos); Questões do domínio sistémico: 02, 06, 10, 14, 18 (*score* pode variar entre 5 e 35 pontos); Questões do domínio social: 04, 08, 12, 16, 28 (*score* pode variar entre 5 e 35 pontos); Questões do domínio emocional: 03, 07, 11, 15, 19, 21, 23, 25, 27, 30, 31, 32 (*score* pode variar entre 12 e 84). O *score* da QV geral corresponde à soma de todos os *scores* das perguntas do IBDQ, e pode variar entre um mínimo de 32 e um máximo de 224. Quanto maior o *score* melhor QV o utente apresenta. (Leitão, 2019). De acordo com os autores, os instrumentos selecionados são fidedignos para avaliar os focos pretendidos para a população indicada.

#### e) Tipo de avaliação

Foi prevista uma avaliação interna do projeto, realizada pela dinamizadora, tendo em vista a apreciação do cumprimento da norma de atuação elaborada para assegurar a sua correta implementação (Apêndice IX), permitindo avaliar o que está a ser feito, por quem está a ser feito e se está conforme o planeado. Esta norma teve ainda como objetivo servir de ponto de partida para a sua eventual aplicação ou adaptação a outras unidades hospitalares. Foi ainda avaliada a satisfação dos participantes e o impacto da intervenção, através da aplicação dos instrumentos já identificados.

#### f) Critérios de avaliação

A avaliação do presente programa obedeceu a critérios explícitos normativos. De modo a avaliar a estrutura do programa, e garantindo que a mesma era seguida, foi realizado um cronograma de atuação (Apêndice XII).

Os critérios de seleção dos participantes incidiram sobre todos os utentes com DII, entre os 18 e os 40 anos, com doença em fase ativa, que aceitaram em participar no programa. Como critérios de exclusão, estão utentes com DII em remissão, abaixo dos 18 anos e acima dos 40 anos. Os utentes foram identificados e contactados pela enfermeira de Gastroenterologia, responsável por apresentar o programa aos utentes e entregar o consentimento informado (Apêndice X) e as escalas selecionadas para autopreenchimento. Após serem encaminhadas para o EEESMP responsável pelo projeto, e devidamente analisadas, foi estabelecido contacto com os utentes que cumpriram os critérios inclusivos, de forma a agendar a primeira sessão. No desenvolvimento do projeto, foi realizado um fluxograma de modo a guiar o circuito do utente com DII (Apêndice XI).

g) Relação temporal

O presente programa seguiu uma avaliação prospetiva, tendo em conta que o planeamento estratégico se foca no caminho percorrido e nas aprendizagens colhidas (Perestrelo, 2017). As intervenções desenvolvidas foram planeadas antecipadamente e avaliadas no final da implementação do programa.

h) Definição da população e seleção da amostra

- i) Como população do presente programa estão utentes com DII, seguidos em Hospital de Dia de Gastroenterologia. Sendo a amostra os utentes com DII, com doença em fase ativa, que cumpram os critérios de inclusão. A amostra é intencional e institucional, tendo-se identificado cinco utentes, que aceitaram participar no programa, tendo apenas três integrado o programa na sua totalidade Medidas corretivas e passíveis de serem utilizadas

Foi feito o acompanhamento de todo o processo, de forma a garantir que os utentes estariam a ter conhecimento da existência do projeto e que estariam a ser entregues os consentimentos informados e respetivas escalas. A falta de motivação da equipa de enfermagem e médica do Serviço de Gastroenterologia, para promover o projeto (Con)Viver com a DII junto dos utentes, pode ter sido um aspeto importante na pouca adesão. Como medida corretiva seria importante implementar medidas adicionais de sensibilização da equipa multidisciplinar.

#### **4. Planear e executar atividades**

De modo a obter sucesso no desenvolvimento de programas, é necessário aliar os conhecimentos ao planeamento, de modo a realizar um diagnóstico de ações, associadas a

alternativas para atingir objetivos futuros (Vendruscolo et al., 2022). O planeamento de ações permite o desenvolvimento de um olhar mais atento, mais afiado, possibilitando uma atuação de forma dinâmica e eficiente, servindo de linha orientadora e não permitindo perder o foco nos objetivos a alcançar. Por esse motivo, foi realizado um cronograma (Apêndice XII).

Após o consentimento dos três participantes que apresentaram critérios de inclusão no projeto e tendo estes mostrado empenho em participar no mesmo, foi aplicado um programa com recurso a técnicas psicoterapêuticas individualmente, com a periodicidade semanal, de acordo com as possibilidades de todos os envolvidos. O programa é constituído por três sessões individuais, com duração máxima de 60 minutos, com os seguintes temas: Autoperceção; Autocontrolo emocional; e Automodificação, de acordo com a estrutura descrita no Apêndice XII.

A evolução do programa baseou-se no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica, com recurso a técnicas psicoterapêuticas como a reestruturação cognitiva. Foram delineadas tarefas com recurso a estratégias potenciadoras de desenvolvimento emocional dos utentes, para realizarem em casa, de acordo com evidência científica, como descrito no Apêndice XIV. Como também foi referido anteriormente, a avaliação foi realizada numa fase inicial e no final da intervenção, tendo, após 21 dias do término do programa, sido realizado um acompanhamento com novo preenchimento de escalas e *feedback* dos participantes.

## 5. Verificar os resultados

Para além da aplicação dos instrumentos já referidos, foi recolhido a *feedback* dos utentes de modo a melhorar a compreensão do impacto que este programa teve nas suas vidas.

Os dados dos instrumentos aplicados foram tratados com recurso ao *software* SPSS (Versão 28.0), tendo sido efetuada uma análise descritiva simples, com cálculo de média (M), desvio padrão (DP), mínimo (Min) e máximo (Max).

De acordo com a tabela, os utentes que participaram no programa têm entre 18 e 32 anos, sendo a média de 25,3, com desvio padrão de 6,50. Os mesmos utentes da amostra foram diagnosticados com DII na casa dos 20 anos, sendo o mínimo 17 anos e o máximo 27 anos, com uma média de 21,3 e desvio padrão de 5,13.

Tabela 1- Caracterização em função da idade e idade de diagnóstico

Utentes com DII	(N=3)			
	M	DP	Min	Max
Idade	25,33	6,506	19	32

Idade de diagnóstico	21,33	5,132	17	20
----------------------	-------	-------	----	----

No primeiro contacto com os utentes, verificou-se que a média do *score* da EADS-21 (Tabela 2) foi de 15,33, com um desvio padrão de 6,11, e com um valor mínimo de 10 e máximo de 22. Após análise dos níveis de ansiedade, *stress* e depressão, foi observado que os utentes que integraram o programa não possuem um estado afetivo tão negativo quanto o expectável, com base na evidência científica consultada.

Tabela 2- Frequência da EADS-21 inicial

EADS-21	(N=3)
Média	15,33
Desvio padrão	6,11
Mínimo	10
Máximo	22

No mesmo momento de recolha de dados verificou-se que a média do *score* da IBQD (Tabela 3) foi de 119,33, com um desvio padrão de 11,71, e com um valor mínimo de 106 e máximo de 128. Analisando os domínios associados à QV dos utentes, é perceptível que os que integram o programa possuem uma QV inferior ao expectável face aos resultados observados na análise da escala anterior.

Tabela 3- Frequência do IBQD inicial

IBQD	(N=3)
Média	119,33
Desvio padrão	11,71
Mínimo	106
Máximo	128

Após observar o *score* médio de cada dimensão que a EADS-21 avalia, é possível verificar que existem dimensões mais elevadas, como é o caso do *stress* e depressão, conforme descrito em evidência científica.

Tabela 4- Frequência das dimensões da EADS-21 inicial

Dimensões da EADS-21	(N=3)			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
<i>Stress</i>	6,33	1,15	5	7
Ansiedade	3,67	1,52	2	5
Depressão	5,33	4,04	3	10

Através da avaliação dos domínios do IBQD (Tabela 5), é possível perceber onde os utentes têm mais dificuldade em atingir níveis mais elevados de QV, encontrando-se estes nos domínios sistémico e o emocional.

Tabela 5- Frequência dos domínios do IBQD inicial

Domínios do IBQD	(N=3)			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo

Intestinal	40,67	7,63	34	49
Sistémico	19,33	2,88	16	21
Social	16,67	10,78	9	29
Emocional	43,67	7,16	39	47

Ao avaliar a aplicação da escala EADS-21 no final da intervenção desenvolvida (Tabela 6), a média do *score* reduziu para 10,33, com um desvio padrão de 9,65, com um valor mínimo de 0 e máximo de 19. Verificamos assim que, apesar dos valores iniciais serem inferiores ao expectável, ocorreu uma melhoria do estado afetivo dos utentes.

Tabela 6- Frequência da EADS-21 final

EADS-21	(N=3)
Média	10,33
Desvio padrão	9,65
Mínimo	0
Máximo	19

Quanto à avaliação do IBQD na mesma fase (Tabela 7), a média do *score* foi aumentou para 157,33, com um desvio padrão de 32,14, e com um valor mínimo de 134 e máximo de 194. Através da análise realizada, é perceptível o impacto positivo que a participação dos utentes no programa desenvolvido teve no aumento da sua QV.

Tabela 7- Tabela frequência do IBQD final

IBQD	(N=3)
Média	157,33
Desvio padrão	32,14
Mínimo	134
Máximo	194

Nas seguintes tabelas, observa-se o *score* médio obtido em cada dimensão e domínio das escalas aplicadas. Nas dimensões da EADS-21 observa-se uma diminuição do *score* médio nos três domínios, com menor impacto no domínio da ansiedade (Tabela 8).

Tabela 8- Frequência das dimensões EADS-21 final

Dimensões da EADS-21	(N=3)			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Stress	5,00	4,50	0	9
Ansiedade	3,00	3,00	0	6
Depressão	2,33	2,00	0	4

Quanto ao IBQD, verifica-se um aumento significativo em todos os domínios, com maior relevância para o domínio emocional (Tabela 9).

Tabela 9- Frequência dos domínios de IBQD final

Domínios do IBQD	(N=3)			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Intestinal	44,33	6,65	40	52
Sistémico	22,33	7,09	16	30
Social	24,67	9,07	15	33
Emocional	63,67	14,57	50	79

Passados 21 dias após o término do programa, reuni individualmente *online* com os participantes, onde estes preencheram novamente as escalas aplicadas, deram o seu

*feedback* relativamente ao programa e mostraram como ainda mantêm o compromisso de acordo com as estratégias desenvolvidas.

Analisando novamente a aplicação da EADS-21 em regime de *follow up* (Tabela 10), a média de *score* aumentou para 11,67 desde o término da intervenção especializada, no entanto, mantém-se abaixo do *score* inicial.

Tabela 10- Tabela frequência EADS-21 follow up

EADS-21	(N=3)
Média	11,67
Desvio padrão	12,00
Mínimo	0
Máximo	24

Quanto à avaliação do IBQD (Tabela 11), a média do *score* também sofreu uma diminuição desde o término do programa, passando para 148,00. Mesmo assim, mantém-se acima dos valores avaliados na fase inicial, reforçando o empenho dos utentes na manutenção de estratégias promotoras de QV.

Tabela 11- Frequência do IBQD follow up

IBQD	(N=3)
Média	148,00
Desvio padrão	41,58
Mínimo	116
Máximo	195

Na seguinte tabela (Tabela 12) podemos verificar e comparar as dimensões da EDAS-21, antes e após a intervenção desenvolvida e em *follow up*. Os objetivos iniciais definidos foram atingidos no sentido em que existiu uma significativa diminuição do *score* ansiedade e manutenção do *score* stress, desde o final do programa até ao *follow up*. Verificou-se, ao nível da dimensão da depressão existiu um aumento desde o final do programa, apesar de ser um valor inferior ao *score* inicial.

Tabela 12- Frequência das dimensões EADS-21

Dimensões da EADS-21	(N=3)		
	Média inicial	Média final	Média Follow up
Stress	6,33	5,00	5,00
Ansiedade	3,67	3,00	2,60
Depressão	5,33	2,33	4,00

Também ao analisarmos os domínios do IBQD (Tabela 13), antes e após a intervenção e em *follow up*, verificámos um aumento do *score* médio em todos os domínios, com significativo aumento para o domínio emocional. Apesar deste ter diminuído o *score* desde o final do programa até ao *follow up*, apresenta-se acima do *score* inicial. Já os domínios sistémico e social aumentaram desde o término do programa para o *follow up*. Quanto ao domínio intestinal, a diminuição deste pode estar amplamente ligada com a manutenção de fatores indutores de stress, ansiedade e até depressão no dia-a-dia destes utentes. Como foi verificado na evidência científica consultada a conexão que existe entre o cérebro e o intestino (Enders, 2014).

Tabela 13- Frequência dos domínios IBQD

Domínios IBQD	(N=3)		
	Média inicial	Média final	Média <i>Follow up</i>
Intestinal	40,67	44,33	42,67
Sistémico	19,33	22,33	24,67
Social	16,67	24,67	25,00
Emocional	43,67	63,67	55,67

Quando foi realizada a sessão de *follow up*, os utentes expressaram o seu agrado com o programa. O utente 3 refere: “O facto de me ter sido disponibilizado tempo, só para mim, sem ninguém a julgar o que eu digo, e poder falar de tudo, foi muito vantajoso”; O utente 5 diz que “É mais fácil falar com quem entende, muitas vezes a família e amigos não compreendem, nem valorizam o que sentimos. Gostava de ter tido mais sessões, pois tornou o meu pensamento mais positivo e os “trabalhos de casa” ajudaram bastante”. O utente 2 afirma “Estas sessões seriam benéficas para todos os utentes com DII, numa fase inicial poderia ser mais regular, mas com a continuidade, seria interessante termos oportunidade de vir aqui, por exemplo, uma vez por mês”.

Sabemos que a DII tem um impacto significativo na QV dos utentes e na adaptação destes à doença. A existência de uma possível ligação entre a ansiedade, o *stress* e as exacerbações da doença, podem levar a que estes utentes optem por estratégias mal adaptativas e comportamentos evasivos quando comparados com a restante população. A DII em fase ativa, por si só, pode ser indutora de ansiedade e depressão, o que leva à necessidade de compreender o significado que os utentes atribuem à doença, explorando as suas crenças e expectativas (Acciari, 2014; Branco, 2008; Soares, 2017).

Apesar de se reconhecer a importância da intervenção com recurso a técnicas psicoterapêuticas em utentes com DII, como verificado nos resultados obtidos do programa (Con)Viver com a DII, é necessário que seja realizada mais investigação acerca dos potenciais efeitos que estas intervenções têm no estado psicológico dos utentes, na sua QV e nas alterações da história natural da DII, permitindo criar mais esclarecimentos acerca da patogénese da DII (Acciari, 2014; Branco, 2008; Soares, 2017).

## 6. Propor medidas corretivas, padronizar e treinar a equipa

Os resultados foram partilhados com a equipa e com a instituição onde trabalho, não tendo sido reconhecida a sua implementação como uma prioridade. O reconhecimento por parte da equipa talvez fosse um elemento importante para a implementação deste programa como

uma prioridade para prestar cuidados de saúde de qualidade, direcionados para as necessidades dos utentes.

Como medida corretiva, caso este tivesse continuidade, sugeri a implementação do programa para todos os utentes com DII. Após as três sessões programadas, seria realizado um acompanhamento mais espaçado, mediante as necessidades de cada utente. Compreendendo a mais-valia dos grupos de autoajuda nas técnicas de intervenção psicoterapêutica, seria importante a criação de um encontro mensal, aberto a todos os utentes com a mesma problemática, de modo a criar um espaço de partilha de dificuldades e experiências fora do ambiente de Hospital de Dia (B. Santos, 2013).

Seguidamente, irei realizar a análise ao projeto desenvolvido, de acordo com a análise SWOT. Através desta ferramenta, conseguimos compreender melhor o trabalho realizado, pois esta permite-nos identificar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Reconhecer potencialidades e fragilidades do projeto e estabelecer uma base de informações de forma a traçar estratégias para lidar com os problemas identificados, delineando assim novas formas futuras de atuação (Vendruscolo et al., 2022).

*Tabela 14- Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua (Con)Viver com a DII*

<p style="text-align: center;"><b>Forças</b></p> <p>F1- Resultado do programa, promotor da criação de indicadores de processo e de resultado, face ao problema identificado;</p> <p>F2- Aplicação do programa a outras instituições;</p> <p>F3- Motivação e interesse dos utentes;</p>	<p style="text-align: center;"><b>Oportunidades</b></p> <p>O1- Promover SM em utentes com DII;</p> <p>O2- Criar elo de ligação entre o serviço de Gastroenterologia e o serviço de Psiquiatria;</p> <p>O3- Criar de indicadores de processo e de resultado para o problema identificado;</p>
<p style="text-align: center;"><b>Fraquezas</b></p> <p>W1- Desinteresse da equipa de Gastroenterologia na promoção do programa;</p> <p>W2- Desinteresse da instituição na implementação do programa;</p> <p>W3- Inexistência de EEESMP no serviço de Gastroenterologia;</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ameaças</b></p> <p>A1- Aumento de DM e diminuição da QV em utentes com DII;</p> <p>A2- Falta de políticas hospitalares promotoras de SM;</p> <p>A3- Inexistência de indicadores de processo e de resultado para o problema identificado;</p>

Nota-se uma restrição dos recursos humanos face às necessidades em saúde manifestadas pela procura dos utentes, a juntar a isso, existe também a desmotivação desses profissionais e a falta de interesse das instituições para depender profissionais qualificados (W1 e W2) de forma a dar resposta às necessidades dos utentes. A inexistência de políticas hospitalares promotoras de SM, face às necessidades dos seus utentes, deixa em branco a necessidade de indicadores de resultado e de processo que respondam aos problemas identificados pelas equipas/instituições (O3, A2 e A3).

Apesar disso, as equipas continuam a identificar necessidades, de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (O1), mas sem se envolverem muito, fruto da desmotivação profissional da classe. Quanto à vontade dos utentes em participar nos

programas promotores de SM (F3 e O1), essa é encorajadora do desenvolvimento de mais programas, no sentido de verificar resultados positivos demonstradores da atuação do EEESMP em toda a sua abrangência. Concluo, assim, que a falta de divulgação pela equipa de Gastroenterologia do projeto junto dos utentes (W1), e o pouco interesse por parte da instituição em implementar o programa desenvolvido (W2), são os fatores de risco identificados.

No futuro, para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, sugere-se a divulgação do projeto através da colocação de *posters* em locais estratégicos do serviço para o qual é direcionado o mesmo, bem como, sensibilizar os profissionais de saúde, acerca da importância da necessidade de promover os projetos para os quais foram identificadas necessidades.

## 7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Como já foi referido anteriormente, o projeto (Con)Viver com a DII responde aos enunciados descritivos e enquadra-se nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em ESMP. Quanto à satisfação do cliente, este enunciado é atingido, através do reconhecimento por parte dos utentes da importância de projetos direcionados para o âmbito de SM; pela importância reconhecida da relação terapêutica estabelecida e nas estratégias desenvolvidas e mantidas, em parte, pelos utentes no auxílio da gestão emocional. A promoção da saúde deu-se pelo reforço das linhas de defesa, promotoras de estabilidade no sistema pessoa, com impacto direto na perceção da QV. No que diz respeito à prevenção de complicações, esta consistiu na identificação do problema, junto da equipa de Gastroenterologia e mediante evidência, consistiu também no planeamento, desenvolvimento e avaliação das intervenções especializadas em ESMP. Quanto ao bem-estar e autocuidado, reforço novamente a necessidade de intervenções para responder ao problema identificado, potenciadoras de um aumento da gestão emocional dos utentes, com consequente ação no domínio intestinal. Por fim, a adaptação, foi atingida, através da criação e desenvolvimento de um programa eficaz de adaptação às situações de vida deste grupo de utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

O Ciclo PCDA tornou-se numa ferramenta de trabalho construtiva, promotora de conhecimentos e de reflexão face ao que estava a ser desenvolvido. Seguir todas as fases deste ciclo permitiu ter noção dos ganhos em saúde que este programa poderia trazer. Como demonstrado acima, os resultados foram positivos, promovendo a minha experiência no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua e tornando-me mais ambiciosa enquanto EEESMP.

O presente programa de intervenção é suscetível de ser adaptado e aplicado a outros contextos clínicos, pois a oportunidade de criar alternativas mais sustentáveis e que respondam às necessidades sentidas pelos utentes nas mais diversas áreas, pode ser vista como uma mais-valia para o Sistema Nacional de Saúde. Como referido ao longo do presente documento, continua a existir a necessidade de ver a pessoa na sua totalidade, tendo em consideração todas as dimensões que a envolvem, sendo esse o aspeto primordial do projeto (Con)Viver com a DII.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elaborar o presente relatório leva a momentos de reflexão acerca do caminho traçado. Apesar de ter concluído o processo, é sabido que o desenvolvimento, tanto pessoal, quanto profissional, não finda aqui. Reflete-se neste relatório a caracterização dos locais de EC, bem como o processo de validação das competências de EE e de EEESMP, com base na análise crítico-reflexiva, e a validação do projeto de melhoria contínua da qualidade, em todas as suas fases, atingindo desta forma os objetivos a que me propus no início deste percurso.

Reforço a importância dos Enfermeiros que acompanharam o desenvolvimento dos EC, e restantes equipas, no sentido de me terem permitido integrar as mesmas e aprender com eles, através da observação e da experiência. Promoveram em mim variadas reflexões, no sentido de adaptar as nossas intervenções e competências mediante a pessoa/grupo/comunidade que temos à nossa frente. Gradualmente, com base nestas experiências, fui construindo referências, que me guiaram no meu desenvolvimento enquanto EEESMP. Fui sempre incentivada, desde o primeiro EC, a verbalizar o que sentia, em cada intervenção realizada, promovendo reflexões em conjunto e muitas vezes uma melhor compreensão da situação. Essas reflexões também foram acontecendo de forma natural no planeamento de intervenções e na procura das ferramentas terapêuticas mais adequadas a cada situação. Esta disponibilidade por parte de todos os profissionais com que me deparei, levou a um apoio incondicional no meu crescimento, enquanto pessoa e foi fundamental no desenvolvimento de competências de EEESMP.

