

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Catarina Pedrosa Cardoso

Leiria, março de 2024

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

Ansiedade em pessoas portadoras de ostomia de eliminação: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Docente Orientador: Professor Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Elaborado por: Catarina Pedrosa Cardoso

Leiria, março de 2024

“Jamais poderei ser todas as pessoas que gostaria de ser e viver todas as vidas que gostaria de viver. Jamais poderei aprender todas as aptidões que gostaria de dominar. E porque desejo tudo isto? Quero viver e sentir todas as gradações, tons e variações de todas as experiências mentais e físicas possíveis na minha vida.”

Sylvia Plath

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Rodrigues Gomes, pela mestria, disponibilidade e compreensão.

À minha mãe, pela sua sabedoria e amor.

Às minhas amigas, Ana, Bruna, Carolina, Mariana e Sofia pelas infindáveis palavras de coragem.

Ao Francisco, por nunca me ter largado a mão e ter acreditado sempre em mim.

À Fabiana, por todas as chamadas e mensagens de apoio.

Às minhas colegas da USF Stephens, por toda a ajuda no desenvolvimento do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados.

A todos os orientadores e professores, que cruzaram o meu caminho até aqui, pela partilha dos seus conhecimentos.

Este percurso não aconteceria sem vocês.

Muito obrigada.

RESUMO

O presente relatório permite, numa primeira abordagem, a contextualização dos locais de estágio, o seu modelo de organização e funcionamento bem como a sua reflexão crítica. Os Ensinos Clínicos foram realizados em três contextos diferentes: Unidade de Internamento de Doentes Agudos de Psiquiatria, Unidade de Cuidados na Comunidade e Psiquiatria Comunitária.

Foi realizada uma análise crítico-reflexiva fundamentada relativa às atividades concretizadas em contexto de ensino clínico que contribuíram para a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, enunciando os objetivos e o modo como foram atingidos, bem como os resultados obtidos.

Integra o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem intitulado: “Ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”. Apesar de permitir o aumento da esperança de vida da pessoa bem como o retorno a uma vida saudável, a ostomia pode conduzir a diversos problemas fisiológicos, sociais e psicológicos, como a ansiedade. Este projeto visou avaliar a eficácia de intervenções especializadas em ESMP num contexto de grupo de ajuda mútua na redução dos níveis de ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal.

Para o efeito foi realizado um estudo quasi-experimental do tipo pré-teste-pós-teste, sem grupo de controlo, cuja amostra foi composta por 8 participantes. O programa formativo foi estruturado em 6 sessões grupais e incidiu na psicoeducação acerca da ansiedade, capacitação para adoção de estratégias de autocontrolo da ansiedade, cuidados ao estoma e partilha de vivências e sentimentos relacionados com a ostomia. A avaliação da ansiedade foi realizada com recurso ao Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y), de Santos e Silva (1997). Para além deste, foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário sociodemográfico e de conhecimentos. Este projeto permitiu avaliar os níveis de ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal, tendo-se obtido níveis moderados no primeiro momento, com uma média de 39 pontos na Escala de Ansiedade-Traço, e de 39,5 pontos na Escala de Ansiedade-Estado. Com a aplicação do programa verificou-se uma diminuição do *score* obtido tanto em relação aos níveis de ansiedade traço como na ansiedade estado. Permitiu também aferir que para os participantes, a maior preocupação pós cirúrgica foi o manuseamento das placas e a troca dos sacos.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Saúde Mental, ostomia, ansiedade.

ABSTRACT

The present report provides, in a preliminary approach, a contextualization of the internship sites, their organizational model, functioning, and critical reflection. Clinical placements were carried out in three distinct contexts: Acute Psychiatry Inpatient Unit, Community Care Unit, and Community Psychiatry.

A critical-reflexive analysis was conducted, grounded in the activities carried out within the clinical teaching context, which contributed to the acquisition of the common competencies of the Specialist Nurse and the specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health Nursing, outlining the objectives and how they were achieved, as well as the results obtained.

It is part of the Continuous Improvement Project of the Quality of Nursing Care entitled: 'Anxiety in individuals with intestinal ostomy: Intervention of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.' Despite allowing for an increase in life expectancy and a return to a healthy life, ostomy can lead to various physiological, social, and psychological problems, such as anxiety. This project aimed to evaluate the effectiveness of specialized interventions in Mental Health and Psychiatric Nursing within a mutual support group context in reducing anxiety levels in individuals with intestinal ostomy.

For this purpose, a quasi-experimental study of the pre-test-post-test type was undertaken, without a control group, with a sample composed of 8 participants. The training program was structured into 6 group sessions and focused on psychoeducation about anxiety, empowerment to adopt anxiety self-control strategies, stoma care, and sharing experiences and feelings related to ostomy. Anxiety assessment was conducted using the State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y), by Santos and Silva (1997). Additionally, a sociodemographic questionnaire and a knowledge assessment tool were utilized for data collection. This project enabled the evaluation of anxiety levels in individuals with intestinal ostomies, revealing moderate levels at the initial assessment, with an average score of 39 points on the Trait Anxiety Scale, and 39.5 points on the State Anxiety Scale. Following the intervention program, a decrease in scores was observed for both trait and state anxiety levels. Furthermore, participants' primary post-surgical concerns focused on managing ostomy appliances and bag changes.

Keywords: Nurse Specialist, Mental Health, ostomy, anxiety.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I- ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS DIFERENTES LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO	17
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO.....	17
1.1 UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS	17
1.2 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	20
1.3 PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA	21
PARTE II- COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO	26
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	26
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	29
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	30
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	31
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	33
2.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento pessoal e profissional.....	34
2.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, famílias, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	37
2.2.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo da vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto .	39
2.2.4. Presta 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.....	43
PARTE III- PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM	53
3.1 IDENTIFICAR E PERCEBER O PROBLEMA	53
3.2. PERCEBER O PROBLEMA.....	54
3.2.1. A OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO	54
3.2.2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	56

3.3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS.....	59
3.4 PERCEBER AS CAUSAS.....	59
3.5 PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS.....	62
3.6 VERIFICAR OS RESULTADOS.....	65
3.7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
3.8 PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA.	73
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICES	85
ANEXOS	157

APÊNDICES

APÊNDICE I- Questionário sóciodemográfico e de conhecimentos

APÊNDICE II- Questionário de satisfação

APÊNDICE III- Projeto ... Psicoeducação acerca das emoções (crianças)

APÊNDICE IV- Projeto... Psicoeducação acerca das emoções (pais)

APÊNDICE V- Projeto ... – Psicoeducação acerca da doença mental

APÊNDICE VI- Projeto...- Psicoeducação acerca da adesão ao regime terapêutico

APÊNDICE VII- Projeto... – Psicoeducação acerca das substâncias psicoativas

APÊNDICE VIII - Formação em serviço acerca do Programa de Treino Metacognitivo na pessoa com psicose

APÊNDICE IX- “Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem – Executar técnica de relaxamento”

APÊNDICE X- “Como me relaciono” – Relações interpessoais

APÊNDICE XI- Questionamento Socrático

APÊNDICE XII- Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (reduzida)

APÊNDICE XIII - Intervenção psicoeducacional acerca da ansiedade

APÊNDICE XIV- Atividade “O anel”

APÊNDICE XV- Treino de assertividade- Técnica dos 5 Eu

APÊNDICE XVI – Intervenção Psicoeducacional acerca da adesão ao regime terapêutico

APÊNDICE XVII- Dia Nacional da Doença de Alzheimer

APÊNDICE XVIII- Planos de sessão do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

ANEXOS

ANEXO I- Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y)

ANEXO II- Parecer Comissão de Ética

ANEXO III- Autorização para utilização do inventário de estado-traço de ansiedade (STAI-Y)

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da taxa de incidência de neoplasias em Portugal (/100000 pessoas/ano) padronizada (população padrão europeia) 2019 por localização segundo o sexo.....	57
Gráfico 2- Novos casos anuais de cancro do colón e reto em 2019 em Portugal por grupo etário.....	57
Gráfico 3- Número de novos casos de cancro do cólon e reto em Portugal em ambos os sexos no período de 2001-2019	58
Gráfico 4- Variação do score Questionário de conhecimentos entre M1 e M2.....	66
Gráfico 5- Variação do score Ansiedade-Traço entre M1 e M2.....	67
Gráfico 6- Variação do score Ansiedade-Estado entre M1 e M2.....	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama de Ishikawa: fatores que contribuem para a ansiedade no período pós-cirúrgico em ostomizados	60
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra	65
Tabela 2- Tempo de ostomia (em meses)	66
Tabela 3- Pontuação do questionário de conhecimentos	66
Tabela 4- Pontuação STAI-Y - Ansiedade Traço M1 e M2	67
Tabela 5- Pontuação STAI-Y - Ansiedade Estado M1 e M2	68
Tabela 6- Resultados Questionário de Satisfação	70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Análise <i>SWOT</i>	73
-------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral da Saúde

DM- Doença Mental

DMG- Doença Mental Grave

EC- Ensino Clínico

EE- Enfermeiro Especialista

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GOBPIPE- Guia Orientador De Boas Práticas De Intervenção Psicoterapêutica Em Enfermagem

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

RON- Registo Oncológico Nacional

SM- Saúde Mental

SMP- Saúde Mental e Psiquiátrica

SPSM- Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

TR- Terapeuta de Referência

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS- Unidade Local de Saúde

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Com este documento pretende-se a descrição e reflexão crítica das atividades realizadas ao longo dos Ensinos Clínicos (EC) concretizados durante o período compreendido entre o dia 1 de maio de 2023 e o dia 19 de janeiro de 2024. Estes foram realizados em três contextos diferentes: Unidade de Internamento de Doentes Agudos de Psiquiatria, Unidade de Cuidados na Comunidade e Psiquiatria Comunitária. A sua concretização permitiu o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), assim como as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), previstas pela Ordem dos Enfermeiros segundo os regulamentos nº515/2018 de 7 de agosto e nº 140/2019 de 6 de fevereiro, respetivamente.

Foi utilizada uma metodologia crítico-reflexiva para a elaboração do documento. A prática reflexiva constitui-se como uma ferramenta vital para a aprendizagem permitindo compreender e criticar os conhecimentos adquiridos ao longo da experiência de ensino clínico, reconhecer forças e fraquezas e superar a lacuna entre o conhecimento teórico e a prática de enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

Para a consecução deste relatório traçaram-se os seguintes objetivos:

- Descrever os diferentes contextos de EC, referindo o seu modelo organizacional e realizando a sua reflexão-crítica;
- Identificar as competências comuns do EE e específicas do EEESMP, enunciando as atividades realizadas que permitiram atingir os objetivos propostos em cada EC, realizando a sua análise crítico-reflexiva e evidenciando os ganhos em saúde obtidos;
- Demonstrar a forma como foram aplicados os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante a formação especializada;
- Evidenciar os resultados obtidos no Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem intitulado: “Ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”.

Este documento encontra-se dividido em 3 capítulos. No primeiro será efetuada a descrição de cada contexto de Ensino Clínico, onde foram realizadas as atividades da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Para isto, será referida a metodologia de trabalho adotada em cada um destes, descrevendo o modo de funcionamento e realizando uma reflexão crítica.

De seguida, serão enumeradas as competências comuns do EE e específicas do EEESMP, fundamentando a sua aquisição através da análise crítico-reflexiva das atividades realizadas em contexto de EC. Esta descrição será realizada tendo por base a forma como decorreu a aplicação das ações no terreno, e os resultados obtidos e percebidos. Este capítulo é construído com recurso à aplicação de referenciais normativos relevantes não só para a profissão como para a área de especialização. A execução dos EC teve como base a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Esta teoria permite um maior entendimento acerca do comportamento humano, permitindo identificar as dificuldades do doente e enfatizado a importância da relação enfermeiro-indivíduo no processo terapêutico (Souza, Brandão, Martins, Morais & Jesus, 2021).

Por fim, será apresentado o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem intitulado: “Ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”. Este projeto visou a diminuição da ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal, através da aplicação de intervenções especializadas em ESMP, bem como a partilha de sentimentos e vivências num grupo de ajuda mútua. Neste capítulo irá realizar-se o enquadramento teórico da problemática, a formulação dos objetivos pretendidos com a realização do projeto, bem como a apresentação da metodologia utilizada. Posteriormente serão apresentados os resultados e realizada a sua discussão e conclusão, referindo as principais limitações do estudo e as suas implicações para a prática.

Este documento foi redigido segundo o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria, respeitando as normas da *American Psychological Association* (APA) 6ª edição e o novo acordo ortográfico.

PARTE I- ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS DIFERENTES LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

1.1 UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS

O primeiro Ensino Clínico em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com a duração de onze semanas, compreendidas entre 1 de maio e 14 de julho de 2023, foi realizado na Unidade de Internamento de Doentes Agudos de um Centro Hospitalar de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro, ala feminina.

Esta Unidade está integrada no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do respetivo Hospital, composta por: Unidade de Internamento de Doentes Agudos, Unidade de Ambulatório de Consultas Externas, Apoio domiciliário de Enfermagem e Serviço Social, Clínica de tratamentos injetáveis de ação prolongada, Serviço de Urgência e Unidade de Internamento de Doentes em Evolução Prolongada de Psiquiatria.

A área de influência do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental abrange a população residente em sete concelhos, sendo o Serviço constituído por uma equipa multidisciplinar composta por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Serviço Social, Assistentes de Psicologia Clínica e Assistentes Operacionais. A equipa de Enfermagem é constituída por 27 Enfermeiros, 14 dos quais Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Relativamente à estrutura física da Unidade, esta é composta por duas alas: uma feminina com vinte e uma camas e uma masculina com vinte e duas camas. Este serviço destina-se a pessoas com idade igual ou superior a dezoito anos. Recebe doentes com patologias mentais em fase de descompensação clínica que necessitem de estabilização, primeiros episódios de doença mental (DM) que requerem um estudo diagnóstico e introdução de psicofármacos em ambiente hospitalar e doentes com quadros de Dependências com o objetivo de desintoxicação e para seguimento ambulatorio posterior. A admissão dos utentes é realizada através do Serviço de Urgência ou pela transferência de outros Serviços ou Instituições. Pode ser ainda de caráter voluntário ou involuntário, de acordo com a Nova Lei de Saúde Mental de 21 de julho de 2023 (Lei 35/2023, de 21 de julho, artº 14).

De acordo com a Nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho de 2023), o tratamento involuntário “é orientado para a recuperação integral da pessoa, mediante intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial”. Tem como pressupostos cumulativos:

. . . a existência de doença mental; a recusa do tratamento medicamente prescrito, necessário para prevenir ou eliminar o perigo previsto na alínea seguinte; a existência de perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais (de terceiros, em razão da

doença mental e da recusa de tratamento; ou do próprio, em razão da doença mental e da recusa de tratamento, quando a pessoa não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento) (Lei n.º 35/2023, cap.IV, sec. I, art. 14º, 15º).

O tratamento involuntário apenas pode ter lugar se

. . . for a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito; adequado para prevenir ou eliminar uma das situações de perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais; proporcional à gravidade da doença mental, ao grau do perigo e à relevância do bem jurídico. (Lei n.º 35/2023, cap. IV, sec. I, art 15º).

É dada primazia ao internamento em regime ambulatório assegurado por equipas comunitárias de saúde mental, exceto se o internamento for a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito, cessando logo que o tratamento possa ser retomado em ambulatório (Lei n.º 35/2023, cap. IV, sec. I, art 15º).

A Unidade funciona vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana. As entradas e saídas são controladas e as salas de trabalho trancadas, assim como as janelas. A sala de fumadores apenas é aberta em horários estipulados ao longo do dia e é realizado um controlo do espólio potencialmente perigoso para estes doentes, como objetos cortantes, ou que possam ser utilizados para autoagressão, ficando os mesmos ao encargo dos enfermeiros. Podemos afirmar que o internamento em psiquiatria está relacionado com o maior risco de violência física, verbal, autoagressão, suicídio, tentativa de suicídio, efeitos secundários associados à toma de medicação, não adesão ao regime medicamentoso bem como o maior risco de fuga em consequência da patologia, como é o caso das alucinações (Briner & Manser, 2013; Gilbert et al., 2011 *cit. in* Correia, Martins & Pinho, 2020). Os cuidados em Unidades de Internamentos de Doentes Agudos de Psiquiatria acarretam, para além dos riscos transversais a outras áreas de cuidados, riscos próprios decorrentes das particularidades associadas às patologias presentes nestes Serviços. Deste modo, torna-se imperativa a implementação de ações preventivas que visem reduzir os potenciais riscos à segurança do indivíduo, outros doentes, profissionais de saúde e público em geral (Correia, Martins & Pinho, 2020). Neste sentido, é realizada a avaliação do risco na entrevista de avaliação inicial, a proteção arquitetónica e é iniciado o processo de criação de uma relação terapêutica que permita compreender as necessidades do doente. É também estabelecido um contrato terapêutico, almejando o equilíbrio entre a redução do risco e a autonomia e liberdade do mesmo. A Lei de Saúde Mental declara o direito do indivíduo à sua liberdade, bem como o direito à comunicação com o exterior. Tendo em conta que a Unidade não se encontra localizada em piso térreo, para além de aumentar o risco de suicídio por defenestração, acarreta dificuldades acrescidas nas

saídas terapêuticas acompanhadas pelos Enfermeiros. As saídas terapêuticas apresentam-se como benéficas para a redução de sintomatologia psiquiátrica, bem como para a promoção do bem-estar. A prática de exercício físico fomenta a redução de sintomatologia depressiva em comparação com outras intervenções não farmacológicas (Gomes *et. al*, 2019). Para além disto, a exposição solar, além de auxiliar na qualidade do sono pelo ciclo sono-vigília, ativa a produção de vitamina D, cujas baixas concentrações estão associadas a síndromes depressivos (Bezerra, Lima & Dantas, 2020). Durante o presente EC, foi possível constatar que os doentes internados expressavam o contacto com o espaço exterior como salutogénico para a sua condição atual. Estas saídas permitem a execução de intervenções psicoterapêuticas como *mindfulness* ou técnicas de relaxamento, bem como a partilha de sentimentos em grupo. Importa reforçar que está sempre subjacente a avaliação do risco de fuga e a condição atual do doente para poder sair da Unidade. O escasso rácio de enfermeiros, assim como a localização do serviço, constituem-se como um constrangimento às saídas terapêuticas, dificultando assim o alcance dos benefícios associados.

A metodologia de trabalho adotada pelos enfermeiros do serviço consiste no método individual. Cada enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a vários utentes durante um turno, sendo responsável pela conceção e execução dos cuidados em função da carga de trabalho, por forma a satisfazer todas as necessidades dos utentes. Nesta metodologia de trabalho, o enfermeiro gestor do serviço é responsável pela supervisão e avaliação dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, mantendo um poder de decisão ao longo das etapas do processo (Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro & Cardoso, 2021). Segundo a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019), nos diversos serviços de internamento, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, devem existir pelo menos 2 Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, por cada 3 Enfermeiros. Deverá também existir, pelo menos, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em permanência, 24 horas por dia. Neste sentido, podemos afirmar que por forma a ser garantida a qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde, para os vinte sete enfermeiros da equipa, esta deveria ser constituída por dezoito EEESMP, respeitando assim a dotação segura preconizada para este Serviço, de acordo com a proposta da Ordem dos Enfermeiros (OE). Segundo a Circular Normativa nº 01/2006/SGMS (Ministério da Saúde, 2006), o número de horas de cuidados necessárias por dia, por utente em Serviços de Psiquiatria de agudos, equivale a um valor médio de 2,85 horas. Em 2019, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica emitiu um parecer que recomenda o aumento deste número de horas para 3,4 (OE, 2019). A Unidade de Internamento de Doentes Agudos, conta com um rácio de 4 enfermeiros no turno da manhã, 4 enfermeiros no turno da tarde e 2

no turno da noite, para um total de quarenta e três utentes. Evidencia-se assim um valor médio de 1,85 horas diárias de prestação de cuidados, valor este inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde e ainda distante do recomendado pela Mesa do Colégio. O incumprimento das dotações seguras propostas pela OE, reflete um aumento da carga de trabalho afeta a cada enfermeiro, conduzindo a insatisfação, desmotivação e *burnout* dos profissionais, colocando ainda em causa a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde (OE, 2014).

As perturbações psiquiátricas em Portugal têm uma prevalência de 22,9% (Conselho Nacional de Saúde, 2019). O internamento em saúde mental (SM) apresenta como principais patologias: a esquizofrenia, doenças depressivas major, psicoses, perturbações da personalidade e/ou do controlo dos impulsos, perturbações bipolares, depressão, perturbações orgânicas da saúde mental, perturbações do comportamento da infância e perturbações da alimentação. O número de internamentos em saúde mental tem vindo a diminuir de forma ligeira nos últimos anos, possivelmente devido ao trabalho desenvolvido a nível comunitário (Direção Geral da Saúde (DGS), 2017).

Apesar desta diminuição, é relevante destacar a importância da intervenção do EEESMP em contexto de internamento. A mesma não deve ser encarada apenas como a estabilização psicopatológica com recurso a psicofármacos, mas sim como uma oportunidade de se demonstrar como elemento facilitador dos processos adaptativos do doente mental (Sampaio, 2022), assim como descrito no Regulamento de Competências Específicas do EEESMP. Este, refere que as intervenções do EEESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, nomeadamente no que diz respeito à adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil e *stress* do prestador de cuidados. Tem como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (Regulamento n.º 515/2018).

1.2 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O segundo EC foi realizado ao longo de onze semanas entre o período de 5 de setembro a 17 de novembro de 2023 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Esta UCC iniciou a sua atividade a 15 de outubro de 2013 e tem como missão

. . . a prestação de cuidados de saúde, e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco/dependência física e funcional, ou doença que exija um acompanhamento mais próximo bem como intervir a nível da promoção e

educação para a saúde; a contribuição para a melhoria do estado de saúde da população residente na sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde em todas as faixas etárias, e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. (UCC Dr. Arnaldo Sampaio, 2023).

Presta cuidados de saúde através de um trabalho multidisciplinar que garante respostas à recuperação, manutenção e reabilitação dos indivíduos e comunidades da sua área de abrangência. Tem uma área de influência de 267,7km², distribuída por 8 freguesias.

A Unidade Funcional é coordenada por uma EEESMP e é constituída por uma equipa multidisciplinar contando com: 1 Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e Médico-Cirúrgica, 1 Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2 Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 1 Enfermeira generalista, 1 Fisioterapeuta, 1 Psicólogo, 1 Médica Assistente, 1 Assistente Social e 1 Assistente Técnica. Esta UCC funciona todos os dias do ano das 8h às 20h nos dias úteis e das 9h às 13h em âmbito de Equipa de Cuidados Continuados Integrados, se necessário, aos sábados, domingos e feriados.

Organiza-se de acordo com os seguintes programas: Programa de Acessibilidade, Programa de Saúde Reprodutiva, Programa de Parentalidade Positiva e Consciente, Programa de Crianças e Jovens Vulneráveis, Programa de Saúde Escolar, Programa de Diabetes, Programa de Envelhecimento Ativo e Saudável, Programa de Reabilitação das Doenças Respiratórias, Programa de Enfermagem de Reabilitação, Programa da Atividade Física, Programa da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Programa de Intervenção de Saúde no Estatuto do Cuidador Informal, Programa de Núcleo de Empréstimo e Tecnologias de Apoio, Programa de Melhoria Contínua e Programa de Intervenção Comunitária em Saúde Mental. Este último tem como objetivo a assistência e capacitação da pessoa ao longo do seu ciclo de vida, família, grupos e comunidade na promoção, otimização e recuperação da sua saúde mental assim como a prevenção da doença mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (UCC Dr. Arnaldo Sampaio, 2023). Conta com os projetos: “Literacia em Saúde Mental”, grupo terapêutico “Aprender a lidar com a ansiedade”, consultas de Enfermagem de Saúde Mental, “Cuidar do Cuidador” e programas no âmbito da saúde mental e psiquiátrica (SMP).

1.3 PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA

O último EC teve uma duração de 7 semanas e decorreu entre o período de 20 de novembro de 2023 a 19 de janeiro de 2024, sendo realizado num Centro Hospitalar de uma ULS da

Região Centro, no serviço de Psiquiatria Comunitária.

O projeto de Psiquiatria Comunitária deste Hospital, foi criado em 2018 na Unidade de Saúde Mental Comunitária do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) e é direcionado para as necessidades do doente de psiquiatria e saúde mental com o objetivo de “favorecer o retorno a uma vida o mais normal possível, longe do internamento hospitalar, e “fugir” do modelo hospitalocêntrico e rumar a uma abordagem voltada para os recursos comunitários” (Centro Hospitalar de Leiria, 2019).

Dados relatados no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Ministério da Saúde, 2008), afirmam que os serviços de saúde mental sofrem ainda de insuficiências graves, a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados. Apesar disto, nos últimos anos Portugal reorganizou os seus serviços, descentralizando-os, permitindo respostas mais próximas das populações e uma articulação maior com centros de saúde e agências da comunidade. No entanto, o Plano prevê uma continuidade da reforma dos cuidados em saúde mental, por forma a prestar cuidados de qualidade, destacando-se os seguintes objetivos:

Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias; promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. (Ministério da Saúde, p. 14, 2008).

O Plano Nacional de Saúde Mental relata que o internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando a evidência científica demonstra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as preferenciais para os utentes e famílias. Afirma ainda que esta distribuição desigual de recursos se deve ao reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade em Portugal, com serviços locais de saúde mental reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia, não dispondo de Equipas de Saúde Mental Comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias (Ministério da Saúde, 2008).

Muito tem vindo a ser feito no sentido da mudança de paradigma de um Modelo Hospitalar para um Modelo Comunitário de prestação de cuidados de saúde mental em que o objetivo primordial é responder às necessidades das pessoas com doença mental grave (DMG). Estudos realizados em Portugal com equipas de intervenção comunitária em SM revelam a redução significativa de internamentos psiquiátricos. Neste âmbito, surge ainda a diminuição

do número total de dias de internamento e consequente redução dos custos associados, a melhoria do funcionamento social e da efetividade da terapêutica (Fornelos, Martins, Felizardo, Roque & Pina, 2018).

A equipa de Psiquiatria Comunitária é constituída por 2 médicas psiquiatras, 5 EEESMP coordenados pelo enfermeiro-chefe do SPSM, e 1 assistente social. Às quintas-feiras são realizadas reuniões multidisciplinares para avaliação dos casos de intervenção, assim como os agendamentos das visitas para intervenção em crise ou intervenção multidisciplinar. Esta equipa prevê 4 áreas de intervenção: consultadoria com os cuidados de saúde primários, intervenção em crise, consultas domiciliárias de intervenção multidisciplinar e o programa de acompanhamento por Terapeuta de Referência (TR) que ainda não está operacional devido à escassez de recursos humanos.

Apesar desta escassez, a equipa tem orientado a sua atividade no sentido de implementar a figura do TR. Sabe-se da importância e eficácia da prestação de cuidados comunitários mantendo a pessoa integrada no seu meio, pelo que o modelo de intervenção por gestor de caso, onde o EEESMP se destaca enquanto TR, é crucial para a prestação de cuidados de qualidade com ganhos evidentes em saúde (OE, 2021). O objetivo dos serviços de saúde mental deve ser a recuperação da pessoa com DMG. Isto implica um trabalho orientado para evitar o agravamento da situação clínica da pessoa doente, evitar a sua desinserção social e eventual institucionalização, visando a inclusão social e não apenas o controlo de sintomatologia. Um dos principais problemas relacionados com o tratamento de pessoas com DMG é o seu frequente afastamento dos serviços de saúde (Brito, 2018) sendo importante o acompanhamento próximo e continuado da pessoa. Para isto, a figura do TR, surge como elemento facilitador.

O Terapeuta de Referência contribui para facilitar a permanência da pessoa doente na comunidade e promover a sua integração, estimulando ao máximo a sua autonomia através de atitudes, metodologias e procedimentos que maximizam a sua iniciativa e participação, potenciando as suas capacidades e sucessos. (Brito, p. 26, 2018).

É necessário que o TR consiga ter a “capacidade de estabelecer com o utente e família uma relação de confiança e ajuda, que lhe permita uma adequada avaliação das necessidades e o estabelecimento de uma aliança terapêutica, bem como a capacidade para transmitir informação e apoio” (Brito, 2018). Nesta relação estão assentes os pilares da confiança e empatia, o recurso a técnicas de comunicação verbal e não verbal, a capacidade de observar, analisar e compreender o outro, bem como a resiliência e persistência. A sua construção exige perícia e tempo. Especialmente em pessoas com DMG, o fator tempo é

fundamental, sobretudo em indivíduos que negam a sua doença por poderem não estar preparados para rapidamente se envolverem num processo de verbalização da sua experiência (Brito, 2018). Assim, e uma vez que a construção da relação terapêutica com a pessoa com DMG se constitui como um processo moroso, importa que o contacto com o indivíduo seja realizado preferencialmente sempre pelo mesmo profissional, sendo o modelo de intervenção por TR o mais indicado.

A consultadoria com os cuidados de saúde primários tem como objetivo fomentar a articulação entre as estruturas e evitar a utilização inadequada dos serviços. Para isto, são realizadas reuniões mensais entre o psiquiatra e EEESMP deste Centro Hospitalar e as diferentes unidades dos Agrupamentos de Centros de Saúde. Esta consultadoria pretende: evitar episódios frequentes de urgência e encaminhamentos para consulta externa por motivos passíveis de orientação a nível comunitário; fomentar a ajuda interdisciplinar em questões de saúde mental e na gestão de casos clínicos acompanhados nos cuidados de saúde primários; e promover a articulação entre os cuidados psiquiátricos e psicológicos.

A intervenção em crise é realizada a pessoas com DMG já seguidas pela equipa ou pelo SPSM, doentes com doença mental sem médico psiquiatra atribuído (que não tenham consulta há mais de um ano) ou doentes não conhecidos, mas que cumpram critérios para avaliação pela equipa. Esta área de intervenção objetiva prestar apoio durante a crise, a utentes já referenciados ou não, de modo a reduzir a progressão para agudização da doença e prevenir vindas ao serviço de urgência e internamentos. Neste sentido, existe uma estreita articulação com o médico assistente psiquiatra e o médico de família para a resolução da crise. Ainda, é realizada a avaliação de possíveis episódios de crise em doentes acompanhados ou não pela equipa ou pelo SPSM e realizado o respetivo encaminhamento. As intervenções realizadas passam pela avaliação do estado mental, monitorização da toma da medicação, planeamento e gestão de risco, apoio aos cuidadores, intervenção em sinais de alerta precoce e resolução de problemas.

Nas consultas domiciliárias preconiza-se uma avaliação clínica pela equipa multidisciplinar, em contexto domiciliário, de utentes e famílias, para a promoção e manutenção da adesão terapêutica, a prevenção de recaídas, reabilitação funcional e a avaliação e otimização das respostas clínicas e sociais com maior proximidade da comunidade. Nesta área de intervenção, o EEESMP é responsável pela realização de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais. Compete-lhe ainda a avaliação do estado mental, planeamento, execução e avaliação de intervenções de enfermagem, como a administração de medicação injetável, monitorização da terapêutica, articulação com o psiquiatra assistente, gestão de sintomas e combate ao estigma.

O Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017) objetiva: “Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias”. A Lei de Saúde Mental (2023), afirma que “a prestação de cuidados de saúde mental deve centrar-se nas necessidades e condições específicas das pessoas que deles necessitam, em função da sua diferenciação etária, e ser prioritariamente promovida a nível da comunidade, no meio menos restritivo possível”. Neste sentido, o EEESMP contribui para a aproximação da psiquiatria à comunidade, prestando cuidados que visam a persistência das rotinas dos doentes, reabilitação e inserção social evitando o afastamento das suas casas, família e comunidade.

PARTE II- COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

Os Ensinos Clínicos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica têm como finalidade garantir a concretização do perfil de competências especializadas, definidas no Regulamento de Competências Específicas do EEESMP (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto), bem como no Regulamento de Competências Comuns do EE (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro) emitidos pela Ordem dos Enfermeiros. O presente capítulo encontra-se dividido, abordando numa primeira análise a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE, e posteriormente as competências específicas do EEESMP. Estas competências serão apresentadas segundo a ordem em que se encontram enunciadas nos respetivos regulamentos.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE é aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro). A atribuição do título de EE pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns. Estas devem ser transversais a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no âmbito da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O primeiro domínio de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista prende-se com a responsabilidade profissional, ética e legal, e distingue-se em duas competências: “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Em ESMP, surgem frequentemente situações complexas durante o cuidado ao indivíduo com DM, sendo os enfermeiros responsabilizados, a nível legal e ético, no que diz respeito à sua prática profissional (Townsend, 2011).

A ética profissional

... regula a relação de um profissional com aqueles a quem presta serviço, tendo em conta a dignidade humana, os direitos dos clientes, o respeito devido e a oferta de competências para o exercício do serviço que presta, atentando ao bem-estar das pessoas e do coletivo, no contexto em que exerce (Nunes, 2014).

A mesma autora afirma que a primeira responsabilidade do EEESMP é respeitar a dignidade do cliente e proteger os seus direitos, zelando pela qualidade e a segurança dos cuidados. Para isto, é necessária uma compreensão do domínio ético e deontológico, avaliando as melhores práticas tendo em conta a individualidade de cada doente. É inegável reconhecer que as pessoas com problemas de saúde mental estão entre as mais vulneráveis da sociedade, e frequentemente em circunstâncias que requerem proteção dos direitos humanos (Nunes, 2014). Os EEESMP devem reunir esforços no sentido da diminuição do estigma associado a estas pessoas, perspetivando a recuperação da sua saúde e a sua reintegração na sociedade. Serviram de pilar para a assistência à tomada de decisão ética ao longo de todos os Ensinos Clínicos os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e vulnerabilidade.

No que concerne à proteção dos direitos humanos, ao longo dos EC, a prática foi orientada considerando o direito à liberdade de pensamento, de expressão, tendo em conta o indivíduo e as suas idiossincrasias, não descurando as suas opiniões. Os princípios para a proteção das pessoas com DM e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1991), afirmam que todas as pessoas que tenham DM ou que estejam a ser tratadas como tal, têm o direito de: ser cuidadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana, sem discriminação com base em doença mental; e de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade. No mesmo documento, é referido o direito à informação do seu tratamento, ao sigilo da informação que lhes diga respeito, à sua privacidade bem como a importância do consentimento informado, para que sejam ministrados quaisquer tratamentos. Foi possível adotar uma postura de não julgamento perante a pessoa com DM, realizando a discussão do seu plano de cuidados no sentido de respeitar as suas características individuais, promovendo a sua participação no seu processo de cuidar, informando-a acerca das suas opções de tratamento assim como os seus benefícios. Na elaboração dos estudos de caso, o consentimento informado foi sempre requisitado, explicitando a importância da colaboração do doente no processo de aprendizagem. Em todas as intervenções realizadas foi promovido o respeito pela autonomia de cada doente. Permitiu-se desta forma que as decisões fossem partilhadas com o mesmo, possibilitando a expressão da sua vontade, aceitando ou não a estratégia terapêutica proposta

(Sequeira & Sampaio, 2020). No início de todas as práticas, os doentes foram informados sobre o sigilo inerente às mesmas, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica assente na confiança, proporcionando um ambiente seguro para a expressão de sentimentos e preocupações.

O internamento compulsivo é uma intervenção adotada, em última instância, em pessoas que manifestam perturbações mentais graves e não consentem tratamento fundamentado nos princípios de necessidade terapêutica e de proteção social (Sequeira & Sampaio, 2020). A Lei de Saúde Mental regulou o internamento compulsivo, definindo princípios que especificam os direitos da pessoa com DM. No internamento compulsivo, o dever de respeitar a autonomia do indivíduo é sobreposto pelo princípio de beneficência quando este é considerado uma ameaça para si próprio ou para outros (Townsend, 2011). Apesar de permitir a proteção da pessoa, importa garantir o respeito pela dignidade humana e assegurar a proteção dos direitos fundamentais, atendendo à situação de vulnerabilidade, estigmatização e incapacidade do doente (Nunes, 2014). Durante o EC de psiquiatria comunitária, tive a oportunidade de elaborar o estudo de caso com uma doente com vários internamentos em regime compulsivo por incumprimento da terapêutica prescrita e por falta às consultas de psiquiatria. Frequentemente a utente em estudo referia sentir a sua liberdade condicionada devido às visitas domiciliárias recorrentes, da equipa, que a deixavam incomodada. A adesão à terapêutica em psiquiatria representa-se como um desafio, quer pelo absentismo elevado, interrupção de tratamento, recusa em fazer a medicação, falta de *insight* e discernimento, ocorrência de efeitos secundários da medicação, isolamento social, estigma e uso de substâncias psicoativas associadas, aumentando consequentemente o número de internamentos (OE, 2021). Uma vez que as medidas compulsivas podem afetar a eficácia da intervenção terapêutica, deve procurar-se um equilíbrio entre proteger do risco e promover a autonomia (Correia, 2018; Rimondini *et al.*, 2019 *cit. in* Correia, Martins & Pinho, 2020). Neste sentido, é importante o estabelecimento de uma relação terapêutica que permita em parceria com o doente que este tenha um papel ativo na avaliação, monitorização e planeamento da gestão do risco e processo terapêutico no sentido da sua capacitação para autonomia e autogestão (Correia, Martins & Pinho, 2020). Tendo em conta o previamente mencionado, ao longo do EC procurei intervir, integrando a utente no seu processo de recuperação, identificando razões para a não adesão à terapêutica e encorajando a aceitação do tratamento, permitindo a partilha de emoções e reforçando atitudes promotoras de adesão (OE, 2021).

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

O segundo domínio das competências comuns do EE refere-se à Melhoria Contínua da Qualidade. Enumeram-se como competências: “B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Em saúde, a segurança é definida como a:

. . . redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento (DGS, p. 14, 2011).

Os cuidados de saúde acarretam um conjunto de riscos que devem ser geridos através de estratégias de planeamento, organização, direção, avaliação e implementação por forma a promover a sua segurança, reduzir/prevenir riscos para doentes e profissionais de saúde e, se estes ocorrerem, minimizar danos (DGS, 2011). Os cuidados prestados no âmbito da SM acarretam, como já neste documento referido, para além dos riscos partilhados para as diferentes áreas de atuação, riscos próprios decorrentes de particularidades das patologias associadas. Deste modo, importa adotar estratégias de gestão do risco em SM, nomeadamente na notificação de riscos detetados, permitindo o seu estudo para o estabelecimento de estratégias preventivas, a avaliação do risco na entrevista inicial através da anamnese e utilização de instrumentos específicos, implementação de barreiras arquitetónicas, bem como uma informação cuidada acerca do esquema medicamentoso de cada doente (Correia, Martins & Pinho, 2020). Procurou-se, em conformidade com o acima descrito, proporcionar um ambiente seguro para cada doente, recolhendo informações acerca do seu plano de cuidados, refletindo acerca do mesmo com a restante equipa e permitindo envolver o doente no seu processo de recuperação, promovendo a partilha de sentimentos tornando o processo de gestão do risco reajustável e flexível.

Ainda no que concerne à presente competência, foi elaborado um Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem intitulado: “Ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” que objetivava a diminuição da ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal através da partilha de sentimentos e vivências num grupo de ajuda mútua. Este Projeto surgiu no âmbito da Consulta de Estomaterapia realizada num Centro de Saúde de

uma Unidade Local de Saúde, na Região Centro do país. Foi identificada a problemática com base em evidência científica, tendo sido desenhada uma intervenção que permitisse colmatar a mesma. Este Projeto permitiu o aumento da literacia em saúde, bem como a capacitação dos participantes para a adoção de estratégias de autocontrolo de ansiedade através da psicoeducação acerca da mesma temática. A realização de um grupo de ajuda mútua permitiu a partilha de sentimentos e vivências, promovendo o suporte emocional, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e a troca de informação acerca da doença, permitindo o *empowering* dos seus participantes (Sequeira & Sampaio, 2020; Regulamento n.º 356/2015). Os resultados obtidos foram, de uma forma geral, positivos tendo sido utilizados indicadores de processo e resultado para a sua avaliação, bem como o recurso a instrumentos como o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y), questionário sócio-demográfico e de conhecimentos (APÊNDICE I) e questionário de satisfação (APÊNDICE II).

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

O terceiro domínio das competências comuns do EE refere-se à gestão dos cuidados. Enumeram-se como competências: “C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

No contexto de EC de Psiquiatria Comunitária, as reuniões multidisciplinares permitiram o exercício de reflexão na tomada de decisão tendo em conta o código ético e deontológico, a legislação e os procedimentos de gestão dos cuidados. O Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro de 2021, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, afirma que:

“Os cuidados prestados nos serviços locais de saúde mental são assegurados por equipas multidisciplinares, que integram profissionais das áreas da psiquiatria, enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e psicomotricidade, devendo integrar outros profissionais sempre que a especificidade dos referidos cuidados o justifique” (Decreto-Lei n.º 113/2021, artº 17).

A estas equipas incumbem-se as tarefas de avaliação de necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliárias e intervenções de reabilitação, realizando a articulação com outras estruturas comunitárias tendo como objetivo a recuperação global da pessoa com doença mental (Decreto-Lei n.º 113/2021, artº 17). Estas reuniões demonstraram ser uma mais-valia para a recuperação dos utentes. Em primeiro lugar, permitem a troca de

informações entre os vários profissionais, o que garante que todos estão cientes da condição atual dos utentes, bem como das suas necessidades. Uma vez que se refere a uma equipa multidisciplinar, a colaboração entre profissionais permite uma abordagem holística do utente, com planos de cuidados personalizados por forma a atender às suas necessidades. A discussão de casos pela equipa permite a apresentação de várias perspetivas. Estas facilitam o encontro das estratégias de tratamento mais adequadas, considerando as características do doente, fomentando a sua autonomia, avaliando as necessidades, por forma à reinserção na comunidade e recuperação da saúde.

A presente competência descreve que o EE deve ser capaz de reconhecer quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro). Em contexto de EC em UCC, durante a elaboração do estudo de caso e após a aplicação do processo de enfermagem, foi identificado o diagnóstico de “adaptação comprometida”, referente à dificuldade no processo de transição para a maternidade. Deste modo, a utente, foi referenciada para integrar um grupo terapêutico existente na UCC, organizado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com o objetivo de reforçar as suas competências parentais. Para além disto, neste EC, foi possível realizar a articulação entre os cuidados de saúde primários e uma Instituição Particular de Solidariedade Social, intervindo com grupos vulneráveis no aumento da sua literacia em saúde mental (APÊNDICES III, IV, V, VI e VII). Em contexto de Psiquiatria Comunitária, foram realizadas visitas domiciliárias em articulação com as UCC dos Centros de Saúde da área de abrangência da equipa, seguindo um modelo de cuidados colaborativo.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O último domínio das competências comuns do EE refere-se ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Enumeram-se como competências: “D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

Quanto ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considero que a reflexão constante sobre mim e o aprimoramento do autoconhecimento, tanto como indivíduo quanto como profissional de saúde, se demonstrou benéfica para a prestação de cuidados. Este domínio vai ao encontro da primeira competência específica do EEESMP. Para mim, esta competência caracterizou-se como uma vertente contínua, não efetiva e adquirida. Não considero que a sua aquisição esteja concluída, acredito sim que se trata de um processo, uma jornada de conhecimento e de entendimento de mim própria, aceitando a diferença e singularidade do outro. A autoconsciência e o autoconhecimento permitem o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes. O desenvolvimento da relação apenas é possível quando

cada indivíduo que faz parte da interação vê o outro como um ser humano único. Em ESMP, a relação não deve ser encarada apenas como enfermeiro-indivíduo, mas sim, humano-humano, permitindo a satisfação das necessidades de ambas as partes, no sentido da promoção da saúde e resolução de problemas, encarando o outro tendo em conta todas as suas particularidades (Townsend, 2011).

Ainda no âmbito deste domínio, orientei minha prática profissional com base em evidências científicas, fundamentando teoricamente as decisões de intervenção, compartilhando os planos de sessão correspondentes, esclarecendo dúvidas e demonstrando interesse em receber sugestões de melhoria por parte dos enfermeiros orientadores. A abordagem proativa que adotei também me permitiu aproveitar as oportunidades de aprendizagem, colaborando e participando nas atividades desenvolvidas.

A aplicação do processo de enfermagem permitiu realizar uma avaliação inicial das necessidades formativas das equipas, tendo sido realizadas três formações em serviço no decorrer dos EC. A formação em serviço permite a:

... consolidação, a partilha, a reflexão crítica sobre o cuidar e a inovação, cuja meta principal a atingir é melhorar a prestação de cuidados, promover e desenvolver os profissionais partindo das reais necessidades de cada unidade, de cada enfermeiro e de todos em geral (Santos, p. 22, 2008).

As formações realizadas foram propostas por forma a colmatar necessidades reais sentidas em cada campo de estágio, integrando o saber nas práticas do dia-a-dia, com base na evidência científica, desenvolvendo desta forma as competências dos enfermeiros. Em contexto de internamento, foi identificada a carência de programas de intervenção psicoterapêutica no âmbito da psicose que, em concomitância com o regime medicamentoso, pudessem potencializar o processo de reabilitação psicossocial do indivíduo.

Desta forma, foi realizada uma formação em serviço acerca do Treino Metacognitivo em pessoas com psicose (APÊNDICE VIII). O Programa de Treino Metacognitivo permite alterar a ideação delirante e o desenvolvimento das capacidades de metacognição, facilitando assim o processo de tomada de decisões complexas e resolução de problemas (Moritz, Woodward, Hauschildt & Rocha, 2017). Neste sentido, foram elaborados e fornecidos planos de Treino Metacognitivo, passíveis de serem utilizados no serviço. A presente formação foi considerada relevante para a prática destes profissionais uma vez que a psicose se apresenta como uma das patologias mais frequentes em contexto de internamento. Assim, compreende-se a importância da capacitação dos profissionais para a adequação de estratégias, não farmacológicas, que promovam a recuperação da saúde.

Ainda neste serviço, foi identificada a necessidade de apresentar o Guia Orientador De Boas Práticas De Intervenção Psicoterapêutica Em Enfermagem (GOBPIPE) (APÊNDICE IX). Este documento, considera-se importante para a prática do EEESMP, no entanto é desconhecido por muitos dos profissionais devido à sua recente publicação. Nesta apresentação foram abordadas as técnicas de relaxamento, uma vez que são frequentemente utilizadas neste serviço por forma a diminuir a ansiedade e promover o bem-estar. Para além disto, foram ainda apresentadas técnicas mais recentes que não constam no GOBPIPE e que estão documentadas como eficazes para o tratamento de várias patologias do foro psiquiátrico, nomeadamente as técnicas de 3ª geração. Esta formação apresentou-se pertinente para a prática, uma vez que cerca de metade do serviço é composto por EEESMP. O GOBPIPE constitui-se como um documento imprescindível à realidade destes profissionais, apresentando as intervenções psicoterapêuticas passíveis de serem executadas por enfermeiros, bem como a sua implementação.

Por fim, no que respeita à formação em serviço, foi identificada a necessidade de abordar a temática das relações interpessoais (APÊNDICE X) num hospital, uma vez que esta era pouco conhecida pelos profissionais e de elevada pertinência para a sua prática. Esta formação destinou-se a profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais, e objetivava a promoção da saúde mental através da manutenção de relações interpessoais positivas. Para isto, foi utilizada uma estratégia de psicoeducação acerca de conceitos como a codependência emocional, relacionamento saudável e relações interpessoais saudáveis. Os participantes foram convidados a realizar exercícios de autoconhecimento e consciencialização como a análise *SWOT* e a partilha de experiências acerca das dificuldades relacionais. No final, os participantes foram questionados acerca da importância do tema da sessão e se tinham adquirido algumas competências para o relacionamento com o outro. Desta, apenas foram obtidas respostas positivas, demonstrando o seu interesse em comparecer em mais sessões que privilegiassem a saúde mental.

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

As competências do EEESMP permitem-lhe compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais, desenvolvendo um juízo clínico distinto de outras áreas de especialidade (Regulamento nº 515/2018, 2018). A enfermagem de saúde mental pressupõe:

. . . a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais

e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 356/2015, 2015).

Na sua prática clínica, o EEESMP estabelece relações de confiança e parceria por forma a intervir como agente facilitador na adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental. É através de saberes e conhecimentos técnicos, científicos e humanos, que o EEESMP possibilita, ao longo do processo terapêutico, que a pessoas vivenciem experiências gratificantes e potenciadoras da relação consigo mesmas e com os outros (Regulamento nº 515/2018, 2018).

2.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento pessoal e profissional

O primeiro domínio de competências específicas do EEESMP prende-se com o autoconhecimento: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº 515/2018, 2018).

As afirmações centrais da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau revelam que “a enfermagem é um processo interpessoal, significativo e terapêutico”. Peplau, identifica a relação enfermeiro-indivíduo como peça central nos cuidados de enfermagem, e afirma que a enfermagem não pode ocorrer sem relação ou conexão entre o enfermeiro e o indivíduo (Peplau, 1952 *cit. in* Fawcett, 2005). O enfermeiro psiquiátrico deve assim construir a sua identidade no sentido de obter conhecimento acerca dos potenciais problemas que podem surgir na relação entre este e o seu cliente. Para isto, deve fomentar o desenvolvimento das habilidades intelectuais, interpessoais e sociais, aceitando o indivíduo como ele é e interagindo no sentido do estabelecimento de uma relação terapêutica. A relação enfermeiro-indivíduo, é potencializada quando os enfermeiros estão cientes de como o seu próprio comportamento afeta o indivíduo. Esta reflexão é essencial para a melhoria da relação num processo contínuo, que permite ao enfermeiro tornar-se mais autoconsciente (Peplau, 1987 *cit. in* Parker & Smith, 2010). No sentido do desenvolvimento do autoconhecimento, o enfermeiro deve questionar-se acerca da forma como aborda o doente, tendo em conta as suas experiências ou estado de espírito, e o modo como estas influenciam a relação. Deve assim focar-se nas necessidades do doente, livre de julgamentos, desenvolvendo a sua identidade como especialista em relações interpessoais (Peplau, 1992 *cit. in* Parker & Smith, 2010).

Conhecer-se e entender-se aumenta a capacidade de formar relações interpessoais satisfatórias. A autoconsciência e o autoconhecimento requerem que o indivíduo reconheça e

aceite o que valoriza e aprenda a aceitar a singularidade e diferença nos outros. Permitem ao EEESMP o uso terapêutico de si, entendendo que a sua habilidade para auxiliar efetivamente os outros, quando necessário, e é significativamente influenciada pelo seu conjunto interno de valores (Townsend, 2011).

Neste sentido, o Regulamento Competências Específicas do EEESMP (Regulamento nº 515/2018, p.1) afirma que este: “desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócias terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”. Se por um lado o enfermeiro deve atuar em conformidade com os seus princípios técnicos e científicos tendo no centro da sua atenção a pessoa em toda a sua dimensão, deve também desenvolver o seu saber ser e saber estar, tanto na relação com o outro como com ele mesmo por forma a cimentar a relação terapêutica (Sequeira & Sampaio, 2020).

Para Potter & Perry (2006), o processo de autoconsciência, que se refere ao pensamento acerca do nosso estilo de vida, a consciência de como a comunicação não verbal e os nossos valores afetam as famílias e clientes e a capacidade de não julgamento, é fundamental para a promoção de uma mudança positiva permitindo compreender e aceitar o outro. Posto isto, podemos considerar a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal como uma prática fulcral, visto que a identificação de emoções, sentimentos, valores e outras características pessoais podem interferir na capacidade para estabelecer a relação terapêutica (Regulamento nº 515/2018). Este processo de tomada de consciência é contínuo e por vezes ansiogénico. A tarefa de autoconhecimento nunca está totalmente acabada, pois “o olhar retrospectivo permite-nos não somente julgar os nossos comportamentos relacionais, as nossas decisões e as nossas dificuldades, mas permite também melhorarmo-nos.” (Phaneuf, 2005, p.177)

Ao longo dos EC foi-me possível desenvolver o autoconhecimento bem como a consciência de mim mesma. Por forma a monitorizar as emoções, sentimentos, valores, e a autoanálise da prática clínica, foi elaborado um diário de vivências. Neste diário constavam inicialmente situações genéricas, uma vez que me era difícil documentar o que sentia, ou a forma como agia, refletindo parcamente acerca da minha prática. Ao longo dos EC, pude observar que a sua construção foi sendo cada vez mais fácil, evidenciando sensações previamente relatadas e descrevendo novas situações, refletindo sobre elas sem julgamento para comigo própria. Com este instrumento foi possível constatar a minha evolução ao longo do tempo. A minha inexperiência na área trazia-me, a princípio, um sentimento de insegurança na prestação de cuidados. O facto de me considerar uma pessoa ansiosa, associado ao papel de aluno e à baixa confiança nas minhas capacidades, contribuiu para uma postura mais apreensiva

aquando da realização das intervenções. Esta situação demonstrou-se como um constrangimento à criação da relação terapêutica com os utentes, frequentemente por medo de falhar. A insegurança é transversal à minha prática, exigindo de mim uma maior pesquisa de informação sendo, numa última instância, benéfico à aprendizagem. A falta de confiança motivava a necessidade de comprovar o meu profissionalismo, induzindo o foco das intervenções em temáticas onde conseguisse expor os meus conhecimentos ao invés de focalizar as sessões na verdadeira necessidade dos utentes. Apesar de considerar o descrito como um dos maiores fatores ansiogénicos ao longo dos EC, pude observar uma melhoria após ter adotado uma postura mais confiante na minha prática, assumindo a minha vulnerabilidade e desenvolvendo as minhas capacidades neste sentido. A falta de confiança refletia-se também no pouco contacto com os utentes, tendo atuado no sentido de colocar o enfoque no indivíduo, família e comunidade, nas suas necessidades, preocupações e individualidade.

A relação terapêutica é a base para a atuação do EEESMP. Desta forma, considero que os períodos de estágio são reduzidos dificultando a construção da mesma, o que fez com que me sentisse retraída nas intervenções. Refleti, especialmente em relação ao estudo de caso realizado em contexto de Psiquiatria Comunitária, acerca da minha postura com a utente. Esta seria focada na minha necessidade de colheita de dados para a realização de um trabalho académico e poderia ter efeitos negativos na relação, até aqui construída pela equipa, e consequentemente no processo de recuperação da utente. Como supracitado, esta equipa tem vindo a unir esforços no sentido de adotar a figura do TR, por forma a estabelecer uma relação de confiança e ajuda, que lhe permita uma adequada avaliação das necessidades e o estabelecimento de uma aliança terapêutica. Optei por adotar, desde o primeiro contacto, uma postura observadora, por forma a não quebrar a relação já construída até aqui pelos restantes profissionais. Isto fez com que a minha atuação fosse indireta para com a doente, sendo parte integrante do seu processo de recuperação, através da discussão das consultas com os Enfermeiros Orientadores e do debate acerca das intervenções planeadas.

Para além disto, tive a oportunidade de analisar os processos de transferência e contratransferência e o impacto em mim própria, reconhecendo e aceitando os meus valores e estabelecendo desta forma uma relação humano-humano, percecionando o utente como um ser único, muito mais do que um número ou a sua doença. A transferência e contratransferência são fenómenos que podem ocorrer durante a relação terapêutica. A transferência ocorre quando o doente transfere inconscientemente para o enfermeiro sentimentos formados em relação a uma pessoa do passado (Sadock & Sadock, 2007 *cit. in* Townsend, 2011). Por outro lado, a contratransferência refere-se à resposta emocional e

comportamental do enfermeiro em relação ao utente e pode estar relacionada com sentimentos pendentes para com pessoas significativas que fizeram parte do passado do enfermeiro (Townsend, 2011). Pude experienciar, durante o último EC, um processo de contratransferência em contexto de visitas domiciliárias realizadas a uma utente cujo marido se havia suicidado há cerca de um ano, na mesma casa onde habitava atualmente. Ao longo da intervenção, e enquanto a senhora falava, frequentemente me senti emocionada com a sua história, tendo dificuldades em comunicar com a mesma. O luto trata-se de uma temática pouco abordada por mim ao longo dos EC e, por não ter desenvolvido estratégias para o dominar, demonstrou-se como uma dificuldade acrescida para conseguir ajudar a pessoa a lidar com esse processo. Para além disto, na minha própria vida vivenciei, no meu círculo de amigos, um caso de tentativa de suicídio, o que me fez experienciar um processo de contratransferência.

Por fim, apesar das dificuldades inerentes ao processo de autoconhecimento e autoconsciência, considero ter adotado uma postura de empatia, desprovida de julgamento, aquando da prestação de cuidados, valorizando o outro, abordando-o de forma holística e aceitando a sua singularidade.

2.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, famílias, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

A saúde mental constitui-se como parte integrante da saúde na sua generalidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define “saúde” como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Desta forma, a saúde mental, assim como outros aspetos da saúde, pode ser afetada por diversos fatores cuja abordagem deve ser feita através de estratégias de promoção, prevenção, tratamento e recuperação (OMS, 2021).

O EEESMP assume a responsabilidade de incorporar nos programas de promoção da saúde mental e na prevenção de doenças mentais, bem como na prestação de cuidados diretos, a compreensão de que os comportamentos e o ambiente desempenham papéis fundamentais na melhoria das condições de saúde mental (Sequeira & Sampaio, 2020). As intervenções de promoção e prevenção funcionam através da identificação dos determinantes individuais, sociais e estruturais em saúde mental, intervindo na redução dos riscos, na resiliência, e no estabelecimento de ambientes de suporte para a saúde mental. Estas intervenções podem ser desenhadas para indivíduos, grupos específicos ou comunidades (OMS, 2022).

O processo de enfermagem permite, numa primeira fase, a avaliação dos determinantes de saúde mental, por forma a orientar a prática, no sentido de providenciar os melhores cuidados

possíveis. Este processo é constituído por 5 fases: apreciação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Potter & Perry, 2006). Na fase de apreciação, é reunida a informação a partir da qual se estabelece uma base de dados para determinar o melhor cuidado possível ao indivíduo. Esta informação é obtida através de entrevistas com a pessoa ou a sua família, a observação da pessoa no seu ambiente, consultas com outros membros da equipa de saúde, leitura de registos e exame físico (Townsend, 2011).

Na Teoria das Relações Interpessoais, Peplau afirma que a relação enfermeiro-indivíduo começa com a fase de orientação. Esta fase revela elevada importância, no sentido em que o enfermeiro reconhece e avalia a situação do utente, trabalhando em conjunto na recuperação da sua saúde, identificando diagnósticos, metas e resultados. Estes baseiam-se nas informações recolhidas, reforçando o recurso à comunicação terapêutica como um ponto chave na interação entre o indivíduo e o enfermeiro (Peplau 1952, *cit. in* Parker & Smith, 2010).

A comunicação terapêutica permite estabelecer uma relação de confiança e uma interação comunicativa intencional com a pessoa por forma a ajudá-la a enfrentar os seus problemas. É utilizada para reunir as informações relacionadas com o estado de saúde de uma pessoa e permite a promoção do bem-estar, melhoria na forma como a pessoa entende os cuidados prestados e o desenvolvimento de uma relação terapêutica (Williams & Davis, 2005 *cit. in* Sequeira & Sampaio, 2020).

Em suma, a comunicação terapêutica sustentou a minha prática nomeadamente nas entrevistas de recolha de informação. A entrevista pressupõe de ambas as partes a aceitação e o respeito, permitindo criar uma aliança terapêutica (Phaneuf, 2005) e o seu principal objetivo é a recolha de informações que permitam orientar o pensamento para um diagnóstico ou para a caracterização de um problema (Sequeira & Sampaio, 2020). Ao longo dos EC, foi-me possível realizar diversas entrevistas no âmbito da realização dos estudos de caso. A minha atuação enquanto mestranda em ESMP dirigiu-se, dentre outras, para a identificação de diagnósticos da área SMP, orientando as intervenções no sentido da promoção da saúde e prevenção da perturbação mental. Esta competência foi desenvolvida através da escuta ativa, relação de ajuda e comunicação terapêutica, adotando uma postura de confiança, empatia, respeito e aceitação por forma a cimentar a relação terapêutica e, desta forma, identificar as principais necessidades sentidas pelos doentes. As entrevistas de colheita de dados permitiram a recolha de informações sobre a identificação pessoal, história clínica, antecedentes pessoais e familiares e o exame do estado mental. Para além disto, possibilitaram a análise de atitudes, medos e sentimentos, que se demonstraram pertinentes na elaboração de um plano de cuidados individualizado.

Em contexto de Psiquiatria Comunitária, tive a oportunidade de participar em consultas domiciliárias de intervenção multidisciplinar. As visitas domiciliárias constituem-se como oportunidades valiosas na avaliação clínica por parte do EEESMP. Estas visitas possibilitaram uma compreensão do ambiente em que o doente vive, as suas relações familiares e as pressões diárias que podem influenciar seu estado mental. As visitas, por sua vez, permitiram a identificação dos entraves à adesão terapêutica, assim como a capacitação do doente para a mesma, ajudando-o a desenvolver estratégias personalizadas e incluindo-o no seu processo de tratamento. Por fim, o contexto domiciliário demonstra-se como facilitador para a identificação das estratégias utilizadas pelo doente na sua reabilitação funcional e reintegração na sociedade.

Ainda no âmbito da presente competência, foram identificadas necessidades formativas das equipas, tendo sido realizadas 3 formações em serviço ao longo dos EC, as quais já foram apresentadas e descritas no capítulo “2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

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

A presente competência recai na sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde (Regulamento 515/2018).

Como referido anteriormente, é necessária uma avaliação cuidada da informação para a compreensão do estado de saúde da pessoa, família, grupo ou comunidade. Após a recolha de dados, o processo de enfermagem continua segundo a identificação de um diagnóstico com base na análise dos dados recolhidos; o planeamento das intervenções, desenvolvendo um plano de cuidados personalizado atendendo ao diagnóstico e selecionando as intervenções mais apropriadas, baseadas na prática e pesquisa; a sua implementação, com base nas intervenções selecionadas; e, por fim, a avaliação das mesmas, aferindo o sucesso das intervenções no que diz respeito aos resultados obtidos (Townsend, 2011).

Ao longo dos EC, foi-me possível aplicar o processo de enfermagem tendo em conta a Teoria de Relações Interpessoais de Peplau. Esta propõe um processo dividido em 4 fases: orientação, identificação, exploração e resolução (George, 2000) e afirma que a enfermagem deve ser encarada como um processo interpessoal, na medida em que envolve a interação entre dois ou mais indivíduos para uma meta comum. À medida que a relação enfermeiro-indivíduo se desenvolve, ambos colaboram no sentido do desenvolvimento de estratégias que

visam a resolução do problema, tornando-se mais capacitados ao longo do processo. Neste sentido, a execução dos estudos de caso permitiu a aplicação da Teoria de Peplau.

Em contexto de internamento, a aplicação da teoria foi evidente. No primeiro contacto foram exploradas informações acerca da doente, analisados os fatores *stressores* dentro do contexto familiar, identificada a existência de comportamentos autodestrutivos, bem como a avaliadas as complicações dos comportamentos da doente considerando a sua patologia. Na segunda fase, a identificação, foram estabelecidas metas e identificadas as principais estratégias para as atingir. A identificação dos diagnósticos sensíveis aos cuidados em SMP foi realizada segundo a terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). O recurso a uma linguagem uniformizada, permite uma abordagem sistemática do cuidado ao utente, bem como a descrição da prática de enfermagem de um modo preciso (Escalada-Hernandéx *et al.*, 2015 *cit. in* Sequeira & Sampaio, 2020). Nesta fase foram identificados os diagnósticos: humor depressivo, risco de suicídio, ansiedade, autoconceito comprometido e risco de comportamento interativo comprometido. Destaca-se a importância da utilização de instrumentos como escalas, por forma a facilitar a identificação de diagnósticos. Após a identificação, iniciou-se a fase de exploração tendo sido elaborado um plano de cuidados individualizado. Durante esta fase, a utente pôde retirar vantagens de todos os serviços que estavam à sua disposição, participando nas intervenções planeadas no âmbito da reestruturação cognitiva (APÊNDICE XI), relaxamento (APÊNDICE XII), psicoeducação acerca da ansiedade (APÊNDICE XIII) e atividade psicoterapêutica acerca da autoestima (APÊNDICE XIV). Por fim, na fase de resolução, foram avaliados os resultados obtidos nas intervenções, através da aplicação de escalas como a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira & Meneses, 2007), Escala de Autoestima de Rosenberg (Pechorro, Marrôco, Poiares & Vieira, 2011) e Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999), tendo-se verificado uma melhoria dos resultados em todas as escalas após as intervenções. Assim, as necessidades da doente foram satisfeitas e procedeu-se à sua alta clínica hospitalar, havendo afastamento de ambas as partes e dando por concluída a última fase do processo (Bittencourt, Marques, Barroso, 2018; George, 2000). Ao longo deste processo de cuidados, foi importante o desenvolvimento de uma relação terapêutica com a doente. Esta trata-se da interação entre duas pessoas, por norma um prestador de cuidados e o indivíduo que os recebe, na qual a colaboração dos dois participantes contribui para um clima curativo, promoção do crescimento e/ou prevenção da doença. Para o sucesso do desenvolvimento da relação terapêutica, o terapeuta faz uso de características como o *rappport*, a confiança, o respeito, a autenticidade e a empatia, que se constituem úteis para a mobilização do próprio como ferramenta terapêutica, permitindo desta forma o desenvolvimento das relações interpessoais (Townsend, 2011). Neste sentido, para o

desenvolvimento da relação foi estabelecido o *rapport* com a doente. O *rapport* permite que o enfermeiro perceçione e estabeleça uma ligação com o outro. É composto por pensamentos e sentimentos inter-relacionados, interesse e preocupação em relação ao outro, através de uma atitude sem juízos de valor e com respeito por cada pessoa como um ser humano único (Parola, Coelho, Fernandes, Apóstolo, 2020). Ao longo dos contactos com a doente, foi adotada uma postura de não julgamento perante o que me era revelado, demonstrando a disponibilidade para ajudar, estabelecendo o *rapport* e, assim, uma relação de confiança. Relativamente à confiança, destaco a honestidade e o respeito como forma de a promover. Ao longo do internamento, a doente referiu frequentemente saudades da sua família, manifestando a vontade de regressar para casa e questionando quando iria acontecer. Atendendo a estes relatos, mantive uma atitude honesta, clarificando o seu plano de cuidados e enfatizando os benefícios do seu internamento para a melhoria da sua saúde. No entanto, tendo em conta as suas manifestações, foram agilizadas em conjunto visitas com a família no sentido de promover o conforto. O respeito pela utente desenvolveu-se através da aceitação das suas condutas, pensamentos e sentimentos, legitimando o seu sofrimento e promovendo uma atmosfera de disponibilidade para a escutar. Por fim, a atitude empática permitiu uma expressão de sentimentos autêntica, sem repressões baseada na confiança, promovendo um ambiente seguro, fomentando a minha capacidade de entender a situação do seu ponto de vista e atendendo, assim, às suas necessidades imediatas.