Como é perceptível ao longo do presente relatório, o desenvolvimento e aprendizagem das competências de EEESMP, foi realizado através de um processo crítico-reflexivo, com base nas intervenções desenvolvidas e na minha atuação. É através da análise e reflexão da nossa intervenção que conseguimos retirar todas as aprendizagens, sentimentos e pensamentos, de forma a podermos melhorar a nossa atuação quando deparados novamente com a mesma situação (Gibbs, 1988). Os modelos teóricos utilizados também foram elementos facilitadores da criação de uma relação entre a teoria e a prática, servindo de referência e permitindo a prestação de cuidados de qualidade. Através da prática, baseada em evidências científicas e apoiada nos modelos teóricos, conseguimos sustentar a intervenção de EEESMP, tendo em conta as necessidades identificadas e a forma como os fatores contextuais influenciam a SM.

Gradualmente, fui-me tornando EEESMP, com a realização de intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, e através da aplicação das competências, de modo a responder às necessidades identificadas em cada contexto. Considero impossível passar por um processo destes, de autoconhecimento profundo, e continuar a mesma pessoa que era anteriormente. Atualmente, possuo mais consciência de

mim, como pessoa e como profissional de enfermagem, baseada nas experiências e vivências desenvolvidas a nível pessoal e profissional, permitindo otimizar a SM das pessoas a que assisto, ao longo do ciclo de vida, mobilizando dinâmicas adequadas a cada contexto, promovendo a manutenção e recuperação de saúde.

Com o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (Con)Viver com a DII, importa reforçar a ténue redução do estado de ansiedade e *stress* percecionada pelos utentes que participaram no desenvolvimento do mesmo, impulsionando o aumento da sua QV. Apesar de não estar implementado, na instituição para o qual foi desenvolvido, de acordo com os resultados obtidos, considero que este poderá ser um contributo para a integração de cuidados especializados em SM noutras vertentes hospitalares e contribuí para a melhoria dos padrões de qualidade.

Como já referi, os objetivos estipulados numa fase inicial, foram atingidos na sua totalidade, e o presente relatório espelha exatamente isso. No final deste processo, estou grata pelas pessoas que se cruzaram no meu caminho e pelas partilhas que impulsionaram o meu desenvolvimento e crescimento, permitindo-me delinear perspetivas futuras. Hoje, tenho novas lentes, que me permitem ver mais longe do que a vista alcança, ver aspetos mais detalhados e compreender melhor o outro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acciari, A. (2014). INFLUÊNCIA DA PSICOTERAPIA BREVE TRANSPESSOAL EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN. *UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS*.
- Afonso, M. L. (2011). Notas sobre sujeito e autonomia na intervenção psicossocial. *Psicologia Em Revista*, 17(3).
- Afonso, T., & Loureiro, F. (2018). Cuidados à criança em situação crítica - Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem. *Associação Científica Dos Enfermeiros*, 9, 13–17.
- Almeida, F. (2011). A Essência do Processo de Enfermagem. *Universidade Fernando Pessoa*.
- Alves, M. (2016). Como a psicoterapia pode ajudar no tratamento do alcoolismo. *Psicólogos Em São Paulo*.
- Alves, N. da S. S., Barros, S. F. de, Bernardes, I. R., Magrin, N. P., Silva, J. R., Duarte, P. F., Bastos, P. A. F., & Seidl, E. M. F. (2020). RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON COMO ESTRATÉGIA DE MANEJO DE ESTRESSE E ANSIEDADE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV: RELATO DE EXPERIÊNCIA (pp. 569–578). <https://doi.org/10.37885/200700718>
- Alves, Sónia. (2018). *Criação e validação de um programa promotor de saúde mental positiva em adolescentes*.
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante CIPE*. Lusociência.
- APMGF. (2005). Como atuar perante o consumo nocivo de álcool? *Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*.
- ARSalgarve. (2021). *Plano de Atividades*.
- Assessoria Científica - Lab Rede. (2017). *DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS*. <http://www.gastro.org/guidelines>,
- Badin, M., Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2015). The applicability of the nursing process in caring for psychiatric patients: an integrative review. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português)*, 11(4), 243. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i4p243-255>
- Baptista, A. (2013). *Aprenda a ser feliz* (Lidel, Ed.).
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2007). *El Modelo Tidal*. EDITA.
- Beck, J. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental* (artmed, Ed.; 2ª).
- Branco, C. (2008). ALEXITIMIA, QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL . *À Faculdade de Psicologia e de Ciências Da Educação Da Universidade Do Porto*.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*.
- Campos, S. (2019). Estágio em Psiquiatria na Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Universitário do Porto. *Universidade Do Porto*.
- Carvalho, Á., Amann, G., Almeida, C., Pereira, F., Ladeiras, L., Lima, R., Lopes, I., Leal, P., & Marta, F. (2016). Saúde Mental em Saúde Escolar - Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar. *Direção Geral de Saúde*.
- Castro, K., Medeiros, L., Ferreira, M., Moreira, N., Borges, R., & Gouveia, A. (2020). AÇÃO EM SAÚDE MENTAL COM O PÚBLICO INFANTO-JUVENIL: CAMINHOS PARA ABORDAGEM DE TRANSTORNOS MENTAIS NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO. *Biblioteca Digital de Eventos Científicos Da UFPR, II Congresso de Saúde Coletiva Da UFPR*.
- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve. (2022). *Guia de integração de alunos*.
- Corpas, F., & Loyola, C. (2005). Transferência e contratransferência na enfermagem psiquiátrica. *Revista Min. Enfermagem.*, 9(4).
- Costa, D. S. da, Medeiros, N. de S. B., Cordeiro, R. A., Frutuoso, E. de S., Lopes, J. M., & Moreira, S. da N. T. (2020). Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Estudantes de Medicina e Estratégias Institucionais de Enfrentamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(1). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190069>
- DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. *Direção Geral de Saúde*.
- DGS. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

- Dierka, L., & Vieira, P. B. (2016). Gratidão: Um elixir ao alcance de todos. *Centro Reichiano - Psicologia Corporal*, 417–422.
- Enders, G. (2014). *A vida secreta dos intestinos*. Lua de papel.
- Fernandes, I., & Gil, L. (2019). Qualidade de vida da pessoa com doença inflamatória intestinal. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(23), 89–98. <https://doi.org/10.12707/RIV19048>
- Ferreira, A. L., Acciari, A. S., Bezerra, M. A., & Tavares, M. F. (2019). *Tratado de Psicologia Transpessoal - Perspetivas atuais em Psicologia* (UFPE, Ed.; Vol. 2).
- Ferreira, C. (2009). O processo de perdão num paradigma de escrita expressiva. *Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e de Ciências Da Educação*.
- Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista UIIPS, VI*(2), 102–107.
- Filho, A., Fortes, F., Queirós, P., Peres, M., Vidinha, T., & Rodrigues, M. (2015). Historical trajectory of the psychiatric reform in Portugal and in Brazil. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 4), 117–125. <https://doi.org/10.12707/RIV14074>
- Freitas, R. J. M. de, Araujo, J. L. de, Moura, N. A. de, Oliveira, G. Y. M. de, Feitosa, R. M. M., & Monteiro, A. R. M. (2020). Nursing care in mental health based on the TIDAL MODEL: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>
- Gambin, K., Almeida, V., & Vitali, M. (2020). Psicodrama de grupo e dependência química: trabalhando projetos profissionais e experiências de lazer. *Perspectivas Em Psicologia, 24*(1).
- Garcia, A. P. R. F., Freitas, M. I. P. de, Lamas, J. L. T., & Toledo, V. P. (2017). Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem, 70*(1), 220–230. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>
- García, E. (2021). A intervenção psicossocial na saúde mental. *A Mente é Maravilhosa*.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*.
- Gillihan, S. (2020). *Como Vencer a Ansiedade, a Depressão, a Raiva e o Pânico - O Essencial da Terapia do Comportamento Cognitivo-Comportamental* (M. Moura & I. França, Eds.). 4 Estações.
- Guadanhin, C. (2022). AUTOCONHECIMENTO, SUCESSO E LIDERANÇA: COMO A PRÁTICA DE ESTUDAR E CONHECER A SI MESMO PODE IMPACTAR NA TRAJETÓRIA DE UM LÍDER E TRANSFORMAR SUAS COMUNIDADES DE INFLUÊNCIA? *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 8*(6), 947–971. <https://doi.org/10.51891/reaase.v8i6.5940>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Infarmed. (2015). *Relatório Público de Avaliação*.
- Krabbendam, I. (2003). Cognitive rehabilitation in Schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*.
- Leitão, M. (2019). Doença Inflamatória Intestinal: Qualidade de Vida e Influência da Suplementação. *Instituto Politécnico Do Porto*.
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas Em Psicologia, 25*(1), 17–28. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- LEMONS, I. S., CARVALHO, J. V. S. de, MENDES, M. T. G., & BRYNS, I. (2021). Mindfulness and relaxation: the effects of a program with university hospital workers. *Estudos de Psicologia (Campinas), 38*. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190128>
- Lima, M. A. de A., Sá, E. M. O., Muñoz-Repiso, A. G.-V., & Meirinhos, M. F. A. (2021). Fatores intervenientes na mediação pedagógica Do tutor: o caso de um curso de graduação em administração pública PNAP/UAB. *Latin American Journal of Development, 3*(5), 2913–2928. <https://doi.org/10.46814/lajdv3n5-012>
- Lluch, T. (2020). Saúde Mental Positiva: perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador de enfermagem. *Universidade de Barcelona*.
- Loureiro, C., Mendes, A., & Santos, J. C. (2012). Enfermagem Psiquiátrica em Portugal, principais marcos históricos na Formação de Enfermeiros. *Mental Health Services in Europe, Provision and Practice, 233–267*.
- Maia, R., Araújo, T., & Maia, E. (2018). Aplicação da psicoeducação na saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Psicoterapia, 20*(2), 53–63.

- Marques, R., Querido, A., & Dixe, M. dos A. (2011). Exercitar a Esperança - Um Guia Prático Promotor de Esperança nos Cuidadores de Pessoas com Doença Crônica Avançada. *Instituto Politécnico de Leiria, II*.
- Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P., & Renca, P. (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. *Ordem Dos Enfermeiros*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Matos, T. N. F. de, Ferreira, D. da S., & Jorge, M. S. B. (2022). A construção da concepção de saúde mental. *Concilium, 22(7)*, 234–241. <https://doi.org/10.53660/CLM-633-702>
- Miguel, F. K., Bueno, J. M., Carvalho, L. F., Bartholomeu, D., & Montiel, J. (2018). *Avaliação e tratamento das emoções - As emoções e seu processamento normal e patológico* (Vetor Editora, Ed.; 1ª, Vol. 2).
- Myakava, L. H. K., Santos, M. A. dos, & Püschel, V. A. de A. (2021). Knowledge, skills, and attitudes of nursing students on evidence-based practice. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 55*. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0428>
- Nóbrega, M., & Santos, S. (1996). Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem de Peplau: Análise e Evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem, 49(1)*, 55–64.
- Núcleo de Redução de Danos. (2009). Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos. *Departamento de Intervenção Na Comunidade*.
- Nunes, A., Souza, V., Mezzalira, A., & Calegare, M. (2021). INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO ESCOLAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Revista Amazônica, XXVI(2)*, 248–268.
- Nunes, I. da C. (2018). PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA: INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS E ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM. *Universidade Católica*.
- Nunes, L. (2013). CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. *Instituto Politécnico de Setúbal*.
- Nunes, L. (2016). *Ética em Enfermagem - Humanização dos Cuidados em Saúde, 59(2)*, 7–17.
- OMS, Ministério de Saúde e Bem Estar Social do Canadá, & Associação Canadense de Saúde Pública. (1986). *A promoção da saúde - Carta de Ottawa*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código Deontológico. *Diário Da República*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário Da República, 8059–8105*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. *Diário Da República, 16656–16663*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018c). Padrão de Documentação de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica. *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República nº 26/2009*. (Vol. 26, Issue 2ª série). Diário da República.
- Papacosta, N. G., Nunes, G. M., Pacheco, R. J., Cardoso, M. V., & Guedes, V. R. (2017). DOENÇA DE CROHN. *Revista de Patologia Do Tocantins, 4(2)*, 25–35. <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2017v4n2p25>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(11)*, 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental. *Pensar Enfermagem, 18(2)*, 61–73.
- Perestrelo, M. (2017). Prospetiva: Planeamento estratégico e avaliação. *IV Congresso Português de Sociologia*.
- Perroca, M. G., Jericó, M. de C., & Paschoal, J. V. de L. (2014). Identification of care needs of patients with and without the use of a classification instrument. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 48(4)*, 625–631. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400008>
- Prado, O., & Meyer, S. (2004). Relação terapêutica: a perspectiva comportamental, evidências e o inventário de aliança de trabalho (WAI). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva, 6(2)*.

- Ramalho, C. M. R. (2021). SOCIODRAMA AND ROLE-PLAY: THEORIES AND INTERVENTIONS. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 29(1), 26–35. <https://doi.org/10.15329/2318-0498.20814>
- Ramos, L. (2021). O ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA: PROPOSTA DE UMA MATRIZ PARA O ACOMPANHAMENTO DOS ESTUDANTES DO CURSO DE LICENCIATURA. *Universidade Católica Portuguesa*.
- Romano, M., & Peters, L. (2016). Understanding the process of motivational interviewing: A review of the relational and technical hypotheses. *Psychotherapy Research*, 26(2), 220–240. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.954154>
- Sampaio, F. (2022). O papel do enfermeiro de Saúde Mental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. *JustNews*.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 103–107.
- Santos, B. (2013). TCC A importância dos grupos de autoajuda no acompanhamento terapêutico de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Trabalho de Conclusão Do Curso Saúde Mental Para Equipes Multiprofissionais*.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016, January 29). *O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®*.
- Savaşan, A., & Çam, O. (2017). The Effect of the Psychiatric Nursing Approach Based on the Tidal Model on Coping and Self-esteem in People with Alcohol Dependency: A Randomized Trial. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(3), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.01.002>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda (1ª)*. Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem de Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Serrano, M. T., Costa, A. da S., & Costa, D. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15–23.
- SICAD. (2022). *Plano Nacional de Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências*.
- Silva, H. A. da, Passos, M. H. P. dos, Oliveira, V. M. A. de, Palmeira, A. C., Pitanguí, A. C. R., & Araújo, R. C. de. (2016). Short version of the Depression Anxiety Stress Scale-21: is it valid for Brazilian adolescents? *Einstein (São Paulo)*, 14(4), 486–493. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082016ao3732>
- Silva, J. M., Moura, A. M., Barbosa, G. J. A., Mota, J. L. de S., Cunha, R. S., Queiroz, R. L., Santos, T. F., & Coutinho, D. J. G. (2020). Inteligência emocional. *Brazilian Journal of Development*, 6(1), 4152–4162. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-295>
- Silva, P., Viana, M., & Carneiro, S. (2011). O Desenvolvimento da Adolescência na Teoria de Piaget. *Psicologia.Pt*.
- Silvério, Â., Silva, B., Benito, P., Santos, S., & Lucas, P. (2012). NURSE CARE INTERVENTION AND CLINICAL RISK MANAGEMENT IN INTEGRATED CONTINUOUS CARE UNITS: A THEORETICAL AND CONCEPTUAL REFLECTING. *Journal of Aging and Innovation*.
- Soares, J. (2017). *Doença Inflamatória Intestinal – Será também uma doença psicossomática?* Universidade de Lisboa.
- Souza, M. M. de, Barbosa, D. A., Espinosa, M. M., & Belasco, A. G. S. (2011). Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(4), 479–484. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000400006>
- Stachechem, S. K., Mendonça, A. P. de, Guedes, B. L. da S., Carneiro, C. K., Gazzoni, G. A. S., Lima, L. G. A. de, Botelho, L. L., Dupont, P., Carrijo, V. M., & Leite, N. A. A. (2021). Doença de Crohn: piora das manifestações clínicas por doenças psíquicas. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 29, e7946. <https://doi.org/10.25248/reac.e7946.2021>
- Tavares, P. (2021). Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental: Uma abordagem holística, participativa e comunitária. *Politécnico Do Porto*.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *TEÓRICAS DE ENFERMAGEM E A SUA OBRA (5ª)*. Lusociencia.
- Torralla, F. (2010). *A arte de saber escutar* (Guerra e Paz Editores, Ed.).

- Travassos, V. D. C. (2019). A importância das Soft Skills nas competências profissionais. *Instituto Politécnico de Coimbra*.
- Trindade, M. I. O. e C. de A. (2018). *Emotion regulation and chronic illness: the roles of acceptance, mindfulness and compassion in physical and mental health*.
- Trovão, J. (2020). Inovação e Intervenção em Perturbações Funcionais Gastrointestinais. *Universidade Do Porto*.
- Vendruscolo, C., Hermes, J., Zocche, D. A. de A., & Trindade, L. D. L. (2022). Aplicação da Matriz Swot: tecnologia para a gestão do trabalho na atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 12. <https://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4244>
- Ventura, M. M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Pedagogia Médica*, 20(5), 383–386.
- Walfish, A., & Companioni, R. (2020). *Visão geral da doença inflamatória intestinal*. MSD.
- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1). <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>
- World Health Organizathion. (2002). *RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Sessão formativa SM na parentalidade**

## SAÚDE MENTAL NA PARENTALIDADE

Sónia Isabel Santos Silva - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
 Tânia Neto - Enfermeira Geralista

## SAÚDE MENTAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde mental como "o estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os stresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade".

Nesta definição, a "saúde mental" é entendida como um aspeto vinculado ao bem-estar, à qualidade de vida, à capacidade de amar, trabalhar e de se relacionar com os outros. Com esta perspetiva positiva, a OMS convida a pensar na saúde mental **muito para além das doenças e das deficiências mentais**.

## GRAVIDEZ

- ◊ Etapa do ciclo vital da mulher e do homem na qual é primordial a aquisição de conhecimentos, autoconfiança e compreensão necessários para tomada de decisão responsável tanto para a mulher, homem, casal e recém-nascido.
- ◊ Acontecimento mais sensível e vulnerável na vida de uma mulher e do homem, que gera profundas alterações físicas e psíquicas, preparando-os para a parentalidade.

## PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

### TRANSFORMAÇÕES PSÍQUICAS NA GRAVIDEZ

- Preocupações e medos
- Oscilações de humor e hipersensibilidade
- Labilidade emocional
- Alterações no desejo sexual
- Aumento do sono
- Náuseas e/ou vômitos
- Desejos e aversões a alimentos e/ou bebidas
- Aumento da ansiedade

### TRANSFORMAÇÕES NO FUTURO PAI

**Sintomas Físicos:** Acontece em 60% dos homens, por consequência do desejo de participar e ter um papel ativo na gravidez, preparando-se para o novo papel de pai.

**Sintomas Emocionais:** Sinais de preocupação, humor depressivo, insegurança, ansiedade

**Alguns Conselhos:**

- Fale com a sua esposa sobre os sentimentos que lhe suscita o facto de ser pai. Falar com outros pais.
- Acompanhe a sua esposa a tantas consultas de pré-parto quantas lhe forem possíveis. Recorde-se de que nestas ocasiões também você poderá colocar perguntas.
- Frequentem juntos as aulas de preparação para o parto.
- Fale com o seu filho antes dele nascer. Não só é divertido como também deste modo o bebé terá para si uma presença mais real.

## PÓS PARTO

- Readaptação biofisiológica;
- Readaptação psicológica (ao nível do corpo e dos papéis relacionais e familiares);
- Período determinante na relação com o bebé;
- Mudanças familiares e sociais.

Há mudanças em simultâneo e a vários níveis – biológico, psicológico, social – que deixam a mulher altamente vulnerável ao agravamento ou de início de patologia do foro psiquiátrico:

Baby Blues      Depressão pós-parto  
 Ansiedade Pós-parto      Psicose pós-parto

## BABY BLUES

Têm início nos primeiros dias após o parto, atingem um pico no 4º ou 5º dia e desaparecem de forma espontânea no máximo em 2 semanas.

Sintomas: choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e outros acompanhantes.

Manter suporte emocional adequado, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebé.

Não necessita de tratamento farmacológico.

Se os sintomas persistirem mais que 2 semanas, então a mulher deve ser avaliada porque poderá ter evoluído para uma depressão pós-parto.

## DEPRESSÃO PÓS- PARTO

Ocorre nos meses que se seguem ao nascimento do bebé, geralmente entre 2 semanas até 3 meses após o parto.

Tristeza, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração do sono, agitação ou lentificação psicomotora, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade de concentração ou de toma de decisões e até pensamentos de morte ou suicídio.

**A terapêutica farmacológica** é o tratamento de primeira linha na depressão pós-parto. Existem alguns antidepressivos que são considerados **compatíveis com a amamentação**.

É fundamental que a mulher não deixe de procurar ajuda psiquiátrica por receio de que suspender a amamentação.

A psicoterapia também está indicada.

## DEPRESSÃO PÓS- PARTO

- História de depressão;
- Episódio depressivo ou de ansiedade durante a gravidez;
- Eventos de vida negativos na gravidez ou no puerpério;
- Suporte social ou financeiro deficitário;
- Relação de casal conflituosa.
- Outros fatores de risco são história familiar de doença psiquiátrica, episódio de baby blues, algumas características de personalidade e baixa auto-estima.
- Estão associadas à depressão pós-parto complicações obstétricas, parto prematuro, fatores culturais, história de relação conflituosa com a mãe e gravidez indesejada.

- Elevada autoestima;
- Boa relação conjugal;
- Suporte social adequado;
- Preparação física e psicológica para as mudanças relacionadas com a maternidade.

## PSICOSE PÓS-PARTO

- Doença psiquiátrica mais grave que pode ocorrer no puerpério.
  - A psicose pós-parto tem geralmente um início rápido e os sintomas instalam-se nos primeiros dias até 2 semanas do pós-parto.
  - Os sintomas iniciais são euforia, humor irritável, discurso acelerado, agitação e insônia.
  - Posteriormente surgem ideias delirantes, alucinações, comportamento desorganizado, desorientação, confusão mental, perplexidade e despersonalização.
- Devem ser sempre investigados nos quadros de psicose pós-parto comportamentos negligentes nos cuidados com o bebê, bem como ideias suicidas e/ou infanticidas.



- Pela gravidade do quadro da psicose pós-parto, geralmente é necessário internamento hospitalar para avaliação e tratamento.
- Em cerca de 20% das mulheres há uma remissão completa da doença sem recorrências posteriores.
- Primiparidade (primeiro filho);
- Complicações obstétricas;
- Antecedentes pessoais ou familiares de doenças psiquiátricas, ou outras perturbações psicóticas.

## COMO CUIDAR DA NOSSA SAÚDE MENTAL?



**APÊNDICE II– Ficha técnica SM +**

## FICHA TÉCNICA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**IDENTIFICAÇÃO:** Saúde Mental Positiva - diáriaMENTE

**MODELO:** Cognitivo-Comportamental

**OBJETIVO:** O Programa Nacional para a Saúde Mental incentiva a criação e implementação de programas de promoção do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação de doenças mentais (PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL, 2017). Através de intervenções psicoeducacionais, este projeto visa fortalecer a saúde mental dos utentes em contexto de internamento, tornando-os capazes de responder às necessidades diárias (Sequeira & Sampaio, 2020).

**ENQUADRAMENTO DA TÉCNICA:** A intervenção psicoeducacional é uma intervenção que pode ser aplicada a um conjunto de pessoas que partilhem o mesmo problema, ou pode ser utilizada como elemento pedagógico. Integra a componente educativa e permite consciencializar para a saúde mental (Lemes & Neto, 2017).

**INDICAÇÕES:** A saúde mental positiva consiste na tentativa de estar e sentir-se o melhor possível, dentro das circunstâncias de cada pessoa, aceitar a forma de pensar, sentir e até condutas individuais. Adequa-se a todas as pessoas com capacidade de integrar o programa (Alves. Sónia, 2018).

**GRUPO-ALVO:** Uteses internados na Unidade de Desabilitação do Algarve em Olhão.

**ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO:** A técnica deve ser realizada pelo EEESMP, pois as intervenções no âmbito psicoeducacionais são competências deste, segundo o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, publicado em Diário da República nº. 515/2018, 2ª série, Nº.151 de 7 de agosto de 2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, 2018b).

**RECURSOS:** Folhas de papel e lápis; *RollePlay*; Instrumento de avaliação da sessão (Anexo III)

**DURAÇÃO:** 60 minutos.

## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

### **Sessão 1 – Satisfação pessoal (Focos CIPE: Autoconhecimento e Autoestima)**

Através do autoconhecimento a pessoa consegue perceber os seus pontos fortes, as suas emoções, limitações, necessidades e motivações. Analisando o passado recordaremos momentos em que se sentiram orgulhosos, entusiasmados e possam ter vivido grandes mudanças. Dando assim início ao processo de desenvolvimento de inteligência emocional (Alves. Sónia, 2018).

<b>INTRODUÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cumprimentos iniciais;</li><li>○ Apresentação;</li></ul>
<b>DESENVOLVIMENTO</b> 40 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Gostava que se apresentassem uns aos outros (dizendo uma qualidade, um defeito e um ponto forte).;</li><li>○ Explorar individualidade,</li><li>○ O que consideram bem-estar? (aspetos que se inserem nesta temática: família, trabalho, relações, espiritualidade, saúde mental e física);</li><li>○ Qual o motivo para associarem bem-estar a essas pessoas/situações?</li><li>○ O que aprenderam com essas pessoas/situações?</li><li>○ Aplicam esses conhecimentos no vosso dia-a-dia? Como?</li><li>○ Que atividades gostam de fazer?</li><li>○ Quando estão fora do internamento fazem-nas regularmente?</li><li>○ O que sentem quando fazem essas atividades? (imaginar os sentimentos, emoções, movimentos, explorar os 5 sentidos);</li><li>○ Existem aspetos positivos em estarem internados? Quais?</li></ul>
<b>CONCLUSÃO</b> 10 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Técnica de relaxamento (cheirar flor, apagar vela);</li><li>○ Trabalho para hoje: identificar 3 momentos positivos no vosso dia;</li></ul>
<b>AVALIAÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Partilha da experiência com expressão de sensações, emoções e opiniões;</li><li>○ Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação (Anexo III);</li></ul>

### **Sessão 2 – Autonomia (Foco CIPE: Autonomia)**

Com recurso à assertividade, iremos estimular o aumento de confiança e facilidade de expressão de sentimento e ideias de forma direta e útil, criando assim estratégias de enfrentamento (Alves. Sónia, 2018).

<b>INTRODUÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cumprimentos iniciais;</li><li>○ Apresentação;</li></ul>
<b>DESENVOLVIMENTO</b> 45 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Explorar diferentes tipos de comunicação (verbal e não verbal);</li><li>○ Questionar o poder das palavras (de fazer sentir bem/mal);</li><li>○ Cada utente deve dar e receber um elogio (reconhecer a importância de dar e saber receber);</li><li>○ Explorar assertividade;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Treinar assertividade (com recurso a um role play, cada dois utentes terão uma vinheta com a situação que devem exemplificar);</li> <li>○ Verificar formas de expressar a sua opinião sem forçar o outro a aceitá-la (expressar desagrado e revolta, sem deixar de respeitar o outro);</li> </ul>
<b>CONCLUSÃO</b> 10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Técnica de relaxamento (cheirar flor, apagar vela);</li> <li>○ Trabalho para hoje: dizer a 3 pessoas, 3 elogios;</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação (Anexo III);</li> </ul>

### **Sessão 3 –Autocontrolo (Foco CIPE: Autocontrolo)**

O desenvolvimento desta competência permite uma maior tolerância à frustração, um maior controlo emocional com diminuição de comportamentos agressivos e consequentemente proporciona um maior conforto psicológico, com aumento de sensações positivas, diminuição de *stress* e ansiedade (Alves. Sónia, 2018).

<b>INTRODUÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cumprimentos iniciais;</li> <li>○ Apresentação;</li> </ul>
<b>DESENVOLVIMENTO</b> 40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificar o que é o bem-estar (individualmente);</li> <li>○ Identificar momentos da rotina e vida de cada um que lhes sejam prazerosos;</li> <li>○ Identificar como o autocontrolo na sua rotina lhes pode transmitir tranquilidade;</li> <li>○ Realizar semáforo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No círculo vermelho escrever PARAR (explorar importância de parar pelo menos 10 segundos perante o impulso);</li> <li>○ No círculo amarelo escrever AFASTAR (explorar necessidade de se afastar da situação, para se acalmar e analisar o problema/situação, mediante diferentes perspetivas, analisando vantagens e inconvenientes);</li> <li>○ No círculo verde, escrever AGIR (explorar necessidade de implementar a solução mais eficaz para o problema, com confiança);</li> </ul> </li> </ul>
<b>CONCLUSÃO</b> 15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Técnica de relaxamento (cheirar flor, apagar vela);</li> <li>○ Desenvolver a atenção focada (contemplar a cor, a textura, o aroma, saborear sem mastigar, depois mastigar lentamente e atender aos sabores durante a deglutição (pode ser feito com um iogurte/pudim – este ponto pode ser feito numa das refeições);</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação (Anexo III);</li> </ul>

#### **Sessão 4 – Atitude pro-social – Habilidades de relação interpessoal (Foco CIPE: Relacionamentos)**

Para criar relacionamentos saudáveis é necessário criar empatia, escutar, perdoar e desenvolver capacidade de negociação. Nesta sessão iremos explorar essas habilidades pessoais, visto que as relações interpessoais são benéficas para a saúde mental e física e permitem integrar de forma saudável a sociedade (Alves. Sónia, 2018).

<b>INTRODUÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cumprimentos iniciais;</li><li>○ Apresentação;</li></ul>
<b>DESENVOLVIMENTO</b> 40 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Explorar diferentes formas de comunicação (verbal, não verbal, agressiva, passiva, assertiva);</li><li>○ Explorar temáticas (se o fazem habitualmente, como se sentem e se sentem):<ul style="list-style-type: none"><li>○ empatia;</li><li>○ escutar;</li><li>○ perdoar;</li><li>○ negociar;</li></ul></li><li>○ Identificar diferença entre sentimentos e emoções;</li><li>○ Trabalhar situações do quotidiano e estimular expressão de sentimentos e emoções;</li></ul>
<b>CONCLUSÃO</b> 10 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Técnica de relaxamento (cheirar flor, apagar vela);</li><li>○ Trabalho para hoje: Identificar 5 coisas em comum com outro utente;</li></ul>
<b>AVALIAÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação (Anexo III);</li></ul>

#### **Sessão 5 – Resolução de problemas – Realização pessoal (Foco CIPE: Autoeficácia)**

Esta sessão permitirá consciencializar o aproveitamento que deve ser tirado dos eventos mais traumáticos da vida, aqueles que não controlamos. A forma como reagimos perante tal evento e o aproveitamento que tiramos da situação, leva a um contínuo crescimento pessoal (Alves. Sónia, 2018).

<b>INTRODUÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cumprimentos iniciais;</li><li>○ Apresentação;</li></ul>
<b>DESENVOLVIMENTO</b> 40 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Explorar o significado de realização pessoal;</li><li>○ Identificar aspetos que dificultar a mesma;</li><li>○ Identificar situações problemáticas ou indutoras de stress/ansiedade no dia-a-dia (no internamento ou fora) que dificultem a sua realização pessoal;</li><li>○ Identificar em conjunto a causa dessa situação problemática ou indutora de stress/ansiedade;</li><li>○ Criar em conjunto soluções eficazes para cada situação;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Os utentes serão convidados a implementar as soluções encontradas e a verificar a sua eficácia (se aplicável);</li></ul>
<b>CONCLUSÃO</b> 10 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Técnica de relaxamento (cheirar flor, apagar vela);</li><li>○ Trabalho para hoje: Aplicar solução de forma eficaz;</li></ul>
<b>AVALIAÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação (Anexo III);</li></ul>

**APÊNDICE III – Ficha técnica sessões psicoeducacionais 1º ciclo**

## FICHA TÉCNICA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**IDENTIFICAÇÃO:** Promoção de autoconhecimento e comunicação positiva

**MODELO:** Cognitivo-Comportamental

**OBJETIVO:** Estimular a aquisição de conhecimentos no âmbito de emoções, do autoconhecimento e formas de comunicar assertivamente, de forma a dar resposta à área prioritária de intervenção em saúde mental e competências socioemocionais do Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015 (DGS, 2015).

**ENQUADRAMENTO DA TÉCNICA:** A intervenção psicoeducacional é uma intervenção que pode ser aplicada a um conjunto de pessoas que partilhem o mesmo problema ou pode ser utilizada como elemento pedagógico. Esta intervenção integra a componente educativa, é adequada a crianças, pois visa dotá-las de conhecimentos e (Lemes & Neto, 2017). para a saúde mental, (Lemes & Neto, 2017). Enquanto a intervenção psicoterapêutica tem o objetivo de estimular a pessoa a expressar sentimentos e pensamentos, no sentido de melhorar e até modificar comportamentos, cognição, emoções e outras características pessoais (Sequeira & Sampaio, 2020).

**INDICAÇÕES:** De forma a adequar as dinâmicas da sessão à faixa etária, é necessário ter presente a fase de desenvolvimento em que se encontram as crianças do 4º ano de escolaridade, onde a média de idades é de 9-10 anos, com recurso a referenciais teóricos. Segundo Piaget, o desenvolvimento cognitivo da criança baseia-se na capacidade de adaptação psicológica ao meio ambiente. O desenvolvimento representa o transpor a sucessivos estádios de nível mais elevado em termos de organização lógica, quando comparados com os anteriores. De acordo com a faixa etária mencionada, estas crianças encontram-se no estádio das operações concretas, onde é expectável que consigam instruir-se e aplicar com coerência o pensamento, desenvolver a compreensão da reversibilidade e espacialidade, aprender a distinguir e categorizar, aumentem socialização e apliquem de regras (Townsend, 2002).

Segundo a teoria de desenvolvimento psicossocial de Erickson, os processos sociais influenciam o desenvolvimento da personalidade através do desenvolvimento emocional. Face à faixa etária mencionada, estas crianças encontram-se no estádio de desenvolvimento Indústria VS Inferioridade, onde alcançam o sentido de autoconfiança mediante a aprendizagem, competição, obtenção total do sucesso através do reconhecimento por parte da família e grupos de pares (Townsend, 2002).

**GRUPO-ALVO:** Alunos do 1º ciclo, 4º ano que integrem as escolas incluídas no programa de Saúde escolar da UCC Al-Buhera. Esta intervenção deve ser realizada em grupo.

**ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO:** A técnica deve ser realizada pelo EEESMP, pois as intervenções no âmbito psicoeducacionais e psicoterapêuticas são competências deste, segundo o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, publicado em Diário da República nº. 515/2018, 2ª série, Nº.151 de 7 de agosto de 2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, 2018b).

**RECURSOS:** PowerPoint para cada temática (Apêndice III; Apêndice IV; Apêndice V); Folhas de papel e lápis; *RollePlay*; Escala de Licker de faces (Anexo II)

**DURAÇÃO:** 60 minutos.

**DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:**

**Sessão 1 – Emoções**

<b>INTRODUÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cumprimentos iniciais;</li><li>○ Apresentação;</li><li>○ Identificar objetivos;</li><li>○ Alertar para regras da sala de aula;</li></ul>
<b>DESENVOLVIMENTO</b> 40 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ O que são emoções?</li><li>○ Quais são as emoções que vocês conhecem?</li><li>○ Como identificam a alegria/felicidade?</li><li>○ O que sentem?</li><li>○ Como vêm que os outros estão felizes?</li><li>○ O que fazemos quando sentimos essa emoção?</li><li>○ O que vos deixa felizes?</li><li>○ O que deixa a professora feliz?</li><li>○ Como identificam a tristeza?</li><li>○ O que sentem?</li><li>○ Como vêm que os outros estão tristes?</li><li>○ O que fazemos quando sentimos essa emoção?</li><li>○ O que podemos fazer para ajudar o outro quando se sente triste?</li><li>○ O que deixa a professora feliz?</li><li>○ Como identificam o medo?</li><li>○ O que sentem?</li><li>○ O que vos mete medo?</li><li>○ A mim os filmes de terror metem-me muito medo, até tenho medo do escuro.</li><li>○ E jogar certos jogos também vos deixa com medo?</li><li>○ O que fazemos quando sentimos essa emoção?</li><li>○ Será que a professora também tem medos?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Como identificam a raiva?</li> <li>○ O que sentem?</li> <li>○ Como vêm que os outros estão com raiva?</li> <li>○ O que podemos fazer quando sentimos essa emoção?</li> <li>○ O que podemos fazer para ajudar o outro quando sente raiva?</li> </ul>
<b>CONCLUSÃO</b> 10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jogo das emoções;</li> <li>○ Técnica de relaxamento (cheirar flor, apagar vela);</li> </ul>
<b>AValiação</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partilha da experiência com expressão de sensações, emoções e opiniões;</li> <li>○ Aplicação de instrumento de avaliação (Escala de Lickert de faces – Anexo II);</li> </ul>

## **Sessão 2 – Autoconhecimento**

<b>INTRODUÇÃO</b> 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cumprimentos iniciais;</li> <li>○ Apresentação;</li> <li>○ Alertar para regras da sala de aula;</li> <li>○ Recordar sessão anterior;</li> </ul>
<b>DESENVOLVIMENTO</b> 40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vocês sabem o que é o autoconhecimento;</li> <li>○ Serve para quê?</li> <li>○ Será que é importante?</li> <li>○ Já alguma vez pensaram nisto?</li> <li>○ Será que se nos conhecermos melhor também lidamos melhor com as nossas emoções?</li> <li>○ O que podemos descobrir com o autoconhecimento?</li> <li>○ Agora vamos refletir um bocadinho;</li> <li>○ Numa folha branca vão desenhar as vossas duas mãos, se tiverem dificuldade podem pedir ajuda a alguém, mas sem fazer muito barulho, têm 5 minutos;</li> <li>○ Alguém sabe o que é uma qualidade?</li> <li>○ Num dos dedos da mão esquerda vão escrever uma qualidade vossa, sem fazer barulho;</li> <li>○ Alguém sabe o que é um defeito?</li> <li>○ Em outro dedo da mão esquerda vão escrever um defeito vosso, sem fazer barulho;</li> <li>○ Alguém sabe o que é um ponto forte?</li> <li>○ Em outro dedo da mão esquerda vão escrever um ponto forte vosso, sem fazer barulho;</li> <li>○ Alguém sabe o que é um ponto fraco?</li> <li>○ Em outro dedo da mão esquerda vão escrever um ponto fraco vosso, sem fazer barulho;</li> <li>○ Para o último dedo vão escrever uma característica física vossa que vocês gostem;</li> <li>○ Passamos então à outra mão, à mão direita;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vão escolher um dedo para escreverem a vossa comida favorita, sem fazer barulho;</li> <li>○ Em outro dedo vão escrever o vosso brinquedo/jogo favorito, sem fazer barulho;</li> <li>○ Em outro dedo vão escrever a vossa roupa favorita, sem fazer barulho;</li> <li>○ Em outro dedo vão escrever a vossa música/banda favorita;</li> <li>○ Por fim vão escrever uma coisa que nova que gostassem de experimentar fazer/comer;</li> </ul>
<p><b>CONCLUSÃO</b> 10 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partilha da experiência com expressão de dificuldades, sensações, emoções e opiniões;</li> <li>○ Verificar onde tiveram mais dificuldade;</li> <li>○ Caso não tenham conseguido completar algum dos dedos pensarem sobre o assunto e pedirem ajuda em casa;</li> <li>○ Estimular a partilha dos seus conhecimentos entre pares e com família;</li> </ul>
<p><b>AValiação</b> 5 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aplicação de instrumento de avaliação (Escala de Lickert de faces– Anexo II);</li> </ul>

### **Sessão 3 – Comunicação Positiva**

<p><b>INTRODUÇÃO</b> 5 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cumprimentos iniciais;</li> <li>○ Apresentação;</li> <li>○ Alertar para regras da sala de aula;</li> <li>○ Recordar sessão anterior;</li> </ul>
<p><b>DESENVOLVIMENTO</b> 45 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sabem o que é a comunicação?</li> <li>○ E como é que ela pode ser positiva?</li> <li>○ Será que existem vários tipos de comunicação?</li> <li>○ Quais são os que conhecem?</li> <li>○ Alguma vez ouviram falar na comunicação não verbal?</li> <li>○ Como é que identificamos que uma pessoa está triste ou feliz sem ela falar?</li> <li>○ Como é que podemos comunicar com os outros sem os magoarmos?</li> <li>○ Devemos dizer mentiras?</li> <li>○ Devemos dizer coisas más?</li> <li>○ Faz sentido falar coisas que possam ter utilidade para o outro?</li> <li>○ Então a isso chama-se falar com assertividade;</li> <li>○ Já ouviram esta palavra alguma vez?</li> <li>○ Vamos ver aqui alguns exemplos;</li> <li>○ Fazer <i>rolleplay</i> para exemplificar diferentes formas de dizer a mesma coisa;</li> <li>○ Será que as nossas palavras têm poder?</li> <li>○ Conseguem lembrar-se de algum exemplo?</li> <li>○ Será que têm poder de transmitir sentimentos bons?</li> <li>○ Vocês ficam felizes quando vos dizem que gostam de vocês?</li> <li>○ Isto é algo que vocês costumam dizer no dia-a-dia?</li> <li>○ E como se sentem se vos disserem que bons a fazer alguma coisa?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ E será que as palavras também magoam?</li> <li>○ Como se sentem se vos disserem que são feios?</li> <li>○ Vocês costumam dizer isso uns aos outros?</li> <li>○ Sabiam que estavam a magoar os vossos colegas?</li> </ul>
<p><b>CONCLUSÃO</b> 10 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jogo dos elogios;</li> <li>○ Partilha da experiência com expressão de dificuldades, sensações, emoções e opiniões;</li> <li>○ Verificar onde tiveram mais dificuldade;</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO</b> 5 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aplicação de instrumento de avaliação (Escala de Lickert de faces – Anexo II);</li> </ul>

**APÊNDICE IV – Apresentação em PowerPoint das sessões psicoeducacionais 1º ciclo**

# Emoções

Sessão de Educação para a Saúde  
 "As Nossas Emoções"  
 Promoção da Saúde Mental em Meio Escolar



## O que é uma EMOÇÃO?

Sensação física e emocional provocada por algum estímulo, que pode ser um sentimento ou um acontecimento. Podem ser sentidas de forma diferente por cada pessoa.

É a emoção que leva uma pessoa a reagir a um acontecimento. Podem acontecer reações físicas como alteração da respiração, choro, vermelhidão, tremores e suores, coração acelerado.



## Hoje vamos falar de EMOÇÕES!



Emoção significa **"mover para fora"**.  
 Demonstra a reação natural às emoções.



Com as emoções que conhecemos, vamos completar as frases:

A Rita ganhou uma prenda de aniversário, ela ficou...

A bicicleta da Júlia partiu-se, ela ficou...

O Tiago tirou a bola ao Manel, o Manel ficou...

O João viu um filme de terror, ele ficou...

O pai do Luís não lhe comprou um jogo, ele ficou...

# Autoconhecimento

REPUBLICA PORTUGUESA SNS INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE ARS AGORA SERVIÇOS AL-Bufera Unidade de Saúde da Comunidade

Sessão de Educação para a Saúde  
"Autoconhecimento"  
Promoção da Saúde Mental em Meio Escolar



Se saúde escolar

## Autoconhecimento




- É o que sabemos sobre nós próprios;
- Quanto melhor nos conhecemos, melhor lidamos com as nossas emoções (boas e menos boas);

## Podemos descobrir:

Qualidades Capacidades

Defeitos



## Vamos refletir???



Somos todos especiais cada um à sua maneira e reavemos respeitar as diferenças de cada um...



## OBRIGADA!





**APÊNDICE V – Ficha Técnica intervenção psicossocial turmas 7º ano**

## FICHA TÉCNICA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**IDENTIFICAÇÃO:** Estar bem e Bem-Estar

**MODELO:** Cognitivo-Comportamental

**OBJETIVO:** Sensibilizar e elucidar para a consciencialização em saúde mental, desenvolvendo temas como a autoestima, empatia, inteligência emocional e comunicação positiva. A promoção de saúde mental, segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar, é o pilar para capacitar jovens em idade escolar e desta forma aumentar os fatores protetores atuando preventivamente face a doenças mentais futuras. O Programa Nacional para a Saúde Mental reforça a necessidade de serem desenvolvidos projetos e programas em meio escolar que permitam adequar as respostas de saúde mental nestas faixas etárias face ao aumento do número de casos de problemas de saúde mental (Carvalho et al., 2016; DGS, 2015; PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL, 2017).

**ENQUADRAMENTO DA TÉCNICA:** A intervenção psicossocial permite abranger indivíduos inseridos em determinada comunidade, fortalecendo-os com o objetivo de criar uma transformação social. Através desta intervenção podem ser criadas condições para desenvolver a autonomia dos indivíduos permitindo-lhes a noção que o próprio discurso é um lugar de mudança (Afonso, 2011; Nunes et al., 2021).