Na elaboração do estudo de caso em contexto de UCC, foi-me possível após a escolha da utente em estudo, agendar uma primeira consulta. Durante esta consulta senti-me ansiosa, tendo chegado ao final com a sensação de fracasso. Esta sensação decorreu da insegurança previamente abordada. Enquanto em contexto de internamento a doente já se encontrava no local de estágio, neste caso, a mesma teria de se deslocar propositadamente até ao Centro de Saúde. A necessidade de organizar a sua rotina para poder comparecer à consulta, formalizava a intervenção o que se refletia como um fator ansiogénico para mim. Durante a primeira consulta, apesar de me sentir preparada, senti necessidade de pedir ajuda por forma a não comprometer a relação terapêutica, tendo sido autêntica na explicação à utente. No entanto, após estabelecimento do plano de cuidados, as consultas seguintes decorreram sem complicações. Neste plano de cuidados constavam os seguintes diagnósticos: ansiedade, autocontrolo da ansiedade comprometido, sono comprometido, adaptação comprometida e comportamento assertivo comprometido. O estudo de caso foi elaborado em 3 consultas apenas. O número de consultas reduzido impossibilitou a avaliação adequada das intervenções realizadas. Considero que foi estabelecida uma relação terapêutica, assente na confiança e respeito, tendo sido realizado o plano de cuidados conjuntamente com a utente, tentando dar respostas às suas necessidades. Uma vez que o estudo de caso realizado no

EC anterior retratava um diagnóstico de ansiedade, questioneei acerca da possibilidade de iniciar a minha abordagem por outro diagnóstico, desenvolvendo competências em áreas ainda não trabalhadas. Neste sentido, foi possível integrar a utente em grupos terapêuticos por forma a permitir a continuidade de cuidados. Assim, ressalvo que em relação aos diagnósticos “Ansiedade moderada a grave” e “Autocontrolo da ansiedade comprometido”, ficou acordado com a utente, bem como com as Enfermeiras Orientadoras, que a mesma iria integrar o grupo terapêutico “Aprender a lidar com a ansiedade”, desenvolvido na UCC quando este se iniciasse. Para além disto, em relação ao diagnóstico “Adaptação comprometida”, a utente foi também referenciada para o grupo terapêutico “Somos Pais. E agora?”, no qual ingressou durante o período de EC. Em relação aos restantes diagnósticos, foi-me possível atuar em competências como o treino de assertividade (APÊNDICE XV) após identificação de comportamentos não assertivos geradores de ansiedade, tendo a utente obtido resultados positivos.

O Estudo de Caso realizado no âmbito de Psiquiatria Comunitária, retratava uma doente com diagnóstico de perturbação afetiva bipolar tipo I e perturbação da personalidade *borderline*. Neste caso em particular, foi notória a necessidade de trabalhar segundo o modelo de TR. O objetivo dos serviços de saúde mental deve ser a recuperação da pessoa com DMG, o que implica um trabalho orientado para evitar o agravamento da situação clínica da pessoa doente, evitar a sua desinserção social e eventual institucionalização, visando a inclusão social e não apenas o controlo de sintomatologia. No entanto, um dos principais problemas relacionados com o tratamento de pessoas com DMG é o seu frequente afastamento dos serviços de saúde (Brito, 2018), sendo importante o acompanhamento próximo e continuado da pessoa segundo o modelo de TR. É necessário que o TR consiga estabelecer uma relação de confiança e ajuda com o utente, o que, como já descrito no presente documento, se demonstra como um trabalho que exige persistência e resiliência. Este caso, retrata uma situação de não adesão ao regime terapêutico, que está frequentemente relacionada com os efeitos secundários da medicação, a recusa em admitir a doença ou o *insight* reduzido, os conhecimentos insuficientes sobre os mecanismos da doença e medicação, as crenças de saúde e atitudes negativas face ao carácter crónico da doença, a necessidade de tratamento prolongado e ainda a qualidade da relação do utente com a equipa de saúde mental (Brito, 2018). Assim, e visto que a relação de confiança com o doente acarreta dificuldades na sua construção e manutenção, e que esta é importante para questões como a adesão ao regime terapêutico, demonstrou-se importante a realização de visitas domiciliárias mantendo os elementos da equipa. Na última visita realizada à doente, foi possível constatar uma postura de desconfiança por parte da mesma para com a equipa que habitualmente realizava as consultas. Devido a esta fragilidade, a equipa que realizaria as consultas subsequentes

deveria manter-se a mesma, por forma a não aumentar esta desconfiança. Dado que na semana seguinte seria necessária a administração de um antipsicótico injetável, e não havendo implementação do modelo de gestor de caso, este foi administrado pelo Enfermeiro que estava ao serviço no dia previsto. Por não ter realizado um acompanhamento tão próximo do caso, a visita realizada comprometeu a relação terapêutica até aqui estabelecida pela equipa mais próxima da doente.

2.2.4. Presta 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

A última competência específica diz respeito à capacidade do EEESMP para interpretar e individualizar estratégias que ajudem a pessoa a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja, e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida (Regulamento 515/2018). Após a identificação das necessidades dos doentes, foram realizadas várias intervenções no âmbito da SMP visando a melhoria ou recuperação da sua saúde. Algumas das intervenções realizadas ao longo dos EC foram sugeridas pelos próprios doentes consoante as suas necessidades. Tive a oportunidade de realizar intervenções de cariz psicoeducativo, individuais e em grupo, promovendo a literacia em SM, aumentando o conhecimento e a compreensão dos problemas relacionados com esta e dotando os doentes de estratégias adequadas para colmatar os mesmos problemas. Para além disto, foram realizadas intervenções socioterapêuticas, psicossociais e psicoterapêuticas que permitiram a interação entre os grupos, através da partilha de vivências, compreendendo desta forma o problema vivido no grupo. Tudo isto possibilitou o desenvolvimento de novas respostas, potenciadoras de bem-estar, aumentando o *insight* acerca do seu problema e encorajando uma alteração para comportamentos promotores de um estilo de vida saudável.

O desenvolvimento desta competência foi promovido através da realização de múltiplas intervenções abaixo descritas.

a) Intervenções psicoterapêuticas e sócioterapêuticas:

A psicoterapia pode ser descrita

. . . como um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre o EEESMP e o utente no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados (Regulamento 356/2018).

A intervenção psicoterapêutica assenta na utilização deliberada e consciente de técnicas de psicoterapia que visam ir ao encontro das reais necessidades do utente (Norcross, 2005 *cit. in* OE, 2023). Estas são, segundo a OE (2023), técnicas estruturadas, sistematizadas, progressivas e sequenciais; realizadas por um EEESMP e baseiam-se em um ou mais referenciais teóricos de Psicoterapia; decorrem da identificação de um diagnóstico de enfermagem no âmbito da SM; pressupõem que o utente apresente um papel ativo e tenha, necessariamente, alguma consciência de si; compreendem um número de sessões, entre 3 e doze; baseiam-se na relação terapêutica e na comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente; objetivam a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o mesmo (OE, 2023).

A intervenção sócio terapêutica

. . . centra-se na interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interações familiares, sociais, profissionais ou outras. A melhor compreensão dos problemas de interação vividos em grupo, possibilita ao cliente desenvolver novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem nos diferentes grupos que integra ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar (Regulamento 356/2015).

Ao longo dos EC foi-me possível realizar intervenções psicoterapêuticas e sócio terapêuticas após a identificação de diagnósticos em SM.

No âmbito do estudo de caso no primeiro contexto de EC, foi-me possível a execução de uma **técnica de reestruturação cognitiva** (APÊNDICE XI) após identificação do diagnóstico “humor depressivo”. A reestruturação cognitiva objetiva o reconhecimento e a modificação dos pensamentos automáticos e das estruturas de crenças (Sequeira & Sampaio, 2020). A utente em estudo apresentava pensamentos disfuncionais geradores de tristeza, anedonia, choro frequente e clinofilia. A técnica de questionamento socrático aplicada, permite à pessoa a avaliação dos pensamentos automáticos através de perguntas que a levem a refletir. Possibilita desta forma a sua compreensão verdadeira e permite a tomada de decisão racional tendo por base as suas próprias conclusões. Esta técnica é realizada através da orientação da utente por meio de respostas que permitam a investigação de possíveis soluções para o seu problema. Para a sua aplicação são colocadas questões como: “o que poderia acontecer se?” ou “e, então?” (Santos & Medeiros, 2017). A aplicação da técnica demonstrou-se positiva, evidenciando uma melhoria na reestruturação de pensamentos.

Foi executada a **Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson** (APÊNDICE XII), tanto em grupo como individualmente, objetivando a diminuição da ansiedade. O principal

objetivo das técnicas de relaxamento é o autocontrolo do tónus muscular e da respiração, permitindo a aprendizagem do utente para executar as técnicas sozinho em situações de *stress* (Sequeira & Sampaio, 2020). O Treino de Relaxamento Progressivo é uma técnica que se baseia na contração e descontração muscular e objetiva atingir um estado de relaxamento profundo em períodos gradualmente mais curtos, bem como controlar o excesso de tensão perante agentes de *stress* (Bernstein & Given, 1984 *cit. in* Payne, 2003). Por forma a aferir os resultados, foi avaliada a frequência cardíaca dos participantes, havendo uma diminuição substancial da mesma após a intervenção.

Realizou-se uma intervenção no âmbito do **treino de assertividade** (APÊNDICE XV), com vista à resposta ao diagnóstico “comportamento assertivo comprometido”. Esta técnica permite o treino das competências de assertividade, objetivando a expressão de sentimentos e ideias pessoais, sem negar os próprios direitos e sem esquecer os dos outros (Sequeira & Sampaio, 2020). Neste sentido, a utente foi instruída a realizar a “Técnica dos 5 Eu” e incentivada a realizá-la em frente ao espelho, simulando as situações em que considerava ser menos assertiva. Esta intervenção foi realizada ao longo do EC, tendo-se obtido resultados pouco evidentes presumivelmente devido ao restrito período em que se realizaram as sessões.

Desenvolveu-se uma intervenção psicoterapêutica e sócio terapêutica que visava a **promoção da autoestima** através de uma atividade ocupacional terapêutica (APÊNDICE XIV). As atividades ocupacionais terapêuticas, aplicadas ao contexto de ESMP, apresentam vários benefícios como o aumento da autoestima e autoimagem, a ressocialização, a responsabilidade e a prevenção da deterioração física e cognitiva (Melo-Dias, Rosa, Pinto, 2014). Neste sentido, foi pedido aos utentes que embelezassem a seu gosto um anel imprimido numa cartolina A4. Posteriormente, foi lida uma história ao grupo, que relacionava um anel e a autoestima, e foi pedido que cada participante escrevesse no seu anel “o meu nome é... e sou...” e que o fizessem circular por forma a que todos os elementos do grupo acrescentassem uma característica positiva acerca do dono do anel. Após o anel ter regressado ao seu dono, os utentes eram convidados a ler as características nele presentes. Para Townsend (2011), são várias as condições prévias a uma autoestima positiva, entre outras, as respostas dos outros podem influenciar positiva ou negativamente a autoestima, particularmente pessoas significativas. É importante que o indivíduo seja capaz de aceitar *feedback* positivo dos outros, de aceitar críticas construtivas, sem se tornar defensivo, e desenvolver relações interpessoais positivas (Townsend, 2011). Esta intervenção aconteceu no âmbito do estudo de caso de uma utente com diagnóstico de “autoconceito comprometido”.

Ao longo da intervenção a utente sentiu-se integrada no grupo, tendo sido capaz de identificar e escrever uma característica positiva sua e de reconhecer as que escreveram acerca dela.

b) Intervenções psicoeducacionais:

A psicoeducação destina-se a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. Permite ainda desenvolver a compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos (Regulamento 356/2015). Para ser considerada como tal, a intervenção psicoeducativa deve ser realizada por um EEESMP e visar a literacia em saúde mental, relativa à capacitação do indivíduo para a adoção de comportamentos promotores de saúde, podendo ser aplicada a um grupo que partilhe de um mesmo problema, ou a uma só pessoa (Sequeira & Sampaio, 2020). O desenvolvimento de ações de prevenção da doença mental; o combate ao estigma na população adulta, na infância e adolescência; e a realização de ações de sensibilização, informação e de formação dirigidas à população em geral (profissionais envolvidos, utentes e famílias) permite a promoção da saúde, através do aumento da literacia em saúde mental (DGS, 2017). Deste modo, o EEESMP desenvolve competências capazes de empoderar o indivíduo, aumentando o seu nível de conhecimentos e habilidades, capacitando-o para tomar medidas promotoras de saúde, alterando estilos de vida e condições de vida e, simultaneamente, melhorando as suas competências pessoais através da psicoeducação. Para isto, é importante que seja avaliado o nível de compreensão de cada pessoa, a capacidade para executar as atividades, o nível de motivação para a mudança, e também o estado de saúde e a idade, proporcionando um ambiente livre de julgamentos em que o indivíduo, grupo ou comunidade se sintam confiantes para pedir ajuda (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Foi realizada uma **intervenção em grupo acerca da ansiedade** cujo objetivo se prendia com a educação acerca da mesma (APÊNDICE XIII). Ao longo da sessão, os utentes foram convidados a intervir, expressando o seu conhecimento prévio acerca da temática, tornando a sessão o mais dinâmica possível e permitindo-me compreender as temáticas a abordar ao longo da mesma. Foi-me possível identificar as vertentes previamente conhecidas pelos utentes e quais careciam de um maior esclarecimento. No primeiro momento, os doentes foram elucidados acerca do que é a ansiedade e quais os seus sinais e sintomas. Posteriormente, o grupo foi convidado a partilhar quais as técnicas que utilizavam para autocontrolo da ansiedade tendo sido abordadas técnicas como: respiração diafragmática, imagens mentais e exercício físico.

A intervenção psicoeducacional acerca da **adesão ao regime terapêutico** (APÊNDICE XVI) realizou-se no sentido de colmatar a necessidade identificada nesta população. Uma vez que a adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas é um tema cada vez mais relevante, este incumprimento diminui a probabilidade de recuperação dos indivíduos com perturbações psiquiátricas, aumenta a probabilidade de recaídas e o número de hospitalizações, acarretando um aumento significativo dos custos em saúde. A intervenção psicoeducativa para a gestão do regime medicamentoso é uma abordagem fundamental no cuidado de pessoas com doenças psiquiátricas. Trata-se de um processo que visa fornecer conhecimento e habilidades necessárias para que estas pessoas possam cuidar de si mesmas no seu dia-a-dia, promovendo a vivência de uma transição saudável e indutora de uma autogestão eficaz. Uma das competências do EEESMP é a gestão do regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade da pessoa doente (Regulamento 515/2018). Assim, a adesão ao tratamento nos doentes psiquiátricos revela-se um grande e importante desafio que os profissionais de saúde mental encaram diariamente. De uma forma geral, pela grande probabilidade da não adesão ao regime medicamentoso se associar ao aparecimento de efeitos secundários, cabe aos profissionais de saúde mental procurar esclarecer dúvidas e desmistificar algumas crenças relacionadas com a doença e o seu tratamento. É então fundamental que, para além do doente, o profissional de saúde mental mantenha um papel ativo e colaborante ao longo de todo o processo de recuperação do indivíduo, facilitando o desenvolvimento de estratégias favorecedoras da adesão. É expectável que o EEESMP consiga estabelecer uma relação terapêutica de qualidade com o doente. A associação entre adesão ao tratamento e relação terapêutica nas perturbações psiquiátricas justifica o desenvolvimento de práticas que visem o fortalecimento da relação profissional-doente, produzindo assim resultados clínicos positivos. É importante que esta relação permita desmistificar as crenças relacionadas com a doença e tratamento, identificar os fatores relacionados com um *insight* reduzido, esclarecer os benefícios da adesão ao tratamento, ajudar o doente a lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos e esclarecer dúvidas relacionadas com a doença e tratamento (Cardoso, Byrne, & Xavier, 2016). Vários estudos referem que os défices neuropsicológicos poderão estar na origem de casos de fraco *insight*. O fraco *insight* para a doença mental pode ser um fator preditivo no que refere à baixa adesão ao regime de tratamento. A falta de *insight* para a doença e a necessidade de manter a toma de medicação diariamente é um dos critérios fundamentais para a referenciação para um programa psicoeducativo. A adesão ao regime medicamentoso é um problema frequente para pessoas com doença crónica. As abordagens psicoeducacionais têm sido desenvolvidas objetivando o aumento do conhecimento dos utentes, bem como do seu *insight* acerca da doença maximizando a eficácia do seu tratamento

(Degmecic et al 2007). Com um aumento do conhecimento pressupõe-se que os utentes sejam capazes de desenvolver mecanismos de *coping* eficazes para lidar com a doença, melhorando o seu prognóstico. Tenta-se então fornecer informação sobre vários sintomas da doença, etiologia e tratamento procurando atingir melhorias na adesão ao regime medicamentoso e no *insight* da pessoa relativamente à saúde mental (Pasadas, 2014).

Realizou-se uma Intervenção psicoeducacional sobre a doença de **Alzheimer** (APÊNDICE XVII). Esta atividade foi proposta no âmbito da comemoração do Dia Mundial do Alzheimer com o objetivo de instruir os utentes do Centro de Dia acerca das alterações comportamentais associadas à doença e como lidar com as mesmas. A realização desta sessão demonstrou-se um desafio, uma vez que a avançada idade dos participantes dificultou a captação da sua atenção ao longo da intervenção. Desta forma, foi incentivada a participação ativa, promovendo a partilha de experiências pessoais. Os utentes foram convidados a identificar as estratégias que consideravam importantes para a prevenção da doença, nomeadamente as realizadas no Centro de Dia. Foram instruídos acerca da importância da adoção de estilos de vida saudáveis como o exercício físico regular, o compromisso social, uma dieta saudável, a estimulação cognitiva e uma boa higiene do sono por forma a prevenir ou retardar a doença. Esta sessão foi realizada com o intuito de desconstruir a ideia de que os comportamentos adotados pela pessoa com Doença de Alzheimer estão relacionados com fatores da personalidade, uma vez que esta situação era considerada uma problemática no Centro de Dia. Desta forma, foi objetivada a fomentação de uma postura tolerante para com estes doentes através da psicoeducação acerca da doença. Para a concretização da sessão, apresentou-se um PowerPoint que se revelou ser demasiado extenso para a compreensão da população, tendo sido adequado oralmente ao longo da intervenção. Foi realizado o “Jogo do STOP”, promovendo a estimulação cognitiva e foram entregues folhetos com exercícios passíveis de serem realizados pelos idosos.

Durante o segundo EC foi-me possível atuar em projetos desenvolvidos por uma Associação para o Desenvolvimento Comunitário, nomeadamente com populações vulneráveis. Neste âmbito, realizaram-se intervenções psicoeducativas sobre **DM, adesão ao regime terapêutico e substâncias aditivas** (APÊNDICES V, VI e VII). A população alvo da intervenção apresentava um risco acrescido para o desenvolvimento de perturbações mentais, uma vez os integrantes compreendiam múltiplos fatores de risco, nomeadamente a baixa condição socioeconómica, baixa literacia em saúde e comportamentos aditivos. Assim, foi proposta a realização de um programa psicoeducacional composto por 3 sessões. A primeira sessão esteve relacionada com a DM e pretendia que os indivíduos identificassem os contributos para uma boa saúde mental e os fatores de risco para a DM, compreendendo

estes conceitos. Para além disto, foram educados acerca do estigma associado à DM e aos doentes psiquiátricos e foram desconstruídas ideias pré-concebidas. No fim da sessão, foi realizado um jogo denominado “Desafio das decisões”, transversal a todas as sessões. Este desafio continha cartas que evidenciavam situações vividas pelas pessoas com DM, tendo os participantes sido convidados a colocar-se no lugar dessas pessoas e a partilhar os sentimentos decorrentes da situação, promovendo o debate.

A segunda sessão decorreu no âmbito da importância da adesão ao regime terapêutico. Ao longo da sessão foram abordadas as vantagens da adesão ao regime terapêutico e das complicações acerca da não adesão. Foi possível compreender que alguns dos participantes deixavam de tomar a medicação prescrita devido aos comportamentos aditivos. Procurou-se desenvolver, em parceria, estratégias para a minimização da não adesão ao regime terapêutico, bem como a consciencialização dos riscos acerca do consumo concomitante de medicação e substâncias psicoativas. Por fim, foi realizado o “Desafio das decisões”.

A última sessão dizia respeito ao consumo de substâncias aditivas. Neste sentido, os participantes tiveram a oportunidade de enumerar as substâncias que conheciam, bem como os efeitos que consideravam adversos decorrentes do seu consumo. Todas as sessões foram realizadas com recurso a PowerPoint, tendo compreendido ao longo das mesmas que esta metodologia não era a mais adequada para esta população devido à baixa literacia. Optou-se nesta intervenção por permitir que os utentes criassem uma cartolina com assuntos que consideravam pertinentes para a temática abordada, ao invés da partilha do PowerPoint. Deste modo, permitiu-se que a sua construção fosse realizada com palavras adequadas à literacia dos utentes, permitindo assim um maior entendimento da temática. Foram construídas duas cartolinas pelos participantes com formas de evitar a recaída após a interrupção do uso de substâncias, bem como as consequências do seu abuso, tendo as informações sido fornecidas através de partilhas de experiências pessoais. Esta técnica de intervenção demonstrou-se mais proveitosa em relação às anteriores, permitindo o aumento da literacia em SM, tendo os participantes referido a sua preferência em intervir ativamente no seu processo de aquisição de competências.

No âmbito do EC em contexto de UCC, foi realizada uma intervenção psicoeducativa sobre **emoções** (APÊNDICE III e IV) também num projeto desenvolvido pela Associação para o Desenvolvimento Comunitário acima mencionada. Neste caso, a população eram crianças e pais, residentes num bairro social localizado na zona de abrangência desta UCC. Visou a consciencialização das crianças acerca das diferentes emoções e da sua importância e o aumento da literacia dos pais acerca das emoções, capacitando-os para a promoção da gestão emocional dos seus filhos. O reconhecimento e compreensão das emoções nas

crianças faz com estas consigam desenvolver estratégias de autocontrolo, entendimento acerca das emoções do outro (Mendes, 2021) e consequentemente a sua gestão eficaz, que leva à resposta adequada a situações quotidianas, melhorando assim a relação entre pares (Amaral, 2014). Neste sentido, os pais, com quem as crianças passam muito do seu tempo, são os principais responsáveis pelo desenvolvimento das emoções nos seus filhos e devem proporcionar um ambiente emocionalmente saudável (Souza, Ferreira & Souza, 2021). A forma como os pais lidam com as emoções das crianças facilita ou dificulta o seu desenvolvimento emocional e estes ajudam a reconhecer, distinguir e aceitar as emoções quando permitem aos seus filhos falar sobre elas (Rolo, 2022).

A primeira sessão (APÊNDICE III) foi realizada inicialmente com crianças do 1º e 2º anos, tendo sido replicada posteriormente com crianças do 3º e 4º. Durante as sessões as crianças foram incentivadas a relatar o que eram as emoções, dando espaço para a partilha de experiências. Foram apresentadas de forma genérica 4 emoções primárias (tristeza, alegria, raiva e medo) e pedido que as crianças representassem as alterações corporais de cada uma delas, tendo conseguido reproduzir os seus sinais característicos. De seguida foram questionadas acerca das estratégias utilizadas na gestão das emoções e foram sugeridas novas, realizando o seu treino, como por exemplo na respiração diafragmática para a gestão da raiva. Por fim, foi realizada a dinâmica “A árvore das emoções”, tendo cada criança escrito num desenho de uma folha de árvore o nome de uma emoção e uma situação na qual se sentiam assim, colando-a posteriormente na copa da árvore. Apesar de em ambos os grupos as crianças terem sido capazes de identificar as emoções, foi notória a diversificação de reações corporais nomeadas no segundo grupo. Esta atividade exigiu uma maior capacidade de gestão a vários níveis. A atividade estava programada para sessenta minutos, no entanto, todas as crianças queriam fazer as suas partilhas, aumentando assim o tempo previsto para a sessão. Foi necessário impor regras e limites durante as sessões, explicitando o tempo previsto para as mesmas e permitindo que todos tivessem oportunidade de falar, regradamente, cumprindo deste modo o tempo previsto para a realização das intervenções.

A segunda sessão (APÊNDICE IV), direcionada aos pais, iniciou-se pela explicação do que são as emoções, da sua função e da sua transversalidade em todas as faixas etárias. Consecutivamente foi discutida a importância do reconhecimento e gestão das emoções na criança e o papel dos pais nesta tarefa. Foram, de seguida, apresentadas algumas estratégias de gestão emocional na criança e foi dado espaço para que os pais pudessem partilhar as suas experiências. Obtiveram-se participações positivas, tendo os pais afirmado que sentem que as crianças gostam de falar acerca das suas emoções e que esta temática também já foi abordada na escola. Consideraram as estratégias pertinentes e assumiram o compromisso

de as utilizar, uma vez que foram manifestadas dificuldades em ajudar na gestão de emoções, especialmente no medo das crianças. Ao longo da sessão foi reforçada a importância de não reprimir as emoções na criança e de incentivar a sua expressão. Esta sessão demonstrou-se relevante para o esclarecimento de dúvidas no que concerne às estratégias a adotar aquando de situações de raiva ou medo. Permitiu-se a partilha de exemplos por parte dos pais, debatendo-os em conjunto, por forma a alcançar uma solução com base na evidência.

c) Intervenções psicossociais

As intervenções psicossociais perspetivam uma maior individualização e diversificação das intervenções através da renovação do conteúdo dos programas de reabilitação para ir ao encontro dos interesses e necessidades manifestadas pelos utilizadores dos serviços; promovem uma maior participação individual e acesso aos recursos existentes na comunidade pelas pessoas com doença mental (igualdade de oportunidades no emprego, escola, habitação, ...); promovem a adoção de estratégias de *empowerment*, tais como os grupos de ajuda mútua e o apoio interpares nos programas de reabilitação, entre outras (Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais, 2006).

Procedeu-se a uma intervenção psicossocial no **estudo de caso de Psiquiatria na Comunidade**. As estratégias de atuação na recuperação da pessoa com DMG (OE, 2021), preconizam o equilíbrio entre os serviços hospitalares e os serviços centrados na comunidade, orientando os cuidados para a comunidade e recorrendo aos serviços hospitalares apenas quando necessário e durante o menor tempo possível. Deste modo, os cuidados prestados à pessoa com DMG devem fomentar a sua integração na sociedade, com cuidados que promovam os processos de *empowerment* e *recovery*. A Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais corrobora esta ideia, afirmando que os objetivos da reabilitação psicossocial passam pela prevenção e combate ao estigma; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado; e o *empowerment* dos utentes, sendo necessária a articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde (Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais, 2006).

Neste sentido, importa realçar que a utente em estudo no EC em contexto de Psiquiatria Comunitária se encontrava previamente em situação de sem abrigo. Esta utente foi referenciada para os serviços sociais tendo ingressado num projeto elaborado por uma Instituição Particular de Solidariedade Social que visa o acesso direto a uma habitação individualizada. Durante o EC foram realizadas visitas domiciliárias multidisciplinares, com assistente social, médico e EEESMP nesta habitação também com o objetivo de evitar a sua desinserção social. Durante estas visitas foram discutidas questões que permitiram o *empowerment* bem como o *recovery* da doente. A prática foi orientada capacitando a doente

para assumir o controlo da gestão da sua saúde/doença, atuando com recurso a intervenções psicoeducativas relativas à adesão ao regime terapêutico e doença, aceitação da mesma, e capacitação para a adoção de comportamentos salutogénicos. No decorrer das consultas foi ainda possível abordar temas como a formação da doente, objetivando mais tarde a possibilidade de adquirir um emprego protegido e promovendo desta forma a sua autonomia financeira bem como a interação social.

Para a realização do **Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem** (APÊNDICE XVIII), foi organizado um grupo de ajuda mútua com pessoas sujeitas a ostomia intestinal. Os grupos de ajuda mútua são estruturas relativamente pequenas, constituídas por pessoas que partilham um problema ou situação e que se reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade (Sequeira & Sampaio, 2020). A interação grupal entre pessoas que vivenciam a mesma situação tem sido referida como uma estratégia de *coping* eficaz em várias patologias (Vasconcelos & Silva, 2020). A integração nestes grupos revela-se como fator promotor de uma transição saudável, aumentando a capacidade de ajuste psicossocial em situações como a criação de um estoma (Sousa & Santos, 2020). A formação deste grupo objetivava a redução da ansiedade. Para isto, foram realizadas 6 sessões por forma a educar os utentes acerca da ansiedade, capacitar para a adoção de estratégias para o autocontrolo da ansiedade, educar acerca dos cuidados ao estoma e capacitar para a adoção de estratégias de *coping* que diminuam os níveis de ansiedade. O Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem permitiu avaliar os níveis de ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal tendo sido obtidos níveis moderados. Os participantes foram capacitados para a adoção de estratégias de autocontrolo da ansiedade assim como de manuseamento do estoma, alterações na vida diária e material disponível no mercado.

PARTE III- PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM

3.1 IDENTIFICAR E PERCEBER O PROBLEMA

O cancro colorretal é o segundo tipo de cancro mais comum em homens e o terceiro tipo mais frequente em mulheres em todo o mundo. Além disto, é a terceira principal causa de morte por cancro no mundo. A prevalência desta doença tem vindo a aumentar em países em desenvolvimento em muito devido às alterações do estilo de vida das pessoas (Farahani, *et al.* 2022). A cirurgia é a forma mais comum de tratamento do cancro colorretal e resulta em 10% dos casos em ostomias definitivas (Vonk-Klaassen, Vocht, Ouden, Eddes & Schuurmans, 2015).

As ostomias são o tratamento cirúrgico para este tipo de doenças bem como a doença inflamatória do intestino e o trauma. Os estomas são criados cirurgicamente através da exteriorização do intestino para a superfície abdominal (Ayaz-Alkaya, 2019).

Apesar de permitir o aumento da expectativa de vida da pessoa bem como o retorno a uma vida saudável, esta intervenção pode conduzir a diversos problemas fisiológicos, sociais e psicológicos como alterações na imagem corporal, baixa autoestima, problemas a nível sexual, sentimentos de solidão e desesperança, estigma, diminuição do interesse em participar em atividades sociais, dificuldades em viajar e diminuição do contacto com familiares e amigos que conduzem frequentemente a depressão e ansiedade (Ayaz-Alkaya, 2019; Farahani *et al.*, 2022). A ansiedade e depressão são fatores de risco para a falta de adesão ao tratamento, diminuição da qualidade de vida, aumento dos custos relacionados com a saúde e maior readmissão de utentes (Sceats *et al*, 2020).

A ansiedade está associada a sentimentos de medo, tensão e perigo. Pode ser desencadeada aquando do contato com algo novo ou com situações inesperadas ou desconhecidas (Bergeret, 2006 *cit. in* Castro, Scorza & Chem, 2010). A ansiedade é, segundo o International Council of Nurses (2019) uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. Para Herdman & Kamitsuru (2018), a ansiedade pode ser definida como um sentimento vago e incómodo de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonómica (em que a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo) e sentimentos de apreensão causados pela antecipação de perigo.