Foram utilizadas intervenções de sociodrama, sociometrias, com o objetivo de apelar à individualidade dos elementos constituintes da turma e de modo a libertá-los da pressão social que sentem. Através destas intervenções são trabalhados temas comuns ao grupo como problemas sociais, permitindo estimular a empatia e promover estratégias de intervenção psicológica no grupo (Ramalho, 2021).

**INDICAÇÕES:** Segundo Piaget, a faixa etária entre os 10 e os 19 anos, compreende o estágio das operações formais, tendo um grande impacto no desenvolvimento cognitivo-intelectual, sendo um momento em que os jovens estão em período de reflexão e desenvolvem diversos tipos de conhecimento. Na fase é normal que as mudanças que ocorrem incitem dúvidas, incertezas e inquietações, sendo necessário tempo para compreender essas mudanças. Acaba por ser uma fase típica de desenvolvimento do jovem no ambiente familiar, na cultura que participa e na sociedade que integra sendo também influenciada por todos estes fatores (Castro et al., 2020; Silva et al., 2011).

**GRUPO-ALVO:** Alunos das turmas do 7º A e o 7ºB da Escola Básica 2 e 3 D. Martim Fernandes inseridas no programa de Saúde escolar da UCC Al-Buhera. Esta intervenção deve ser realizada em grupo.

**ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO:** A técnica deve ser realizada pelo EEESMP, segundo o Regulamento de Competências Específicas nº 515/2018, de 7 de agosto da Ordem dos Enfermeiros, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica consistem na assistência da pessoa ao longo da vida, família, grupos e comunidade, na otimização da saúde mental através da mobilização de dinâmicas adequadas a cada contexto; ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas adequadas a cada contexto e presta cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêuticos, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

**RECURSOS:** Telemóvel com música, Coluna portátil, Papéis; Canetas, Balões, Palitos, Fitas de cores; *RollePlay*; Cadeira; Escala de Lickert (Anexo III)

**DURAÇÃO:** 90 minutos.

**DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:**

<p><b>INTRODUÇÃO</b> 5 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cumprimentos iniciais;</li> <li>○ Apresentação;</li> <li>○ Identificar objetivos;</li> <li>○ Caso alguém não queira participar deve ficar sentado, sem incomodar o grupo;</li> <li>○ Alertar para regras da sala de aula, apesar de estarmos no exterior;</li> </ul>
<p><b>DESENVOLVIMENTO</b> 65 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pedir que cada um escreva num papel como se tem sentido ultimamente (colocar num saco escuro e guardar para o final);</li> <li>○ Formem uma fila e caso se identifiquem com o que vou dizer dão um passo em frente;</li> <li>○ Dá um passo em frente se:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gostas de pizza;</li> <li>○ Gostas de animais;</li> <li>○ Se te tens sentido feliz;</li> <li>○ Se te tens sentido triste;</li> <li>○ Se nem sempre és bom para os teus amigos;</li> <li>○ Se há coisas no teu corpo que não gostas;</li> <li>○ Se sentes que não gostam de ti;</li> <li>○ Se já te disseram que és feio;</li> <li>○ Se dás valor ao que tens;</li> </ul> </li> <li>○ Olhem em volta, tinham noção que não estão sozinhos?</li> <li>○ São coisas que normalmente não verbalizamos e sentimos que estamos a passar por elas sozinhos;</li> </ul>

- Podem voltar a formar a fila;
- Escolher duas pessoas aleatoriamente para se apresentarem uma à outra;
- Devem dizer pelo menos o nome e uma qualidade que acham que a pessoa tem;
- Quando não conseguem identificar a qualidade, reforçar que podem não ser bons observadores, todos temos qualidades.
- Atribuir fitas com cores e dar início à dinâmica da dança, para quebrar vergonhas que se possam sentir;
- Recorrer à música “*All you need is love*” – Virgul e “Juntos somos mais fortes” – Amor Eletro;
- Formar 5 filas onde os primeiros da fila são os azuis, seguidos dos verdes, dos rosas, dos azuis claros e dos amarelos;
- Os azuis são os líderes e os outros têm de imitar todos os movimentos que estes façam;
- Após alguns minutos passam para o fim da fila e os líderes são a cor seguinte, sucessivamente até serem todos líderes;
- Colocar cadeira no centro da sala/átrio;
- Explicar dinâmica cadeira quente: vão deambular em silêncio e quando alguém quiser falar senta-se na cadeira e o restante grupo pára para ouvir a pessoa, caso se identifiquem com o que a pessoa disse podem aproximar-se e até tocar-lhe, caso contrário, afastem-se;
- Incentivar que deambulem pelo espaço;
- Digam-me uma coisa que:
  - Vos deixou feliz este ano letivo;
  - Vos deixou triste este ano letivo;
  - Vos preocupa;
  - Esperam do próximo ano letivo;
- Refletir que nem sempre sabemos o que os outros pensam e sentem, muitas vezes sentimos o mesmo e não sabemos ou podemos também não nos identificar com as preocupações dos outros;
- Dinâmica dos sonhos: distribuir por todos os elementos um balão e um palito e pedir que defendam os seus sonhos (dar tempo);
- Questionar: porque destruíram os sonhos uns dos outros e até mesmo os vossos?
- Bastava terem ficado quietos e nenhum sonho tinha sido destruído;
- Por vezes sentimos que para atingirmos os nossos sonhos, as nossas vontades e desejos temos de magoar os outros e nem sempre é necessário isso acontecer;
- Dinâmica da estátua: pegar em 2/3 papéis que foram escritos no início da intervenção e pedir a 2/3 elementos do grupo que façam uma estátua que mostre esse sentimento;
- Pedir a colaboração do grupo para analisar o sentimento e tentar identificar;
- Pedir a colaboração da estátua para dizer a mensagem que queriam transmitir;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Analisar com o grupo se as estátuas lhes parecem confortáveis;</li> <li>○ Pedir a colaboração das estátuas;</li> <li>○ Pedir a um ou dois elementos do grupo que moldem as estátuas de acordo como sentem que transmitiriam melhor o sentimento;</li> <li>○ Verificar com todos os envolvidos se concordam;</li> <li>○ Verificar com as estátuas como se sentem;</li> <li>○ Analisar conforto das emoções e que nem todos temos a mesma perspetiva das situações;</li> </ul>
<p><b>CONCLUSÃO</b> 10 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partilha da experiência com expressão de dificuldades, sensações, emoções e opiniões;</li> <li>○ Verificar onde tiveram mais dificuldades;</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO</b> 10 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aplicação de instrumento de avaliação (Escala de Lickert – Anexo III);</li> </ul>

**APÊNDICE VI – Ficha técnica Intervenção Psicossocial UDA**

## FICHA TÉCNICA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**IDENTIFICAÇÃO:** Estar bem e Bem-Estar

**MODELO:** Cognitivo-Comportamental

**OBJETIVO:** Sensibilizar para a temática de saúde mental, trabalhar temas como as emoções, autoestima, empatia, inteligência emocional, comunicação positiva e relações interpessoais. O Programa Nacional para a Saúde Mental incentiva a criação e implementação de programas de promoção do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação de doenças mentais (PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL, 2017).

**ENQUADRAMENTO DA TÉCNICA:** A intervenção socioterapêutica consiste num processo sustentado nas relações interpessoais desenvolvidas entre profissionais, reconhecidos com competências para tal, e um grupo. Baseia-se na interação entre os diferentes elementos constituintes desse grupo, neste caso remetendo para interações sociais, uma melhor compreensão do problema, possibilita a criação de novas respostas, para novos problemas, aumentando o sentimento de bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

**INDICAÇÕES:** O psicodrama tem uma ação de saúde, pois visa a transformação através da ação coletiva, centra-se no potencial grupal para a criação de respeito e das diferenças de cada um. Através da sociometria é possível analisar a coesão do grupo e trabalhar aspetos comuns ao mesmo. Assim, pretende-se identificar, desenvolver e transformar a relação intergrupala, tornando-a num espaço terapêutico e promotor de espontaneidade e crescimento (Gambin et al., 2020).

**GRUPO-ALVO:** Utentes internados na Unidade de Desabilitação do Algarve em Olhão.

**ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO:** A técnica deve ser realizada pelo EEESMP, segundo o Regulamento de Competências Específicas nº 515/2018, de 7 de agosto da Ordem dos Enfermeiros, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica consistem na assistência da pessoa ao longo da vida, família, grupos e comunidade, na otimização da saúde mental através da mobilização de dinâmicas adequadas a cada contexto; ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas adequadas a cada contexto e presta cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêuticos, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

**RECURSOS:** Papéis; *RollePlay*; Cadeira; Escala de avaliação da satisfação (Anexo III);

**DURAÇÃO:** 90 minutos.

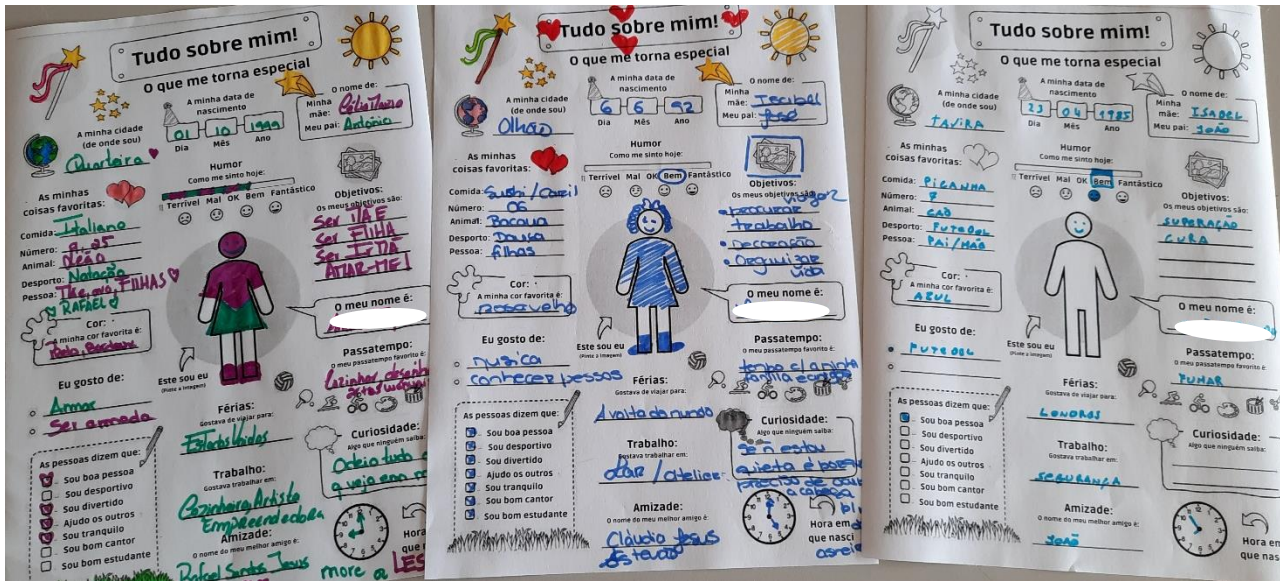
**DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:**

<p><b>INTRODUÇÃO</b> 5 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cumprimentos iniciais;</li><li>○ Apresentação;</li><li>○ Identificar objetivos;</li><li>○ Caso alguém não queira participar deve ficar sentado, sem incomodar o grupo;</li><li>○ Alertar para não haver interrupções;</li></ul>
<p><b>DESENVOLVIMENTO</b> 65 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Com o grupo sentado explorar diferença entre emoções e sentimentos;</li><li>○ Solicitar que se levantem e deambulem pelo espaço;</li><li>○ Explicar que quando se cruzarem com um colega devem cumprimentá-lo sem falar e sem se tocar;</li><li>○ De seguida podem cumprimentar o colega com um toque (ou no braço, ou com o pé);</li><li>○ Colocar os utentes frente a frente e pedir para apresentar a pessoa que têm à sua frente, dizendo o seu nome e algo que gostem na pessoa (estimular a observação);</li><li>○ Colocar uma cadeira no centro da sala/átrio;</li><li>○ Explicar dinâmica cadeira quente: vão deambular em silêncio e quando alguém quiser falar senta-se na cadeira e o restante grupo pára para ouvir a pessoa, caso se identifiquem com o que a pessoa disse podem aproximar-se e até tocar-lhe, caso contrário devem afastar-se;</li><li>○ Incentivar que deambulem pelo espaço e se expressem;<ul style="list-style-type: none"><li>○ Nos últimos dias como se têm sentido?</li><li>○ Como foi chegar aqui?</li><li>○ O que vos preocupa?</li><li>○ Expetativas para o vosso futuro?</li></ul></li><li>○ Refletir que nem sempre sabemos o que os outros pensam e sentem, muitas vezes sentimos o mesmo e não sabemos ou podemos também não nos identificar com as preocupações dos outros;</li><li>○ Dinâmica da estátua: em dois papéis vão estar escritos duas emoções e dois elementos devem trabalhar em conjunto para</li></ul>

	<p>transmitir essa emoção e o restante grupo tem de adivinhar qual a emoção;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pedir a colaboração do grupo para analisar a emoção;</li> <li>○ Pedir a colaboração das estátuas para desvendar a emoção;</li> <li>○ Analisar com o grupo se as estátuas lhes parecem confortáveis;</li> <li>○ Pedir a colaboração das estátuas;</li> <li>○ Pedir a um ou dois elementos do grupo que moldem as estátuas de acordo como sentem que transmitiriam melhor a emoção;</li> <li>○ Verificar com todos os envolvidos se concordam;</li> <li>○ Verificar com as estátuas como se sentem;</li> <li>○ Analisar conforto das emoções e que nem todos temos a mesma perspetiva das situações;</li> <li>○ Sentar calmamente e analisar a importância dos relacionamentos interpessoais dentro da UDA e após alta;</li> </ul>
<p><b>CONCLUSÃO</b> 10 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partilha da experiência com expressão de dificuldades, sensações, emoções e opiniões;</li> <li>○ Verificar onde tiveram mais dificuldades;</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO</b> 10 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aplicação de instrumento de avaliação da satisfação (Anexo III);</li> </ul>

**APÊNDICE VII – Atividades desenvolvidas UDA**

## Quem sou eu?



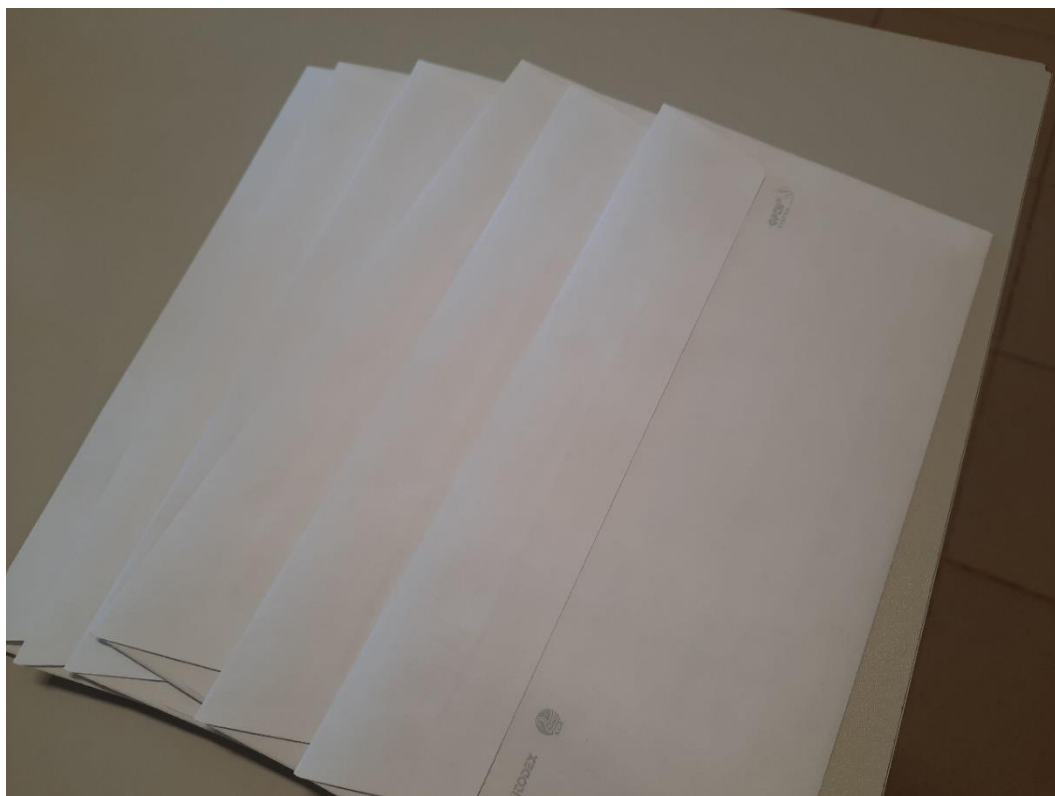
## Semáforo de arrefecimento



## Moldura emocional



## Cartas de gratidão



## **APÊNDICE VII – Estudo de caso**



**Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

**ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO ALGARVE**

**ESTUDO DE CASO**

**Telma Neto**

**Leiria, dezembro de 2022**

**Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

**ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA  
UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO ALGARVE**

**ESTUDO DE CASO**

**Telma Neto**

**Enfermeiro orientador:**

**António Rebelo**

**Docente orientador:**

**João Gomes**

**Leiria, dezembro de 2022**

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 3º semestre, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria a decorrer na Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA), entre 21 de novembro de 2022 e 19 de janeiro de 2023, foi proposta a realização de um estudo de caso.

Para dar desenvolvimento ao estudo de caso foi solicitado à pessoa em estudo, o seu consentimento livre e esclarecido. De forma a garantir a sua privacidade e confidencialidade da informação colhida, não serão utilizados os nomes, apenas iniciais. Foram tidos em consideração também os princípios éticos que regem a profissão de Enfermagem.

Com o desenvolvimento deste estudo de caso, prende-se o objetivo de retratar o Processo de Enfermagem com intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e dar resposta a um dos objetivos específicos delineado no projeto de estágio “prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

O modelo concetual utilizado na realização do presente estudo de caso foi o modelo dos sistemas de Betty Neuman.

Este documento encontra-se dividido em seis partes. A primeira parte é referente ao enquadramento conceptual, a segunda parte é referente à metodologia, a terceira parte é referente à avaliação de enfermagem, a quinta parte é referente ao plano individual de cuidados desenvolvido, a sexta parte é referente à discussão de resultados.

O estudo de caso é considerado uma ferramenta importante para compreender, explorar ou desenvolver acontecimentos onde podem estar envolvidos vários fatores (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Este instrumento de investigação torna-se pertinente na conciliação de conhecimentos e perspetivas de modo a atingir a melhoria da pessoa, considerando os diagnósticos de enfermagem identificados (Ventura, 2007).

## **ENQUADRAMENTO CONCETUAL**

Analisando a pessoa como um ser biopsicossociocultural, moldada pelo ambiente onde se encontra inserida e sendo influenciada pela família, sociedade e cultura da qual faz parte, o EEESMP deve trazer para a relação terapêutica os seus conhecimentos e habilidades que ajudem na promoção de SM, permitindo ajudar na construção de

relações interpessoais eficazes, com o objetivo de modificar atitudes e práticas de vida (Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018). Betty Neuman, com o seu modelo dos sistemas, oferece uma base unificadora para abordar uma vasta gama de preocupações em enfermagem. Neste a pessoa depara-se com diversas situações que colocam o seu bem-estar em causa, criando tensão e podendo surgir a necessidade de ajuda de um profissional para encontrar estratégias que permitam auxiliar no desenvolvimento de mecanismos de defesa e adaptação, promovendo a sua recuperação (Costa, et al., 2020).

O modelo Tidl representa uma significativa alternativa às correntes teóricas em saúde mental, pois foca a sua atenção nos benefícios que podem ser adquiridos quando a pessoa assume um papel ativo no seu tratamento. Identifica os cuidados de enfermagem como sendo interativos e focados no que tem de ser feito para ajudar a pessoa no presente, perspetivando o futuro. Representa a pessoa em três domínios: eu, o mundo e o outro. O domínio do eu, reforça a necessidade de individualizar o plano de cuidados mediante cada pessoa, pois consiste no que existe mais íntimo em cada um. O mundo e o outro englobam a necessidade de compreensão por parte dos outros que fazem parte da sua vida e pela sociedade onde está inserida. Este modelo, centrado na pessoa, nas suas experiências e na sua recuperação é visto como a possibilidade de mudar práticas na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Permitindo à pessoa envolver-se no seu processo de recuperação, através da compreensão das suas experiências de vida (Freitas et al., 2020; Savaşan & Çam, 2017).

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Os problemas ligados ao álcool constituem um problema de saúde pública e interferem com diferentes aspetos da vida do indivíduo. Na União Europeia o consumo de álcool está relacionado com 20% a 40% das admissões psiquiátricas e suicídios masculinos. Clinicamente podem surgir problemas a nível esofágico, gástrico, do intestino delgado, do pâncreas, hepático, perturbações cardiovasculares, hematológicas, osteomusculares, metabólicas, infecciosas, neoplasias e alterações neurológicas. Também podem associar-se perturbações psiquiátricas e outras dependências. A nível psicossocial, o consumo excessivo dificulta a adaptação familiar e sociolaboral devido à deterioração do funcionamento cognitivo, emocional e comportamental. As primeiras dificuldades aparecem na família e nas relações interpessoais (APMGF, 2005).

O Plano Nacional de Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2021-2030, centra-se no cidadão e no cruzamento entre os seus ciclos de vida mediante diversos contextos com base em três pilares: **empoderar**, através de uma participação

ativa e esclarecida dos sistemas sociais promotores de estilos de vida saudáveis; **cuidar**, garantindo suporte a todos que necessitem de respostas na área dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; e **proteger**, com medidas que permitam regular e fiscalizar a oferta de substâncias ou exposição a situações potencialmente aditivas, protegendo os mais vulneráveis (SICAD, 2022).

A intervenção psicoterapêutica, baseada em técnicas de psicoterapia, tem o objetivo de assistir a pessoa na modificação positiva dos seus comportamentos, emoções ou características pessoais. Esta pode ser promotora de mudanças e auxiliadora na construção de novas possibilidades de vida para pessoas com dependência alcoólica. Dentro desta é de salientar que a terapia cognitivo-comportamental pode ter um efeito positivo nestas situações, pois permite intervir de forma estruturada, visando metas e tarefas a serem cumpridas pela pessoa, tornando o momento de intervenção ativo e dinâmico e ao tornar-se ativa na sua recuperação terá maior *insight* e maior capacidade de agir perante a mudança (Alves, 2016).

## **METODOLOGIA**

Recorreu-se à metodologia de estudo de caso de um homem, J.

J. encontra-se internado na UDA por consumo abusivo de álcool. Tem história de anteriores internamentos em diferentes unidades de desabituação em Portugal. Associa a sua recaída mais recente com o facto de ter perdido o emprego após a recaída anterior e com o facto de não ter relacionamento com a filha. No desenvolvimento do seu discurso apresenta um plano futuro pouco estruturado, aparentemente orientado auto e alopsiquicamente, contacto cordial. Discurso coerente e fluente, respondendo apenas ao questionado, sem alterações da sensopercepção, com *insight* para o seu motivo de internamento. Dado que o seu internamento é devido a consumos alcoólicos o que está preconizado são 12 dias de internamento, após esse período irá integrar uma comunidade terapêutica durante um ano.

No desenvolvimento do estudo de caso e das intervenções psicoterapêuticas foi-se observando uma significativa alteração da sua postura, ficou mais à vontade e tornou-se mais comunicativo. O presente estudo de caso foi desenvolvido em 5 dias de intervenção com o utente, tendo dado início ao mesmo no dia após a sua entrada na unidade.

A escolha deste utente para a realização do estudo de caso surge pela oportunidade de adquirir conhecimentos e competências de EEESMP na área das dependências. O utente concordou com a realização do mesmo e aceitou participar em todas as

intervenções realizadas. A colheita de dados aconteceu durante a entrevista clínica, método através do qual o enfermeiro colhe as informações necessárias, de modo a compreender melhor o problema. Permitindo a realização de um plano individual de cuidados individualizado e personalizado (Sequeira, 2016). Esta entrevista foi realizada de acordo com os dez valores do modelo Tidal (Anexo V) e foi também realizada a avaliação do estado mental de J. e aplicados quatro questionários (Anexo I – AUDIT; Anexo II – CAGE; Anexo III – Mini Mental State Examination; Anexo IV – Escala de Autoestima de Rosenberg).

Como referido anteriormente, a entrevista aconteceu ao segundo dia de internamento de J. e em conjunto foi definido o plano de intervenção, de forma a dar resposta às necessidades de adaptação do J. de modo a satisfazer as suas necessidades e criar estratégias para regressar à harmonia do seu sistema. Com base no modelo concetual selecionado a intervenção de enfermagem é compreendida como o processo de “agir com” a pessoa, onde os cuidados de enfermagem se centram na promoção de estabilidade do sistema através da criação de novas linhas de defesa (Tomey & Alligood, 2004).

## **HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM**

J. tem 52 anos. Tem como antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus tipo II, hipercolesterolemia, depressão, Transtorno bipolar e asma. Como já referido anteriormente, o seu diagnóstico de internamento são consumos alcoólicos.

### **História de vida**

J. tem 52 anos, raça caucasiana, natural e residente na região sul há cerca de 10 anos. É divorciado e vive num apartamento no MAPS (Movimento de Apoio á Problemática da SIDA) com mais 3 colegas de casa. Aparentemente em boas condições de habitabilidade.

J. tem duas irmãs, uma mais velha e uma mais nova. Descreve a sua infância como um período marcante, “o meu pai era alcoólico, bebia muito e batia na minha mãe e eu e a minha irmã assistíamos a isso todos os dias”. Mais tarde o seu pai viria a morrer e a mãe encontrou um companheiro, que J. refere como seu padrasto. Durante os anos que J. viveu em casa recorda “nunca foi uma boa relação, eles discutiam muito e ele tinha muitos ciúmes da minha mãe, mas agora a relação deles melhorou, está mais calma”. Não tem relação com a irmã mais nova, segundo J. esta deixou de lhe falar quando foi internado há cerca de 3 anos por consumos alcoólicos. Mantém o contacto com a mãe, com o padrasto e com a irmã mais velha, que reside em França. No entanto apenas a irmã sabe que teve uma recaída e que se encontra internado, quando questionado

refere que “não quis preocupar a minha mãe”. Desde que saiu de casa da mãe, na região do Norte, já viveu em vários sítios até chegar ao Algarve, não tem grandes amizades dos tempos de infância “o contacto foi-se perdendo”.

Esteve sóbrio durante três anos, nessa altura tirou um curso (não sabe especificar) que lhe permitiu trabalhar durante tem ambiente hospitalar, sente que este é o seu caminho, pois gosta de ajudar os outros. “Quando sair da comunidade quero novamente voltar a trabalhar com os idosos, é uma área que gosto e me dá prazer”. A recaída associa-se com o facto de ter perdido o trabalho, mas quando explorado verificámos em conjunto que quando perdeu o trabalho já tinha recaído e estava deprimido, o que o fazia ficar na cama o dia todo, só se levantando para ir comprar bebida.

J. casou-se há cerca de 35 anos, “na altura eu já bebia muito e quando bebia tornava-me agressivo e cheguei a bater nela. Com o tempo ela fartou-se e deixou-me”. Após esse período conheceu outra mulher, com quem teve uma filha, “esta relação também não acabou da melhor forma e ela pôs-me fora de casa” na altura a filha de J. tinha um ano e ele só a voltou a ver quando ela fez cinco anos. “A relação com a mãe da minha filha depois da separação nunca mais foi a mesma, ela não me deixava ver a menina o que me levava ainda a beber mais”. A relação com a filha foi intermitente até há cerca de 4 anos, última vez que esteve internado, ela foi deixando de o contactar até mudar de número. Entretanto J. foi tendo outras relações ocasionais, mas segundo o mesmo nada sério. Em 2020 conheceu uma senhora que reside no Brasil e veio de férias a Portugal, deram-se bem e começaram a namorar, após isso ele já foi ao Brasil visitá-la e, entretanto, delinearam que no futuro ele iria morar para lá com ela.

Quando questionado sobre o início dos seus hábitos alcoólicos refere que começou a beber aos 12 anos, na altura trabalhava numa taberna da aldeia onde vivia e “os velhotes deixavam restos de vinho no copo e eu ia bebendo e gostava”. Quanto mais velho ficava, mais ia bebendo, tornando-se na sua rotina. Refere que nunca perdeu a consciência, tem memória de tudo o que fez de mal sob o efeito de álcool, que magoou muitas pessoas à sua volta e não quer perder mais ninguém. Tem orgulho nos três anos que esteve sóbrio, mas admite vergonha ao ter recaído novamente. Após ter pedido novamente ajuda, e lhe terem dito que seria a sua última hipótese, apresenta-se bastante esperançoso relativamente ao futuro, sente que está na hora de se esforçar para mudar definitivamente de vida.

### **Genograma e ecomapa**

Estes elementos (Fig. 1) permitem obter informação relativamente à constituição familiar e aos sistemas envolventes à pessoa. O genograma consiste num diagrama que visa

representar a estrutura familiar interna com o objetivo de representar graficamente os membros da família, as suas relações, vínculos, dados demográficos e história clínica. Com este conseguimos compreender o indivíduo no contexto familiar e o impacto da família no indivíduo (Correia et al., 2021).

Enquanto o ecomapa permite explorar as interações de A, sendo um instrumento que possibilita a identificação de desequilíbrios na rede social, retrata as relações sociais e familiares e permite a avaliação dos apoios existentes em contexto social (Correia et al., 2021).

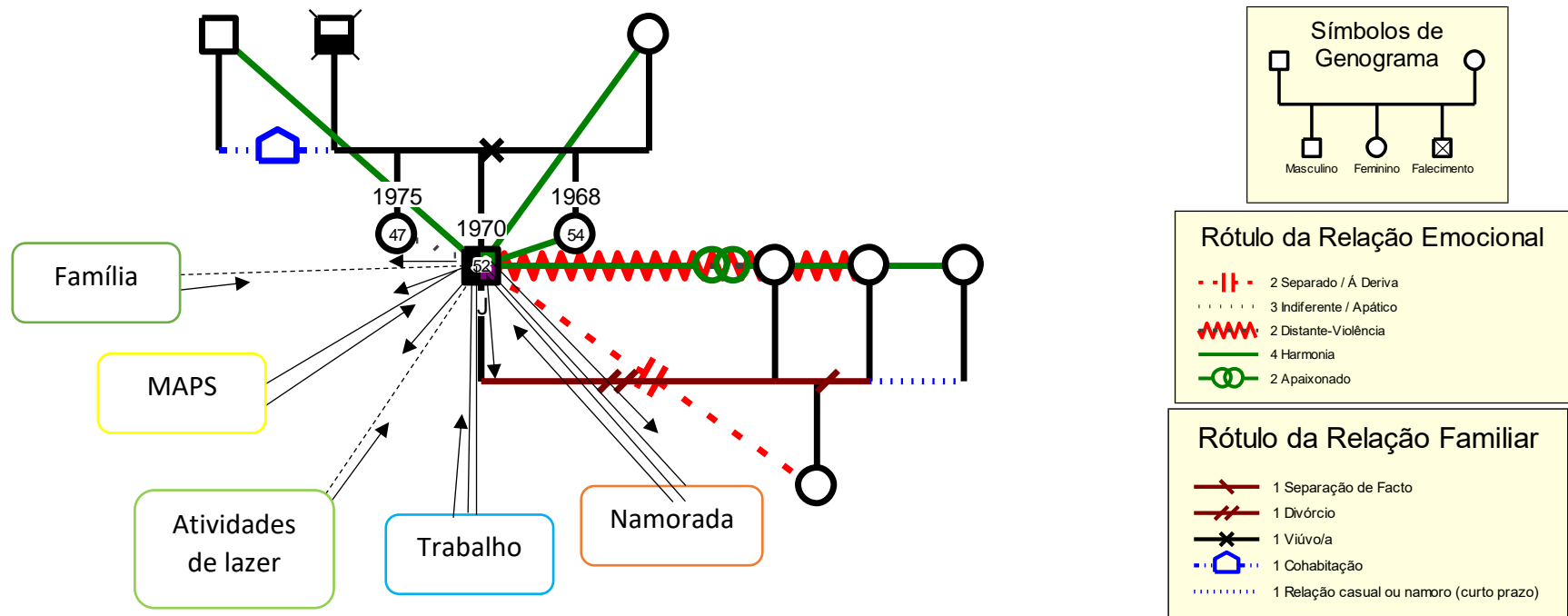


Figura 2 - Genograma e ecomapa de J. (GenoPro, 2020).

## **AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL**

A avaliação do estado mental de J. foi realizada durante a entrevista de colheita de dados.

### **Exame físico**

J. apresenta sobrepeso para a sua altura e aspeto pouco cuidado. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Dispneico. Movimenta-se com dificuldade, apresenta abdómen ascítico e com dificuldades em se levantar, cansa-se muito facilmente. Apesar destas dificuldades é independente nas suas atividades de vida diárias. Deambula sem dificuldade.

### **Avaliação do estado mental**

J. é um homem com idade aparente semelhante à sua idade real. Apresenta aspeto descuidado, barba feita, cabelo comprido. Cabelo castanho de cor natural, penteado. Unhas compridas. Vestuário limpo, enverga roupa própria, inadequada à estação do ano, refere que tem calor, sem acessórios. Sem expressividade facial, contacto ocular fácil, mantém olhar com entrevistador.

Apresenta-se consciente, com atenção ativa e orientado no tempo, espaço, situação pessoal e geral. Sem alterações visíveis ao nível da memória e perceção. O seu discurso é fluente e coerente, não apresenta dificuldade em se exprimir. Não se verifica alteração na vivência do eu. Durante a entrevista inicial apresentou humor eutímico.

Vigil e orientado auto e alopsiquicamente. Mantém com facilidade a sua atenção, não se verificam alterações ao nível da cognição, concentração ou memória.

Durante entrevista manteve-se sentado, com uma postura descontraída. Não se verificou expressão facial. Emoções adequadas com o seu humor.

O seu discurso é fluente, coerente e pobre, com dificuldade em encontrar palavras para se exprimir. Não se verificam alterações do conteúdo pensamento ou da sensoperceção. Tem insight e juízo crítico relativamente ao seu problema reconhecendo que “está na hora de mudar”. Concorda com a proposta de intervenção e admite vontade em colaborar.

## **PLANO DE CUIDADOS**

Segundo o Padrão da Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Saúde Mental (2011), a elaboração do plano de cuidados é realizada com recurso à avaliação

das necessidades identificadas em conjunto com a pessoa e pode ser negociada a sua implementação. Os diagnósticos são elaborados com base nas necessidades de cuidados identificadas e descritos de acordo com o Sistema de Classificação Para a Prática de Enfermagem. De acordo com a entrevista de colheita de dados e nas escalas aplicadas, foi delineado um plano de cuidados com base nas competências específicas de EEESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Diagnóstico de enfermagem	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Intervenções de EEESMP	Avaliação das intervenções
Coping ineficaz	Adequar comportamentos a situações quotidianas;  Auxiliar na criação de estratégias empoderadoras para aplicar no futuro;	Executar apoio emocional: - Encorajar expressão de sentimentos;  Escuta ativa;  Apoio emocional;	Executar intervenção psicoterapêutica permitindo identificar o problema;  Reestruturação cognitiva – Terapia cognitivo-comportamental  Modificação do comportamento;  Treino de controlo de impulsos;  Treino de assertividade;	Identificou situações com perda de controlo comportamental e emocional e delineamos em conjunto novas abordagens para essas situações;  Identificámos formas diferentes de dizer a mesma coisa, sendo bom, verdadeiro e útil nas suas palavras;
Abuso de álcool	Identificar novas formas de prazer;	Executar apoio emocional: - Encorajar expressão de sentimentos;  Escuta ativa;	Executar intervenção psicoterapêutica permitindo identificar o problema;	Escrever prós e contras da mudança e analisar em conjunto ambos.

		Apoio emocional;	Assistência na automodificação;  Reestruturação cognitiva – Terapia cognitivo-comportamental;	Escrever carta ao “Eu” de aqui a cinco anos. Explorar temas da carta em conjunto.  Explorar aspetos que levaram à recaída e novas formas de os contornar.
Autoestima	Promover autoconsciência;  Promover identificação de qualidades/defeitos;	Executar apoio emocional: - Encorajar expressão de sentimentos;  Escuta ativa;	Executar intervenção psicoterapêutica permitindo identificar o problema;  Entrevista motivacional;  Reestruturação cognitiva – Terapia cognitivo-comportamental;	Identificar qualidades e defeitos de forma escrita, explorar cada uma delas individualmente e verificar aspetos positivos e menos bons das mesmas em conjunto.
Tristeza	Reduzir períodos de tristeza;  Identificar atividades de lazer que tragam prazer;	Executar apoio emocional: - Encorajar expressão de sentimentos, medos e expectativas (verbal e escrita);  Escuta ativa;	Executar intervenção psicoterapêutica permitindo identificar o problema;  Reestruturação cognitiva – Terapia cognitivo-comportamental;	Identificar foco de tristeza e escrever carta de perdão;  Explorar aspetos positivos na sua vida, no seu dia-a-dia e escrever carta de agradecimento assertiva.

## **DISCURSSÃO DOS RESULTADOS**

O acompanhamento ao utente deste estudo de caso aconteceu entre 21 de novembro de 2022 e 25 de novembro de 202, período onde ocorreram cinco intervenções (Anexo VI).

**Primeira sessão – Iniciação:** Nesta sessão foi realizada a entrevista de colheita de dados, tendo sido dado início ao processo de relação terapêutica. Foi clarificado o funcionamento das sessões e esclarecidas eventuais dúvidas. J. concordou com a realização do estudo de caso e com o desenvolvimento das próximas sessões, confirmando que iria participar ativa e voluntariamente. Visto que J. já tinha reconhecido e identificado o problema e tinha o objetivo vincado de mudar os seus comportamentos, ele já se encontrava, com base no ciclo da mudança de Prochaska e Di Clemente no início da fase de preparação. De modo a fortalecer a sua tomada de decisão foi sugerido que escrevesse numa folha os prós e contras da mudança até à próxima sessão (APMGF, 2005; Romano & Peters, 2016). Nesta sessão também foram aplicados os instrumentos acima mencionados que se encontram em anexo (Anexo I – AUDIT; Anexo II – CAGE; Anexo III – Mini Mental State Examination; Anexo IV – Escala de Autoestima de Rosenberg).

Resultados:

**Audit** – 30 pontos o que corresponde a provável dependência;

**CAGE** – 3 respostas positivas, corresponde a abuso ou dependência de álcool;

**Mini Mental State Examination** – 28 valores.

**Escala de Autoestima de Rosenberg** – 17 valore.

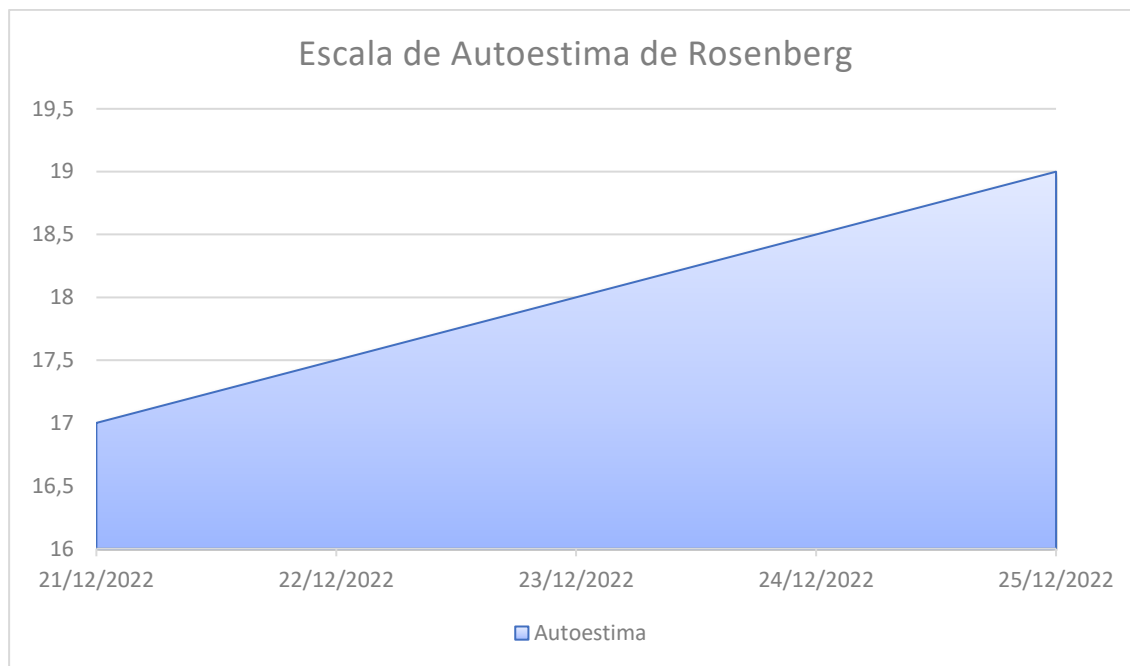
**Segunda sessão – Exploração:** Durante esta sessão explorámos a tarefa que o J. se comprometeu a realizar no dia anterior, os prós e contras da mudança (Apêndice I). J. surpreendeu ao apresentar um poema para os prós e outro para os contras, identificando imediatamente que escrever poemas é uma coisa que lhe dá prazer e não fazia há algum tempo. Após verificar que não teve dificuldade na realização da tarefa, analisámos em conjunto cada pró e cada contra e de que forma cada aspeto pode trazer estabilidade ou desarmonia para o sistema pessoa. De forma a promover o seu autoconhecimento J. foi incentivado a explorar as suas qualidades e defeitos de forma escrita para a próxima sessão, tendo o mesmo concordado.

**Terceira sessão – Compreensão:** J. realizou a tarefa proposta e apresentou dois poemas, um intitulado de “Qualidades” e outro de “Defeitos” (Apêndice II). Exploramos em conjunto as qualidades e defeitos e relacionamos como podem estas qualidades e defeitos ajudar J. a

alcançar a mudança que ambiciona. Identificámos pensamentos automáticos recorrentes e de que forma podemos alterá-los, com base nos temas identificados. Existiram muitos temas que vieram à baila, mas quando questionei J. se ele devia algum pedido de desculpas a alguém os olhos dele brilharam e ele respondeu afirmativamente. De forma a aumentar as emoções positivas foi sugerida como tarefa para o dia seguinte a realização de uma carta do perdão, de forma que se pudesse sentir mais sereno e tranquilo, podendo levar ao encerramento de mágoa que possa existir relativamente a algum dos temas discutidos (C. Ferreira, 2009).

**Quarta sessão – Instrução e treino:** A sessão foi iniciada com a leitura por J. da sua carta de perdão (Apêndice III). Acontecimentos de vida que tenham causado desarmonia no sistema, têm impacto negativo em várias áreas de vida da pessoa. Através da escrita expressiva e do perdão estamos a trabalhar estratégias de *coping*, permitindo gerir stressores, em ambiente terapêutico, que podem preparar a pessoa para o regresso à comunidade/sociedade (Ferreira, 2009). Recordámos também a sessão anterior e formas de modificar pensamentos negativos. Explorámos por fim a gratidão, e a importância de agradecer. J. sente que tem muito a agradecer a quem o tem ajudado e que possivelmente não o tem feito da maneira correta. Ao falar de gratidão a pessoa experiêcia a vida numa perspetiva positiva, analisa situações em que se deparou com dificuldades e leva conseqüentemente ao fortalecimento de laços (Dierka & Vieira, 2016). J. concordou em realizar uma carta de agradecimento para quem não perdeu a esperança em si.

**Quinta sessão – Conclusão:** Iniciámos a sessão analisando a carta de agradecimento que J. dirigiu a quem tem esperança na sua recuperação, a maneira como se sentiu ao escrevê-la e de que forma essas pessoas estariam orgulhosas do J. naquele dia (Apêndice IV). Revimos as sessões anteriores, de que forma J. se sentiu e como é que estas foram auxiliaadoras na criação de novas linhas de defesa promotoras de um aumento de bem-estar e estabilidade do sistema pessoa. Foi incentivado aquando surgissem dúvidas do seu percurso reler o trabalho realizado e lembrar-se de estratégias que ele próprio tinha delineado para a sua recuperação. Só faria sentido concluir esta sessão com J. escrevendo uma carta para si próprio daqui a cinco anos, permitindo que ele durante esse tempo a fosse lendo e focando-se nos seus objetivos (Apêndice V). Realizou novamente o preenchimento da Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo IV).