A ansiedade pode manifestar-se de várias formas. Alterações comportamentais: contato visual insuficiente, gestos de inquietação, hipervigília, inquietação, insónia, preocupações relativas a mudanças em eventos da vida e produtividade diminuída; alterações afetivas: agonia,

apreensão, desamparo, incerteza, medo, nervosismo, sensação de inadequação e sofrimento; alterações fisiológicas: aumento da tensão arterial e da transpiração, tensão facial e tremores; alterações a nível simpático e parassimpático: alteração no padrão respiratório, aumento da frequência cardíaca e/ou respiratória e/ou tensão arterial, boca seca, palpitações cardíacas, rubor facial, alteração no padrão de sono, desmaio, diarreia, diminuição da frequência cardíaca e/ou tensão arterial, dor abdominal, fadiga, parestesias das extremidades, náusea e urgência urinária; alterações cognitivas: alteração na atenção e/ou concentração, bloqueio de pensamentos, campo de percepção diminuído, capacidade diminuída para aprender e/ou solucionar problemas, confusão, esquecimento, preocupação e ruminação mental (Herdman & Kamitsuru, 2018).

As intervenções psicoterapêuticas têm revelado a sua eficácia na redução da ansiedade assim como no autocontrolo da mesma (Sampaio, Sequeira & Canut, 2018). A psicoterapia é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas à pessoa ou grupo. Esta visa a melhor compreensão dos problemas, mediante a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos possibilitando que a pessoa desenvolva novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar (Regulamento n.º 356/2015).

Segundo Sampaio, Sequeira e Canut (2018), a competência específica que o Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica tem para prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico é sobretudo o que o distingue do Enfermeiro de Cuidados Gerais. A prática da Enfermagem em Saúde Mental engloba a mobilização de “competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital” (Regulamento n.º 356/2015). A intervenção psicoterapêutica de Enfermagem distingue-se da psicoterapia essencialmente por ser mais limitada no tempo, basear-se em diagnósticos de enfermagem, poder acontecer em diversos ambientes e por utilizar técnicas de Psicoterapia sob a forma de intervenções integradas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (Sampaio, Sequeira e Canut, 2018).

3.2. PERCEBER O PROBLEMA

3.2.1. A OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO

A palavra estoma deriva do grego que significa “abertura” ou “boca” e é utilizada para designar o orifício feito intencionalmente pelo cirurgião para fazer conectar órgãos ocos com o exterior ou com outro órgão oco (Associação Portuguesa de Ostomizados, 2010). O procedimento de abertura do estoma denomina-se ostomia e visa criar um novo trajeto para o corpo, permitindo

a excreção de urina e fezes. A pessoa que tem uma ostomia denomina-se “pessoa portadora de ostomia” ou “ostomizado” (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 2022).

A terminologia da ostomia difere consoante o segmento corporal exteriorizado. As ostomias realizadas no intestino grosso denominam-se colostomias e podem ser realizadas na parte ascendente do cólon, descendente, transversa ou sigmoide. No caso da exteriorização do íleo estas são designadas de ileostomias (Ministério da Saúde do Brasil, 2021). As ostomias de eliminação, permitem desviar ou drenar o conteúdo fecal ou urina para o meio externo (Secretaria de Estado da Saúde de Espírito Santo, 2017).

As colostomias e ileostomias podem ser de carácter definitivo ou temporário. As ostomias definitivas são soluções a longo prazo realizadas quando é necessário retirar uma estrutura que não funciona corretamente ou é afetada por doença, comprometendo o normal funcionamento do trânsito intestinal. Já as ostomias temporárias são realizadas quando na cirurgia inicial foram mantidas as estruturas que possibilitam o normal funcionamento do sistema após a recuperação da doença base (Secretaria de Estado da Saúde de Espírito Santo, 2017).

A principal indicação para a realização de uma ostomia é o cancro. No entanto, existem ainda outros fatores que podem dar origem à ostomia como: traumatismos ou acidentes, doenças inflamatórias crónicas, radioterapia para outro tipo de cancro que possa afetar diretamente o órgão, malformações congénitas, complicações operatórias e para proteção (em situações em que é necessário desviar temporariamente o órgão) (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 2022).

Após a ostomia podem ocorrer complicações como: a adaptação inadequada da placa de ostomia devido à má localização do estoma na parede abdominal, dermatite periestomal, necrose isquémica, retração, prolapso, estenose, fístula periestomal, hérnia periestoma e abscesso periestomal (Santos, Bezerra, Bezerra & Paraguassú, 2007). Estas complicações estão frequentemente relacionadas a fatores como: idade, alimentação, técnica cirúrgica inadequada, esforço físico precoce, deficiência no autocuidado, infeções, aumento de peso, localização inadequada do estoma ou falta de dispositivos adequados (Secretaria de Estado da Saúde de Espírito Santo, 2017).

Apesar de diminuir a taxa de mortalidade por cancro colorretal, esta intervenção acarreta diversas alterações ao nível da vida social, imagem corporal, perda do controle sobre o próprio corpo e alterações emocionais. Para além disto, o ostomizado enfrenta dificuldades e desconfortos no seu dia a dia como vergonha e constrangimento, a não adaptação à ostomia, dificuldades nas práticas de higiene, odor, alterações ao nível do vestuário, diminuição das

atividades de lazer, atividade sexual comprometida e estigmatização. (Souza *et al.*, 2016; Moraes, Balbino & Souza, 2015). As mudanças referidas podem provocar problemas psicossociais nestas pessoas tais como ansiedade e depressão que pode contribuir negativamente para o estabelecimento de novas relações sociais bem como aumento do medo, da dor e do sofrimento (Miliolli *et al.* 2022; Gomes *et al.* 2023).

A alteração na imagem corporal acarreta questões como a diminuição da autoestima e da autoimagem, componentes importantes na identidade da pessoa (Miliolli *et al.* 2022).

Estudos conduzidos no âmbito desta problemática com pessoas não submetidas a ostomia e pessoas submetidas a ostomia revelam maiores taxas de ansiedade nestas últimas (Cotrim & Pereira, 2008). Para este aumento de taxa de ansiedade foram identificados fatores como: medo de recidiva da doença, diminuição da qualidade de vida, redução do bem-estar emocional, diminuição da interação social, pensamentos de morte e sofrimento, incapacidade de desempenhar responsabilidades familiares, alteração da imagem corporal e dificuldades de adaptação à função da bolsa. (Bahayi, Attaallah, Yardımcı, Bulut & Özten, 2018; Sceats *et al.*, 2020). Ainda nestes estudos a ostomia recente demonstrou-se como fator de risco para o aumento da ansiedade.

3.2.2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Em Portugal estima-se que haja entre 10000 e 12000 pessoas portadoras de ostomia de eliminação intestinal (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 2020). O cancro do cólon e reto é uma das principais causas de ostomia intestinal (Associação Portuguesa de Ostomizados, 2010).

Em 2020 os tumores malignos do cólon, reto e ânus representaram 3,1% da totalidade de mortes no mesmo ano com um total de 3810 óbitos (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

A incidência de cancro do cólon e reto tem vindo a aumentar ao longo dos anos nos países desenvolvidos (Registo Oncológico Nacional (RON), 2022).

É possível constatar nos dados do Registo Oncológico Nacional (2022) referentes a cancros ocorridos no ano de 2019 em Portugal que em ambos os sexos o cancro mais frequente foi o do cólon quando excluídos os tumores da mama e tumores exclusivos de cada sexo com uma incidência de 5483 casos. O cancro do reto foi ainda o sexto cancro mais incidente em ambos os sexos neste ano com um total de 2375 novos casos. Em termos gerais, o cancro mais frequente nos homens neste ano foi o do da próstata seguido do cancro do pulmão. Em relação às mulheres, a maior taxa de incidência corresponde ao cancro da mama seguido do cancro da tiroide (RON, 2022).

O cancro do cólon, em ambos os sexos, foi mais incidente nos distritos de Portalegre, Beja e Santarém enquanto o cancro do reto se apresentou com maior frequência na Região Autónoma da Madeira e nos distritos de Portalegre, Beja e Aveiro (RON, 2022)

Comparando os dados relativos ao cancro do cólon no sexo masculino e feminino, foi possível observar uma maior incidência em homens com um total de 3197 novos casos comparativamente aos 2286 verificados em mulheres. Já no caso do cancro do reto observou-se uma diferença de 1510 novos casos em homens e 865 em mulheres (RON, 2022).

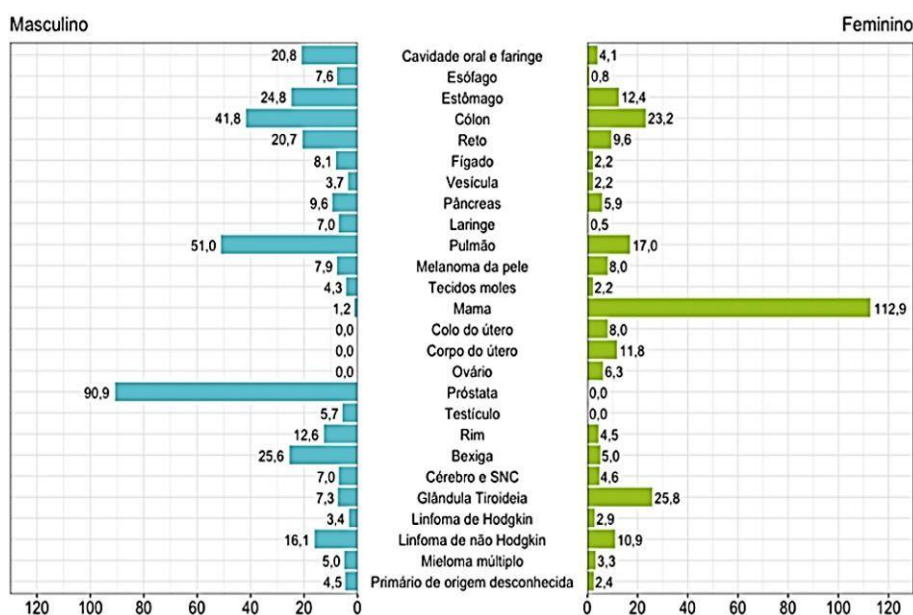


Gráfico 1- Distribuição da taxa de incidência de neoplasias em Portugal (/100000 pessoas/ano) padronizada (população padrão europeia) 2019 por localização segundo o sexo. Fonte: RON, 2022

No ano de 2019 em ambos os sexos e para ambos os cancros do cólon e reto, verifica-se que a maior frequência de novos casos corresponde à faixa etária dos 60-84 anos com o seu pico de novos casos entre os 70-74 anos (RON, 2022).

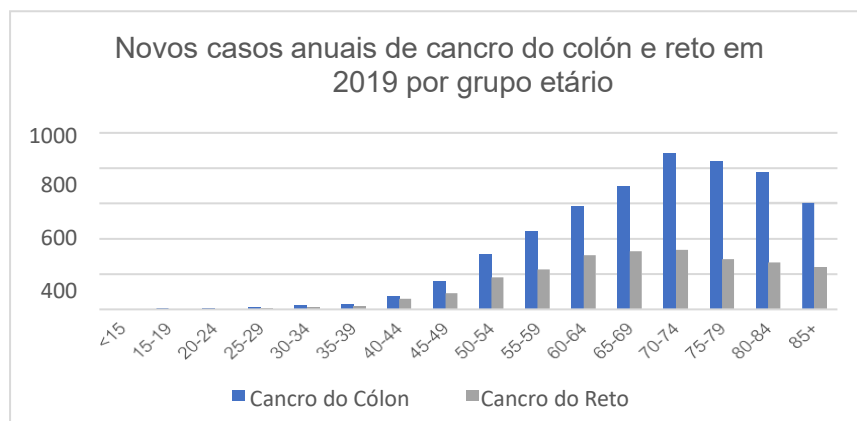


Gráfico 2- Novos casos anuais de cancro do cólon e reto em 2019 em Portugal por grupo etário. Fonte: RON, 2022

Relativamente ao número de casos por ano, os dados apurados pelo Registo Oncológico Nacional, constataam um aumento do número de novos casos de cancro do cólon desde 2001 até 2009. No entanto, relativamente ao número de casos de cancro do reto, este tem vindo a manter-se estável ao longo do mesmo período.

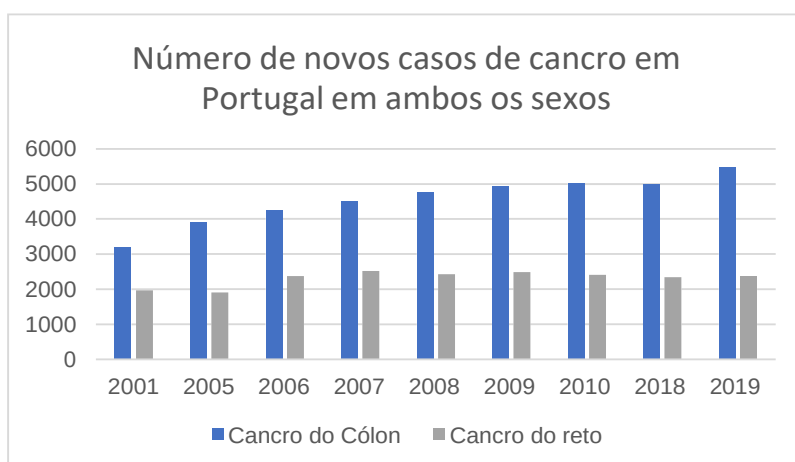


Gráfico 3- Número de novos casos de cancro do cólon e reto em Portugal em ambos os sexos no período de 2001-2019. Fonte: RON

Em 2020, o número de casos totais de cancro colorretal correspondia a 27% na Europa sendo este o segundo continente com maior incidência depois da Ásia com 51,8% (GLOBOCAN, 2020).

Em 2009 foi criado o Atendimento de Estomaterapia num Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país, realizado por uma Enfermeira com competências acrescidas avançadas de Estomaterapia. No ano de 2020 foram realizados 156 atendimentos, em 2021, 166 atendimentos e em 2022, 147 atendimentos. Cerca de 80% destas consultas foram realizadas a portadores de ostomia intestinal. Estes doentes são geralmente encaminhados pelo IPO ou por um Centro Hospitalar de uma ULS na Região Centro no período pós-cirúrgico. O objetivo primordial deste atendimento é o maior apoio ao utente com estoma por forma a que o mesmo consiga alcançar uma melhor qualidade de vida e autonomia nos seus cuidados.

Poucos são os dados na literatura que evidenciem o número de pessoas portadoras de ostomia intestinal com diagnóstico de ansiedade associado. No entanto, um estudo conduzido no Brasil realizado com quarenta e uma pessoas, constatou uma elevada prevalência de ansiedade (39,1%) em indivíduos submetidos a intervenção cirúrgica para tratamento do cancro do reto (Santos, Garcia, Pacheco, Vieira & Santos, 2014). Ainda, as perturbações psicológicas entre indivíduos com estomas gastrointestinais é quatro vezes maior do que na

população geral, apresentando estes níveis significativos de ansiedade e depressão (Knowles, Cook & Tribbick, 2013).

Também os dados relativos à incidência da ansiedade em Portugal são escassos. Em 2019 foi realizado um estudo numa Unidade de Saúde Familiar do norte de Portugal que objetivou determinar a prevalência da depressão, ansiedade e *stress* na mesma. A amostra constituída por duzentos e sete utentes da unidade demonstrou uma maior prevalência de ansiedade em mulheres, indivíduos com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, baixa escolaridade e não ativos profissionalmente (Chyczij, Ramos, Santos, Jesus & Alexandre, 2020).

3.3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

Uma vez que foi possível identificar uma relação direta entre pessoas portadoras de ostomia e ansiedade, formulam-se os seguintes objetivos para este Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem:

- **Geral:**
 - Diminuir a ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal através da partilha de sentimentos e vivências, organizando um grupo de ajuda mútua.
 - Avaliar a ansiedade em pessoas portadoras de ostomia.
- **Específicos:**
 - Educar acerca da ansiedade;
 - Capacitar para a adoção de estratégias para o autocontrolo da ansiedade;
 - Capacitar para a adoção de estratégias de *coping* que diminuam os níveis de ansiedade;
 - Educar acerca dos cuidados ao estoma.

3.4 PERCEBER AS CAUSAS

Após identificação e descrição do problema foi realizada uma sessão de *brainstorming* com a Enfermeira com competências acrescidas diferenciadas e avançadas em Estomaterapia, a qual realiza as consultas de Estomaterapia num Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país. As conclusões apuradas revelam as causas que contribuem para a ansiedade na pessoa portadora de ostomia intestinal no período pós-cirúrgico e apresentam-se descritas no diagrama de causa-efeito abaixo apresentado.

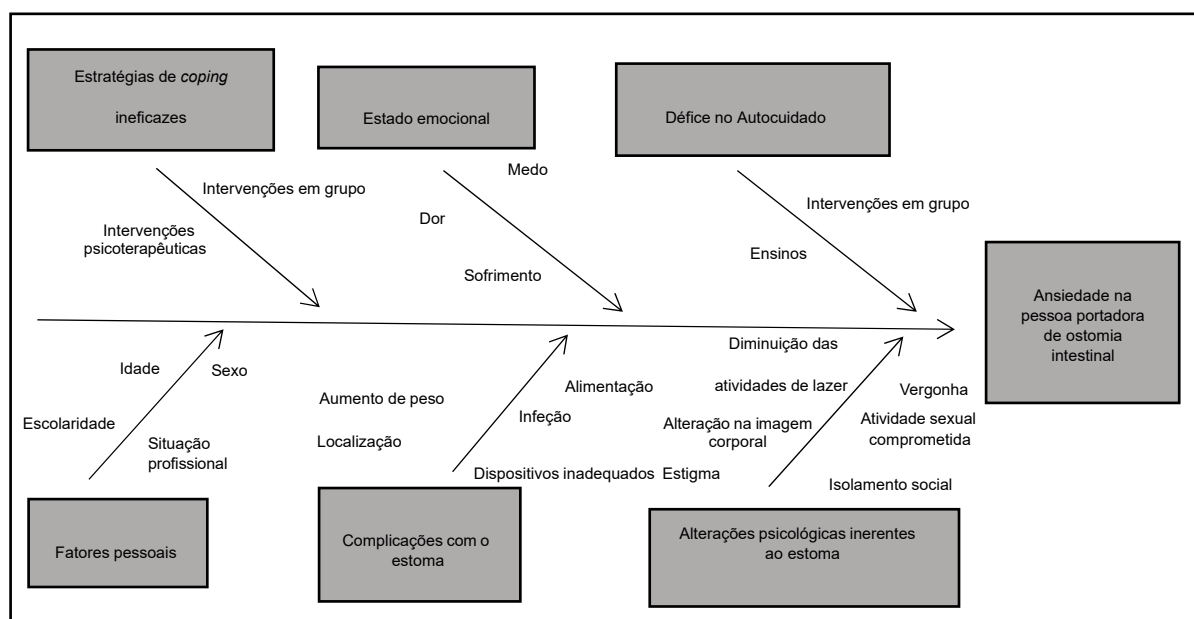


Figura 1- Diagrama de Ishikawa: fatores que contribuem para a ansiedade no período pós-cirúrgico em ostomizados. Fonte: Elaboração própria

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), o início da preparação para o estudo deve ser realizado após o conhecimento das causas segundo a *check list* para uma avaliação de qualidade de Heather Palmer, contemplando os pontos abaixo enumerados.

a) Identificação da(s) dimensão(ões) em estudo

- ✓ Eficiência- diminuir os níveis de ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal comprovando com recurso ao Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y).
- ✓ Efetividade- capacitar as pessoas portadoras de ostomia para o controlo da ansiedade a médio e longo prazo.
- ✓ Adequação técnico-científica- promover o autocuidado da pessoa portadora de ostomia com recurso a intervenções psicoterapêuticas e intervenção grupal.
- ✓ Acessibilidade- Portadores de ostomia intestinal de um Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país, que tencionem participar no projeto comparando os resultados pré e pós-intervenção.

b) Unidades de Estudo

- ✓ Utilizadores incluídos na avaliação- Portadores de ostomia intestinal, integrados na consulta de Estomaterapia realizada num Centro de Saúde de

uma ULS na Região Centro do país com os seguintes critérios de inclusão: querer participar no Projeto; ter mais de 18 anos de idade.

- ✓ Profissionais- Enfermeira com competências acrescidas diferenciadas e avançadas em Estomaterapia, Enfermeira Mestranda em Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermeira EESMP
- ✓ Período de tempo que se avalia- fevereiro a março de 2024

c) Tipo de dados (Avedis Donabedian)

- ✓ Processo - % de participantes nas sessões realizadas
- ✓ Resultados- % de ostomizados com diminuição da ansiedade segundo o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y) após intervenção

d) Fonte dos dados

- ✓ Questionário sociodemográfico e de conhecimentos aplicado aos participantes do projeto.
- ✓ Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y), é constituído por duas escalas de vinte itens que avaliam a ansiedade estado e a ansiedade traço. Cada escala tem 20 itens, cotados segundo uma escala de *Lickert* entre 1 e 4 com um valor mínimo de 20 e um máximo de 80 pontos para cada escala. Uma pontuação mais baixa evidencia níveis de ansiedade mais baixos ao contrário de pontuações mais elevadas (Santos e Silva, 1997) (ANEXO III).

e) Tipo de avaliação

- ✓ Interna, interpares- Realizada entre Enfermeira com competências acrescidas diferenciadas e avançadas em Estomaterapia e Enfermeira mestranda em Saúde Mental e Psiquiátrica.

f) Critérios de avaliação

- ✓ Explícitos normativos- A pessoas portadoras de ostomia intestinal que sejam encaminhadas para consulta de Estomaterapia num Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país, devem ser realizadas intervenções que permitam a diminuição da ansiedade.

g) Quem colhe os dados e como- Enfermeira mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com recurso a questionário sociodemográfico e de conhecimentos e Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y).

- h) Relação temporal, avaliação prospetiva- Estudo quasi-experimental, do tipo pré-teste pós-teste sem grupo de controlo, com recurso a uma metodologia de estudo de caso múltiplo de carácter descritivo.
- i) Definição da população e seleção da amostra- Amostra intencional, não aleatória de pessoas portadores de ostomia intestinal que frequentem a consulta de Estomaterapia de um Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país, referenciados pela Enfermeira responsável pela consulta, durante o período em estudo e que queiram participar no projeto.
- j) Quais as medidas corretivas passíveis de ser usadas
 - ✓ Medidas educacionais- Ensino e treino individual e/ou em grupo de técnicas para diminuir a ansiedade.

3.5 PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS

Durante o processo de acompanhamento, o enfermeiro deve realizar intervenções que atendam às necessidades individuais do ostomizado. Os cuidados prestados não devem ser apenas direcionados para o cuidado à pele e saco de ostomia, uma vez que à situação estão inerentes não só aspetos físicos, mas também aspetos sociais e psicológicos (Mendonça *et al.*, 2015). O apoio psicológico desenvolvido pelo enfermeiro assenta em atitudes de respeito, atenção, informação, segurança, afeto e incentivo (Souza *et al.*, 2016). Ao enfermeiro compete contribuir na aceitação do estado de saúde e no autocuidado direcionando a prática para o aumento da autoestima e da autoimagem corporal (Vasconcelos & Silva, 2020).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010) apresenta algumas intervenções principais para o diagnóstico CIPE “ansiedade” como por exemplo: executar apoio emocional, ensinar sobre ansiedade, executar intervenção psicoeducativa, executar relaxamento, orientar sobre estratégias de redução de ansiedade.

A psicoeducação é um tipo de educação específico destinado a ajudar pessoas com problemas de saúde mental ou qualquer outra pessoa interessada no assunto e visa fornecer informações claras acerca da doença mental. Para além disto, a psicoeducação ajuda a desenvolver habilidades e aprender técnicas para lidar com a doença mental e os seus efeitos (Regulamento n.º 356/2015). As intervenções psicoeducacionais podem ser aplicadas tanto à pessoa singular como a um grupo de pessoas que partilhem um mesmo problema de manutenção da saúde ou alívio dos sintomas de doença. A intervenção do EEESMP na psicoeducação visa a capacitação da pessoa para comportamentos promotores da saúde auxiliando na aprendizagem de estratégias para lidar com a doença e o seus efeitos (Sequeira & Sampaio, 2020).

As técnicas de relaxamento objetivam a redução dos níveis de *stress*, ansiedade ou raiva através de métodos que ajudem a pessoa a relaxar (Regulamento n.º 356/2015). O relaxamento inclui os aspetos psicológicos como as sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de *stress* ou perturbadores (Payne, 2003). Existem vários métodos de relaxamento. No entanto, todos visam o autocontrolo do tônus muscular e da respiração ajudando a pessoa a autorrelaxar-se permitindo que a técnica seja reproduzida em situações de *stress* (Sequeira & Sampaio, 2020). A respiração é utilizada como meio de relaxamento. A consciencialização da respiração permite que o indivíduo dirija a sua atenção para o padrão respiratório ajudando-o a sentir algum controlo sobre o mesmo. A exploração dos movimentos respiratórios permite a compreensão de que uma respiração calma está associada a um ritmo lento, bem como aos músculos abdominais relaxados e movimentos visíveis no abdómen superior. O treino da respiração origina frequências respiratórias mais lentas, diminuição da ansiedade e redução na frequência e intensidade dos ataques de pânico (Payne, 2003). Também a imaginação guiada se constitui como uma técnica capaz de reduzir a ansiedade e *stress* sendo segura e não invasiva. Apresenta assim diversos efeitos terapêuticos como o relaxamento, desviando a mente de pensamentos inoportunos ou enfraquecendo pensamentos geradores de *stress* (Payne, 2003). Neste sentido, é importante direccionar a prática para intervenções que permitam o autocontrolo da ansiedade para que a pessoa seja capaz de as implementar no seu dia-a-dia por forma a reduzi-la.

Os padrões de resposta sugeridos por Meleis na Teoria das Transições compreendem o desenvolvimento de confiança e *coping* como fatores facilitadores para a transição (Guimarães & Silva, 2016). O uso de estratégias de *coping* por parte do ostomizado permite atenuar o impacto da doença e aumentar o seu bem-estar psicológico (Silva, Santos, Rosado, Galvão & Sonobe, 2017). O desconforto causado pela ostomia é relatado como um dos principais fatores que causam sofrimento na vida dos ostomizados, nomeadamente a falta de orientação acerca do uso adequado da bolsa (Souza *et al.*, 2016). O apoio emocional prestado pelo enfermeiro permite que este trabalhe, em conjunto com o ostomizado, aspetos práticos como o conhecimento acerca da ostomia, a orientação acerca das bolsas mais adequadas e as alterações que ocorrem com o corpo e a vida pessoal. Para isto deve disponibilizar material informativo, auxiliando o ostomizado para trabalhar questões que facilitem a sua adaptação (Souza *et al.*, 2016).

Para uma análise mais precisa e organizada de situações que são influenciadas por fatores subjetivos, os instrumentos de avaliação são essenciais uma vez que permitem que os profissionais de saúde tenham uma forma de as quantificar (Santos, 2021). A avaliação da ansiedade no presente projeto foi realizada com recurso ao Inventário de Estado-Traço de

Ansiedade (STAI-Y) de Santos e Silva (1997). A ansiedade estado é definida como um estado emocional transitório do organismo humano que varia em intensidade e flutua ao longo do tempo, em função da percepção de uma ameaça. Deste modo, as qualidades do STAI são sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e preocupação. Por outro lado, a ansiedade traço refere-se a diferenças individuais, relativamente estáveis, na tendência para perceber um conjunto amplo de situações com um aumento de intensidade da ansiedade-estado (Santos & Silva, 1997).

O programa formativo foi estruturado em 3 módulos com 2 sessões cada, totalizando 6 sessões grupais de 45 minutos cada, desenvolvendo-se no espaço de 1 semana (APÊNDICE XVIII). O grupo formado é de ajuda mútua, fechado, havendo um número fixo de sessões com os mesmos elementos, facilitando o conhecimento entre os mesmos, o estabelecimento de relações de confiança e o aprofundando do nível de partilha (Liebmann, 2004 *cit. in* OE, 2023). A interação grupal entre pessoas que vivenciam a mesma situação tem sido apontada como estratégia de *coping* eficaz em várias patologias (Vasconcelos & Silva, 2020). A integração nestes grupos revela-se como fator promotor de uma transição saudável, aumentando a capacidade de ajuste psicossocial em situações como a criação de um estoma (Sousa & Santos, 2020). O grupo de ajuda mútua tem como objetivo a partilha de sentimentos, pensamentos, opiniões e vivências entre os participantes permitindo a aprendizagem. Estes, possibilitam através da partilha de experiências a redução dos sentimentos de isolamento, o aumento da autoestima, o suporte emocional, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e a troca de informação acerca da doença permitindo o *empowering* dos seus participantes (Sequeira & Sampaio, 2020; Regulamento n.º 356/2015). Um estudo conduzido num Hospital Universitário do Brasil, que objetivava descrever os motivos que levam os ostomizados a participar num grupo de apoio e analisar as suas repercussões, concluiu que o grupo de apoio se constitui como uma dinâmica facilitadora. Neste, o ostomizado sente-se acolhido e ouvido pela equipa multidisciplinar, e consegue interpretar melhor não apenas as suas questões como também permite que as mesmas sejam úteis, compartilhando as suas experiências semelhantes. Ainda, o estudo concluiu que o grupo de apoio reflete uma reabilitação positiva, melhorando a aceitação pessoal e a inclusão social (Marques, Nascimento, Rodrigues, Lima & Jesus, 2016).

Os critérios de inclusão para a participação no estudo são: ser portador de ostomia intestinal, estar integrado na consulta de Estomaterapia realizada num Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país, querer participar no Projeto e ter mais de 18 anos de idade. Os critérios de exclusão são: não ter disponibilidade para participar nas 6 sessões ou faltar a

alguma. Todos os módulos foram dinamizados pela enfermeira mestrada em ESMP e contaram com a presença de uma EEESMP por forma a supervisionar os mesmos.

3.6 VERIFICAR OS RESULTADOS

O Software utilizado para análise de dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v.29.0.1.0) para *Windows*. A amostra foi intencional, não aleatória de portadores de ostomia intestinal que frequentem a consulta de Estomaterapia de um Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país, durante o período em estudo, que aceitassem participar no projeto e foi constituída por um total de 10 participantes, tendo sido excluídos 2 unidades amostrais por falta de comparência em pelo menos uma sessão. Ao longo deste ponto, os resultados de cada participante serão apresentados segundo a denominação “C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7 e C8”, retratando desta forma os 8 casos em estudo. As siglas M1 e M2 correspondem ao momento pré-intervenção e pós-intervenção, respetivamente. Efetuou-se o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* para o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y), bem como para o Questionário de Conhecimentos, tendo sido obtido um $p > 0,05$, sugerindo que as variáveis em estudo seguem uma distribuição normal. No entanto, devido à amostra reduzida, e a uma significativa dispersão dos dados observável nos valores de desvio padrão, optou-se por utilizar testes não paramétricos para análise inferencial.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
SEXO		
Feminino	2	25,0
Masculino	6	75,0
IDADE		
50-59 anos	3	37,5
60-69 anos	4	50,0
≥ 70 anos	1	12,5
ESTADO CIVIL		
Solteiro	1	12,5
Casado/união de facto	6	75,0
Divorciado/separado de facto	1	12,5
ESCOLARIDADE		
1º CICLO ENSINO BÁSICO	2	25,0
2º CICLO ENSINO BÁSICO	2	25,0
3º CICLO ENSINO BÁSICO	1	12,5
Secundário	2	25,0
Superior	1	12,5
SITUAÇÃO PROFISSIONAL		
Empregado a tempo inteiro	1	12,5
Reformado	6	75,0
Baixa por doença	1	12,5
MEDICAÇÃO ANSIOLÍTICA PRÉ-DIAGNÓSTICO		
Sim	2	25,0
Não	6	75,0
TIPO DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA		
Colostomia	5	62,5
Ileostomia	3	37,5

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica da amostra. Fonte: Elaboração própria

TEMPO DE OSTOMIA (EM MESES)	MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	DESVIO PADRÃO (σ)
	52,25	7	144	53,890

Tabela 2- Tempo de ostomia (em meses). Fonte: Elaboração própria

Relativamente à caracterização da população, podemos afirmar que esta é constituída maioritariamente por homens, com idades compreendidas entre os 60 e 69 anos, casados ou em união de facto. Verifica-se uma escolaridade relativamente baixa, com 62,5% (5) dos inquiridos com escolaridade compreendida entre o 1º e o 3º ciclo do ensino básico. No que concerne à situação profissional, a maioria da amostra (6; 75,0%) apresenta-se atualmente reformada. Acerca da toma de medicação ansiolítica antes do diagnóstico que motivou a ostomia intestinal, mais de metade referiu não ter utilizado. Por fim, é possível constatar que a maioria dos participantes foi sujeito a colostomia (5; 62,5%) e que a intervenção ocorreu em média há cinquenta e dois meses (4 anos e 3 meses).