A relação terapêutica e o facto de J. ter tido um papel ativo e criativo nas intervenções realizadas foram promotores na consciencialização de certas temáticas e no desenvolvimento do processo de recuperação, levando J. para a próxima fase do ciclo de mudança, a ação. O presente estudo de caso permitiu-me desenvolver “uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional”; desenvolvendo “o autoconhecimento e a assertividade”; e baseando a minha prática clínica especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Quanto ao desenvolvimento de competências de EEESMP permitiu-me assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, no sentido de recuperar a sua saúde mental, com base num plano de cuidados individualizado e em processos psicoterapêuticos devidamente adaptados à pessoa e à situação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acciari, A. (2014). INFLUÊNCIA DA PSICOTERAPIA BREVE TRANSPESSOAL EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN. *UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS*.
- Afonso, M. L. (2011). Notas sobre sujeito e autonomia na intervenção psicossocial. *Psicologia Em Revista, 17*(3).
- Afonso, T., & Loureiro, F. (2018). Cuidados à criança em situação crítica - Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem. *Associação Científica Dos Enfermeiros, 9*, 13–17.
- Almeida, F. (2011). A Essência do Processo de Enfermagem. *Universidade Fernando Pessoa*.
- Alves, M. (2016). Como a psicoterapia pode ajudar no tratamento do alcoolismo. *Psicólogos Em São Paulo*.
- Alves, N. da S. S., Barros, S. F. de, Bernardes, I. R., Magrin, N. P., Silva, J. R., Duarte, P. F., Bastos, P. A. F., & Seidl, E. M. F. (2020). *RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON COMO ESTRATÉGIA DE MANEJO DE ESTRESSE E ANSIEDADE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV: RELATO DE EXPERIÊNCIA* (pp. 569–578). <https://doi.org/10.37885/200700718>
- Alves, Sónia. (2018). *Criação e validação de um programa promotor de saúde mental positiva em adolescentes*.
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante CIPE*. Lusociência.
- APMGF. (2005). Como atuar perante o consumo nocivo de álcool? *Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*.
- ARSalgarve. (2021). *Plano de Atividades*.
- Assessoria Científica - Lab Rede. (2017). *DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS*. <http://www.gastro.org/guidelines>,
- Badin, M., Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2015). The applicability of the nursing process in caring for psychiatric patients: an integrative review. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português), 11*(4), 243. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i4p243-255>
- Baptista, A. (2013). *Aprenda a ser feliz* (Lidel, Ed.).
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*(3), 233–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2007). *El Modelo Tidal*. EDITA.
- Beck, J. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental* (artmed, Ed.; 2ª).
- Branco, C. (2008). ALEXITIMIA, QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL . À *Faculdade de Psicologia e de Ciências Da Educação Da Universidade Do Porto*.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*.

- Campos, S. (2019). Estágio em Psiquiatria na Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Universitário do Porto. *Universidade Do Porto*.
- Carvalho, Á., Amann, G., Almeida, C., Pereira, F., Ladeiras, L., Lima, R., Lopes, I., Leal, P., & Marta, F. (2016). Saúde Mental em Saúde Escolar - Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar. *Direção Geral de Saúde*.
- Castro, K., Medeiros, L., Ferreira, M., Moreira, N., Borges, R., & Gouveia, A. (2020). AÇÃO EM SAÚDE MENTAL COM O PÚBLICO INFANTO-JUVENIL: CAMINHOS PARA ABORDAGEM DE TRANSTORNOS MENTAIS NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO. *Biblioteca Digital de Eventos Científicos Da UFPR, II Congresso de Saúde Coletiva Da UFPR*.
- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve. (2022). *Guia de integração de alunos*.
- Corpas, F., & Loyola, C. (2005). Transferência e contratransferência na enfermagem psiquiátrica. *Revista Min. Enfermagem., 9(4)*.
- Costa, D. S. da, Medeiros, N. de S. B., Cordeiro, R. A., Frutuoso, E. de S., Lopes, J. M., & Moreira, S. da N. T. (2020). Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Estudantes de Medicina e Estratégias Institucionais de Enfrentamento. *Revista Brasileira de Educação Médica, 44(1)*. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190069>
- DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. *Direção Geral de Saúde*.
- DGS. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Dierka, L., & Vieira, P. B. (2016). Gratidão: Um elixir ao alcance de todos. *Centro Reichiano - Psicologia Corporal, 417-422*.
- Enders, G. (2014). *A vida secreta dos intestinos*. Lua de papel.
- Fernandes, I., & Gil, L. (2019). Qualidade de vida da pessoa com doença inflamatória intestinal. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(23)*, 89-98. <https://doi.org/10.12707/RIV19048>
- Ferreira, A. L., Acciari, A. S., Bezerra, M. A., & Tavares, M. F. (2019). *Tratado de Psicologia Transpessoal - Perspetivas atuais em Psicologia* (UFPE, Ed.; Vol. 2).
- Ferreira, C. (2009). O processo de perdão num paradigma de escrita expressiva. *Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e de Ciências Da Educação*.
- Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista UIIPS, VI(2)*, 102-107.
- Filho, A., Fortes, F., Queirós, P., Peres, M., Vidinha, T., & Rodrigues, M. (2015). Historical trajectory of the psychiatric reform in Portugal and in Brazil. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(Nº 4)*, 117-125. <https://doi.org/10.12707/RIV14074>
- Freitas, R. J. M. de, Araujo, J. L. de, Moura, N. A. de, Oliveira, G. Y. M. de, Feitosa, R. M. M., & Monteiro, A. R. M. (2020). Nursing care in mental health based on the TIDAL MODEL: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73(2)*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>

- Gambin, K., Almeida, V., & Vitali, M. (2020). Psicodrama de grupo e dependência química: trabalhando projetos profissionais e experiências de lazer. *Perspectivas Em Psicologia*, 24(1).
- Garcia, A. P. R. F., Freitas, M. I. P. de, Lamas, J. L. T., & Toledo, V. P. (2017). Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 220–230. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>
- García, E. (2021). A intervenção psicossocial na saúde mental. *A Mente é Maravilhosa*.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*.
- Gillihan, S. (2020). *Como Vencer a Ansiedade, a Depressão, a Raiva e o Pânico - O Essencial da Terapia do Comportamento Cognitivo-Comportamental* (M. Moura & I. França, Eds.). 4 Edições.
- Guadanhin, C. (2022). AUTOCONHECIMENTO, SUCESSO E LIDERANÇA: COMO A PRÁTICA DE ESTUDAR E CONHECER A SI MESMO PODE IMPACTAR NA TRAJETÓRIA DE UM LÍDER E TRANSFORMAR SUAS COMUNIDADES DE INFLUÊNCIA? *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(6), 947–971. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i6.5940>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Infarmed. (2015). *Relatório Público de Avaliação*.
- Krabbendam, I. (2003). Cognitive rehabilitation in Schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*.
- Leitão, M. (2019). Doença Inflamatória Intestinal: Qualidade de Vida e Influência da Suplementação. *Instituto Politécnico Do Porto*.
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas Em Psicologia*, 25(1), 17–28. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- LEMOS, I. S., CARVALHO, J. V. S. de, MENDES, M. T. G., & BRYNS, I. (2021). Mindfulness and relaxation: the effects of a program with university hospital workers. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 38. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190128>
- Lima, M. A. de A., Sá, E. M. O., Muñoz-Repiso, A. G.-V., & Meirinhos, M. F. A. (2021). Fatores intervenientes na mediação pedagógica Do tutor: o caso de um curso de graduação em administração pública PNAP/UAB. *Latin American Journal of Development*, 3(5), 2913–2928. <https://doi.org/10.46814/lajdv3n5-012>
- Lluch, T. (2020). Saúde Mental Positiva: perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador de enfermagem. *Universidade de Barcelona*.
- Loureiro, C., Mendes, A., & Santos, J. C. (2012). Enfermagem Psiquiátrica em Portugal, principais marcos históricos na Formação de Enfermeiros. *Mental Health Services in Europe, Provision and Practice*, 233–267.
- Maia, R., Araújo, T., & Maia, E. (2018). Aplicação da psicoeducação na saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 20(2), 53–63.

- Marques, R., Querido, A., & Dixe, M. dos A. (2011). Exercitar a Esperança - Um Guia Prático Promotor de Esperança nos Cuidadores de Pessoas com Doença Crónica Avançada. *Instituto Politécnico de Leiria, II*.
- Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P., & Renca, P. (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. *Ordem Dos Enfermeiros*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Matos, T. N. F. de, Ferreira, D. da S., & Jorge, M. S. B. (2022). A construção da concepção de saúde mental. *Concilium, 22(7)*, 234–241. <https://doi.org/10.53660/CLM-633-702>
- Miguel, F. K., Bueno, J. M., Carvalho, L. F., Bartholomeu, D., & Montiel, J. (2018). *Avaliação e tratamento das emoções - As emoções e seu processamento normal e patológico* (Vetor Editora, Ed.; 1ª, Vol. 2).
- Myakava, L. H. K., Santos, M. A. dos, & Püschel, V. A. de A. (2021). Knowledge, skills, and attitudes of nursing students on evidence-based practice. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 55*. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0428>
- Nóbrega, M., & Santos, S. (1996). Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem de Peplau: Análise e Evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem, 49(1)*, 55–64.
- Núcleo de Redução de Danos. (2009). Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos. *Departamento de Intervenção Na Comunidade*.
- Nunes, A., Souza, V., Mezzalira, A., & Calegare, M. (2021). INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO ESCOLAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Revista Amazônica, XXVI(2)*, 248–268.
- Nunes, I. da C. (2018). PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA: INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS E ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM . *Universidade Católica*.
- Nunes, L. (2013). CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. *Instituto Politécnico de Setúbal*.
- Nunes, L. (2016). *Ética em Enfermagem - Humanização dos Cuidados em Saúde. 59(2)*, 7–17.
- OMS, Ministério de Saúde e Bem Estar Social do Canadá, & Associação Canadense de Saúde Pública. (1986). *A promoção da saúde - Carta de Ottawa*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código Deontológico. *Diário Da República*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário Da República, 8059–8105*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. *Diário Da República, 16656–16663*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2018c). Padrão de Documentação de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica. *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República nº 26/2009*. (Vol. 26, Issue 2ª série). Diário da República.
- Papacosta, N. G., Nunes, G. M., Pacheco, R. J., Cardoso, M. V., & Guedes, V. R. (2017). DOENÇA DE CROHN. *Revista de Patologia Do Tocantins*, 4(2), 25–35. <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2017v4n2p25>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61–73.
- Perestrelo, M. (2017). Prospetiva: Planeamento estratégico e avaliação. *IV Congresso Português de Sociologia*.
- Perroca, M. G., Jericó, M. de C., & Paschoal, J. V. de L. (2014). Identification of care needs of patients with and without the use of a classification instrument. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(4), 625–631. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400008>
- Prado, O., & Meyer, S. (2004). Relação terapêutica: a perspectiva comportamental, evidências e o inventário de aliança de trabalho (WAI). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 6(2).
- Ramalho, C. M. R. (2021). SOCIODRAMA AND ROLE-PLAY: THEORIES AND INTERVENTIONS. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 29(1), 26–35. <https://doi.org/10.15329/2318-0498.20814>
- Ramos, L. (2021). O ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA: PROPOSTA DE UMA MATRIZ PARA O ACOMPANHAMENTO DOS ESTUDANTES DO CURSO DE LICENCIATURA. *Universidade Católica Portuguesa*.
- Romano, M., & Peters, L. (2016). Understanding the process of motivational interviewing: A review of the relational and technical hypotheses. *Psychotherapy Research*, 26(2), 220–240. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.954154>
- Sampaio, F. (2022). O papel do enfermeiro de Saúde Mental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. *JustNews*.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 103–107.

- Santos, B. (2013). TCC A importância dos grupos de autoajuda no acompanhamento terapêutico de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Trabalho de Conclusão Do Curso Saúde Mental Para Equipes Multiprofissionais*.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016, January 29). *O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®*.
- Savaşan, A., & Çam, O. (2017). The Effect of the Psychiatric Nursing Approach Based on the Tidal Model on Coping and Self-esteem in People with Alcohol Dependency: A Randomized Trial. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*(3), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.01.002>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (1ª). Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem de Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Serrano, M. T., Costa, A. da S., & Costa, D. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, 3*(3), 15–23.
- SICAD. (2022). *Plano Nacional de Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências*.
- Silva, H. A. da, Passos, M. H. P. dos, Oliveira, V. M. A. de, Palmeira, A. C., Pitangui, A. C. R., & Araújo, R. C. de. (2016). Short version of the Depression Anxiety Stress Scale-21: is it valid for Brazilian adolescents? *Einstein (São Paulo), 14*(4), 486–493. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082016ao3732>
- Silva, J. M., Moura, A. M., Barbosa, G. J. A., Mota, J. L. de S., Cunha, R. S., Queiroz, R. L., Santos, T. F., & Coutinho, D. J. G. (2020). Inteligência emocional. *Brazilian Journal of Development, 6*(1), 4152–4162. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-295>
- Silva, P., Viana, M., & Carneiro, S. (2011). O Desenvolvimento da Adolescência na Teoria de Piaget. *Psicologia.Pt*.
- Silvério, Â., Silva, B., Benito, P., Santos, S., & Lucas, P. (2012). NURSE CARE INTERVENTION AND CLINICAL RISK MANAGEMENT IN INTEGRATED CONTINUOUS CARE UNITS: A THEORETICAL AND CONCEPTUAL REFLECTING. *Journal of Aging and Innovation*.
- Soares, J. (2017). *Doença Inflamatória Intestinal – Será também uma doença psicossomática?* Universidade de Lisboa.
- Souza, M. M. de, Barbosa, D. A., Espinosa, M. M., & Belasco, A. G. S. (2011). Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. *Acta Paulista de Enfermagem, 24*(4), 479–484. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000400006>
- Stachechem, S. K., Mendonça, A. P. de, Guedes, B. L. da S., Carneiro, C. K., Gazzoni, G. A. S., Lima, L. G. A. de, Botelho, L. L., Dupont, P., Carrijo, V. M., & Leite, N. A. A. (2021). Doença de Crohn: piora das manifestações clínicas por doenças psíquicas. *Revista Eletrônica Acervo Científico, 29*, e7946. <https://doi.org/10.25248/reac.e7946.2021>
- Tavares, P. (2021). Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental: Uma abordagem holística, participativa e comunitária. *Politécnico Do Porto*.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *TEÓRICAS DE ENFERMAGEM E A SUA OBRA* (5ª). Lusociencia.

- Torralba, F. (2010). *A arte de saber escutar* (Guerra e Paz Editores, Ed.).
- Travassos, V. D. C. (2019). A importância das Soft Skills nas competências profissionais. *Instituto Politécnico de Coimbra*.
- Trindade, M. I. O. e C. de A. (2018). *Emotion regulation and chronic illness: the roles of acceptance, mindfulness and compassion in physical and mental health*.
- Trovão, J. (2020). Inovação e Intervenção em Perturbações Funcionais Gastrointestinais. *Universidade Do Porto*.
- Vendruscolo, C., Hermes, J., Zocche, D. A. de A., & Trindade, L. D. L. (2022). Aplicação da Matriz Swot: tecnologia para a gestão do trabalho na atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 12. <https://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4244>
- Ventura, M. M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Pedagogia Médica*, 20(5), 383–386.
- Walfish, A., & Companioni, R. (2020). *Visão geral da doença inflamatória intestinal*. MSD.
- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1). <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>
- World Health Organization. (2002). *RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.

## **APÊNDICES**

**APÊNCICE I – PLANEAMENTO DE SESSÕES DE J.**

## PLANEAMENTO DE SESSÕES

**Data:** 21/11/2022 a 25/11/2022;

**Local:** Unidade de Desabilitação do Algarve

**Enfermeira dinamizadora:** Enf<sup>a</sup>. Telma Neto;

**Enfermeiro Supervisor:** EEESMP António Rebelo;

**Destinatário:** J.

**Objetivos gerais:** Promover o envolvimento de J. no seu processo terapêutico, através de autoconsciência, autoperceção e criação de estratégias de *coping*;

### Objetivos específicos:

- ✓ Realizar colheita de dados;
- ✓ Realizar exame mental, genograma e ecomapa;
- ✓ Identificar necessidade de mudança;
- ✓ Incentivar a reconhecer as suas capacidades e reflexão;
- ✓ Identificar fatores desencadeadores de ansiedade e perda de autocontrolo;
- ✓ Distinguir diferentes emoções com recurso a jogo “dar cartas às emoções”;
- ✓ Identificar estratégias de alteração de comportamentos;
- ✓ Identificar aspetos motivadores à vida;
- ✓ Capacitar utente para reflexão de aquisição de competências;

### 1ª sessão – Iniciação – 21/12/2022

	Etapas da sessão	Método	Estratégias/Atividades	Duração	Recursos
INICIAÇÃO	Introdução	Expositivo	✓ Apresentação	5 min.	✓ Mesa; ✓ Cadeiras próximas; ✓ Lenços de papel;
	Desenvolvimento	Interativo	✓ Colher dados; ✓ Aplicar escalas (Anexo I; Anexo II, Anexo III; Anexo IV); ✓ Realizar escuta ativa; ✓ Executar apoio emocional; ✓ Estabelecer relação de ajuda;	45 min.	
	Conclusão	Interativo	✓ Delinear plano de intervenção em conjunto; ✓ Tarefa: prós e contras da mudança.	10 min.	

### 2ª sessão – Exploração – 22/11/2022

	<b>Etapas da sessão</b>	<b>Método</b>	<b>Estratégias/Atividades</b>	<b>Duração</b>	<b>Recursos</b>
<b>EXPLORAÇÃO</b>	Introdução	Expositivo	✓ Analisar tarefa	15 min.	✓ Mesa; ✓ Cadeiras próximas; ✓ Lenços de papel;
	Desenvolvimento	Interativo	✓ Criar ambiente favorável à expressão de sentimentos e emoções; ✓ Realizar escuta ativa; ✓ Executar apoio emocional;	15 min.	
	Conclusão	Interativo	✓ Tarefa: Escrever as suas qualidades e defeitos	5 min.	

### 3ª sessão – Compreensão – 23/11/2022

	<b>Etapas da sessão</b>	<b>Método</b>	<b>Estratégias/Atividades</b>	<b>Duração</b>	<b>Recursos</b>
<b>COMPREENÇÃO</b>	Introdução	Expositivo	✓ Analisar tarefa	15 min.	✓ Mesa; ✓ Cadeiras próximas; ✓ Lenços de papel;
	Desenvolvimento	Interativo	✓ Realizar escuta ativa; ✓ Executar apoio emocional; ✓ Incentivar expressão de sentimentos/emoções; ✓ Auxiliar a identificar pensamentos automáticos recorrentes; ✓ Explorar diferentes interpretações para cada situação;	15 min.	
	Conclusão	Interativo	✓ Tarefa: Carta de perdão;	5 min.	

### 4ª sessão – Instrução e treino – 24/11/2022

	<b>Etapas da sessão</b>	<b>Método</b>	<b>Estratégias/Atividades</b>	<b>Duração</b>	<b>Recursos</b>
<b>INSTRUÇÃO E TREINO</b>	Introdução	Expositivo	✓ Analisar tarefa;	15 min.	✓ Mesa; ✓ Cadeiras próximas; ✓ Lenços de papel;
	Desenvolvimento	Interativo	✓ Realizar escuta ativa; ✓ Executar apoio emocional; ✓ Incentivar expressão de sentimentos/emoções; ✓ Auxiliar a identificar acontecimentos de vida significativos; ✓ Auxiliar na criação de estratégias de <i>coping</i> ;	15 min.	
	Conclusão	Interativo	✓ Tarefa: Carta de agradecimento;	15 min.	

### 5ª sessão – Conclusão – 25/11/2022

	<b>Etapas da sessão</b>	<b>Método</b>	<b>Estratégias/Atividades</b>	<b>Duração</b>	<b>Recursos</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	Introdução	Expositivo	✓ Analisar tarefa;	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mesa;</li> <li>✓ Cadeiras;</li> <li>✓ Lenços de papel;</li> </ul>
	Desenvolvimento	Interativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar escuta ativa;</li> <li>✓ Executar apoio emocional;</li> <li>✓ Incentivar expressão de sentimentos/emoções;</li> <li>✓ Encorajar a rever sessões anteriores;</li> <li>✓ Propor manutenção das tarefas;</li> </ul>	15 min.	
	Conclusão	Interativo	✓ Preenchimento de Escala de Autoestima de Rosenberg;	5 min.	

## **APÊNCICE II – Prós e Contras**

## "PRÓS"

QUANDO SAIR DA UDA  
PARA A COMUNIDADE VOU ENTRAR  
VOU COM PROPÓSITO DE FAZER BEM O PROGRAMA  
E QUANDO SAIR PROCURAR A FELICIDADE

ESTOU POSITIVO COM A VIDA  
E TENHO A MINHA NICE ESPERANDO  
ENQUANTO NÃO VIVERMOS JUNTOS  
VAMOS POR VIDEOCHAMADA NAMORANDO

TEMOS UM AMOR PLATÔNICO  
E COM ELA QUERO VIVER O RESTO DA VIDA  
POIS COM ESTE GRANDE AMOR  
ENCONTREI PAZ QUE PENSAVA PERDIDA

## CONTRAS

SE EU SAIR DA COMUNIDADE  
E FOR DE NOVO O ALCOÓLICO ME META  
TUDO O QUE FIZ ATÉ AGORA  
METO TUDO E NAMORADA A PERDER

EU QUERO IR VIVER COM ELA PARA O BRASIL  
MAS SE SOUBER QUE ALCOÓLICO ME ESTOU A TRANSFORMAR  
FAZ COM QUE EU DESAPAREÇA DA VIDA DELA  
E DO FACEBOOK ME VAI BLOQUEAR

E SÓ COISAS NEGATIVAS QUE TENHO A PERDER  
SENO ALCOÓLICO PERCO NAMORADA E FAMÍLIA  
LA SE VAI UM SONHO DE UMA VIDA INTEIRA  
FICO TRISTE E PERCO A MINHA ALEGRIA

**APÊNDICE III – Qualidades e defeitos**

## "QUALIDADES"

SOU BASTANTE OTIMISTA  
E TENHO MUITO AMOR PARA DAR  
GOSTO DE AJUDAR OS OUTROS  
É UM SORRISO DA OUTRA PESSOA ALEGRAR

SOU BASTANTE POSITIVO  
E ANDO SEMPRE COM ALEGRIA  
AS PESSOAS AO MEU REDOR  
SENTEM A MINHA EMPATIA

GOSTO DE ESCREVER POEMAS  
E AS PESSOAS GOSTAM DO QUE ESTÃO A LER  
PORQUE PARA MIM ISTO É UM DOM  
E FICO CONTENTE DO FEEDBACK QUE ME ESTÃO A DIZER

ADORO CUIDAR DE ANIMAIS  
E A ELAS MUITO ME VOU AFALÇANDO  
JÁ TIVE UMA QUINTA COM BASTANTES ANIMAIS  
E TODOS OS DIAS DELES LA CUIDANDO

ADORO CUIDAR DE IDOSOS  
POIS ELÊS MERECE DIGNIDADE  
PORQUE OS TRATO COM CARINHO  
ISTO É UMA GRANDE VERDADE

QUANDO NAMORO COM UMA PESSOA  
ENTRE GO O MEU CORAÇÃO TODINHO  
RESPEITO E FAÇO COM QUE NÃO FALTE NADA  
EM ESPECIAL AMOR E CARINHO

SOU GENEROSO PARA QUEM MERECE  
E AJUDO CONFORME A MINHA POSSIBILIDADE  
SOU CAPAZ DE COMPRAR COMIDA OU ROUPA  
POIS ESTA É A REALIDADE

## "DEFEITOS"

QUANDO ME DAVAM CONSELHOS  
EU TINHA A MANIA DE DESOBEDIÇER  
POIS PENSAVA QUE A RAZÃO ERA MINHA  
E QUE DEZIAM LOGO ME QUERIA ESQUECER

QUANDO BEBIA MUITO  
ERA MUITO AGRESSIVO  
AS VEZES COM VIOLÊNCIA  
DEPOIS SENTIA-ME ARREPENDIDO

GOSTO MUITO DE SER GULOSO  
POIS CADA VEZ MAIS GORDO VOU ESTAR  
POR ISSO ME SINTO MUITO MAL  
E NEM PARA O ESPELHO GOSTO DE OLHAR

NÃO GOSTO DE OUVIR CONSELHOS  
POIS SEI QUE EGÓISTA ESTOU A SER  
MAS COMO SOU UMA PESSOA DURA  
É ESTA VIDA QUE EU GOSTO DE TER

SOU MUITO ALDABRÃO  
E TENHO MUITA FALSIDADE  
PORQUE QUANDO BEBO ALCOÓL  
DESCONDO SEMPRE A VERDADE

HÁ UNS TEMPOS PARA CÁ TENHO SIDO MUITO PRÉGUIOSO  
E PARA TER DINHEIRO PARA O VÍCIO GOSTO DE ENGANAR  
POIS TENHO UMA GRANDE LÁBIA PARA FALAR COM AS PESSOAS  
E ELAS AJUDAM POIS PENSAM QUE ME ESTÃO A AJUDAR

SÓ QUANDO ERA ALCOÓLICO  
ERA MUITO CIDMEIRO  
MAS QUANDO ESTAVA SÃO  
SABIA QUE NÃO ERA VERDADEIRO

## **APÊNDICE IV – Perdão**

## "PERDÃO"

MINHA QUERIDA FILHA BARBARA  
TROQUÊTE-TE POR O ALCOÓL E NÃO TE VICRESER  
PÊSO-TE QUE UM DIA ME PERDOES  
POIS EU NÃO TE QUERIA PERDER

QUANDO TINHAS APENAS UM ANINHO  
ATUA MÃE ME FEZ ESCOLHER  
OU O ALCOÓL O A MINHA FILHA  
EU PREFERI O ALCOÓL BEBER

SEI QUE AGORA ÉS UMA MULHER  
E ESTÁS SEMPRE NO MEU CORAÇÃO  
NUNCA A UM DIA QUE PASSE  
QUE EU NUNCA TE ESQUEÇO NÃO

SEMPRE TIVE UMA VIDA ATRIBULADA  
E CUSTA-ME NÃO ME QUERES VER  
TODOS OS DIAS PENSO EM TI  
E ESTOU SEMPRE A SOFRER

FILHA AO LERES ESTA CARTA  
VEM AO PADRE DO PAIZINHO  
PORQUE DEIXEI O ALCOÓL POR MIM  
E QUERO-TE DAR MUITO AMOR E CARINHO

## **APÊNCICE V – Agradecimento**

## // AGRADECIMENTOS //

DRA RAQUEL PSICÓLOGA  
TENHO MUITO A AGRADecer  
PELO TUDO PARA ME AJUDAR  
PARA ALCOÓLICO DEIXAR DE SER

PREPAROU O TRATAMENTO NA UDA  
E TAMBEM NA COMUNIDADE  
POIS TEM FORÇA EM MINHA PESSOA  
ISSO É UMA GRANDE VERDADE

TENHO TAMBÉM AGRADecer  
AO DR.º NELSON QUE FOI INCAUSÁVEL  
POIS DIZIA ME BASTANTES VERDADES  
E EU OUVIA E BEBER ERA IMPENSÁVEL

TENHO A AGRADecer A DONA EDITE  
POIS QUANDO NO QUARTO ME IA REFUGIAR  
TINHA MUITA PACIÊNCIA  
E IA A CASA PARA COM ELA IR PASSEAR

TENHO AGRADecer A DR.ª TATIANA  
POIS FICOU CONTENTE COM MEU INTERNAMENTO  
SABE QUE EU VOU SER UMA NOVA PESSOA  
E TER NA MINHA VIDA UM BOM MOMENTO

QUERO AGRADecer A TODA EQUIPA DO MAPS  
PORQUE SABEM QUE EU TENHO GRANDE VALOR  
DERAM-ME SEMPRE PALAVRAS POSITIVAS  
É UMA EQUIPA COM ESPLENDOR

**APÊNCICE VI – Hoje até daqui a cinco anos**

"HOJE ATÉ PAQUI A CINCO ANOS"

ESTOU NA CLÍNICA UDA  
É ESTA A CORRER BEM DIA-A-DIA  
SINTO-ME BASTANTE REALIZADO  
SEM ALCOÓL SINTO-ME COM ALEGRIA

ESTA QUASE NO DIA DA SAÍDA  
É NA COMUNIDADE VOU CONTINUAR O TRATAMENTO  
E VOU FAZER COM FORÇA O PROGRAMA TOPO  
POIS SEM VICIOS SERÁ UMA ALEGRIA E UM BOM MOMENTO

A PRÓXIMA FASE DE POIS DA COMUNIDADE

É PARA O BRAZIL IR MORAR

VIVER COM A MINHA NAMORADA NICE

E VOU LOGO TRABALHAR

VAI SER UMA VIDA BONITA  
SEM VICIO E NADA A ESCONDER  
POIS NÃO QUERO MAIS BEBER  
PARA EU NÃO MAIS SOFRER

TENHO MUITOS PROPOSITOS PARA A VIDA

ATÉ UMA CRIANÇA QUERO ADOTAR

SE CONSEGUIR ESSE OBJECTIVO

TENHO MUITO AMOR E CARINHO PARA DAR

O MEU AMOR TAMBÉM ESTÁ DE ACORDO  
E ELA NÃO BEBE PARA MIM É UMA MAIS VALIA  
POIS DIA-A-DIA VOU SENTIR-ME MAIS FORTE  
E NO CORAÇÃO TEREI MAIS ALEGRIA

VOU VIVER O RESTO DA MINHA VIDA

COM O MEU AMOR QUE É VERDADEIRO

E SEI QUE PARA CONTINUAR ABSTINENTE

TENHO QUE PENSAR EM MIM PRIMEIRO

**ANEXOS**

**ANEXO I – AUDIT**

## AUDIT

Circule o número que ficar mais próximo à resposta dada:

### 1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca      (1) Uma vez por mês ou menos      (2) Duas a quatro vezes por mês      (3) Duas a três vezes por semana      (4) Quatro ou mais vezes por semana

### 2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma tomar?

- (0) 1 ou 2 "doses"      (1) 3 ou 4 "doses"      (2) 5 ou 6 "doses"      (3) 7 a 9 "doses"      (4) 10 ou mais "doses"

### 3. Com que frequência você toma seis ou mais doses em uma ocasião?

- (0) Nunca      (1) Menos que uma vez ao mês      (2) Uma vez ao mês      (3) Uma vez por semana      (4) Todos os dias ou quase todos

### 4. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

- (0) Nunca      (1) Menos que uma vez ao mês      (2) Uma vez ao mês      (3) Uma vez por semana      (4) Todos os dias ou quase todos

### 5. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

- (0) Nunca      (1) Menos que uma vez ao mês      (2) Uma vez ao mês      (3) Uma vez por semana      (4) Todos os dias ou quase todos

### 6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

- (0) Nunca      (1) Menos que uma vez ao mês      (2) Uma vez ao mês      (3) Uma vez por semana      (4) Todos os dias ou quase todos

### 7. Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?

- (0) Nunca      (1) Menos que uma vez ao mês      (2) Uma vez ao mês      (3) Uma vez por semana      (4) Todos os dias ou quase todos

### 8. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

- (0) Nunca      (1) Menos que uma vez ao mês      (2) Uma vez ao mês      (3) Uma vez por semana      (4) Todos os dias ou quase todos

### 9. Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou porque você bebeu?

- (0) Não      (2) Sim, mas não no último ano      (4) Sim, durante o último ano

### 10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou te disse para parar de beber?

- (0) Não      (2) Sim, mas não no último ano      (4) Sim, durante o último ano

**ANEXO II – CAGE**

## Questionário CAGE

**C - (*cut down*)** - Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

0 - ( ) não 1 - ( ) sim

**A - (*annoyed*)** - As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

0 - ( ) não 1 - ( ) sim

**G - (*guilty*)** - Se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber?

0 - ( ) não 1 - ( ) sim

**E - (*eye opened*)** - Costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

0 - ( ) não 1 - ( ) sim

**ANEXO III – Mini Mental State Examination**

## Mini Mental State Examination (MMSE)

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

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

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

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

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

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

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

Nota: \_\_\_\_\_

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

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

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

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

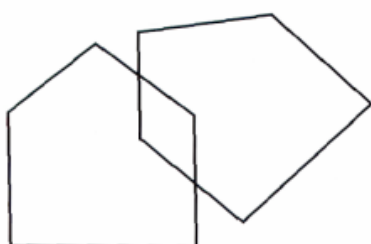
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

**Nota:** \_\_\_\_\_

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

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



Cópia:

**ANEXO IV – Escala de Autoestima de Rosenberg**

### Escala de Autoestima de Rosenberg

	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1. De um modo geral estou satisfeito comigo próprio.				
2. Por vezes penso que não presto.				
3. Sinto que tenho algumas boas qualidades.				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.				
5. Sinto que não tenho muitos motivos para me orgulhar de mim próprio.				
6. Por vezes sinto que sou um inútil.				
7. Sinto que sou uma pessoa de valor.				
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio.				
9. De um modo geral sinto-me um fracassado.				
10. Tenho uma boa opinião de mim próprio.				

**ANEXO V – OS 10 COMPROMISSOS DOS VALORES TIDAL**

O modelo Tidal baseia-se em 10 valores distintos que dizem respeito à experiência humana e às relações interpessoais. Estes orientam a prática fundamentada no modelo Tidal (Barker & Buchanan-Barker, 2007).

**1 – Valorizar a voz:** A história de cada pessoa acerca do seu sofrimento mental e dos problemas relacionados ao mesmo, são o princípio e o final do processo de ajuda. Com este valor o profissional demonstra capacidade de escutar ativamente a história de vida da pessoa e compromete-se a ajudar no registo da história sob as suas próprias palavras, tornando-a parte do processo de cuidado.

**2 – Respeitar a linguagem:** Cada pessoa conta a sua história de uma maneira especial e única, mostrando como a viveu. Neste valor o profissional desenvolve competências de ajudar a pessoa a expressar-se na sua própria linguagem e a compreender melhor as suas experiências.

**3 – Converter-se em aprendiz:** A pessoa é a mais experiente na história de sua vida. O profissional aprende que é ela quem sabe o que funciona e o que tem de fazer. Neste ponto o profissional desenvolve competências de elaborar um plano de cuidados baseado nas necessidades e também desejos da pessoa e ajuda-a a identificar problemas específicos na sua vida e o que devia fazer para resolvê-los.

**4 – Uso de ferramentas disponíveis:** A história da pessoa contém ferramentas do que funcionou e o que poderia funcionar mediante cada situação, é necessário desconstruir estas ferramentas para dar início ao processo de recuperação. O profissional deve ajudar a adquirir essas ferramentas e assim mostra interesse em ajudar a identificar como pode conseguir ajuda para problemas específicos no seu dia-a-dia.

**5 – Capacidade de dar um passo em frente:** O profissional e a pessoa trabalham em conjunto para decidir o que tem de ser feito aqui e agora. Sendo o primeiro passo fundamental na decisão de mudança. Compete ao profissional ajudar a pessoa a identificar a mudança que quer ver na sua vida e os passos positivos que pode dar nesse sentido.

**6 – Disponibilidade:** O tempo que o profissional e a pessoa passam juntos é a primeira ajuda no processo de mudança. Através deste tempo o profissional ajuda a pessoa a ter consciência do tempo que lhe está a disponibilizar, no sentido de a ajudar a recuperação. Também o profissional reconhece o tempo que a pessoa dedica ao processo.

**7 – Desenvolvendo a curiosidade autêntica:** A pessoa está a escrever a sua história de vida, no entanto esta não é um livro aberto. O profissional deve encontrar maneiras de mostrar interesse nessa história, pedindo que a mesma clarifique alguns assuntos importantes ou

desenvolva mais detalhes da mesma. Através da disponibilidade o profissional mostra-se disposto a ajudar a pessoa deixando que esta desenvolva a sua história ao seu ritmo.

**8 – Saber que a mudança é constante:** O princípio chave do modelo Tidal é que a mudança é inevitável e constante. A tarefa do profissional é consciencializar a pessoa para essa mudança e de como pode utilizar esse conhecimento rumo à sua recuperação. O profissional ajuda a pessoa a tomar consciência nas suas mudanças e de como ela, os outros e as situações interferem nessas mudanças.

**9 – A revelação da sabedoria pessoal:** A pessoa desenvolveu uma sabedoria pessoal enquanto descreveu a sua própria história. O profissional deve ajudá-la a reconhecer essa sabedoria, desenvolvendo a sua consciência sobre os seus pontos fortes e fracos e desta forma ajudando-a a ganhar confiança para se ajudar a si mesma no processo de recuperação.

**10 – Ser transparente:** A relação está baseada na confiança mútua. O profissional pretende assegurar que a pessoa está consciente, em todos os momentos, do propósito de todo o processo de cuidados e garante á pessoa cópias de todos os documentos de avaliação e plano de cuidados.

**APÊNDICE VIII – Ficha técnica sessão de relaxamento**

## FICHA TÉCNICA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**IDENTIFICAÇÃO:** Relaxamento muscular progressivo

**MODELO:** Cognitivo-Comportamental

**OBJETIVO:** Estimular a aquisição de conhecimentos de estratégias para gestão de ansiedade e autocontrolo da mesma, promover a consciencialização da respiração e a capacidade de concentração no momento.

**ENQUADRAMENTO DA TÉCNICA:** O relaxamento pode ser definido como um estado de calma e de alívio da tensão corporal, podendo ser utilizado para reduzir níveis de stress e ansiedade. O relaxamento muscular progressivo de Jacobson permite, através da tensão seguida do relaxamento de diferentes grupos musculares, consciencializar o utente sobre o momento e as sensações (Alves et al., 2020; LEMOS et al., 2021).

**INDICAÇÕES:** O pretendido é que contraiam e descontraíam os músculos que vão sendo mencionados ao longo do exercício, focando-se também na respiração consciente. Para dar resposta ao foco Autocontrolo: Ansiedade, que engloba disposições tomadas para dominar em si próprio sentimentos de ansiedade pela eliminação e redução da tensão resultante de fontes não identificadas (Amaral, 2010).

**GRUPO-ALVO:** Utentes internados na Unidade de Desabilitação do Algarve, podendo ser realizada em grupo ou individualmente.

**ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO:** A técnica deve então ser realizada pelo EEESMP, com recurso a guião, podendo este ser adaptado, deve ser utilizado um tom de voz grave, calmo, com recurso a música instrumental ambiente que induza tranquilidade, conforme tolerância dos participantes.

**RECURSOS:** Telemóvel com música; coluna portátil; colchão; almofada; roupa confortável; manta; ambiente da sala controlado; velas.

**DURAÇÃO:** 40 minutos.

### DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

<b>INTRODUÇÃO</b> 10 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cumprimentos iniciais;</li><li>○ Explicar técnica;</li><li>○ Identificar objetivos;</li><li>○ Alertar para idas à casa de banho;</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Deitem-se numa posição confortável com os braços ao longo do corpo;</li></ul>

**DESENVOLVIMENTO**

20 minutos

- Fechem os olhos;
- Centrem a vossa atenção na respiração, respirem lentamente, deixem o ar entrar pelo nariz, chegar aos pulmões e sair suavemente;
- Sintam a vossa respiração a ficar mais lenta, inspirem como se cheirassem uma flor e expirem como se apagassem uma vela;
- Muito bem;
- Centrem a vossa atenção nos músculos da cara, sintam a tensão que acumulam à volta dos olhos, nos maxilares, sintam a vossa língua, a saliva;
- Agora contraiam os olhos, apertem as pálpebras, enruguem o nariz com força, força, força...
- E descontraíam, sintam o relaxamento a espalhar-se;
- Sintam a vossa respiração, tranquila;
- Inspirem, expirem;
- Agora vão contrair o vosso maxilar, cerrem os dentes com força...
- E descontraíam, sintam o relaxamento a espalhar-se;
- Inspirem, expirem, muito calmamente;
- Agora contraiam os músculos do pescoço, encolham os ombros com força, força, força....
- E deixem cair os ombros, relaxem;
- Sintam uma onda de relaxamento a invadir o vosso corpo;
- Inspirem, expirem... suavemente;
- Agora vão contrair os músculos das costas, comprimam-nos contra o chão com força;
- E relaxem;
- Inspirem, expirem;
- Agora vão empurrar os cotovelos contra o chão com força, sintam a tensão nos braços.
- E relaxem, sintam o relaxamento a invadir o vosso corpo;
- Agora fechem as mãos em punho com força, força, força...
- E relaxem, descontraíam... sintam os vossos ombros, os vossos braços e as vossas mãos a relaxar;
- Inspirem, expirem;
- Agora contraiam os músculos da coxa, força, força, força....
- E descontraíam... Saboreiem este momento como sendo só vosso.
- Inspirem, Expirem;
- Agora dobrem os pés para cima, sem tirar os calcanhares do chão, sintam a tensão na barriga das vossas pernas;
- E relaxem...
- Vamos concentrar-nos novamente na respiração, sintam-na tranquilamente;
- Agora vão inspirar e expirar profundamente (exemplificar);
- Novamente;
- Permitam-se a libertar todas as tensões acumuladas;
- Estão calmos, descontraídos e relaxados;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sintam o vosso corpo em contacto com o chão, a cabeça, as costas, os ombros, os braços, as pernas e os pés;</li> <li>○ Agora ao mesmo tempo vão contrair os braços, as costas e as pernas, força, força, força...</li> <li>○ E relaxem...</li> <li>○ Estão calmos, repousados e confortáveis;</li> </ul>
<p><b>CONCLUSÃO</b> 5 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentamente vão abrindo os olhos;</li> <li>○ Vão tomando consciência da sala;</li> <li>○ Mexam as mãos, as pernas e devagar;</li> <li>○ Quando se sentirem prontos, podem-se sentar.</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO</b> 5 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partilha da experiência com expressão de sensações, emoções e opiniões;</li> <li>○ Aplicação de instrumento de avaliação (Escala de avaliação de satisfação da sessão – Anexo I)</li> </ul>

**APÊNDICE IX– Norma de atuação projeto de melhoria contínua (Con)Viver com a DII**

<p align="center"><b>NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM</b></p>	<p align="center">DATA: 06/04/2022</p>	<p align="center">FOLHA  1/4</p>
<p>ASSUNTO:</p> <p align="center"><b>CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL À PESSOA COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL</b></p> <p align="center"><b>(Con)Viver com a Doença Inflamatória Intestinal</b></p>		<p>ELABORADO E REVISTO POR:</p> <p>Enfª. Telma Neto</p>
<p>DIVULGAÇÃO:</p> <p align="center">MANUAL HOSPITALAR MANUAL DE ENFERMAGEM – Capítulo X – Consulta Externa</p>		<p>APROVADA POR:</p>
<p>ENTRADA EM VIGOR:</p>		
<p>SUBSTITUI:</p>		<p>A REVER EM:</p>
<p>PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental, Doença Inflamatória Intestinal</p>		

## I – DEFINIÇÃO

A consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (ESMP) constitui um conjunto de intervenções individualizadas, de acordo com as necessidades de cada utente. Prevê a realização de uma avaliação e planeamento de intervenções de ESMP, no sentido de auxiliar a pessoa com doença inflamatória intestinal (DII) a reduzir os níveis de ansiedade e *stress*, munindo-a de conhecimentos e ferramentas que auxiliem no aumento da sua qualidade de vida.

## II – OBJECTIVO

- Aumentar a taxa de efetividade diagnóstica e de prevenção de ansiedade e *stress* em utentes com DII;
- Uniformizar intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP) em utentes com DII;

- Otimizar o registo das intervenções autónomas de ESMP;
- Reduzir o número de utentes com DII que desenvolvem ansiedade e *stress*;
- Estimular o autoconhecimento, a capacidade de gestão de emoções e autoconfiança.

### **III- INFORMAÇÕES GERAIS**

**a) Quem referencia os utentes?**

O enfermeiro de gastroenterologia responsável

**b) Quem executa?**

O EEESMP

**c) Horário?**

A agendar com o EEESMP responsável

**d) Orientações quanto à execução**

A consulta de ESMP à pessoa com DII deve ter em conta as condições:

- Culturais;
- Familiares;
- Intelectuais;
- Sensoriomotoras;
- Psicoafectivas.

Numa fase inicial, a família/conjuge não será incluída na consulta.

### **IV – MATERIAL E EQUIPAMENTO**

- Escala IBQD;
- Escala EADS-21;
- Papel;
- Caneta.
- Diário de emoções;
- Diário de coisas boas;
- Lista de gratidão;

## V – PREENCHIMENTO DE ESCALAS

### Escala IBQD

Esta escala é constituída por 32 questões divididas pelos seguintes domínios: sintomas intestinais, sintomas sistémicos, aspetos sociais e aspetos emocionais. As questões são apresentadas de maneira não ordenada, a fim de diminuir o viés nas respostas.

Esta escala é de autopreenchimento e o utente associa a cada questão uma pontuação entre “um” e “sete”, que correspondem respetivamente a pior estado de qualidade de vida e melhor estado de qualidade de vida.