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS	PONTUAÇÃO M1	PONTUAÇÃO M2	TEMPO DE OSTOMIA (MESES)	TESTE WILCOXON (P)
Média	6,38	7,50	52,25	0,071
Desvio padrão (σ)	1,846	1,195	53,89	
Caso 1	5	8	10	
Caso 2	8	8	144	
Caso 3	7	8	60	
Caso 4	8	9	120	
Caso 5	8	7	14	
Caso 6	5	8	8	
Caso 7	7	7	55	
Caso 8	3	5	7	

Tabela 3- Pontuação do questionário de conhecimentos. Fonte: Elaboração própria

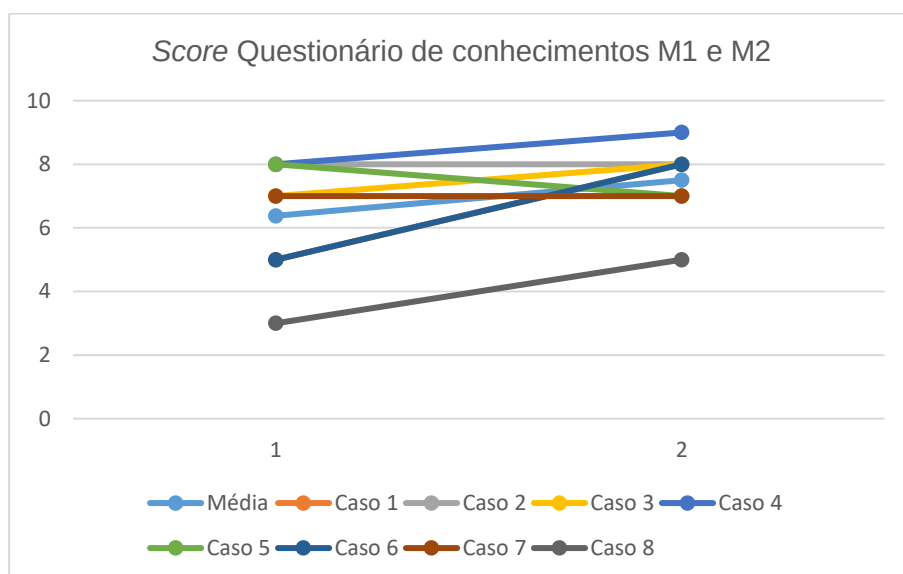


Gráfico 4- Variação do score Questionário de conhecimentos entre M1 e M2. Fonte: Elaboração própria

Para o cálculo da pontuação total nos questionários, foram cotadas as respostas certas com 1 ponto e as respostas erradas com 0 pontos, sendo possível obter um *score* máximo de 9 pontos e mínimo de 0 pontos. Nos questionário pós-intervenção, foi obtida uma média de 7,50 pontos, valor acima dos questionário pré-intervenção onde se obteve uma média de 6,38 pontos. Ainda neste sentido, é possível inferir que nos questionário pós-intervenção: 5 indivíduos melhoraram os seus conhecimentos, 2 mantiveram e 1 piorou.

Uma vez que $p > 0,05$ ($p = 0,071$), aceita-se a hipótese nula, inferindo deste modo que, apesar de haver um aumento da pontuação média de respostas, esta não é estatisticamente significativa, não sendo possível concluir a eficácia da intervenção na melhoria da literacia dos participantes em relação á sua situação de pessoas portadoras de estoma.

INVENTÁRIO STAI-Y	ANSIEDADE TRAÇO M1	ANSIEDADE TRAÇO M2	TEMPO DE OSTOMIA (MESES)	TESTE WILCOXSON (P)
Média	39,00	33,50	52,25	0,027*
Desvio padrão (σ)	10,420	10,744	53,890	
Caso 1	38	25	10	
Caso 2	48	48	144	
Caso 3	55	50	60	
Caso 4	20	20	120	
Caso 5	33	30	14	
Caso 6	39	34	8	
Caso 7	43	35	55	
Caso 8	36	26	7	

* $P \leq 0,05$

Tabela 4- Pontuação STAI-Y - Ansiedade Traço M1 e M2. Fonte: Elaboração própria

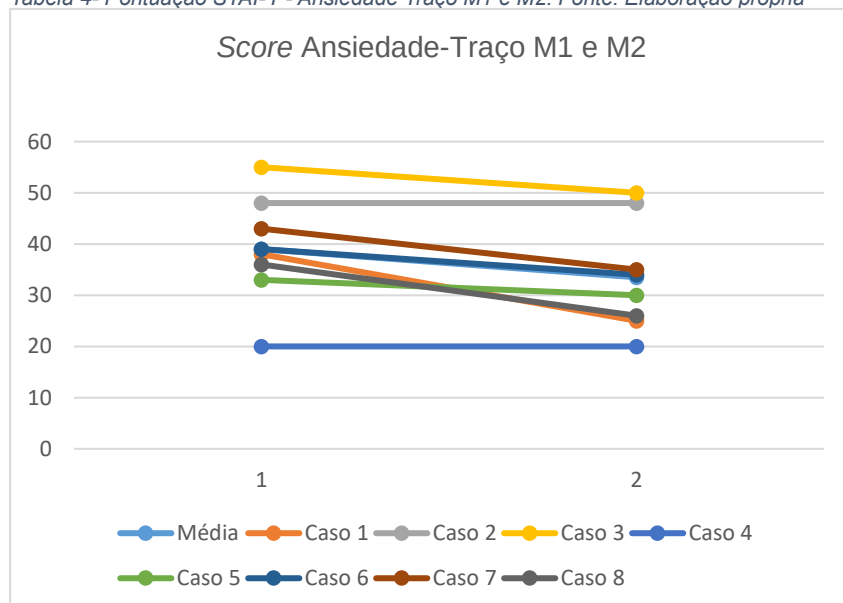


Gráfico 5- Variação do score Ansiedade-Traço entre M1 e M2. Fonte: Elaboração própria

No que concerne à avaliação dos valores observados em relação à ansiedade traço, é possível afirmar que houve uma descida do *score* médio de 39,00 para 33,50. A análise dos dados permite-nos ainda inferir que: 6 participantes reduziram o nível de ansiedade traço (75,0%) e 2 mantiveram (25,0%). Uma vez que $p < 0,05$ ($p = 0,027$), rejeita-se a hipótese nula, assumindo que a diferença entre as respostas pré e pós-intervenção são estatisticamente significativas, podendo-se afirmar que a intervenção diminuiu o nível da ansiedade-traço nos participantes.

INVENTÁRIO STAI-Y	ANSIEDADE ESTADO M1	ANSIEDADE ESTADO M2	TEMPO DE OSTOMIA (MESES)	TESTE WILCOXSON P
Média	39,50	30,88	52,25	0,012*
Desvio padrão (σ)	13,815	9,478	53,890	
Caso 1	28	25	10	
Caso 2	51	39	144	
Caso 3	54	49	60	
Caso 4	21	20	120	
Caso 5	36	31	14	
Caso 6	50	27	8	
Caso 7	52	33	55	
Caso 8	24	23	7	

* $P \leq 0,05$

Tabela 5- Pontuação STAI-Y - Ansiedade Estado M1 e M2. Fonte: Elaboração própria

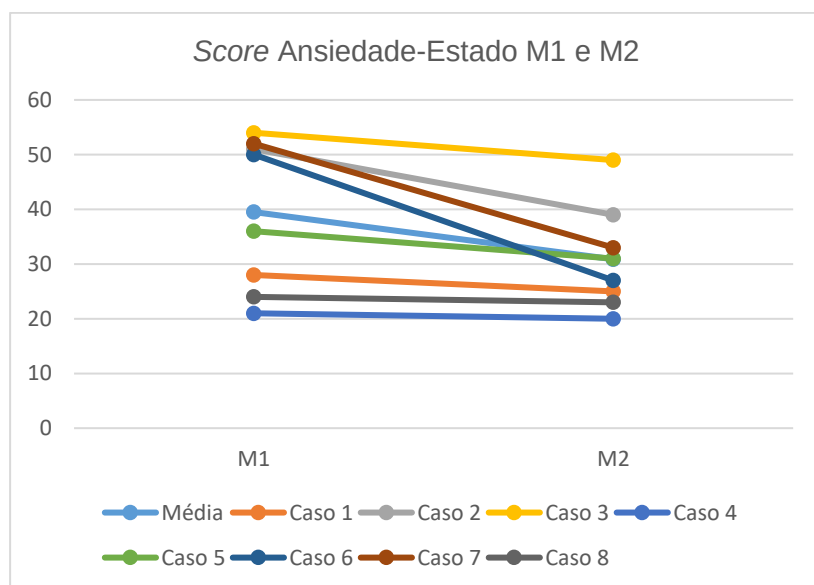


Gráfico 6- Variação do score Ansiedade-Estado entre M1 e M2. Fonte: Elaboração própria

Relativamente à escala de avaliação da ansiedade estado, é possível afirmar que houve uma descida do *score* médio de 39,50 para 30,88, evidenciando uma descida da ansiedade durante o período em que foram realizadas as intervenções. Para além disto, constata-se que houve uma redução do nível de ansiedade estado em 100% da amostra. Uma vez que $p < 0,05$

($p=0,012$), rejeita-se a hipótese nula, assumindo que a diferença entre as respostas pré e pós-intervenção é estatisticamente significativa, podendo-se afirmar que a intervenção diminuiu o nível da ansiedade-estado nos participantes.

Para interpretar de forma mais adequada os resultados atrás expostos, na sessão 4 foi realizada uma intervenção na qual foi pedido que, anonimamente, cada participante escrevesse a sua maior preocupação após a intervenção cirúrgica. Os dados obtidos apresentam-se abaixo:

- *“Acordar com um objeto estranho ao dia-a-dia. Tive dificuldade em me adaptar à nova realidade”;*
- *“Quando fui ostomizado senti que nunca mais iria ser o mesmo devido ao saco. Teria de procurar esconder e passar despercebido. Depressa verifiquei que não era possível. A dificuldade de limpeza e colocação do saco foi grande. Não poder andar à vontade e o trauma do saco foi bastante”;*
- *“Sensação de alívio pois não poderia viver sem o saco. A primeira dificuldade foi como iria mudar o saco, mas depressa aprendi”;*
- *“Na altura não pensei muito no saco, para mim foi um alívio. Depois de ter o saco, tive um pouco de dificuldade porque não estava habituada”;*
- *“Mudar a placa. Ver-me com uma alteração física”;*
- *“Colocar o saco e andar de carro”;*
- *“Não conseguir mudar placas e sacos e não conseguir fazer desporto”;*
- *“A primeira vez que tive contacto com os sacos foi difícil para mim, mas depois fui-me acostumando até ao momento”.*

As respostas evidenciaram como principais fatores de preocupação: a adaptação à bolsa, alteração das rotinas diárias, alteração da imagem corporal e vergonha. No entanto, alguns dos participantes relataram a cirurgia como um “alívio”, permitindo-lhes viver.

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO	INSUFICIENTE (N)	SUFICIENTE (N)	MUITO BOM (N)
Organização da Formação			
Duração da ação	1	2	4
Horário da ação	0	2	6
Local onde decorreu a ação	0	0	8
Equipamentos e Recursos disponíveis	0	2	6
Programa e Objetivos da Ação			
Os objetivos da ação corresponderam às necessidades	0	0	8
A relevância dos conteúdos abordados	0	0	8
Desempenho do formador			

Clareza da apresentação	0	0	8
Domínio dos temas abordados	0	0	8
Disponibilidade do formador para esclarecimento de dúvidas	0	0	8

Tabela 6- Resultados Questionário de Satisfação. Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao questionário de satisfação aplicado no final da intervenção, podemos afirmar que no que diz respeito à organização da formação, 4 (50,0%) pessoas consideraram a duração da ação “muito boa”, 2 (25,0%) pessoas como “suficiente” e 1 (12,5%) pessoa como “insuficiente”. Também no horário da ação, as respostas divergem, com 6 (75,0%) pessoas a considerarem o horário como “muito bom” e 2 (25,0%) pessoas como “suficiente”. Por fim, relativamente aos equipamentos e recursos disponíveis, obtemos as mesmas respostas, com 6 (75,0%) pessoas a considerá-los como “muito bom” e 2 (25,0%) pessoas como “suficiente”.

Relativamente aos parâmetros correspondentes ao conteúdo do programa, os seus objetivos e o desempenho do formador, podemos afirmar que 100,0% (8) dos participantes se apresentaram satisfeitos no final do programa, cotando todas as questões com a pontuação máxima de 3 pontos.

Foi dada a liberdade aos participantes para expressarem as suas opiniões/sugestões de melhoria, as quais se descrevem abaixo:

- **C1:** “Tenho a salientar que foi muito bom ter participado, obrigado”;
- **C2:** “Necessário fazer mais sessões”;
- **C3:** “Na minha opinião foi muito bom para esclarecer certas dúvidas que tinha. Agradeço por este tempo que estiveram comigo”;
- **C6:** “Muito bom obrigado saúde”;
- **C7:** “Deveria haver mais ações destas para que mais pessoas pudessem fazer, e interagir nos problemas que são de cada um, mas acabam por ser de todos”;
- **C8:** “Gostei. Quando houver quero ser convidado. Gostei de tudo”.

Neste sentido destacam-se 3 dimensões principais: qualidade do projeto, duração do mesmo e esclarecimento de dúvidas. Relativamente à qualidade, 4 (50,0%) dos participantes consideraram que gostaram do projeto. No que concerne ao período em que decorreu, 1 (12,5%) participante considerou o número de sessões insuficiente. Quanto ao esclarecimento de dúvidas, 2 (25,0%) pessoas consideraram que o projeto se demonstrou útil.

3.7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a exposição dos dados obtidos, importa realizar a sua análise, enquanto simultaneamente os confrontamos com os resultados alcançados por outros investigadores acerca da mesma temática.

Em relação ao questionário de conhecimentos, este foi construído tendo em consideração as temáticas a abordar ao longo das sessões. O objetivo do questionário foi verificar se os participantes tinham obtido conhecimento ao longo do Projeto, recorrendo a questões referentes à higiene, alterações sociais, físicas e psicológicas que se encontram direta ou indiretamente relacionadas com a ansiedade. Ainda, foram questionados acerca dos seus conhecimentos acerca da própria temática em estudo. Considerando os resultados obtidos, compreende-se que a maioria dos participantes já detinha conhecimentos relevantes acerca do tema, tendo apenas um deles respondido a menos de 50,0% das questões corretamente. É possível afirmar que o tempo de ostomia se relaciona com o número de respostas corretas no momento 1, obtendo-se *scores* superiores em participantes sujeitos a intervenção cirúrgica há mais tempo. A análise dos dados permite-nos inferir que a média de respostas certas se alterou de 6,38 pontos no primeiro momento para 7,50 pontos no segundo momento, num valor máximo possível de 9 pontos. Apesar de a alteração refletir uma melhoria média dos resultados, constatamos que alguns dos participantes mantiveram o seu nível de conhecimentos, tendo um deles apresentado um *score* inferior no segundo momento. Tosato e Zimmermann (2006) afirmam que o enfermeiro presta assistência após a operação, fornecendo informações acerca do autocuidado, do retorno às atividades da vida diária, do material de troca da bolsa, e ainda no ensino do reconhecimento das complicações. Ainda para os autores, um grupo de apoio em pessoas portadoras de ostomia permite a reeducação das mesmas e permite ajudá-las a lidar com a doença a partir da experiência e do conhecimento dos restantes membros (Tosato e Zimmermann, 2006).

Estudos referem que após a cirurgia, o estado emocional do paciente pode sofrer alterações como ansiedade ou depressão (Cassero & Aguiar, 2009). Neste sentido, procurou-se avaliar os níveis de ansiedade manifestados pelos indivíduos que compunham a amostra. Os resultados obtidos, apontam para níveis de ansiedade moderados, tendo-se obtido uma média de 39 pontos no momento 1 na escala de Ansiedade-Traço, e de 39,5 pontos na escala de Ansiedade-Estado. Os moderados níveis de ansiedade obtidos, são corroborados por um estudo realizado na Austrália, que objetivava caracterizar os mediadores da ansiedade e da depressão numa coorte de ostomizados com doença inflamatória intestinal, composto por 83 indivíduos. Este estudo relata que a ansiedade foi a forma mais comum de sofrimento psicológico, com 50,0% dos indivíduos a apresentar ansiedade ligeira, moderada ou grave

após a aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Knowles, Cook & Tribbick, 2013). Ainda, um estudo realizado nos Estados Unidos da América, com 34 ostomizados que objetivava identificar as dificuldades sentidas pelos mesmos após a alta hospitalar, identificou que destes, 53,0% apresentavam sintomatologia compatível com depressão ou ansiedade (Richbourg, Thorpe & Rapp, 2007). No que concerne à relação entre o tempo de ostomia e nível de ansiedade, não foi possível obter nenhuma relação direta, tendo o participante com mais tempo de ostomia apresentado um *score* inicial de 48 pontos na Ansiedade-Traço e 51 pontos na Ansiedade-Estado, valores mais elevados do que o participante com ostomia mais recente, há 7 meses, com uma *score* de 36 pontos na Ansiedade-Traço e 24 pontos na Ansiedade-Estado. No entanto, um estudo realizado com 157 sobreviventes de cancro colorretal no Norte do Irão, relata que 31,8% destes apresentavam altos níveis de ansiedade, havendo uma tendência para a estabilização da função física dentro de um ano, enquanto as alterações psicológicas como a depressão, ansiedade e dor tendiam a persistir após esse período (Aminisani, Nikbakht, Jafarabadi & Shamshirga, 2017). Ainda, foi possível obter uma melhoria no *score* do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y) ao nível de Ansiedade-Traço, em que 75,0% dos participantes reduziram e havendo uma persistência dos resultados anteriormente obtidos em 25,0%, enquanto em relação ao nível de Ansiedade-Estado, houve uma melhoria do *score* em 100,0% da amostra.

Numa das sessões realizadas que visava a partilha de experiências, os participantes foram questionados acerca das suas preocupações no período pós-cirúrgico. A maior parte dos participantes relataram o manuseamento das placas e a troca dos sacos como a maior preocupação vivenciada. Este dado refuta os resultados obtidos no estudo realizado por Richbourg, Thorpe e Rapp (2007), em que os autores constataram que as maiores dificuldades das pessoas submetidas a este tipo de cirurgia após a alta hospitalar, eram: irritação da pele periestomal (76,0%), o extravasamento do saco (62,0%), odor (59,0%), redução das atividades de lazer (54,0%) e depressão e ansiedade (53,0%). Destas, apenas a redução das atividades de lazer foi mencionada pelos participantes. Ainda neste sentido, apesar de a intervenção acarretar diversas alterações ao nível, físico, psicológico e social, os participantes consideraram que foi um “alívio” ter realizado a cirurgia e, conseqüentemente, ter de utilizar o saco de ostomia, uma vez que lhes permitiu viver. Este dado é corroborado pelo estudo de Cassero e Aguiar (2009), que objetivou demonstrar o impacto causado pelas operações que resultam em estomas intestinais no estado emocional e imagem corporal dos pacientes. Durante o seu estudo, os autores apresentaram relatos de ostomizados que revelavam que, apesar da alteração na imagem corporal, do comprometimento da sua condição de vida e do facto de quase não terem tido escolha sobre sua condição atual, a mesma refletia uma condição positiva, a de estar vivo (Cassero & Aguiar, 2009). Ainda, um

trabalho desenvolvido no âmbito da qualidade de vida e indicadores de ansiedade e depressão de pacientes com cancro colorretal afirma que inicialmente o ostomizado pode entender o uso do saco de colostomia como algo que o limita. No entanto, após a aceitação, o saco de colostomia passa a ser visto como um recurso de vida, uma vez que possibilita a sua sobrevivência face ao cancro (Castro, Scorza & Chem, 2011).

Relativamente ao questionário de satisfação é possível afirmar que na generalidade, os participantes consideraram a organização do programa, os conteúdos e objetivos e o desempenho da formadora como positivos. No que concerne aos comentários, 1 dos participantes considerou o período das sessões curto. Apesar disto, o projeto estava desenhado para ser realizado num espaço de tempo superior, permitindo a consolidação dos conhecimentos e o estabelecimento da relação terapêutica, tendo este sido encurtado para garantir o acesso à amostra.

3.8 PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA.

Como forma de avaliação do projeto e com vista à melhoria contínua foi realizada uma análise *SWOT*.

Forças • Resultados positivos do programa; • Motivação do grupo em participar no estudo; • Promoção da partilha de experiências.	Oportunidades • Promover a SM em pessoas portadoras de ostomia; • Articulação com a consulta de Estomaterapia realizada num Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país; • Possibilidade de aplicação do Programa no serviço. • Necessidade de <i>follow up</i>.
Fraquezas • Amostra reduzida; • Necessidade de grupo de controlo.	Ameaças • Desvalorização da ansiedade em pessoas portadoras de ostomia; • Autoestigma e isolamento social.

Quadro 1- Análise *SWOT*. Fonte: Elaboração própria

O programa teve um elevado nível de aceitação por parte do grupo, traduzido pelos níveis de satisfação obtidos através do questionário realizado na última sessão. No entanto, foi relatado pelos participantes que o programa deveria ter mais sessões, uma vez que permitiria conhecerem-se melhor, promovendo uma maior interação e partilha de experiências.

Apontam-se como limitações ao estudo, o tamanho da amostra, que não permite comparar ou transferir resultados para outras populações. Ainda, com o intuito de comparar os resultados obtidos, seria importante a formação de um grupo de controlo, com as mesmas características do grupo sujeito a intervenção, permitindo desta forma aferir a eficácia do programa na redução da ansiedade dos participantes.

Apesar dos níveis de Ansiedade-Estado terem reduzido em todos os participantes e os níveis de Ansiedade-Traço terem diminuído em 6 dos participantes e se mantido em 2, a realização de sessões de *follow-up* permitiria avaliar se os ganhos em saúde se mantiveram ao longo do tempo, aplicando para este efeito o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade, no sentido de averiguar os valores obtidos e a sua variação em relação aos aqui apresentados.

Ainda como sugestões de melhoria, evidencia-se a aplicação da Escala de Adaptação à Ostomia de Eliminação (Sousa, Santos & Graça, 2015). Este instrumento demonstra-se como uma mais-valia para a avaliação da adaptação à ostomia, apresentando focos de atenção de Enfermagem, nomeadamente: o autoconceito, autocuidado, aceitação, esperança, interação sexual e interação social. A utilização desta escala associada ao Inventário de Estado-Traço de Ansiedade permitiria relacionar os conceitos de adaptação e ansiedade. Para além disto, uma vez que os focos apresentados na Escala de Adaptação à Ostomia de Eliminação são determinantes no desenvolvimento de sintomatologia ansiosa, como relatado ao longo do presente Projeto, a sua identificação permite a atuação específica do enfermeiro nos focos identificados como dificultadores do processo de adaptação.

Relativamente aos indicadores de processo e de resultado, podemos afirmar que em relação ao primeiro houve uma adesão de 100,0% dos participantes. Relativamente ao segundo, podemos inferir que segundo o *score* do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade ao nível de Ansiedade-Traço, 75,0% dos participantes reduziram e 25,0% mantiveram, enquanto na Ansiedade-Estado houve uma redução em 100,0% da população em estudo.

CONCLUSÃO

O presente relatório ofereceu uma análise detalhada do caminho percorrido durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A elaboração deste documento pretendia evidenciar as competências adquiridas nas áreas-chave do EE (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) assim como do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto), demonstrando as atividades desenvolvidas que permitiram a sua aquisição assim como a análise crítico-reflexiva da prática.

A realização de uma ostomia acarreta uma mudança de vida significativa, que se pode constituir como um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. A resolução das dificuldades decorrentes do uso do saco de colostomia depende dos recursos internos do doente e do apoio social fornecido pela sua família, pelos profissionais e pela estrutura de atendimento oferecido, o que pode ter uma relação direta na sua qualidade de vida (Sonobe, Barrichello, & Zago, 2002). Tendo em consideração as particularidades associadas à ostomia, a criação de programas de promoção e prevenção de saúde mental nesta população torna-se de extrema relevância de forma a salvaguardar o bem-estar, permitindo uma melhor adaptação à nova realidade. Os objetivos delineados para o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem foram alcançados. Este, permitiu avaliar os níveis de ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal tendo sido obtidos níveis moderados. Ainda, este projeto promoveu a diminuição da ansiedade, com recurso a intervenções especializadas na área de ESMP, nomeadamente as intervenções psicoterapêuticas e sócioterapêuticas, intervenções psicoeducacionais e intervenções psicossociais. Desta forma, os participantes foram capacitados para a adoção de estratégias de autocontrolo da ansiedade nomeadamente na prática da respiração diafragmática e técnica de relaxamento por imagética. Foram ainda educados acerca dos cuidados ao estoma, bem como o seu manuseamento, alterações na vida diária e material disponível no mercado.

Após o exposto, consideram-se os objetivos propostos com a elaboração do presente relatório atingidos. Foi possível descrever os diferentes contextos de EC, tendo em conta as suas particularidades e refletindo acerca dos seus modelos organizacionais e métodos de trabalho. Foi possível ainda enunciar as atividades realizadas no âmbito da SMP, fundamentando a sua execução com modelos teóricos e referenciais normativos relevantes para a prática, identificando as competências comuns do EE e específicas do EEESMP alcançadas. Por fim, foi possível contribuir para o desenvolvimento da ESMP, através da prática de investigação, evidenciando os resultados obtidos com a aplicação do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, permitindo realizar a análise *SWOT* do mesmo com vista ao seu aprimoramento, permitindo a sua replicação.

Importa realçar que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências não se encontra concluído. O caminho realizado até ao presente momento irá perpetuar-se, aprimorando as competências até aqui adquiridas. O autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal são tarefas inacabadas, que exigem uma reflexão contínua da prática, almejando o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes que permitam a adequação das intervenções preconizadas para a ESMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, S. (2014). *Promovendo a Regulação Emocional em Crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico: Um Programa de Competências Emocionais e Sociais*. Tese de Mestrado, Universidade dos Açores, Departamento de Ciências da Educação. Obtido de: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3358/2/DissertMestradoSandraCristinaMachadoAmaral2015.pdf>
- Aminisani, N., Nikbakht, H., Jafarabadi, M., Shamshirga, S. (2017). *Depression, anxiety, and health related quality of life among colorectal cancer survivors*. Journal of Gastrointestinal Oncology. 2017;8(1):81-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.21037/jgo.201>
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (1991). *The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care: resolution / adopted by the General Assembly*. 17 de dezembro de 1991, Pp.189-192. Obtido de: https://digitallibrary.un.org/record/135851/files/A_RES_46_119-EN.pdf?ln=en
- Associação Portuguesa de Ostomizados. (2010). *Ostomias- Boletim semestral – 2º semestre de 2010 -nº1*. Lisboa, Portugal. Obtido de: https://www.apostomizados.pt/upload/pdf/pdf_1308927798.pdf
- Ayaz-Alkaya, S. (2019). *Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature*. Int Wound J. 2019;16:243–249. DOI: [10.1111/iwj.13018](https://doi.org/10.1111/iwj.13018)
- Bahayi, K., Attaallah, W., Yardımcı, W., Bulut, H., & Özten, E. (2018). *Depression, Anxiety, Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patients with Ileostomy or Colostomy*. Turkish Journal of Colorectal Disease. DOI: [10.4274/tjcd.87369](https://doi.org/10.4274/tjcd.87369)
- Bezerra, P., Lima, L. & Dantas, S. (2020). *Pandemia da covid-19 e idosos como população de risco: aspectos para educação em saúde*. Cogitare enferm. 25: e73307, 2020. Obtido de: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73307>
- Bittencourt, M., Marques, M., Barroso, T. (2018). *Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção da saúde mental*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 18 - JUL./AGO./SET. 2018. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Brito, M. (2018). *O Enfermeiro como Terapeuta de Referência nas Equipas de Saúde Mental Comunitária*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. Obtido de: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/o-enfermeiro-como-terapeuta-de-referencia-nas-equipas/full-view.html>
- Buleckek, G., Butcher, H. & Dochterman, J. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. Elsevier, 5ª ed. Rio de Janeiro, Brasil. Obtido de: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf
- Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). *Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos*. Revista Portuguesa de Saúde Publica, 34(3), 209–219. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004>
- Cassero, P. & Aguiar, J. (2009). *Percepções Emocionais Influenciadas por uma Ostomia*. Revista Saúde e Pesquisa, v. 2, n. 2, p. 23-27, mai./jun. 2009 - ISSN 1983-1870. Obtido de: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1058/780>
- Castro, E., Scorza, A., Chem, C. (2010). *Qualidade de vida e indicadores de ansiedade e depressão de pacientes com cancro colo-rectal*. Psicologia, Saúde e Doenças, vol. 12, núm. 1, 2011, pp. 131-142. Obtido de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36222221003>

- Centro Hospitalar de Leiria. (2019). *Projeto PsiCom colabora com os Cuidados de Saúde Primários desde 2018*. Obtido de: <https://www.chleiria.pt/comunicacao-social/noticias-eventos/-/chl-aposta-na-psiquiatria-comunitaria-e-cria-unidade-de-saude-mental-comunitaria-489/>
- Chyczij, F., Ramos, C., Santos, A., Jesus, L. & Alexandre, J. (2020). *Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal*. Revista de Enfermagem Referência 2020, Série V, nº2: e19094. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19094>
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS, 2019. Obtido de: <https://www.cns.minsaude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Correia, T., Martins, M. M., & Pinho, L. (2020). *Gestão do risco em saúde mental: Revisão integrativa*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (spe 8), 51-58. Obtido de: <http://hdl.handle.net/10174/31688>
- Cotrim, H. & Pereira, G. (2008). *Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care*. European Journal of Oncology Nursing (2008) 12, 217–226. DOI: [10.1016/j.ejon.2007.11.005](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.11.005)
- Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro de 2021. *Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro de 2021*. Diário da República n.º 240/2021, Série I de 2021-12-14. Lisboa. Obtido de: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2021/12/24000/0010400118.pdf>
- Decreto Lei n.º 35/2023, de 21 de julho de 2023. *Lei de Saúde Mental*. Diário da República n.º 141/2023, Série I de 2023-07-21. Lisboa. Obtido de: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3679&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=
- Degmecic, D., Pozgain, I., Filakovic, P. (2007). *Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patients with Schizophrenia*. Coll. Antropol. 31 (2007) 4: 1111–1115. Obtido de: <https://hrcak.srce.hr/file/42704>
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Lisboa, 2011. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional Para A Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. Obtido de: http://www.fnerdm.pt/wpcontent/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf
- Escola Superior de Saúde de Leiria. (2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. Leiria, Portugal. Obtido de: <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- Escola Superior de Enfermagem de Leiria. (2023). *Planeamento dos Ensinos Clínicos*. Leiria, 2023.
- Farahani, M., Sargolzaei, M., Shariatpanahi, S., Dehkordi, A., Dalvand, P. & Heidari-Beni, F. (2022). *The prevalence of anxiety and depression in patients with ostomy: A systematic review and meta-analysis*. Psycho Oncology. 2022; 31:2020-2035. DOI: [10.1002/pon.5988](https://doi.org/10.1002/pon.5988)
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. F.A. Davis, 2ª ed. Philadelphia, 2005.

- Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais. (2006). *Recomendações Das Entidades De Reabilitação Psicossocial Para A Comissão Nacional Para A Reestruturação Dos Serviços De Saúde Mental*. Lisboa. Obtido de: https://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/Recomend-FNERDM_CNRSSM.pdf
- Fornelos, A., Martins, M., Felizardo, M., Roque, M. & Pina, P. (2018). *Equipa de Intervenção Comunitária em Saúde Mental - A Realidade de um Hospital Geral*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Junho 2018, vol.16, nº1. DOI: <https://doi.org/10.25752/psi.14894>
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Artmed Editora, 4ª ed. Porto Alegre.
- GLOBOCAN. (2020). *Cancer Today*. World Health Organization. Obtido de: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-%20treemap?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&incl%20ude_nmsc=0&include_nmsc_other=1&reloaded
- Gomes, A., Ramos, S., Ferreira, A. R., Montalvão, J., Ribeiro, I., & Lima, F. (2019). *A efetividade do exercício físico no tratamento da depressão*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (22), 58-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0264>
- Gomes, G., Costa, C., Gomes, H., Andrade, J., Souza, N., Paula, V., Campos, T. & Jesus, P. (2023). *Repercussões da estomia intestinal no indivíduo e família: Revisão integrativa*. Saúde Coletiva, 2023; (13) N.85. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i85p12586-12597>
- Guimarães, M. & Silva, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro, Brasil. Obtido de: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020*. ARTMED Editora LTDA, 11ª ed. Porto Alegre, Brasil. Obtido de: <https://www.podiatra.com.br/uploads/trabalho/149.pdf>
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. (2020). *Hospital Fernando Fonseca assinala o Dia Mundial do Ostomizado*. Obtido de: <https://hff.min-saude.pt/hospital-fernando-fonseca-assinala-o-dia-mundial-do-ostomizado/>
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. (2022). *O que é uma Ostomia? Informação para o/a utente e família*. Janeiro, 2022. Obtido de: <https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/01/O-que-e%CC%81-uma-Ostomia.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Mortalidade Por Covid-19 Mais Elevada E Prematura Nos Homens, Em 2020*. Obtido de: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=560527827&att_display=n&att_download=y
- International Council of Nurses. (2019). *International Classification for Nursing Practice*. Obtido de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Knowles, S., Cook, S. & Tribbick, D. (2013). *Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients*. Journal of Crohn's and Colitis, 7, e471-e478. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2013.02.022>

- Marques, G., Nascimento, D., Rodrigues, F., Lima, C. & Jesus, D. (2016). *A vivência de pessoas com estomia intestinal no grupo de apoio de um Hospital Universitário*. Hospital Universitário Pedro Ernesto. V.15, n.2, abr-jun/2016. DOI: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2016.28235>
- Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). *Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (11), 15-23. Obtido de: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=105978&code=3038300be89f46dd3dbed29334d4fe5bf59ae595>
- Mendes, A. (2021). *Reconhecimento e autorregulação das emoções nas Crianças*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação do Politécnico de Coimbra. Obtido de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38253/1/ANA_CRISTINA_MENDES.pdf
- Mendonça, S., Lameira, C., Souza, N., Costa, C., Maurício, V. & Silva, P. (2015). *Orientações De Enfermagem E Implicações Para A Qualidade De Vida De Pessoas Estomizadas*. Rev enferm UFPE online., Recife, 9: 296-304, jan., 2015. Brasil. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0003>
- Milioli, B., Farias, B., Pont, M., Machado, M., Ceretta, L. & Tessmann, M. (2022). *Depressão em estomizados: avaliação a partir da Escala de Hamilton*. Revista Inova Saúde, Criciúma, vol. 12, n.2, junho 2022-ISSN 2317-2460. DOI: <https://doi.org/10.18616/inova.v12i2.6620>
- Ministério da Saúde. (2006). *Circular Normativa nº1/2006/SGMS: Regime de trabalho de horário acrescido – Critérios*. Obtido de: https://sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F45401E3-62A5-4E0B-998A-A6D02659EAD3/4091/CN_0601_01Hor%C3%A1rio20Acrescido_Anexo1.pdf
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa, Portugal. Obtido de: <https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/Plano-Nacional-de-Saude-Mental.pdf>
- Ministério da Saúde. (2021). *Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde*. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília, Brasil. Obtido de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_pessoa_estomia.pdf
- Moraes, A., Balbino, C. & Souza, M. (2015). *O desconforto em pacientes ostomizados*. Revista Pró-univerSUS. 2015 Jan./Jun.; 06 (1): 05-08. Brasil. Obtido de: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/399/470>
- Moritz, S., Woodward, T., Haushildt, & Rocha, B. (2017). *Treino Metacognitivo Para a Psicose (MCT)*, versão portuguesa 6.3. (Tradução e adaptação portuguesa por nuno Rocha, Cristina Queirós, Susana Rocha & Susana Pereira). Obtido de: www.uke.de/mkt
- Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Obtido de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Cálculo de dotações seguras nos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Parecer nº01/2019. Obtido de:

- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16943/parecer-n%C2%BA-01-2019_25012019_mceesmp_dota%C3%A7%C3%B5es-seguras_iniciativa-da-mceesmp.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Lisboa, junho de 2021. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecupessdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador De Boas Práticas De Intervenção Psicoterapêutica De Enfermagem*. Lisboa, 2023. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Obtido de: https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_aq_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1946). *Summary Reports on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*. Obtido de: <https://iris.who.int/handle/10665/85573>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Genebra, 2021. Obtido de: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Genebra, 2022. Obtido de: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
- Parker, M. & Smith, M. (2010). *Nursing theories and nursing practice*. F.A. Davis Company, 3ª ed. Philadelphia, 2010.
- Parola, V., Coelho, A., Fernandes, O., & Apóstolo, J. (2020). *Teoria de Travelbee: Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa - adequação à enfermagem em contexto de cuidados paliativos*. Revista de Enfermagem Referência, 5(2), e20010. DOI: [10.12707/RV20010](https://doi.org/10.12707/RV20010)
- Pasadas, C. (2014). *Psicoeducação: Uma Estratégia na Prevenção da Recaída na Pessoa com Perturbação Esquizofrénica*. Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Obtido de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16374/1/Psicoeduca%C3%A7%C3%A3o%20Uma%20Estrat%C3%A9gia%20na%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20Reca%C3%ADa%20na%20Pessoa%20com%20Perturba%C3%A7%C3%A3o%20Esquizofr%C3%A9nica.%20Celso%20Pasadas.pdf>
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde*. Lusociência, 2ª ed. Loures, Portugal.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, série 4, n.º 11, 2016, p. 121-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência

- Registo Oncológico Nacional. (2008). *Registo Oncológico Nacional 2001*. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil. Porto, Portugal. Obtido de: <https://ron.min-saude.pt/media/1598/ron-2001.pdf>
- Registo Oncológico Nacional. (2009). *Registo Oncológico Nacional 2005*. Obtido de: <https://ron.min-saude.pt/media/1602/ron-2005.pdf>
- Registo Oncológico Nacional. (2012). *Registo Oncológico Nacional de todos os tumores malignos na população residente em Portugal, em 2006*. Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil – EPE. Lisboa, 2012. Obtido de: https://ron.min-saude.pt/media/1037/book_ron_2006_web.pdf
- Registo Oncológico Nacional. (2013). *Registo Oncológico Nacional 2007*. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE, ed. Porto, 2013. Obtido de: https://www.ipoport.pt/dev/wp-content/uploads/2013/03/RO_Nacional_2007.pdf
- Registo Oncológico Nacional. (2014). *Registo Oncológico Nacional 2008*. Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil – EPE, 2014. ROR-Centro. Obtido de: <https://ron.min-saude.pt/media/1603/ron-2008.pdf>
- Registo Oncológico Nacional (2015). *Registo Oncológico Nacional de todos os tumores malignos na população residente em Portugal, em 2009*. Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil- EPE. Lisboa, 2015. Obtido de: https://ipoport.pt/wpsite_2020/wp-content/uploads/2023/10/Registo-Oncologico-2009.pdf
- Registo Oncológico Nacional. (2018). *Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2018*. Registo Oncológico Nacional. Lisboa, 2018. Obtido de: https://ron.min-saude.pt/media/2196/2021-0518_publica%C3%A7%C3%A3o-ron_2018.pdf
- Registo Oncológico Nacional. (2016). *Registo Oncológico Nacional 2010*. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil - EPE, ed. Porto, 2016. Obtido de: <https://ron.min-saude.pt/media/1606/ron-2010.pdf>
- Registo Oncológico Nacional. (2022). *Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2019*. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil- EPE, ed. Porto, 2022. Obtido de: https://ron.min-saude.pt/media/2214/ron-2019_new_v8f.pdf
- Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República: II série, n.º 122 (2015). Obtido de: <https://files.dre.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>
- Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. (2019). *Regulamento de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas*. Diário da República, 2ª série, 4744-4750. Obtido de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República 2ª Série, 21427-21430. Obtido de: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Richbourg, L., Thorpe, J. & Rapp, C. (2007). *Difficulties Experienced by the Ostomate After Hospital Discharge*. Journal Wound Ostomy Continence Nurs. 2007;34(1):70-79. DOI: [10.1097/00152192-200701000-00011](https://doi.org/10.1097/00152192-200701000-00011)
- Rolo, C. (2022). *Impacto das reações parentais às emoções das crianças: na regulação emocional e no comportamento em sala de aula*. Universidade Autónoma de Lisboa, Tese de Mestrado. Obtido de:

https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/5733/1/Catarina%20Rolo%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Catarina%20Rolo_Final.pdf

- Sampaio, F. (2022). *Por uma nova enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: A era da setorização*. Revista de Enfermagem Referência, 6(Supl. 1), e22EDsupl1. <https://doi.org/10.12707/RVI22EDsupl1>
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Canut, T. (2018) *Modelo De Intervenção Psicoterapêutica Em Enfermagem: Princípios Orientadores Para A Implementação Na Prática Clínica*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Nº 19, junho de 2018. DOI: [10.19131/rpesm.0205](https://doi.org/10.19131/rpesm.0205)
- Santos, C., Bezerra, M., Bezerra, F. & Paraguassú, B. (2007). *Perfil do Paciente Ostomizado e Complicações Relacionadas ao Estoma*. Rev. Bras. Coloproct 2007;27(1): 016-019. Obtido de: <https://www.scielo.br/j/rbc/a/qh67VWxh6qGyQTRjcmRhTjC/?format=pdf&lang=pt>
- Santos, C. & Medeiros, F. (2017). *A relevância da técnica de questionamento socrático na prática Cognitivo-Comportamental*. Archives of Health Investigation (2017) 6(5):204-208. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v6i5.1940>
- Santos, E. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: Desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Instituto Politécnico de Beja. Obtida de: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/429/1/FORMA%C3%87%C3%83O%20EM%20SERVI%C3%87O%20E%20DESENVOLVIMENTO%20PROFISSIONAL.pdf>
- Santos, E. (2021). *Tradução, Adaptação Cultural E Avaliação Das Propriedades Psicométricas Da Escala De Ansiedade De Hamilton Numa Amostra De Pessoas Adultas Com Doença Mental Da População Portuguesa*. (Dissertação de Mestrado). Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39338/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Eug%C3%A9nia%20dos%20Santos.pdf>
- Santos, L., Garcia, J., Pacheco, J., Vieira, E. & Santos, A. (2014). *Quality Of Life, Pain, Anxiety and Depression in Patients Surgically Treated with Cancer of Rectum*. ABCD Arq Bras Cir Dig 2014;27(2):96-100. Obtido de: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/PjQPYLStYnG7yc4k4r3nkTy/?lang=en&format=pdf>
- Santos, S. & Silva, D. (1997). *Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI)- Form Y para a população portuguesa: primeiros dados*. Revista Portuguesa de Psicologia, nº32. Obtido de: https://drive.google.com/file/d/0B0LP1bS3g1daNVJWTHZpU19MWk0/view?usp=sharing&resourcekey=0-6KK0BfbUA3TfKLP_NFMmhq
- Sceats, L., Dehghan, M., Rumer, K., Trickey, A., Morris, A. & Kin, C. (2020). *Surgery, Stomas, and Anxiety and Depression in Inflammatory Bowel Disease: A Retrospective Cohort Analysis of Privately Insured Patients*. Colorectal Dis. 2020 maio; 22(5): 544–553. DOI: [10.1111/codi.14905](https://doi.org/10.1111/codi.14905)
- Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. (2017). *Manual De Orientação Aos Serviços De Atenção Às Pessoas Ostomizadas*. Governo do Estado de Espírito Santo, Brasil. Obtido de: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Ostomizado/MANUAL_OSTOMIZADOS_Consulta%20publica%202017%20\(1\).pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Ostomizado/MANUAL_OSTOMIZADOS_Consulta%20publica%202017%20(1).pdf)
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.ª ed.). Lisboa: Lidel.

- Silva, N., Santos, M., Rosado, S., Galvão, C. & Sonobe, H. (2017). *Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017;25:e2950. DOI: [10.1590/1518-8345.2231.2950](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2231.2950)
- Sonobe, H., Barrichello, E. & Zago, M. M. (2002). *A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia*. Revista Brasileira de Cancerologia, 48, 341-348. Obtido de: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2180/1345>
- Sousa, C. & Santos, C. (2020). *Effect of a Stoma Nursing Care Program on the Adjustment of Patients with an Ostomy*. Aquichan. 2020;20(1):e2014. DOI: <https://doi.org/10.5294/>
- Souza, D., Brandão, V., Martins, M., Morais, J. & Jesus, N. (2021). *Teorias de Enfermagem: Relevância para a prática profissional na atualidade*. Editora Inovar, Brasil. Obtido de: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/642889/3/Livro%20-%20Teorias%20de%20enfermagem%20relev%C3%A2ncia%20para%20a%20pr%C3%A1tica%20profissional%20na%20atualidade.pdf>
- Souza, J., Ferreira, J. & Souza, J. (2021). *A importância da validação das emoções nas crianças*. Research Society and Development, v. 10, n. 10, e479101018940, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18940>
- Souza, M., Moraes, A., Balbino, C., Silvino, Z., Tavares, C. & Passos, J. (2016). *Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado*. Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental, especial 4 (out.,2016). Obtido de: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/nspe4/nspe4a08.pdf>
- Tosato, S. & Zimmermann, M. (2006). *Conhecimento do indivíduo ostomizado em relação ao autocuidado*. Revista Conexão UEPG, vol. 2, núm. 1, 2006, pp. 34-37. Brasil. Obtido de: <https://www.redalyc.org/pdf/5141/514153940008.pdf>
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica- Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência, 6ª ed. Loures, Portugal.
- Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio. (2023). *Manual de Acolhimento para Profissionais e Estudantes*. Fevereiro de 2023.
- Vasconcelos, K. & Silva, C. (2020). *Assistência de enfermagem ao paciente com estomia intestinal: uma revisão bibliográfica*. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, 7 (único): 80-97, 2020, ISSN: 2358-7490. Obtido de: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_28/Trabalho_06_2020.pdf
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review*. Journal Health NPEPS. 2021 jul-dez; 6(2):278-295. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vonk-Klaassen, S., Vocht, H., Ouden, M., Eddes, E. & Schuurmans, M. (2015). *Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review*. Qual Life Res (2016) 25:125–133. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3>

APÊNDICES

APÊNDICE I- Questionário sócio-demográfico e de conhecimentos**Questionário**

O meu nome é Catarina Cardoso, sou Enfermeira e no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Leiria encontro-me de momento a realizar um Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem intitulado “Ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”.

Este Projeto é dirigido a pessoas portadoras de ostomia intestinal e tem como objetivos diminuir a ansiedade nestas realizando para isto intervenções psicoterapêuticas em contexto de grupo de ajuda mútua. Assim, será aplicado um questionário aos participantes do Projeto na 1ª e última sessões do mesmo e os resultados serão comparados por forma a avaliar a eficácia das intervenções. Deste modo, solicito a sua colaboração no estudo através do preenchimento do questionário abaixo que se encontra dividido em duas partes: a primeira que se destina à caracterização sociodemográfica da população em estudo e a segunda que diz respeito a um pequeno questionário de conhecimentos por forma a inferir a aquisição de conhecimentos obtida no final do Projeto. O questionário é anónimo e os dados recolhidos serão mantidos confidenciais, respeitando os princípios deontológicos. Grata.

Por favor, coloque um **x** no item que corresponde à sua resposta.

Declaro ter compreendido os objetivos do presente estudo e aceito voluntariamente participar no mesmo.

☐ Sim

☐ Não

(se respondeu “não”, por favor não continue a preencher o questionário)

1ª PARTE – Questionário sociodemográfico

1. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

2. Idade:

☐ 18-29 anos

☐ 30-39 anos

- ☐ 40-49 anos
- ☐ 50-59 anos
- ☐ 60-69 anos
- ☐ ≥ 70 anos

3. Estado civil:

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)/a viver junto
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Outra _____

4. Escolaridade:

- ☐ Analfabeto
- ☐ Sabe ler e escrever
- ☐ 1º Ciclo do Ensino Básico (4ª classe)
- ☐ 2º Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º ano)
- ☐ 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)
- ☐ Ensino Secundário (12º ano)
- ☐ Bacharelato/Licenciatura
- ☐ Mestrado/Doutoramento

5. Situação profissional

- ☐ Empregado a tempo integral
- ☐ Empregado a tempo parcial
- ☐ Desempregado
- ☐ Estudante
- ☐ Reformado
- ☐ Baixa por doença
- ☐ Outra _____

6. Fazia medicação ansiolítica antes de receber o diagnóstico que originou a cirurgia?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Há quanto tempo é portador(a) de ostomia (em meses)? _____

8. Qual o tipo de intervenção cirúrgica a que foi submetido?

- ☐ Colostomia
- ☐ Ileostomia

2ª PARTE – Questionário de conhecimentos

9. Existem estratégias não farmacológica de controlo da ansiedade

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

10. A ansiedade é um transtorno de saúde mental

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

11. A pessoa portadora de ostomia pode experienciar uma diminuição da autoestima após a cirurgia

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

12. Ansiedade e stress são termos sinónimos

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

13. A ansiedade manifesta-se de igual forma para todas as pessoas

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

14. A pessoa portadora de ostomia deve afastar-se do seu meio social para se adaptar melhor à sua nova condição

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

15. Quando é realizada a higiene no local do estoma deve-se evitar tocar-lhe

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

16. O saco coletor não deve ser trocado diariamente para que o estoma não esteja em contacto com o ar durante muito tempo

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

17. Uma pessoa portadora de ostomia intestinal deve passar mais tempo deitado do que uma pessoa sem ostomia por forma a não exercer força no abdómen uma vez que pode originar complicações

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE II- Questionário de satisfação

Intervenção: Ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal: intervenção do EEESMP	Formador: Catarina Pedrosa Cardoso
Público-alvo: Pessoas portadoras de ostomia intestinal	Local:
Questionário de satisfação	

Assinale por favor cada item com um "x", de acordo com a escala abaixo indicada.

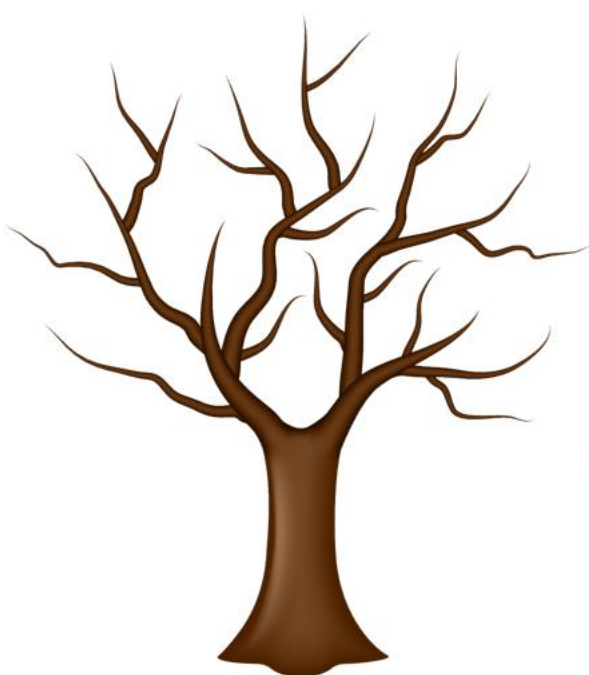
Escala: 1- Insuficiente **2-** Suficiente **3-** Bom

Organização da formação		1	2	3
Duração da ação				
Horário da ação				
Local onde decorreu a ação				
Equipamentos e recursos disponíveis				
Programa e objetivos da ação		1	2	3
Os objetivos da ação corresponderam às necessidades				
A relevância dos conteúdos abordados				
Desempenho do formador		1	2	3
Clareza da apresentação				
Domínio dos temas abordados				
Disponibilidade do formador para esclarecimento de dúvidas				

Opiniões/Sugestões:

APÊNDICE III- Projeto ... Psicoeducação acerca das emoções (crianças)

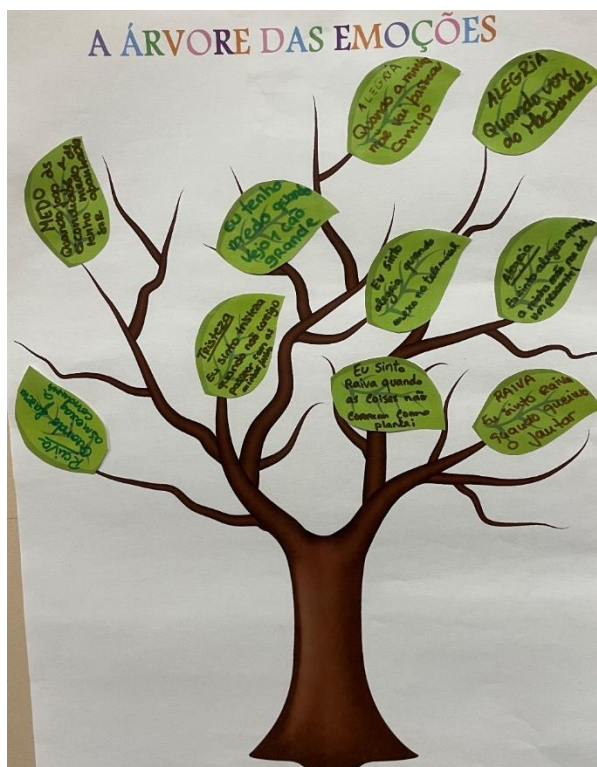
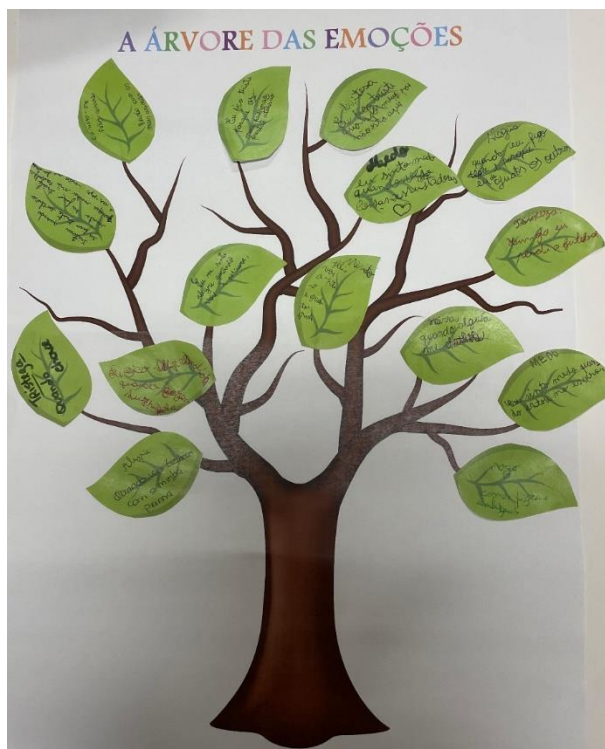
Projeto...- Psicoeducação acerca das emoções (crianças)	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP ... /MESMP Catarina Cardoso
Data	27/10/2023
Local	Edifício do ...
Duração	60 minutos
Destinatários	Crianças do 1º ciclo integradas no projeto ...
Objetivo Geral	• Consciencializar as crianças acerca das diferentes emoções e da sua importância
Objetivos Específicos	• Educar acerca do que são as emoções; • Educar acerca das 4 emoções básicas (alegria, tristeza, medo e raiva) e como se manifestam; • Educar acerca da importância das emoções; • Encorajar a expressão e partilha de emoções; • Educar acerca da gestão de emoções.
Material/Recursos	• Computador; • Powerpoint; • Projetor; • Balões; • Cola; • Folha A3 com atividade “A árvore das emoções”: Regras da atividade “A árvore das emoções”: • Cada criança retira uma folha de árvore previamente recortada; • Cada criança deve escrever em cada folha de árvore o nome de uma das 4 emoções básicas e uma situação em que se sintam dessa forma; • No final, a árvore deve ficar composta por todas as folhas escritas.

	A ÁRVORE DAS EMOÇÕES 	
Desenvolvimento	• Preparar o espaço da sessão com os recursos necessários; • Apresentar os membros da equipa e pedir aos participantes que digam o seu nome; • Explicar a temática a ser abordada; • Apresentar o Powerpoint interagindo com as crianças, validando a compreensão dos conteúdos e esclarecendo dúvidas ao longo da sessão; • Educar acerca de estratégias de autocontrolo da raiva, medo e tristeza ao longo da sessão; • Realizar a atividade “A árvore das emoções”.	
Justificação da sessão/atividade	As emoções referem-se ao aspeto subjetivo não racional da nossa existência enquanto pessoas, relativo às experiências agradáveis ou desagradáveis (Direção Geral da Saúde, 2019) e assumem um papel preponderante na saúde mental associado ao bem-estar e à interação e adaptação social. As emoções desempenham um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo preparando-o para responder prontamente às diversas situações. Para além disto, atuam	

	como mecanismos de alerta que avalia constantemente o ambiente circundante identificando eventos que podem ter importância para o bem-estar ou sobrevivência do indivíduo (Ekman, 2003 <i>cit. in</i> Amaral, 2014). As emoções são manifestadas através da expressão facial, corporal e tom de voz podendo ser controladas através da educação que a criança recebe para controlar os impulsos (Branco, 2022). O reconhecimento e compreensão das emoções nas crianças faz com estas consigam desenvolver estratégias de autocontrolo, consigam compreender as emoções do outro (Mendes, 2021) e consequentemente as consigam gerir eficazmente permitindo responder de forma adequada às situações quotidianas melhorando assim a relação entre pares (Amaral, 2014).
Avaliação	As sessões decorreram no dia 27/10/2023 no edifício No primeiro grupo estiveram presentes 5 crianças do 1º e 2º anos de escolaridade integradas no projeto ... e a Assistente Social. A sessão foi iniciada após a apresentação das crianças bem como da EEESMP ... e MESMP Catarina Cardoso. A sessão iniciou-se pelo questionamento das crianças acerca do que eram as emoções tendo as mesmas descrito algumas das emoções que conheciam. Após explicitação da definição, foram apresentadas as 4 emoções primárias e pedido que as crianças representassem cada uma delas no seu corpo tendo conseguido reproduzir os sinais característicos de cada emoção. De seguida foram questionadas acerca das estratégias utilizadas na gestão da tristeza não tendo sido obtida nenhuma resposta. Para isto, realizamos um exercício adaptado à idade acerca da gestão da tristeza. No que concerne à raiva, as crianças conseguiram dizer que para gerir esta emoção se devem “acalmar”. Foi então realizado um exercício de respiração com recurso a balões. Relativamente à emoção do medo, referiram que se escondiam debaixo da cama e que se embrulhavam nos lençóis. Foi então pedido que se

	colocassem em posição de lótus respirando profundamente e repetindo a frase “eu sou corajoso/a”. Foi feito um breve resumo acerca da importância das emoções. Por fim, realizamos a dinâmica “A árvore das emoções” tendo colado as folhas com as seguintes emoções e situações: “Eu tenho medo quando jogo às escondidas e tenho medo de ser apanhada”, “Eu fico alegre quando a minha mãe me leva ao McDonald’s”, “Eu fico alegre quando a minha mãe vai passear comigo”, “Eu fico alegre quando mexo no telemóvel”, “Eu fico alegre quando a minha mãe me dá um presente”. Na segunda sessão estiveram presentes quinze crianças do 3º e 4º anos. Nesta sessão as crianças conseguiram identificar mais emoções e mais facilmente, expressando-as fisicamente sem dificuldade. Em relação às estratégias de gestão de emoções, referiram que quando se sentem tristes, choram e vão ter com a mãe e que quando se sentem com raiva tentam acalmar-se. Foram realizadas as mesmas dinâmicas que na sessão anterior. Quando questionadas acerca da importância das emoções, ninguém respondeu. Por fim, foi realizada a atividade “A árvore das emoções” tendo-se obtido as seguintes respostas: “Fico triste quando chove”, “Quando eu fico triste eu choro muito e fico triste porque a minha mãe trabalha e às vezes não me dá atenção”, “Eu sinto-me feliz quando brinco com os meus animais”, “Eu fico surpreendida quando me fazem surpresas”, “Fico alegre quando vou brincar com a minha prima”, “Eu me sinto alegre quando vou à piscina”, “Eu fico triste porque os meus pais não prestam atenção”, “Eu sinto medo quando vejo coisas assustadoras”, “Eu fico triste quando o meu pai não está aqui”, “Quando eu fico alegre é porque eu gosto de ajudar os outros”, “Tristeza quando eu perdi o futebol”, “Raiva quando alguém me chateia”, “Eu sinto medo quando estou no escuro”, “Eu sinto nojo quando como pizzas e hambúrgueres”. Nesta sessão a grande maioria das
--	--

crianças mostrou-se entusiasmada em participar quando questionadas. No final, ambos os grupos comunicaram uma avaliação positiva para a sessão. Deste modo, considero que os objetivos propostos foram alcançados.



Referências bibliográficas	Amaral, S. (2014). <i>Promovendo a Regulação Emocional em Crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico: Um Programa de Competências Emocionais e Sociais</i>. Tese de Mestrado, Universidade dos Açores, Departamento de Ciências da Educação. Obtido de: https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3358/2/DissertMestradoSandraCristinaMachadoAmaral2015.pdf Branco, J. (2022). <i>A Gestão das Emoções na Educação Pré-Escolar</i>. Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação do Politécnico de Coimbra. Obtido de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43969/1/JOANA_BRANCO.pdf Direção Geral da Saúde. (2019). <i>Saúde Mental em Saúde Escolar- Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar</i>. Lisboa, 2019. Obtido de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31861/1/SaudeMental em Sau%CC%81de%20Escolar2019.pdf Mendes, A. (2021). <i>Reconhecimento e autorregulação das emoções nas Crianças</i>. Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação do Politécnico de Coimbra. Obtido de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38253/1/ANA CRISTINA MENDES.pdf
-----------------------------------	--

APÊNDICE IV- Projeto... Psicoeducação acerca das emoções (pais)

Projeto... Psicoeducação acerca das emoções (pais)	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP ... /MESMP Catarina Cardoso
Data	03/11/2023
Local	Edifício do ...
Duração	60 minutos
Destinatários	Adultos integrados no Projeto ...
Objetivo Geral	• Aumentar a literacia dos pais acerca das emoções, capacitando-os para a promoção da gestão emocional dos seus filhos.
Objetivos Específicos	• Educar acerca das diferentes emoções e da sua importância; • Educar acerca da importância da expressão de emoções nas crianças; • Educar acerca da importância do reconhecimento e gestão das emoções na criança; • Educar acerca do papel dos pais no desenvolvimento emocional; • Educar acerca de estratégias para gerir emoções nas crianças; • Consciencializar para a importância da não repressão de emoções.
Material/Recursos	• Computador; • Powerpoint; • Projetor; • Colunas de som; • Árvore da gratidão, repelente “anti-monstros” e pote do conforto.
Desenvolvimento	• Preparar o espaço da sessão com os recursos necessários;

	• Apresentar os membros da equipa e pedir aos participantes que digam o seu nome; • Explicar a temática a ser abordada; • Apresentar o Powerpoint interagindo com os pais, validando a compreensão dos conteúdos e esclarecendo dúvidas ao longo da sessão; • Educar acerca de estratégias para gerir as emoções das crianças; • Visionar o vídeo “10 estratégias para ensinar as crianças a gerir emoções” da revista “VISÃO”.
Justificação da sessão/atividade	Esta atividade é realizada com os pais das crianças presentes na primeira sessão acerca das emoções. O desenvolvimento emocional é uma tarefa que começa na infância e continua na idade adulta. As crianças em idade escolar devem aprender a identificar emoções, a entender porque acontecem e a geri-las de forma adequada. O desenvolvimento emocional positivo é importante uma vez que influencia a autoconfiança, a empatia, a capacidade de desenvolver amizades e o sentido de valorização entre as pessoas que as rodeiam (Souza, Ferreira & Souza, 2021). Crianças com capacidade de reconhecer emoções e gerir emoções têm facilidade em relacionar-se, bom aproveitamento escolar, melhoria na autoestima, melhor adaptação aos meios que a rodeiam e uma diminuição de sentimentos negativos, pensamentos auto-destrutivos e condutas agressivas (Cardeira, 2012). Neste sentido, os pais, com quem as crianças passam muito do seu tempo, são os principais responsáveis pelo desenvolvimento das emoções nos seus filhos e devem proporcionar um ambiente emocionalmente saudável (Souza, Ferreira & Souza, 2021). A forma como os pais lidam com as emoções das crianças facilita ou dificulta o seu desenvolvimento emocional, e estes ajudam a reconhecer, distinguir e aceitar as emoções quando permitem aos seus filhos falar sobre elas (Rolo, 2022). Quando os pais ensinam as crianças a reprimir as

	suas emoções, estas apresentam uma maior dificuldade no desenvolvimento cognitivo, social e emocional, aumentam a probabilidade de desenvolver transtornos ansiosos, distúrbios de comportamento, perturbações obsessivo-compulsivas, depressão e suicídio (Santos & Barros, 2017).
Avaliação	A sessão decorreu no dia 03/11/2023 no edifício do ... e contou com a presença de 7 pais e Assistente Social. Foram apresentados os pais bem como a EEESMP ... e MESMP Catarina Cardoso. A sessão iniciou-se pela explicação do que são as emoções, da sua função e da sua transversalidade em todas as faixas etárias. Consecutivamente foi discutida a importância do reconhecimento e gestão das emoções na criança e o papel dos pais nesta tarefa. Foram de seguida apresentadas algumas estratégias de como gerir as emoções na criança e foi dado espaço para que os pais pudessem partilhar as suas experiências. Foram apresentados os materiais “árvore da gratidão”, “repelente anti-monstros” e “pote do conforto” para uma melhor compreensão das estratégias. Os pais tiveram participações positivas afirmando que sentem que as crianças gostam de falar acerca das suas emoções e que esta temática também já foi abordada na escola. Consideraram as estratégias pertinentes e assumiram o compromisso de as utilizar uma vez que alguns dos pais manifestaram dificuldades em ajudar na gestão do medo das crianças. Ao longo da sessão foi reforçada a importância de não reprimir as emoções na criança e de incentivar a sua expressão. No final da mesma, foi visionado o vídeo “10 estratégias para ensinar as crianças a gerir emoções” da revista “VISÃO” como forma de consolidar a temática. Por tudo isto, considero que a sessão teve um impacto positivo e que os objetivos para a mesma foram concluídos.