### Escala EADS-21

A EADS organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma delas sete itens, num total de 21 itens. Cada item consiste numa frase/afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos.

Esta escala é de autopreenchimento e o utente avalia a extensão em que experimentou cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência.

Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert.

## VI - PROCEDIMENTO

<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	<b>JUSTIFICAÇÃO</b>
1- Utente tem conhecimento do projeto pela Enfermeira de Gastroenterologia responsável; 2- Utente preenche escalas e assina consentimento informado, entregue pela Enf <sup>a</sup> de Gastroenterologia responsável; 3- Utente é referenciado para EEESMP responsável pelo projeto pela Enf <sup>a</sup> de Gastroenterologia responsável;	

<ol style="list-style-type: none"><li>4- Agendada a 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> sessão;</li><li>5- Acolhimento e apresentação;</li><li>6- Apresentação do projeto ao utente;</li><li>7- Esclarecimento de dúvidas;</li><li>8- Consciencializar o utente da importância do autoconhecimento;</li><li>9- Promover o autoconhecimento;</li><li>10- Análise de situações indutoras de ansiedade e <i>stress</i>;</li><li>11- Consciencializar o utente de estratégias que reforcem as suas linhas de defesa;</li><li>12- Promover a partilha de sentimentos, preocupações e dúvidas;</li><li>13- Incentivar o utente a pensar de forma mais positiva.</li></ol>	
--	--

## VII – REGISTOS

Proceder aos registos de enfermagem no SClinico de forma objetiva e em linguagem técnico científica.

No último contacto agendado o utente é questionado sobre a sua vontade de ficar referenciado para um eventual grupo de apoio que possa vir a surgir.

**APÊNDICE X – Consentimento informado do projeto de melhoria contínua (Con)Viver com a DII**

## **Termo de Consentimento Informado**

### **Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

#### **(Con)Viver com a Doença**

#### **Intervenção Especializada na Redução de Ansiedade e *Stress* em Utente com Doença Inflamatória Intestinal**

Eu, abaixo-assinado, fui informado(a) de que o Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica acima mencionado, se destina a promover a Saúde Mental e Qualidade de Vida em utentes com Doença Inflamatória Intestinal.

Neste estudo está previsto o preenchimento de questionários, com duração aproximada de 15 minutos e a participação em três sessões com o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica responsável pelo projeto.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no projeto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no projeto acima mencionado.

Data

Assinatura

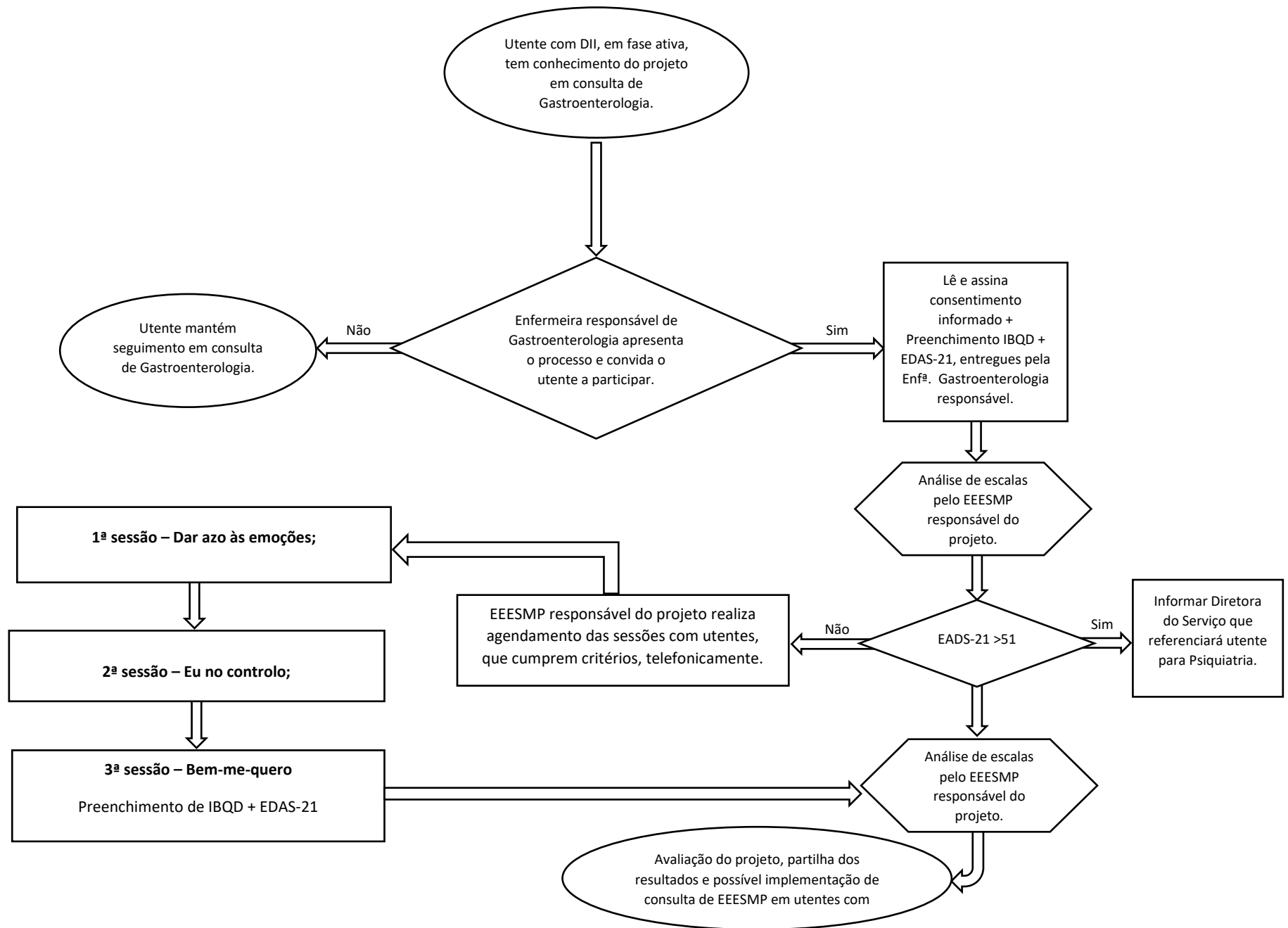
\_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE XI – Cronograma projeto de melhoria contínua (Con)Viver com a DII**

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	02/22	03/22	04/22	05/22	06/22	07/22	08/22	09/22	10/22	11/22	12/22	01/23	02/23	03/23
Brainstorming em equipa e construção de Diagrama de Ishikawa;	→ X													
Início de elaboração de projeto de melhoria contínua;														
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar e descrever o problema;</li> <li>Perceber o problema e dimensioná-lo;</li> <li>Formular objetivos iniciais;</li> <li>Perceber as causas;</li> </ul>	→	X												
Planeamento de atividades e tarefas;	→	X												
Planeamento das sessões;	→	X												
Brainstorming em equipa para definição de papéis e delegação de funções;	→		X											
Submissão do projeto à comissão de ética do CHUA;	→		X											
Apresentação do projeto à equipa de Gastroenterologia	→				X									
Apresentação detalhada à Enfª de Gastroenterologia responsável;	→				X									
Executar atividades e tarefas;						X	X	X						
Verificar resultados;									X					
Propor medidas corretivas, standerizar e treinar equipa;										X				
Reconhecer e partilhar sucesso;											X			
Realização de relatório e entrega de projeto ao IPL.												X	X	X

**APÊNDICE XII – Fluxograma de atuação projeto de melhoria contínua (Con)Viver com a DII**



**APÊNDICE XIII – Estrutura do programa (Con)Viver com a DII**

<b>1ª sessão</b>	
<b>Tema</b>	Dar azo às emoções;
<b>Local</b>	Gabinete de consulta disponibilizado para realização de sessão
<b>Data</b>	Entre julho e agosto de 2022
<b>Duração</b>	60 minutos máximo
<b>Terapeuta</b>	Enfª Telma Neto
<b>Destinatários</b>	Utentes de Hospital de Dia de Gastroenterologia, com DII em fase ativa, que aceitem participar no projeto
<b>Recursos</b>	Jogo “Dar cartas às emoções”; Diário de emoções;
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação ao/do utente;</li> <li>- Consciencializar o utente da importância do autoconhecimento emocional;</li> <li>- Promover o autoconhecimento emocional;</li> <li>- Promover a expressão de sentimentos e emoções;</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação;</li> <li>- Solicitar ao utente que se apresente e afirme 5 qualidades suas;</li> <li>- Encorajar utente a verbalizar expectativas quanto ao projeto;</li> <li>- Esclarecer conceitos: sentimentos e emoções, verificando se os identifica corretamente e as suas diferenças;</li> <li>- Realizar jogo “Dar cartas às emoções”, o utente terá de atribuir uma emoção a cada cor de carta, referir uma situação que se tenha sentido assim, como lidou com a mesma e como podia ter lidado de outra forma (verificar com que emoções se sente mais confortável, identificar situações que tenham induzido mais <i>stress</i>/ansiedade);</li> <li>- Encorajar o utente a reconhecer e identificar emoções/sentimentos (explorando os temas anteriormente falados);</li> <li>- Ensinar técnica de respiração promotora de redução de ansiedade (explicar benefícios da sua aplicação no dia-a-dia);</li> </ul> <p><b>Tarefa até à próxima sessão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preenchimento do diário de emoções: deve registar emoções que sentiu diariamente, identificar situações em que as sentiu e como lidou com elas (analisar outras perspetivas de reação) (Gillihan, 2020, pág. 64).</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	- Observação do comportamento e postura do utente durante a sessão;

<b>Justificação</b>	<p>Através do autoconhecimento emocional é possível desenvolver a autoaceitação, criar estabilidade emocional, aperfeiçoar a comunicação, reconhecer o valor próprio e aumentar a força interior para lidar com situações indutoras de <i>stress</i> e ansiedade, com resultado no aumento do bem-estar.</p> <p>Desenvolver o autoconhecimento emocional leva a um aperfeiçoamento da pessoa, ao ter melhor noção das suas emoções tem também melhor e maior controlo sobre as mesmas, permitindo focar-se em aspetos positivos que incitarão a sua transformação. Sabemos que as emoções são uma reação a acontecimentos importantes que ocorrem ao longo da vida da pessoa.</p> <p>Habitualmente existe a tendência de tentar reduzir a possibilidade de sentir emoções negativas, no entanto, é através destas que conseguimos partilhar complexas experiências e significados culturais, permitindo a regulação dos processos de desenvolvimento e aprendizagem. Com base nas emoções e sentimentos vividos/sentidos existe também a possibilidade de criar e definir novas linhas de defesa, permitindo delinear uma nova atuação para o futuro, de modo a manter a estabilidade do sistema pessoa (Miguel et al., 2018; Silva et al., 2020).</p>
---------------------	--

<b>2ª sessão</b>	
<b>Tema</b>	Eu no controlo
<b>Local</b>	Gabinete de consulta disponibilizado para realização de sessão
<b>Data</b>	Entre julho e agosto de 2022
<b>Duração</b>	60 minutos máximo
<b>Terapeuta</b>	Enfª Telma Neto
<b>Destinatários</b>	Utentes de Hospital de Dia de Gastroenterologia, com DII em fase ativa, que já tenham realizado a 1ª sessão e mantenham interesse em participar no projeto
<b>Recursos</b>	Papel e caneta; Diário de coisas boas;
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de sentimentos, preocupações e dúvidas;</li> <li>- Estimular a consciencialização nos pensamentos automáticos;</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar a semana do utente deste a última sessão e tarefa que tinha de desenvolver;</li> <li>- Verificar acontecimentos desagradáveis (identificar origem desse acontecimento, relembrar como se sentiu, o que pensou);</li> <li>- Verificar se a interpretação involuntária das situações pode ser desencadeadoras das emoções menos positivas;</li> <li>- Identificar no dia-a-dia pensamentos automáticos (o que pensa, o que lhe faz lembrar, que significado tem);</li> <li>- Identificar estilo comunicacional (passivo, assertivo, agressivo);</li> <li>- Explorar melhoria no estilo comunicacional (como gostaria de receber a informação se estivesse do outro lado?);</li> <li>- Incentivar para focar na racionalidade de modo a atingir o autocontrolo emocional e a tomada de decisões assertivas;</li> <li>- Oferecer reforço positivo (p. ex., elogios) para resultados bem-sucedidos;</li> <li>- Realizar técnica de respiração que promotora de alívio de ansiedade (em que situações?)</li> </ul> <p><b>Tarefa até à próxima sessão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de coisas boas: deve registar no mínimo três coisas boas no seu dia, que viu ou sentiu;</li> <li>- Aplicar técnica de respiração, em situações desencadeadoras de stress/ansiedade;</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	- Observação do comportamento e postura do utente durante a sessão;
<b>Justificação</b>	A resolução de problemas no dia-a-dia, leva à existência de dúvidas e incertezas acerca da melhor resolução para os mesmos. As dúvidas que vão surgindo na cabeça da pessoa podem ser indutoras de uma grande insegurança, impedindo a pessoa de tomar a melhor decisão para si.

Na maioria das vezes, a forma de reagir perante uma dificuldade é realizada de forma inconsciente. Trabalhar este aspeto com os utentes integrantes do projeto permite clarificar e identificar o problema e definir possíveis soluções. Ao identificarmos em conjunto pensamentos automáticos, estaremos a promover a modificação da reação emocional aos mesmos. O pensamento é algo inconscientemente rápido e automático, o que torna a necessidade de ter acesso ao pensamento, algo difícil de alcançar(Baptista, 2013).

Os pensamentos automáticos, têm a capacidade de distorcer a realidade e promover o sofrimento emocional da pessoa, interferindo na sua capacidade de atingir objetivos. Muitas vezes os pacientes não conseguem identificar estes pensamentos, devido à brevidade dos mesmos, torna-se mais fácil identificar a emoção que estes induzem na pessoa. O intuito do desenvolvimento desta temática está na capacitação da pessoa para compreender e identificar o que realmente lhe passa pela mente, distinguindo emoções de pensamentos automáticos (Beck, 2013). Reconhecer estilo comunicacional (passivo, assertivo, agressivo), permite melhorar, de forma consciente, a maneira como comunica e exprime sentimentos, pensamentos e opiniões de forma direta e facilmente compreensível, sem desrespeitar o outro.

Desta forma, ao se tornarem mais conscientes e realistas acerca dos seus pensamentos e de como os podem controlar, os utentes, não só estarão a substituir pensamentos pessimistas por pensamentos otimistas, como também estão a aumentar o seu bem-estar emocional.

<b>3ª sessão</b>	
<b>Tema</b>	Bem me quero;
<b>Local</b>	Gabinete de consulta disponibilizado para realização de sessão
<b>Data</b>	Entre junho e agosto de 2022
<b>Duração</b>	60 minutos máximo
<b>Terapeuta</b>	Enfª Telma Neto
<b>Destinatários</b>	Utentes de Hospital de Dia de Gastroenterologia, com DII em fase ativa, que já tenham realizado a 2ª sessão e mantenham interesse em participar no projeto
<b>Recursos</b>	Escala EADS-21; IBQD; Lista de gratidão
<b>Objetivos</b>	- Consciencializar o utente de estratégias que reforcem as suas linhas de defesa;
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar a semana do utente deste a última sessão e realização do trabalho de casa;</li> <li>- Identificar dificuldade (até que ponto conseguiu reconhecer 3 coisas positivas no seu dia);</li> <li>- Auxiliar o utente a identificar pequenos sucessos (se aplicável);</li> <li>- Auxiliar o utente a identificar estratégias que possa aplicar na prática, com base no domínio do IBQD que tiver menor cotação (este ponto foi possível de personalizar, visto serem apenas três utentes);</li> <li>- Identificar em conjunto estratégias eficazes para mudança de comportamentos (Criação de um kit de emergência; planejar atividades com antecedência; organizar rotinas; ter um “grupo” de apoio);</li> <li>- Explorar relevância das sessões anteriores no seu dia-a-dia (se tem realizado os exercícios mentais, se tem aplicado técnica de respiração);</li> <li>- Encorajar o utente a continuidade para associar um comportamento desejado a estímulos existentes até que ele se torne habitual ou automático;</li> <li>- Verificar se neste dia seria mais fácil mencionar 5 qualidades suas (pedir que as diga e comparar com as da primeira sessão);</li> </ul> <p><b>Tarefa até à próxima sessão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de gratidão (podendo partilhar com o EEESMP ou não, em sessão de <i>follow up</i>);</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação do comportamento e postura do utente durante a sessão;</li> <li>- Caracterização da experiência;</li> <li>- Preenchimento das escalas EADS-21 e IBQD;</li> </ul>

<b>Justificação</b>	<p>Viver com uma doença crónica é muitas vezes um teste contínuo à esperança, que pode levar ao desespero. Cultivar a mudança nestes utentes, permite consciencializar para manterem o foco em aspetos positivos, de forma mais consciente e cria a possibilidade de evoluírem individualmente, produzindo expectativas positivas. Coisas simples, como saborear o sol na cara ou apreciar o azul do céu conseguem criar uma paz interior e emocional de tal forma que nos permite modificar a maneira como nos sentimos, como vimos as coisas e motiva-nos a ser pessoas diferentes (Marques et al., 2011).</p> <p>Para ocorrer aprendizagem é necessária plasticidade, por parte do utente, no controlo das emoções e na visão da vida. A aprendizagem resulta das experiências vividas e tem o poder de alterar comportamentos, levando à automodificação (Lima et al., 2021). Através da criação de estratégias que auxiliem a mudança de comportamentos, estaremos a promover a modificação de crenças e pensamentos enraizados, condicionando emoções negativas.</p> <p>A gratidão é um grande exercício no fortalecimento da inteligência emocional, se a praticarmos quase diariamente, como um ritual, estaremos a concentrar a nossa mente nas emoções positivas e nas aprendizagens que retiramos das experiências menos positivas. A gratidão requer humildade, ajuda a fortalecer laços, gera reconhecimento pelo outro e também ajuda a focar nos aspetos positivos da vida, permite a construção de um novo olhar sobre a vida e analisar conscientemente situações de mudança e de dificuldades (Dierka &amp; Vieira, 2016).</p>
---------------------	--

**APÊNDICE XIV – Ferramentas utilizadas no programa (Con)Viver com a DII**

## 1- Diário de emoções

### DIÁRIO DE EMOÇÕES

	SITUAÇÃO	COMO LIDOU	COMO SE SENTIU
SEGUNDA-FEIRA			
TERÇA-FEIRA			
QUARTA-FEIRA			
QUINTA-FEIRA			
SEXTA-FEIRA			
SÁBADO			
DOMINGO			

## 2- Diário de coisas boas

### COISAS BOAS

SEGUNDA-FEIRA			
TERÇA-FEIRA			
QUARTA-FEIRA			
QUINTA-FEIRA			
SEXTA-FEIRA			
SÁBADO			
DOMINGO			

### 3- Lista de gratidão

#### LISTA DA GRATIDÃO

Uma pessoa	
Um lugar	
Um talento	
Uma experiência	
Uma emoção	
Uma memória	
Uma comida	
Um hábito diário	
Uma situação difícil	
Uma qualidade	

**ANEXOS**

**ANEXO I – Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* de 21 itens**

**EADS-21 -**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

*A classificação é a seguinte:*

- 0- não se aplicou nada a mim
- 1-aplicou-se a mim algumas vezes
- 2- aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3- aplicou-se a mim a maior arte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO**

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239

**ANEXO II – Autorização dos autores da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* de  
21 itens**

**Exmo. Sr. José Luís Ribeiro Pais;**

**Exma. Sr<sup>a</sup>. Isabel Leal;**

**Exma. Sr<sup>a</sup>. Ana Honrado;**

O meu nome é Telma Neto, sou Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Unidade de Portimão, e encontro-me a frequentar o Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria.

Estou a desenvolver um Projeto de Melhoria Continua dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, (Com)Viver com a Doença Inflamatória intestinal, e tem como objetivo intervir na redução de ansiedade e *stress* em utentes com Doença Inflamatória Intestinal que integrem o Hospital de Dia do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Unidade de Portimão.

Tendo conhecimento da sua Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress de 21 itens de Lovibond e Lovibond, onde validou a *Depression Anxiety Stress Scale* de Lovibond e Lovibond (1995), venho por este meio solicitar a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos.

Atentamente,

Telma Neto.

Portimão, 26 de março de 2022

## Autorização da utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens

Cara Colega

Autorizamos a utilização da versão da EADS 21 que estudámos e desenvolvemos para uso com a população portuguesa.

O texto de validação, com o questionário, encontra-se no meu site na secção "publications" a nº 108.

cordialmente,

José Luís Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

---

Telma,

Tem a minha autorização para usar a escala.

Votos de bom trabalho.

IL

**Isabel Leal**

Professora Catedrática

Rua Jardim do Tabaco, 34 | 1149-041 Lisboa | Portugal

+351 218 811 000 | (Ext. 275)

**ANEXO III – Autorização à autora do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida**

**Exma. Sr<sup>a</sup>. Mariana Carneiro Leitão;**

O meu nome é Telma Neto, sou Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Unidade de Portimão, e encontro-me a frequentar o Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria.

Estou a desenvolver um Projeto de Melhoria Continua dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, (Com)Viver com a Doença Inflamatória Intestinal, e tem como objetivo intervir na redução de ansiedade e *stress* em utentes com Doença Inflamatória Intestinal que integrem o Hospital de Dia do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Unidade de Portimão.

Tendo conhecimento da sua dissertação de Mestrado, Doença Inflamatória Intestinal: Qualidade de Vida e a Influência da Suplementação, em que adaptou e validou a escala de Mitchel (1988), *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire – IBQD*, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos.

Atentamente,

Telma Neto.

Portimão, 24 de março de 2022

**ANEXO IV – Parecer da Comissão de Ética do CHUA ao Programa (Con)Viver com a  
DII**



Unidade de Apoio Investigação - PTM <uai.ptm@ch Algarve.min-saude.pt>

Para: Você



sex, 13/05/2022 08:32

**Cara Investigadora,**

Venho por este meio comunicar a aprovação do projeto " **(COM)Viver com a Doença Inflamatória Intestinal**".

Deverá enviar uma cópia do trabalho de investigação realizado, assim como, todas as publicações e apresentações realizadas no âmbito deste trabalho de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

**Ana Paula Alves**

Unidade de Apoio à Investigação do  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve-  
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação.  
Ext.35521 , Tel. 966479442