		
Referências bibliográficas	Cardeira, A. (2012). <i>Educação emocional em contexto escolar</i>. Instituto Superior D.Afonso III. Obtido de: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0296.pdf LLenas, A. (2014). <i>Diario de las emociones</i>. Espasa Libros, Espanha. Rolo, C. (2022). <i>Impacto das reações parentais às emoções das crianças: na regulação emocional e no comportamento em sala de aula</i>. Universidade Autónoma de Lisboa, Tese de Mestrado. Obtido de: https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/5733/1/Catarina%20Rolo%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Catrina%20Rolo_Final.pdf Santos, C. & Barros, J. (2017). <i>Efeitos do uso das novas tecnologias da informação e comunicação para o Desenvolvimento emocional infantil: Uma compreensão psicanalítica</i>. Psicologia.pt. Obtido de: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0435.pdf Serra, R., Almeida, N., Fuhr, S. & Brixner, Q. (2021). <i>Regulação emocional para pais e cuidadores</i>. Joga Aurora- Projeto Social Feevale. Obtido de: https://www.feevale.br/Comum/midias/26f80400-4d56-4a4a-a130-02cc28e03a99/Cartilha%20de%20Regulacao%20Emocional%20-%20Projeto%20Joga%20Aurora.pdf Souza, J., Ferreira, J. & Souza, J. (2021). <i>A importância da validação das emoções nas crianças</i>. Research Society and Development, v. 10, n. 10, e479101018940, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18940	

APÊNDICE V- Projeto ... – Psicoeducação acerca da doença mental

Projeto ... – Psicoeducação acerca da doença mental	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP ... /MESMP Catarina Cardoso
Data	12/10/2023
Local	Junta de Freguesia de...
Duração	60 minutos
Destinatários	Adultos integrados no projeto...
Objetivo Geral	• Consciencializar os utentes acerca da Doença Mental
Objetivos Específicos	• Educar acerca dos conceitos de saúde mental e doença mental; • Educar acerca dos contributos para uma boa saúde mental; • Educar acerca das perturbações psiquiátricas e dos seus fatores de risco; • Consciencializar os indivíduos para o estigma associado à doença mental; • Desconstruir ideias acerca da pessoa com doença mental; • Ajudar a compreender sentimentos da pessoa com doença mental através de um exercício.
Material/Recursos	• Computador; • Powerpoint; • Projetor; • Cartas de atividade.
Desenvolvimento	• Preparar o espaço da sessão com os recursos necessários; • Apresentar os membros da equipa e pedir aos participantes que digam o seu nome; • Explicar a temática a ser abordada;

	• Apresentar o Powerpoint interagindo com os utentes, validando a compreensão dos conteúdos e esclarecendo dúvidas ao longo da sessão; • Realizar a atividade “Desafio da empatia”. Regras do Jogo: • Cada jogador retira uma carta do baralho e lê em voz alta; • Os outros jogadores devem tentar entender como seria viver nessa situação; • Os outros jogadores devem debater os sentimentos e emoções inerentes à situação e quais os desafios sentidos pela pessoa que a experiencia; • Os jogadores devem partilhar formas de lidar com a situação.  The cards contain the following scenarios: - Imagine que tem pensamentos suicidas - Imagine que tem depressão pós-parto - Imagine que perdeu um ente querido e está a enfrentar um luto profundo - Imagine que sofre de insónia e não consegue dormir bem há meses - Imagine que tem medo de estar em lugares públicos - Imagine que perdeu o interesse nas atividades que costumava gostar de fazer
Justificação da sessão/atividade	Esta atividade foi proposta no âmbito do Projeto ... desenvolvido pela Associação... que presta apoio a populações vulneráveis. As perturbações mentais têm uma prevalência de 12% a nível mundial e de 24% na Europa. Em Portugal estima-se que 2 em cada 10 portugueses sofram de perturbação mental, sendo o segundo país da Europa com maior prevalência destas doenças. (Ordem dos Enfermeiros, 2021). A saúde mental pode ser determinada por um conjunto de fatores protetores e fatores de risco. Os fatores

	protetores incluem fatores individuais (fatores genéticos, competências emocionais e sociais, autoestima, boa saúde física), fatores familiares e comunitários (parentalidade positiva, segurança, redes sociais positivas) e fatores estruturais (segurança económica, igualdade de acesso a serviços, justiça social, rendimento, equidade social e de género). Também os fatores de risco dizem respeito a fatores individuais (fatores genéticos, baixa literacia, abuso de álcool e drogas, dieta desadequada, doença crónica, insatisfação com o corpo, perturbações do sono, complicações obstétricas), fatores familiares e comunitários (abuso sexual e violência, abuso emocional e físico, consumo de substâncias durante a gravidez, <i>bullying</i>, violência doméstica, tensão no trabalho, desemprego, pertencer a uma minoria étnica) e fatores estruturais (acesso escasso aos serviços, injustiças, discriminação, exclusão social, desigualdade de género, económica e social) (Organização Mundial de Saúde, 2022). Neste sentido, a comunidade compreendida no Projeto ..., constituindo-se como uma comunidade vulnerável, apresenta um risco acrescido para o desenvolvimento de perturbações mentais uma vez que integra indivíduos com múltiplos fatores de risco. Também, baixos níveis de saúde mental estão associados a baixa literacia em saúde mental, o que inclui a falta de conhecimento e a predominância de crenças que negligenciam o valor atribuído à saúde mental e aos cuidados inerentes promovendo a adoção de uma conduta estigmatizante (OMS, 2022).
Avaliação	A presente sessão decorreu no dia 12/10/2023 na Junta de Freguesia de... onde estiveram presentes 5 pessoas integradas no Projeto ..., a Assistente Social e Psicóloga. A sessão foi iniciada após a apresentação dos utentes bem como da EEESMP ... e MESMP Catarina Cardoso. Os utentes foram questionados acerca dos seus conhecimentos, tendo enumerado alguns conceitos de

	doença mental e tendo sido desconstruídas ideias acerca da temática. 3 utentes tiveram uma participação mais ativa durante a sessão, dizendo o que consideravam contribuir para a saúde mental com exemplos práticos do seu quotidiano. Foram elucidados acerca de alguns fatores de risco para o desenvolvimento de doença mental, tendo eles próprios enumerado fatores como o consumo de substâncias, trauma e problemas associados ao sono. No final da sessão foi realizada a atividade “Desafio da Empatia”, havendo um debate acerca da situação escolhida, tendo 3 dos utentes expressado o que achariam que iriam sentir no caso de vivenciarem a mesma. As participações foram bastante positivas, sendo que os utentes conseguiram realizar o exercício de forma empática e enunciando estratégias que adotariam para conseguir solucionar a sua situação. Ainda, durante este jogo, um dos utentes quis partilhar um evento traumático da sua vida, como se sentiu e o que fez para o ultrapassar. Posto isto, os objetivos da atividade foram cumpridos. Apesar de a questão do estigma associado à doença mental não ter sido aprofundada, considero que todos os participantes conseguiram compreender este conceito que acabou por ser debatido ao longo do jogo.
Referências bibliográficas	Ordem dos Enfermeiros. (2021). <i>Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave</i>. Lisboa, junho de 2021. Obtido de: https://ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppessdoen%C3%A7amentalgrave_orderm_ok.pdf Organização Mundial de Saúde. (2022). <i>World mental health report</i>. Obtido de: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?isAllowed=y&sequence=1

APÊNDICE VI- Projeto...- Psicoeducação acerca da adesão ao regime terapêutico

Projeto... – Psicoeducação acerca da adesão ao regime terapêutico	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP .../MESMP Catarina Cardoso
Data	26/10/2023
Local	Junta de Freguesia de ...
Duração	60 minutos
Destinatários	Adultos integrados no projeto ...
Objetivo Geral	• Consciencializar os utentes acerca da importância da adesão ao regime terapêutico.
Objetivos Específicos	• Educar acerca do conceito de regime terapêutico; • Educar acerca das vantagens da adesão ao regime terapêutico e das complicações associadas à não adesão; • Educar acerca de estratégias que minimizem a não adesão ao regime terapêutico; • Consciencializar acerca dos riscos do consumo concomitante de substâncias aditivas e medicação; • Educar acerca dos riscos da interrupção do regime terapêutico providenciando orientações de quando procurar ajuda.
Material/Recursos	• Computador; • Powerpoint; • Projetor; • Cartas de jogo.
Desenvolvimento	• Preparar o espaço da sessão com os recursos necessários; • Apresentar os membros da equipa e pedir aos participantes que digam o seu nome; • Explicar a temática a ser abordada;

	• Apresentar o Powerpoint interagindo com os utentes, validando a compreensão dos conteúdos e esclarecendo dúvidas ao longo da sessão; • Jogar o “Desafio das decisões”: Regras do jogo: • Cada jogador retira uma carta do baralho e lê em voz alta; • O jogador partilha como agiria na situação exposta na carta retirada; • Os restantes jogadores comentam a decisão. Você está-se a sentir bem e acha que já não precisa da medicação. O que faz? Você está a ter sensações desagradáveis devido à toma da medicação. O que faz? Vai iniciar uma nova medicação. Os seus amigos dizem-lhe que já a tomaram e não se sentiram bem. O que faz? Você tem dificuldades em lembrar-se de quando tomar a medicação. O que faz? O seu tratamento envolve fazer mudanças no seu estilo de vida, como deixar de fumar ou de beber. Como lida com isso?
Justificação da sessão/atividade	Esta atividade foi proposta no âmbito do Projeto ... desenvolvido pela associação ... que presta apoio a populações vulneráveis. A não-adesão ao regime terapêutico constitui-se como um problema de saúde pública comum e partilhado por diversas doenças de evolução crónica, incluindo as perturbações psiquiátricas (Cardoso, Byrne & Xavier, 2015). Nos países desenvolvidos, a taxa de adesão à terapêutica ronda os 50% (Camarneiro, 2021). Em Portugal, em 2012, 50,8% dos utentes portadores de transtornos psiquiátricos aderiam ao regime terapêutico de forma descontinuada. Estudos conduzidos nesta área permitiram comprovar que a adesão ao regime terapêutico é condicionada por fatores como o nível de escolaridade, idade e classe social, apontando para uma menor adesão em

	indivíduos mais velhos, de baixa classe social e nível de escolaridade mais baixo (Monterroso, Pierdevara & Joaquim, 2012). O consumo de bebidas alcoólicas pode aumentar em 24% o risco de reações adversas por administração concomitante de medicamentos (Lança, 2014). Por outro lado, o consumo de substâncias psicoativas está fortemente relacionado com o incumprimento do regime terapêutico (Organização Mundial de Saúde, 2003). Para além disto, o consumo concomitante de CBD, um dos compostos da canábis, e outros fármacos, interfere na metabolização destes últimos podendo exacerbar os efeitos adversos para além de poder reduzir substancialmente os seus efeitos terapêuticos. (Rocha, Mattos, Caetano, Ogawa, Santos et al., 2023).
Avaliação	A presente sessão decorreu no dia 26/10/2023 na Junta de Freguesia de ... onde estiveram presentes 5 pessoas integradas no Projeto ..., a Assistente Social e Psicóloga. A sessão foi iniciada após a apresentação dos utentes bem como da EEESMP ... e MESMP Catarina Cardoso. Os utentes foram questionados acerca dos seus conhecimentos sobre a temática, tendo ficado inicialmente apreensivos. Foi realizada a desconstrução do conceito “regime terapêutico” com exemplos do seu dia-a-dia como o exercício físico ou a toma de medicação. Foram questionados acerca das vantagens que observavam quando seguiam o regime terapêutico, tendo sido capazes de identificar o bem-estar e controlo de sintomas. Foram elucidados acerca das restantes vantagens e do conceito de “efeitos adversos”. De seguida foram questionados acerca da sua opinião sobre o consumo concomitante de substâncias e medicação, tendo uma das utentes afirmado saber que este comportamento trazia malefícios ao nível hepático. Foram esclarecidos acerca dos possíveis efeitos nocivos do consumo concomitante de substâncias e medicação. De seguida, os utentes foram questionados acerca das estratégias que

	utilizam para se lembrarem de tomar a medicação, tendo sido enumeradas quase todas as estratégias posteriormente apresentadas. No seguimento da temática anterior foi ainda abordado o estigma associado à medicação psiquiátrica e desconstruído o pensamento de que esta medicação tem um efeito sedativo severo que impede os utentes de fazerem a sua vida de uma forma normal. Seguidamente foram abordadas situações de possível interrupção do regime terapêutico e relatadas as formas de agir para cada uma delas. Por fim, foi realizado o jogo “Desafio das Decisões” onde foram retiradas 3 cartas do baralho e debatidas as formas de agir mais adequadas a cada situação. No geral, durante o jogo houve interações positivas por parte dos utentes tendo os mesmos sido capazes de identificar comportamentos adequados a cada situação. Posto isto, considero que os objetivos da sessão foram concluídos.
Referências bibliográficas	Camarneiro, A. P. (2021). <i>Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção</i>. Revista de Enfermagem Referência, 5(7), e20145. DOI: https://doi.org/10.12707/RV20145 Cardoso, A., Byrne, M. & Xavier, M. (2015). <i>Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos</i>. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34(3): 209-219. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004 Lança, T. (2014). <i>Interações Medicamentos - Álcool Com Relevância Clínica No Ambulatório</i>. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Obtido de: http://hdl.handle.net/10400.26/13093 Monterroso, L., Pierdevara, L. & Joaquim, N. (2012). <i>Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio</i>. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 7, 39-45. DOI: 10.19131/rpesm.0078 Rocha, A., Mattos, G., Caetano, I., Ogawa, L., Santos, M., Ferreira, R., Costa, J. & Dobrachinski, L. (2023). <i>O risco das interações medicamentosas como subsídio para a prescrição e o uso racional de medicamentos</i>.

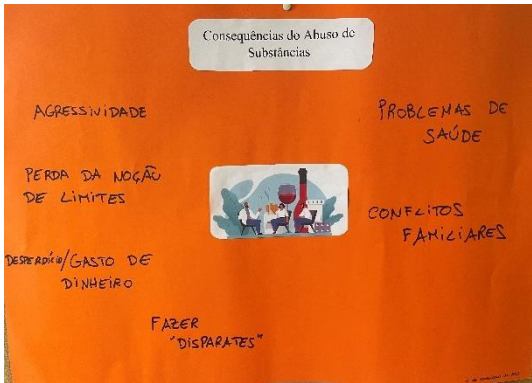
	Revista Eletrónica Acervo Médico. Vol. 23(4), 1-15. DOI: https://doi.org/10.25248/REAMed.e12076.2023 Organização Mundial de Saúde. (2003). <i>Adherence to Long-Term Therapies: Evidence For Action</i>. Suíça, 2003. Obtido de: https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003
--	--

APÊNDICE VII- Projeto... – Psicoeducação acerca das substâncias psicoativas

Projeto... – Psicoeducação: álcool, tabaco e drogas	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP .../MESMP Catarina Cardoso
Data	02/11/2023
Local	Junta de Freguesia de ...
Duração	60 minutos
Destinatários	Adultos integrados no projeto ...
Objetivo Geral	• Consciencializar os utentes acerca do abuso de substâncias
Objetivos Específicos	• Educar acerca das diferentes substâncias aditivas (álcool, tabaco e drogas); • Educar acerca das manifestações corporais do abuso de substâncias; • Consciencializar acerca dos riscos do consumo das substâncias.
Material/Recursos	• Computador; • Powerpoint; • Projetor; • Cartolina; • Caneta; • Cartas de jogo.
Desenvolvimento	• Preparar o espaço da sessão com os recursos necessários; • Apresentar os membros da equipa e pedir aos participantes que digam o seu nome; • Explicar a temática a ser abordada; • Apresentar o Powerpoint interagindo com os utentes, validando a compreensão dos conteúdos e esclarecendo dúvidas ao longo da sessão; • Preencher a cartolina com as consequências do abuso de substâncias e formas de evitar a recaída; • Jogar o “Desafio das decisões”

	Regras do jogo: • Cada jogador retira uma carta do baralho e lê em voz alta; • O jogador partilha como iria agir na situação exposta na carta retirada; • Os restantes jogadores comentam a decisão. Um amigo seu está com problemas de saúde associados ao tabaco e volta a fumar. O que faz? Decidiu deixar de beber álcool. Mas foi ao café e o seu amigo ofereceu-lhe uma cerveja. O que faz O seu amigo conseguiu deixar de consumir drogas. Mas a companheira continua a insistir para que ele volte a consumir. Como pode ajudar o seu amigo?
Justificação da sessão/atividade	Esta atividade foi proposta no âmbito do Projeto ... desenvolvido pela associação ... que presta apoio a populações vulneráveis. Os comportamentos aditivos são comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas, como por exemplo: jogo, internet, relações sexuais, compras, etc. envolvendo também um potencial de prazer (Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências, sd). O abuso de substâncias define-se como um padrão mal adaptativo de uso de substâncias, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionado com o uso repetido de substâncias (Associação Psiquiátrica Americana, 2013). O DSM-V classifica as substâncias psicoativas em onze classes: álcool, anfetaminas e substâncias relacionadas, cafeína, cannabis, cocaína, alucinogénios, substâncias inalantes, nicotina, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Existem alguns fatores envolvidos na predisposição ao abuso de substâncias: biológicos, psicológicos e socioculturais. Em relação aos fatores biológicos podemos afirmar que filhos de pessoas com problemas de abuso de álcool têm uma maior predisposição para eles

	próprios desenvolverem este abuso. A nível psicológico, acredita-se que a baixa-autoestima, depressão, incapacidade de relaxar ou uma personalidade anti-social está associada a uma maior probabilidade de consumo provavelmente numa tentativa de tratar os sintomas desconfortáveis associados a estas condições. Por fim, no que diz respeito aos fatores socioculturais, a família e os pares demonstram-se como influências importantes capazes de aumentar a probabilidade do uso de substâncias e de encorajar a usar pela primeira vez (Townsend, 2011).
Avaliação	A presente sessão decorreu no dia 02/11/2023 na Junta de Freguesia de ... onde estiveram presentes 4 pessoas integradas no Projeto.... A sessão foi iniciada após a apresentação dos utentes bem como da EEESMP ... e MESMP Catarina Cardoso. No início da sessão foram questionados acerca do que consideravam ser substâncias aditivas, não sendo capazes de responder. Foi então desconstruído o conceito tendo os utentes identificado o tabaco o álcool e as drogas como este tipo de substâncias. De seguida, foram questionados acerca das consequências associadas ao seu consumo por forma a construir a cartolina, tendo um dos utentes partilhado a sua história pessoal de consumo de álcool dizendo que o problema é quando ficam viciados e não conseguem pensar em mais nada. Dentro das consequências conseguiram identificar: agressividade, perda de noção/limites, problemas de saúde inerentes, conflitos familiares, despesa financeira e “fazer disparates”. A sessão contou com o contributo positivo de um utente que relatou a sua experiência pessoal e quais as diferenças que sentia na sua vida desde que deixou de consumir álcool, sendo capaz de reconhecer melhorias significativas. Por fim, foram questionados acerca das suas estratégias para evitar as recaídas tendo sido identificadas: pedir ajuda, frequentar grupos de apoio, falar acerca do que pensam e evitar ambientes que lembrem o consumo. Durante a sessão apenas 2 utentes tiveram uma

	participação ativa demonstrando elevado <i>insight</i> acerca da sua situação e contribuindo positivamente para o desenvolvimento da mesma. Por estes terem apresentado consumos etílicos no passado, a sessão foi conduzida neste sentido. Ambos conseguiram rever os efeitos físicos do abuso do álcool. Por tudo o que foi referido, considero que a sessão teve um impacto positivo, tendo cumprido deste modo os objetivos propostos.  
Referências bibliográficas	Associação Psiquiátrica Americana. (2013). <i>Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais</i>. 5ª ed, Artmed Editora. SICAD. (sd). <i>Glossário: Comportamentos aditivos</i>. Obtido de: https://www.sicad.pt/pt/intervencao/conceitos/paginas/de talhe.aspx?itemId=8&lista=sicad_conceitos&bkUrl=/bk/intervencao/conceitos Townsend, M. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica- Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência</i>. Lusociência, 6ª ed, Lisboa.

APÊNDICE VIII - Formação em serviço acerca do Programa de Treino Metacognitivo na pessoa com psicose

Formação em serviço acerca do Programa de Treino Metacognitivo na pessoa com psicose	
Enfermeiros dinamizadores	Mestranda em ESMP Catarina Cardoso/ Mestrando em ESMP ...
Data	07/07/2023
Local	Sala de reuniões do serviço
Duração	50 minutos
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria do...
Objetivo	• Promover o conhecimento acerca do Programa de Treino Metacognitivo (TMC) na pessoa com Psicose; • Dar a conhecer alguns tipos de exercícios realizados no Programa.
Material/recursos	• Powerpoint; • Computador; • Televisão • Sala; • Cadeiras; • Questionário de satisfação.
Desenvolvimento	• Preparar o espaço da sessão com os recursos necessários e apresentar o tema, os objetivos e a organização da sessão; • Apresentar dados estatísticos das perturbações mentais; • Apresentar a fundamentação teórica de alguns conceitos e evidência científica do Programa na pessoa com psicose; • Apresentar os conteúdos e objetivos de cada módulo; • Apresentar as considerações finais; • Espaço para dúvidas, questões e debate; • Fornecer questionário de avaliação da satisfação da sessão formativa; • Disponibilizar planos de sessão para aplicação do TMC no serviço.

Justificação da sessão/atividade e	Segundo a American Psychiatric Association (2014), as características essenciais que definem as perturbações psicóticas são: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento desorganizado e sintomas negativos. As pessoas com psicose, apresentam na sua maioria uma disfunção a nível social e cognitivo, surgindo assim, a necessidade de implementação de outras estratégias de intervenção psicoterapêutica junto desta população, paralelas ao regime medicamentoso, potencializando o seu processo de reabilitação psicossocial (Pinho, Sequeira, Sampaio, Rocha & Ferre-Grau, 2020). Neste enquadramento, emerge a necessidade de implementar intervenções não farmacológicas, como o Treino Metacognitivo (TMC) em pessoas com psicose. Estudos atuais, indicam que este tipo de intervenção tem eficácia na redução da atividade delirante das pessoas com esquizofrenia (Eicher & Berna, 2016), na redução da atividade alucinatória (Briki et al., 2014) e no aumento do nível de <i>insight</i> cognitivo (Ochoa et al., 2017). O estudo levado a cabo por Simón-Expósito & Felipe-Castaño (2019), demonstrou o impacto positivo do TMC no aumento do <i>insight</i> cognitivo e na melhoria da sintomatologia positiva em utentes com esquizofrenia na fase crónica da doença. A metacognição define-se como a capacidade de aprender a pensar sobre o nosso próprio pensamento, a pessoa aprende a gerir a informação de maneira a responder de forma mais adaptativa e apropriada (Pinho, Sequeira, Sampaio, Rocha & Ferre-Grau, 2020). O TMC foi desenvolvido na Alemanha por Moritz & Woodward, no ano de 2007, demonstrando efeitos positivos no que concerne à capacidade de metacognição em pessoas com perturbações mentais, tendo como principal finalidade alterar a ideação delirante no que respeita à sua infraestrutura cognitiva (Moritz, Woodward, Hauschildt & Rocha, 2017). Com base no conjunto de sessões que constituem a intervenção do TMC pretende-se que ao longo das sessões o utente desenvolva as suas capacidades de metacognição, facilitando assim o processo de tomadas de decisões complexas e resoluções de problemas (Moritz et al., 2017). O EEESMP tem o conhecimento e as competências necessárias para avaliar e implementar técnicas psicoterapêuticas, como o TMC, que facilitem as respostas adaptativas e aumentem o
--	--

	processo de <i>insight</i> do utente, permitindo a recuperar a sua saúde mental (Regulamento nº 515/2018).
Referências bibliográficas	American Psychiatric Association (2014). <i>Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. DSM-5</i> (5ª edição). Lisboa: Climepsi Briki, M., Monnin, J., Haffen, E., Sechter, D., Favrod, J. Ô., Netillard, C., Vandel, P. (2014). <i>Metacognitive training for schizophrenia: A multicentre randomised controlled trial</i>. Schizophrenia Research, 157(1–3), 99–106. DOI: https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.005 Eichner, C., & Berna, F. (2016). <i>Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators</i>. Schizophrenia Bulletin, 42(4), 952–962. DOI: https://doi.org/10.1093/schbul/sbv225 Moritz, S., Woodward, T., Haushildt, & Rocha, B. (2017). <i>Treino Metacognitivo Para a Psicose (MCT)</i>, versão portuguesa 6.3. (Tradução e adaptação portuguesa por nuno Rocha, Cristina Queirós, Susana Rocha & Susana Pereira). Obtido de: www.uke.de/mkt Ochoa, S., López-Carrilero, R., Barrigón, M. L., Pousa, E., Barajas, A., Lorente-Rovira, E., Moritz, S. (2017). <i>Randomized control trial to assess the efficacy of metacognitive training compared with a psycho-educational group in people with a recent-onset psychosis</i>. Psychological Medicine, 47(9), 1573–1584. DOI: https://doi.org/10.1017/S0033291716003421 Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018. (2018). <i>Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</i>. Diário da República 2ª Série, 21427–21430. Obtido de: https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf Sampaio, F., Pinho, L. G., Sequeira, C., Ferré-Grau, C. (2020). Treino Metacognitivo. In Sequeira, C. & Sampaio, F. <i>Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções</i> (pp. 228–231). Lidel – Edições Técnicas, Lda. Simón-Expósito, M. & Felipe-Castaño, E. (2019). <i>Effects of Metacognitive Training on Cognitive Insight in a Sample of Patients with Schizophrenia</i>. International Journal of Environmental Research Public Health, 16(22), 1–11. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph16224541

Planos de sessão Programa de Treino Metacognitivo na pessoa com psicose

PLANO DE SESSÃO

Programa: TMC		Destinatário: A definir		Duração: 45 a 60 minutos	
Sessão 1: Atribuição – culpar e atribuir o crédito a si próprio				Data: a definir	
Objetivo Geral	Atividades Desenvolvidas	Exercício	Metologia	Material e equipamentos	Avaliação
Demonstrar que existe mais do que uma causa possível para um determinado acontecimento considerando 3 possíveis causas: - o próprio, os outros, a situação.	O utente vai ser encorajado a atribuir uma explicação equilibrada e objetiva para cada situação apresentada.	“O meu amigo não me ligou” “Aquele pessoa está a falar nas minhas costas”		Computador projektor de imagens.	Observação Participação Motivação

PLANO DE SESSÃO

Programa: TMC		Destinatário: a definir		Duração: 45 a 60 minutos	
Sessão 2: Saltar para conclusões				Data: a definir	
Objetivo Geral	Atividades Desenvolvidas	Exercício	Metodologia	Material e equipamentos	Avaliação
Demonstrar que é necessário reunir várias informações e não deve tirar conclusões precipitadas de um acontecimento	Demonstração progressiva de fragmentos de imagens, demonstrando que decisões prematuras conduzem a erros.	Aparece um fragmento de uma imagem (2 riscos) que progressivamente vai aparecendo a imagem final - cadeira de baloiço	Expositiva Ativa Demonstrativa Interrogativa	Computador projektor de imagens.	Observação Participação Motivação

PLANO DE SESSÃO

Programa: TMC		Destinatário: a definir		Duração: 45 a 60 minutos	
Sessão 3: Mudar crenças				Data: a definir	
Objetivo Geral	Atividades Desenvolvidas	Exercício	Metodologia	Material e equipamentos	Avaliação
Demonstrar que as suas crenças (delírios) podem estar erradas.	Apresentação de 3 imagens, mostradas de ordem inversa em que o evento final é apresentado em 1 lugar.	Imagem de um casal a abraçar uma criança; imagem da casa arder e a crianças a assistir; 2 pessoas a colocar fogo à casa	Expositiva Ativa Demonstrativa Interrogativa	Computador projektor de imagens.	Observação Participação Motivação

PLANO DE SESSÃO

Programa: TMC		Destinatário: a definir		Duração: 45 a 60 minutos	
Sessão 4: Empatizar				Data: a definir	
Objetivo Geral	Atividades Desenvolvidas	Exercício	Metodologia	Material e equipamentos	Avaliação
Demonstrar que a interpretação que fazemos das expressões faciais dos outros pode não ser correta, e tem que ver com as nossas próprias emoções	Exibidas várias imagens que o utente identifica o tipo de emoção associado.	Imagem de: - tristeza - raiva - alegria - nojo - surpresa - dor	Expositiva Ativa Demonstrativa Interrogativa	Computador projedor de imagens.	Observação Participação Motivação

PLANO DE SESSÃO

Programa: TMC		Destinatário: a definir		Duração: 45 a 60 minutos	
Sessão 5: Memória				Data: a definir	
Objetivo Geral	Atividades Desenvolvidas			Exercício	Metodologia
Demonstrar que a memória é traiçoeira e não devemos confiar demasiado nela, colocando outras hipóteses	Será mostrada uma imagem e, de seguida, será pedido que se recorde do que viu na figura e que indique os maiores detalhes possíveis	Imagem da praia com várias pessoas a realizar atividades	Expositiva Ativa Demonstrativa Interrogativa	Computador projektor de imagens.	Observação Participação Motivação

PLANO DE SESSÃO

Programa: TMC		Destinatário: a definir		Duração: 45 a 60 minutos	
Sessão 6: Empatizar				Data: a definir	
Objetivo Geral	Atividades Desenvolvidas			Exercício	Metodologia
Demonstrar que por vezes a informação que temos disponível não é suficiente acabando por distorcer os motivos e as ações das outras pessoas.	Exibição de uma sequência de imagens nas quais o utente tem de fazer interpretações. Apenas com a última imagem é possível fazer o julgamento correto da situação	A primeira imagem ilustra um chefe a discutir com a funcionária por ela chegar tarde; a última imagem mostra a funcionária no hospital com o médico a dar a notícia de uma doença.	Expositiva Ativa Demonstrativa Interrogativa	Computador projektor de imagens.	Observação Participação Motivação

PLANO DE SESSÃO					
Programa: TMC		Destinatário: a definir		Duração: 45 a 60 minutos	
Sessão 7: Saltar para conclusões				Data: a definir	
Objetivo Geral	Atividades Desenvolvidas	Exercício	Metodologia	Material e equipamentos	Avaliação
Demonstrar que é necessário reunir várias informações e não deve tirar conclusões precipitadas de um acontecimento	Apresentar imagem devendo o utente deduzir o seu título entre 4 opções	Imagem de uma mulher e um homem sentados em posição cabisbaixa; ela pensativa e ele com ramo de flores;	Expositiva Ativa Demonstrativa Interrogativa	Computador projektor de imagens.	Observação Participação Motivação

PLANO DE SESSÃO					
Programa: TMC		Destinatário: a definir		Duração: 45 a 60 minutos	
Sessão 8: Autoestima				Data: a definir	
Objetivo Geral	Atividades Desenvolvidas	Exercício	Metodologia	Material e equipamentos	Avaliação
Informar sobre estratégias para aumentar a autoestima e o humor; perceber que as estruturas negativas do pensamento podem ser mudadas	Apresentação de várias situações/eventos; É questionado ao utente qual seria a avaliação mais realista e útil?	Apresentação de várias situações/eventos, com a generalização falsa e a avaliação positiva/construtiva de cada situação.	Expositiva Ativa Demonstrativa Interrogativa	Computador projektor de imagens.	Observação Participação Motivação

APÊNDICE IX- “Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem – Executar técnica de relaxamento”

Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem – Executar técnica de relaxamento	
Enfermeiros dinamizadores	MESMP Catarina Cardoso e MESMP ...
Data	05/01/2024
Local	Biblioteca do serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do...
Duração	60 minutos
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de ...
Objetivos	• Dar a conhecer o “Guia Orientador De Boas Práticas De Intervenção Psicoterapêutica Em Enfermagem” (GOBPIPE) publicado pela Ordem dos Enfermeiros em 2023; • Promover o conhecimento acerca das Técnicas de Relaxamento abordadas no GOBPIPE; • Apresentar Técnicas de Relaxamento de 3ª geração; • Realizar uma sessão de <i>Minfulness eating</i>.
Material/Recursos	• Mesa, cadeiras, canetas, folhas de papel, computador, powerpoint, questionários de satisfação, guião de <i>mindfulness</i>, chocolates.
Desenvolvimento	• Preparar o espaço da formação, com os recursos e materiais necessários; • Apresentação; • Apresentação dos diapositivos; • Realização de uma sessão de <i>Mindfulness eating</i>; • Síntese da sessão • Aplicação de um questionário de satisfação.
Justificação da atividade	O Guia Orientador de Boas Práticas da Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem, trata-se de um documento desenvolvido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica publicado em

	junho de 2023. Este, pretende ser um documento de referência para os EEESMP, e objetiva identificar as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem passíveis de ser realizadas pelos enfermeiros especialistas em ESMP; definir os princípios estruturais, incluindo indicações, contraindicações, número e duração das sessões para cada uma das intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem identificadas; e definir os conteúdos mínimos que cada intervenção psicoterapêutica de Enfermagem deve conter (OE, 2023). Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, este “presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Regulamento nº515/2018). Neste sentido, o documento apresentado pela OE, demonstra-se relevante na definição do conceito de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, bem como os pressupostos para a intervenção e a apresentação das Intervenções Psicoterapêuticas passíveis de serem executadas pelo ESMP, sendo relevante a sua apresentação a Enfermeiros que pratiquem o seu exercício em Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. As Técnicas de Relaxamento, são intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem que utilizam técnicas para incentivar e provocar relaxamento com o propósito de diminuir sinais e sintomas indesejáveis, tais como a dor, a tensão muscular ou a ansiedade (Butcher <i>et al.</i>, 2018). Têm como objetivos: prevenir as consequências fisiológicas associadas ao stress; avaliar o stress e as suas consequências fisiológicas e desenvolver competências mentais para lidar com o stress (Payne <i>et al.</i>, 2003). Por isto, é importante que a aplicação da técnica seja de forma adequada, respeitando os seus princípios e aspetos gerais.
--	--

	As Técnicas de Relaxamento dividem-se em 1ª, 2ª e 3ª geração, sendo as primeiras focadas no comportamento, as segundas na cognição, e as terceiras no contexto. As técnicas de 3ª geração foram desenvolvidas nos últimos trinta anos, e estão comprovadas como eficazes no tratamento de várias patologias, como depressão, ansiedade e dor crónica. Estas, reconhecem a importância dos processos cognitivos e verbais para a psicopatologia, contudo, em vez de procurarem combater processos desadaptativos com vista à mudança de pensamentos e sentimentos desconfortáveis, focam-se no cultivo de uma atitude de aceitação e não-julgamento em relação a todas as experiências humanas, de modo a aumentar o bem-estar psicológico (Gomes & Fernandes, 2022). Dentre outras, destaca-se o <i>mindfulness</i>. A Associação Portuguesa para o <i>Mindfulness</i> afirma que esta “é a prática de viver no agora, com gentileza e bondade, estando completamente envolvidos naquilo que está a acontecer à nossa volta e dentro de nós. Implica sair dos nossos padrões habituais de julgamento e criticismo, adotando uma atitude de curiosidade e bondade perante a nossa experiência”. A prática de <i>mindfulness</i> encoraja, portanto, um estado mental de não julgamento, não reatividade, desapego, aceitação e compaixão por si mesmo e relativamente aos outros. Em abordagens psicoterapêuticas, promove uma postura consciente e de aceitação em relação a sintomas e experiências angustiantes, em vez de os tentar reestruturar, mudar ou eliminar (Gomes & Fernandes, 2022).
Referências bibliográficas	Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). <i>Nursing Interventions Classification (NIC)</i> (7ª ed.). Elsevier, Inc. Gomes, M. & Fernandes, N. (2022). <i>Terapias de Terceira Geração nas Perturbações Psíquicas</i>. Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. 2021; 7(4): 58-65 ; DOI: https://doi.org/10.51338/rppsm.319 Ordem dos Enfermeiros. (2023). <i>Guia Orientador De Boas Práticas De Intervenção Psicoterapêutica De Enfermagem</i>. Lisboa, 2023. Obtido de:

	https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf Payne, R. (2003). <i>Técnicas de Relaxamento</i>. Lusociência, Loures. Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018. (2018). <i>Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</i>. Diário da República 2ª Série, 21427-21430. Obtido de: https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/15100000/0/2142721430.pdf Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). <i>Enfermagem de Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções</i>. Lidel, Lisboa.
Avaliação	A sessão teve início à hora marcada com a presença de 10 Enfermeiros no serviço, e 2 via <i>online</i>. Foi realizada a apresentação das MESMP, bem como a temática a ser abordada. Inicialmente foi apresentado o GOBPIPE, os seus objetivos e estrutura. Foram enumeradas as Intervenções Psicoterapêuticas em Enfermagem nele presentes e aprofundada a Técnica de Relaxamento. Nesta segunda fase, foram abordados os objetivos do relaxamento e apresentadas as 3 técnicas sugeridas pelo GOBPIPE, e questionado aos participantes na sessão os seus conhecimentos acerca das mesmas, sendo que todos já tinham ouvido falar destas. De seguida, foram questionados acerca das técnicas de 3ª geração, sendo que a apontada como mais conhecida por todos foi o <i>mindfulness</i>. Os participantes foram convidados a fazer uma reflexão acerca do porquê de as técnicas apresentadas no GOBPIPE serem de 1ª e 2ª geração apenas, uma vez que há técnicas mais recentes e com eficácia comprovada. Não foi obtida uma resposta por parte de nenhum participante. De seguida, foi realizada uma sessão de <i>mindfulness eating</i> com chocolate, realizada pela MESMP ..., tendo todos os Enfermeiros participado. Por fim, foram distribuídos questionários de satisfação acerca da importância e utilidade da sessão e conhecimentos adquiridos ao longo da mesma, tendo sido obtidos resultados positivos.

APÊNDICE X- “Como me relaciono” – Relações interpessoais

“Como me relaciono” – Relações interpessoais	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP...; Mestranda em ESMP Catarina Cardoso; Mestranda em ESMP...
Data	11/12/2023
Local	Sala de formação do Hospital ...
Duração	3 horas
Destinatários	Equipa multidisciplinar do Hospital ...
Objetivos	• Promover a saúde mental através de relações interpessoais; • <u>Consciencializar acerca dos conceitos:</u> ✓ Relações interpessoais; ✓ Codependência emocional; ✓ Relacionamento tóxico vs relacionamento saudável; ✓ Relacionamento saudável entre casal; ✓ Relações interpessoais saudáveis ✓ Realizar exercícios psicoterapêuticos de autoconhecimento, consciencialização e relaxamento. ✓ Proporcionar um momento de relaxamento através da técnica de relaxamento muscular progressivo.
Material/Recursos	• Mesas; • Cadeiras; • Canetas; • Folhas de papel; • Computador; • Videoprojetor; • Folhas com impressão da análise SWOT; • Colunas de som.
Desenvolvimento	• Preparar o espaço da formação, com os recursos e materiais necessários; • Apresentação;

	• Aplicação quebra-gelo com novelo de lã (Teia das relações); • Apresentação dos diapositivos; • Sessão de relaxamento através da técnica de relaxamento muscular progressivo; • Síntese da sessão; • Aplicação de um questionário oral de satisfação.
Justificação	As relações interpessoais advêm da relação entre duas ou mais pessoas e com o ambiente em que vivem, ou seja, o “EU” com o(os) “OUTRO(S)” e com o meio. Trata-se da capacidade de relacionamento que temos com as pessoas que convivem connosco em sociedade. As relações interpessoais sedimentam os laços sociais entre os indivíduos de um determinado grupo (Pieritz, 2012). Durante a infância, desenvolvem-se as funções cognitivas, emocionais e comportamentais do indivíduo assim sendo, qualquer impacto significativo sofrido nesta fase pode comprometer parte do desenvolvimento infantil, influenciando inevitavelmente o desenvolvimento da personalidade da criança e consequentemente a fase adulta (Fachada, 2018). A codependência emocional define-se por um conjunto de padrões de comportamentos, crenças e distorções cognitivas, muitas vezes decorrentes da relação de pais disfuncionais ou de um relacionamento de uma pessoa. Muitas vezes não se inicia um padrão negativo na grande maioria não se toma consciência da transformação ocorrida (Beattie, 2023). O relacionamento tóxico trata-se de uma relação pobre do ponto de vista emocional, pouco criativa, permeada por um vínculo destrutivo, alimentada pela dependência emocional. O indivíduo sente-se refém do relacionamento, com a sua auto percepção, autoestima e capacidade de pensamento crítico inevitavelmente abaladas (Amaral et al., 2022). Os 5 pilares das relações interpessoais

	são: a ética, a cordialidade, assertividade, empatia e autoconhecimento (Beattie, 2023)
Avaliação	A sessão teve início à hora marcada com a presença de vinte e três pessoas (enfermeiros e auxiliares de ação médica). Iniciámos a sessão com um quebra-gelo, a teia das relações. Propusemos aos participantes que se apresentassem dizendo o seu nome, em que serviço trabalhavam e por fim que dissessem uma característica que para eles era facilitadora nas relações interpessoais. As repostas variaram entre ser empático, ser bom ouvinte, gostar de cuidar do outro, perseverança e conhecimento de si mesmo, etc... Após a apresentação dos diapositivos. Realizamos primeiramente um exercício psicoterapêutico de autoconhecimento e consciencialização. Fornecemos aos participantes uma folha que tinha impresso a análise <i>SWOT</i>, permitindo que de forma individual pensassem nas suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Apesar de no nosso entender este exercício necessitar de mais tempo para ser finalizado, incentivamos os participantes a terminarem esta análise nas suas casas, num momento do dia em que tivessem mais tempo e mais relaxados. Demos início ao último exercício que pretendia que os participantes desenvolvessem estratégias de adequação de necessidades individuais à realidade tendo-se demonstrando como um exercício bastante gratificante uma vez que permitiu um momento de reflexão e partilha. Os participantes colocaram numa caixa todas as características que no seu ponto de vista dificultavam as suas relações interpessoais. Entre as várias características destacamos: “Teimosia”; “Não me sei impor”; “Faço sempre tudo sem dizer não a nada ou a ninguém.” “Sou facilmente manipulada”; “Sou muito tímida”; “Não sei exprimir as minhas ideias com facilidade”; “Falo alto”; “Sou autoritária”; “Sofro por antecipação”. Cada participante foi convidado a retirar um papel da caixa. Foi

	possível analisar cada resposta dando espaço para que os participantes dessem uma resolução para o problema apresentado por outro colega, sendo possível desmitificar os problemas perante a perspectiva de outra pessoa. Após a partilha de ideias os participantes foram convidados a realizar uma sessão de relaxamento muscular progressivo. No final os participantes foram questionados se tinham achado pertinente o tema da sessão e se tinham adquirido algumas competências para o relacionamento com o outro. As respostas foram todas positivas, mostrando interesse em participar em cada vez mais sessões que privilegiassem a saúde mental.
Referências bibliográficas	Amaral, R., de Cunto Schützer, A. C. A., Nero, D., Guerra, R. F., Danila, A. H., & Tavares, H. (2022). Programa de relacionamentos saudáveis. <i>Congresso Brasileiro de Medicina Do Estilo de Vida</i>, 5, 1. Beattie, M. (2023). <i>Codependência nunca mais: Pare de controlar os outros e cuide de você mesmo</i>. Fachada, M. O. (2018). <i>Psicologia das Relações Interpessoais</i> (Edições Sílabo, Ed.). Pieritz, V. (2012). <i>Relações Humanas e Sociais</i>. Centro Universitário Leonardo da Vinci. Obtido de: https://www.uniasselvi.com.br/extranet/layout/request/trilha/materiais/livro/livro.php?codigo=10301

APÊNDICE XI- Questionamento Socrático

Questionamento Socrático	
Enfermeiros dinamizadores	Mestranda ESMP Catarina Cardoso/ EEESMP...
Data	01/06/2023
Local	Sala de trabalho do serviço de Psiquiatria do..., ala mulheres
Duração	45 minutos
Destinatários	Utente S.M.N.S.
Objetivo geral	Consciencializar a utente acerca dos seus pensamentos automáticos e das estruturas das crenças.
Objetivos específicos:	• Descatastrofizar o pensamento atual; • Elucidar acerca de processos de pensamento alternativos; • Examinar as evidências; • Diminuir o risco de humor depressivo.
Material/Recursos	• Mesas; • Cadeiras; • Sala.
Desenvolvimento	• Encorajar a utente a avaliar os pensamentos disfuncionais através de perguntas que a levem a refletir, possibilitando desta forma a sua compreensão verdadeira e permitindo a tomada de decisão racional tendo por base as suas próprias conclusões. Esta técnica é realizada através da orientação da utente por meio de respostas que permitam a investigação de possíveis soluções para o seu problema. Para a sua aplicação são colocadas questões como: “o que poderia acontecer se?” ou “e, então?” (Santos & Medeiros, 2017).
Justificação da sessão/atividade	O questionamento socrático constitui-se como uma das principais técnicas aplicadas em terapia cognitivo-

	comportamental objetivando a modificação de pensamentos automáticos após a identificação de pensamentos disfuncionais (Santos & Medeiros, 2017).
Avaliação	Foram identificados os pensamentos disfuncionais da utente geradores de tristeza, anedonia, choro frequente e clinofilia. Após a sua identificação foi possível a análise de novas perspetivas no processo de pensamento. No final da sessão a utente foi capaz de demonstrar mudança nos seus pensamentos referindo expressões como: “realmente eu até posso tentar entrar em alguma atividade que me faça estar em contacto com outras pessoas” (sic) ou “se calhar voltar a trabalhar não era uma má ideia” (sic). Foi possível ainda orientar a utente no seu processo de reflexão acerca do seu sentimento de incompreensão por parte da sua família.
Referências bibliográficas	Santos, C. & Medeiros, F. (2017). <i>A relevância da técnica de questionamento socrático na prática Cognitivo-Comportamental</i> . Archives of Health Investigation (2017) 6(5):204-208. DOI: https://doi.org/10.21270/archi.v6i5.1940

APÊNDICE XII- Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (reduzida)

Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (reduzida)	
Enfermeiros dinamizadores	Mestranda em ESMP Catarina Cardoso/EEESMP...
Data	01/06/2023
Local	Sala de refeições do serviço de Psiquiatria do ..., ala homens.
Duração	45 minutos
Destinatários	Utente S.M.N.S. e utentes do serviço de Psiquiatria do ..., ala mulheres
Objetivo geral da sessão	• Reduzir a ansiedade
Objetivos específicos da sessão	• Produzir experiências positivas resultantes do relaxamento; • Reduzir a tensão psicofisiológica.
Material/recursos	• Coluna de som; • Computador; • Cadeiras; • Colchão; • Guião de relaxamento.
Desenvolvimento	• Avaliação da frequência cardíaca antes da sessão; • Explicação da atividade e benefícios do relaxamento; • Aplicação do guião de treino de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (reduzido) após se pedir à utente que se deite no colchão de forma confortável; • Avaliação da frequência cardíaca após a sessão.
Justificação da sessão/atividade	O principal objetivo das técnicas de relaxamento é o autocontrolo do tônus muscular e da respiração permitindo a aprendizagem do utente para

	executar as técnicas sozinho em situações de <i>stress</i> (Sequeira & Sampaio, 2020). O Treino de Relaxamento Progressivo é uma técnica que se baseia na contração e descontração muscular e objetiva atingir um estado de relaxamento profundo em períodos gradualmente mais curtos bem como controlar o excesso de tensão perante agentes de <i>stress</i> (Bernstein & Given, 1984 <i>cit. in</i> Payne, 2003). O relaxamento profundo manifesta-se ao nível fisiológico, cognitivo e comportamental. Ao nível fisiológico, há uma diminuição da concentração de epinefrina e norepinefrina no sangue, diminuição da frequência cardíaca e respiratória, abrandamento do metabolismo, diminuição da tensão muscular, vasodilatação e aumento da temperatura das extremidades. No que concerne às manifestações cognitivas, há uma alteração de consciência de alerta para alterada aumentando a criatividade, memória e capacidade de concentração. Por fim, ao nível comportamental, a distração a estímulos ambientais diminui, a postura é calma e o indivíduo responde a perguntas, mas não inicia interação verbal (Townsend, 2011).
Avaliação da sessão	A atividade foi realizada com a Sr^a S.M.N.S. e outros 3 participantes que quiseram integrar o grupo. O ambiente foi preparado, nomeadamente no que concerne ao escurecimento da sala, preparação da música ambiente e disposição dos colchões no chão. Foi avaliada a frequência cardíaca inicial da utente (87 bpm) Foram explicados os benefícios do relaxamento e aplicado o guião com voz calma. De seguida, foi avaliada a frequência cardíaca após a sessão (71 bpm). A utente afirma ter-se sentido mais relaxada

	e ter conseguido abstrair-se dos seus pensamentos no decorrer da sessão. Os restantes utentes referiram ter gostado da sessão e pediram para realizar a mesma semanalmente.
Referências bibliográficas	Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). <i>Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções</i>. LIDEL, 1ª ed. Payne, R. (2003). <i>Técnicas de Relaxamento- Um guia prático para Profissionais de Saúde</i>. Lusociência, 2ª ed. Loures, Portugal. Townsend, M. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência</i>. Lusociência, 6ª ed. Loures, Portugal.

APÊNDICE XIII - Intervenção psicoeducacional acerca da ansiedade

Intervenção psicoeducacional acerca da ansiedade	
Enfermeiros dinamizadores	Mestranda em ESMP Catarina Cardoso/ EEESMP...
Data	23/06/2023
Local	Sala de trabalho do serviço de...
Duração	60 minutos
Destinatários	Utente S.M.N.S. e restantes utentes do serviço de Psiquiatria do ..., ala mulheres
Objetivo geral da sessão	Educar acerca da ansiedade
Objetivos específicos da sessão	- Ensinar os sinais e sintomas da ansiedade; - Educar para os benefícios do exercício físico na redução da ansiedade; - Educar acerca dos benefícios da consciencialização da respiração na redução da ansiedade; - Consciencializar para os benefícios das técnicas de relaxamento na redução da ansiedade; - Ensinar a técnica de respiração abdominal; - Ensinar técnica de imaginação guiada; - Dotar os utentes de ferramentas para o autocontrolo da ansiedade.
Material/Recursos	- Cadeira; - Sala; - Mesas; - Folheto informativo.
Desenvolvimento	Realizar questões acerca dos sinais e sintomas da ansiedade por forma a compreender o conhecimento prévio das utentes sobre a temática da ansiedade;

	• Fornecer pequenas pistas de apoio à construção de uma conceção mais adequada e próxima da realidade e do conceito; • Introduzir a atividade explicando o que se irá passar ao longo da sessão e garantir que a participação e partilha de conhecimentos ao longo da sessão é bem-vinda e valorizada; • Ensinar acerca dos benefícios do exercício físico, da consciencialização da respiração e das técnicas de relaxamento na redução da ansiedade; • Ensinar acerca da técnica de respiração abdominal; • Ensinar estratégia de imaginação guiada; • Apresentar um pequeno folheto individual com as estratégias abordadas.
Justificação da sessão/atividade	As intervenções psicoeducacionais permitem capacitar as pessoas para que estas aprendam estratégias que auxiliem a lidar com a sua doença e os seus efeitos objetivando a adoção de comportamentos promotores de saúde (Sequeira & Sampaio, 2020). O exercício físico está diretamente relacionado à saúde mental. Os benefícios psicológicos do exercício físico incluem a distração em relação às preocupações, a libertação de frustrações, um sentimento de realização, sensação de melhor aparência física e o desfrutar da companhia de outros indivíduos no ambiente agradável em que se pratica a atividade. O exercício físico tem ainda sido associado a níveis de ansiedade reduzidos (Payne, 2003). A respiração é utilizada como meio de relaxamento. A consciencialização da respiração permite que o

	indivíduo dirija a sua atenção para o padrão respiratório ajudando-o a sentir algum controlo sobre o mesmo. A exploração dos movimentos respiratórios permite a compreensão de que uma respiração calma está associada a um ritmo lento bem como aos músculos abdominais relaxados e movimentos visíveis no abdómen superior. O treino da respiração origina frequências respiratórias mais lentas, diminuição da ansiedade e redução na frequência e intensidade dos ataques de pânico (Payne, 2003). A imaginação guiada constitui-se como uma técnica para reduzir a ansiedade e <i>stress</i> sendo segura e não invasiva. Esta técnica apresenta diversos efeitos terapêuticos como o relaxamento, desviando a mente de pensamentos inoportunos ou enfraquecendo pensamentos geradores de <i>stress</i> (Payne, 2003).
Avaliação da sessão	A utente em estudo esteve presente durante a intervenção tendo intervindo verbalmente raramente. Apesar disto, enumerou as sensações associadas ao estado de ansiedade e foi capaz de realizar os exercícios demonstrados. A atividade contou com a presença de 9 utentes, das quais 7 participaram de forma ativa, enumerando estratégias que utilizavam para diminuição da ansiedade. Uma das utentes pediu para ler o folheto em voz alta para as restantes e o mesmo foi explicitado ao longo da sessão. Foi demonstrada a técnica de respiração abdominal e todas as utentes replicaram a mesma. Foi ainda realizado o exercício de imaginação guiada presente no folheto.
Referências bibliográficas	Payne, R. (2003). <i>Técnicas de Relaxamento- Um guia prático para Profissionais de Saúde</i>. Lusociência, 2ª ed. Loures, Portugal.

	Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). <i>Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções</i>. LIDEL, 1ª ed. Townsend, M. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência</i>. Lusociência, 6ª ed. Loures, Portugal.
--	--

Folheto da sessão psicoeducacional acerca da ansiedade



A ANSIEDADE

A ansiedade é considerada geralmente como uma reação normal a um perigo ou ameaça real à integridade biológica. É uma resposta emocional em antecipação ao perigo que pode ser considerada patológica quando interfere com a eficácia da vida diária, satisfação dos objetivos desejados ou satisfação ou conforto emocional. As perturbações de ansiedade são as mais comuns de todas as doenças psiquiátricas e originam incapacidades funcionais e sofrimento consideráveis.

SINAIS E SINTOMAS

- Palpitações
- Batimentos cardíacos acelerados
- Sudorese
- Tremores
- Sensações de falta de ar ou sufocamento
- Sensação de asfixia
- Desconforto ou dor no peito
- Náuseas ou mal-estar abdominal
- Sensação de tontura, desequilíbrio, cabeça vazia ou desmaio
- Sensação de irrealidade ou sentir-se desligado de si próprio
- Medo de perder o controlo
- Medo de morrer
- Dormência ou formigamento
- Arrepios ou calores repentinos

O QUE FAZER? RESPIRAÇÃO

Aquando de um estado de ansiedade, a respiração tende a ser mais rápida e superficial o que leva a um desequilíbrio nos níveis de oxigénio e dióxido de carbono normais no corpo provocando sensações desagradáveis.

CONSCIENCIALIZAÇÃO

- A atenção deve ser dirigida para o padrão respiratório através da exploração dos movimentos do tórax e do abdómen que acompanham a respiração;
- A respiração deve ser feita de forma calma, inspirando pelo nariz e expirando pela boca.

Um exercício de respiração abdominal...

Durante alguns momentos, percorra uma sequência de imagens mentais agradáveis... depois à medida que o seu corpo relaxa, dirija a sua atenção para a sua respiração... pause uma mão levemente sobre o abdómen e outra no peito e inspire lenta e profundamente pelo nariz. Sinta o abdómen a expandir e a empurrar a sua mão enquanto o tórax se move ligeiramente. De seguida, sustenha a respiração por alguns segundos e comece a expirar lentamente colocando os lábios como se fosse assobiar. Sinta o abdómen a diminuir à medida que os pulmões se esvaziam de ar. Comece o ciclo novamente e concentre-se no som e na sensação da sua respiração à medida que fica cada vez mais relaxado.

É importante realizar este exercício de respiração quando se sentir calmo para poder usá-lo prontamente quando se sentir ansioso.

O QUE FAZER? IMAGENS MENTAIS

Esta técnica consiste na imaginação de imagens mentais prazerosas e pode reforçar o relaxamento desviando da mente pensamentos inoportunos ou enfraquecendo o poder dos pensamentos geradores de stress. A realização desta técnica pode ser enriquecida com a evocação de vários sentidos: visão, audição, olfato, paladar, tato, temperatura e cinestesia.

Um exercício de imagens mentais...

Sente-se ou deite-se numa posição confortável. Feche os olhos. Imagine que você e alguém que ama estão a passear à beira-mar. Não há ninguém à vista em nenhuma direção. O sol está a brilhar, o céu está azul e sopra uma brisa suave. Escolhe um lugar para parar e descansar. Deita-se na areia e fecha os olhos. Ouve o som das ondas a rebarbar na praia. O sol aquece a sua face e o seu corpo. A areia é macia e quente contra as suas costas. Ocasionalmente, uma onda salpica-o com umas gotas frias que secam rapidamente sob o sol quente. A fragrância de cocô do seu protetor solar paira suave e agradavelmente no ar. Está deitado neste lugar tranquilo durante o que parece ser um longo período. Absorve os sons das ondas, o calor do sol, e as sensações refrescantes da brisa do mar. Esta tudo calmo. Está muito calor. Sente-se bastante relaxado, bastante satisfeito. Este é o seu lugar especial. Pode voltar a este lugar especial sempre que quiser relaxar.



APÊNDICE XIV- Atividade “O anel”

“O anel”	
Enfermeiros dinamizadores	Mestranda em ESMP Catarina Cardoso/ EEESMP...
Data	06/06/2023
Local	Sala de convívio do serviço de Psiquiatria do ..., ala mulheres
Duração	90 minutos
Destinatários	Utente S.M.N.S. e restantes utentes do serviço de Psiquiatria do ..., ala mulheres
Objetivo geral da sessão	• Promover a autoestima
Objetivo específico da sessão	• Desenvolver capacidades sociais e relacionais entre os utentes promovendo a entreaajuda e partilha de conhecimentos; • Concentrar a participante em algo útil; • Diminuir a ansiedade; • Melhorar a qualidade de vida; • Promover a expressão de sentimentos e emoções; • Desenvolver a capacidade de autoanálise e autoconhecimento; • Melhorar a autoestima.
Material/recursos	• Mesas; • Cadeiras; • Anel construído na sessão anterior; • Canetas.
Desenvolvimento	• Distribuir uma folha A4 com a imagem de um anel a cada um dos participantes na atividade e pedir que cada utente recorte o seu anel e o decore ao seu gosto utilizando os materiais fornecidos. Explicar o conceito de autoestima e explorar a temática. • Ler a história “O Anel” e pedir que cada utente escreva na parte de trás do anel: “o meu nome é ... e sou...”. Posteriormente, o anel irá circular no sentido dos ponteiros do relógio de forma que todos os elementos do grupo acrescentem uma característica do

	dono do anel. Após o anel ter regressado ao seu dono, os utentes são convidados a ler as características presentes no seu anel. Realizar uma discussão acerca das mesmas bem como a reflexão acerca da identificação ou não com estas características.
Justificação da sessão/atividade	As Atividades Ocupacionais Terapêuticas (AOT) referem-se a atividades organizadas que permitem promover, prevenir, habilitar, manter e/ou recuperar e desenvolver as habilidades da pessoa na obtenção do potencial máximo de desempenho, de autonomia e de satisfação nas suas Necessidades Humanas Fundamentais, nas atividades de vida, na ocupação para a realização, e na recreação. Estas atividades permitem a expressão individual, a construção identitária e o desenvolvimento de vínculos sociais e culturais refletindo-se no bem-estar do indivíduo. São vários os domínios da utilização das AOT, dentre estes o domínio aqui apresentado, da expressão pessoal, que engloba a música, drama, psicomotricidade, jogos e artes plásticas. As AOT aplicadas ao contexto de ESMP apresentam vários benefícios como o aumento da autoestima e autoimagem, a ressocialização, a responsabilidade e a prevenção da deterioração física e cognitiva (Melo-Dias, Rosa, Pinto, 2014). Para Townsend (2011), são várias as condições prévias a uma autoestima positiva, entre outras, as respostas dos outros podem influenciar positiva ou negativamente a autoestima, particularmente pessoas significativas e pelo modo através do qual os indivíduos percebem essas respostas. Neste contexto, É importante que o indivíduo seja capaz de aceitar <i>feedback</i> positivo dos outros, de aceitar críticas construtivas, sem se tornar defensivo, e desenvolver relações interpessoais positivas (Townsend, 2011).
Avaliação da sessão	A utente S.M.N.S. participou ativamente na atividade tendo construído o seu anel de forma aprimorada. Ao longo da sessão foi capaz de interagir com os restantes integrantes do grupo de forma adequada. Ainda, no final da construção do seu anel ajudou outras utentes a terminar a atividade. Na atividade participaram 8 pessoas, tendo todas participado ativamente, entreajudando-se e decorando a imagem a gosto. Todos os elementos do grupo quiseram expor as

	características que lhe foram atribuídas em voz alta. Foi realizada uma reflexão no sentido de compreender se cada um se identificava com o que foi escrito pelos outros utentes. A Sr^a. S.M.N.S. conseguiu escrever uma característica positiva acerca de si própria e foi capaz de reconhecer todas as que escreveram em relação a ela. 
Referências bibliográficas	Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). <i>Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial</i>. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (11), 15-23. Obtido de: https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=105978&code=3038300be89f46dd3dbed29334dafa5bf59ae595 Townsend, M. (2011). <i>Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência</i>. Lusociência, 6^a ed. Loures, Portugal.

APÊNDICE XV- Treino de assertividade- Técnica dos 5 Eu

Treino de assertividade- Técnica dos 5 Eu	
Enfermeiros dinamizadores	MESMP Catarina Cardoso/ EEESMP...
Data	03/11/2023
Local	Gabinete de consultas ...
Duração	30 minutos
Destinatários	Utente C.M.E.M.
Objetivos	• Capacitar a utente para expressar sentimentos e necessidades sem contrair os seus princípios.
Material/Recursos	• Cábula “Técnica dos 5 Eu”
Desenvolvimento	Técnica: • Eu vejo: Descreve sem dar opinião; • Eu quero: Tomada de decisão individual; • Eu penso: Interpretação, análise da situação; • Eu pretendo: Descreve o objetivo, a finalidade; • Eu sinto: Expressa um sentimento, emoção. (Sequeira & Sampaio, 2020)
Justificação da sessão/atividade	A assertividade é a capacidade que possibilita a uma pessoa expressar/defender uma determinada situação sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros. Permite a expressão de sentimentos e ideias pessoais, sem negar os seus direitos e sem esquecer os dos outros. Esta técnica pode ser treinada e aumenta o potencial para as pessoas serem mais verdadeiras em função dos seus interesses e necessidades (Sequeira & Sampaio, 2020)
Avaliação	Esta técnica foi executada ao longo das sessões com a utente. Inicialmente esta referia que o namorado a criticava por não realizar as tarefas domésticas, causando um sentimento de culpa e revolta uma vez que está a cuidar do filho. Ainda, referia ansiedade pelo avizinhamento da época natalícia, uma vez que

	o pai ia convidar a família para jantar em sua casa e tinha medo de criar conflitos se lhe dissesse que não queria. Foi providenciada uma cábula com a técnica acima mencionada para que pudesse treinar ao espelho. Na última sessão foi capaz de afirmar ter conversado com o namorado, focando a conversa na forma como se sente, relatando diferenças na postura do mesmo em comparação a outras situações em que tentou conversar com ele acerca da sobrecarga que sente.
Referências bibliográficas	Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). <i>Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções</i>. Lidel, Lisboa.

APÊNDICE XVI – Intervenção Psicoeducacional acerca da adesão ao regime terapêutico

Intervenção Psicoeducacional acerca da adesão ao regime terapêutico	
Enfermeiros dinamizadores	MESMP Catarina Cardoso/ EEESMP...
Data	07/07/2023
Local	Sala de convívio do serviço de Psiquiatria do ..., ala mulheres
Duração	60 minutos
Destinatários	Utentes do serviço de Psiquiatria do ..., ala mulheres
Objetivo geral da sessão	Educar acerca da adesão ao regime medicamentoso
Objetivo específico da sessão	- Que os utentes consigam compreender a importância da adesão ao regime medicamentoso; - Sensibilizar para a importância da adesão ao tratamento para controlo da doença; - Esclarecer as dúvidas relativamente ao regime medicamentoso; - Fornecer estratégias que possibilitem melhorias na qualidade de gestão da medicação; - Sensibilizar para a importância da comunicação, expressão de sentimentos, dúvidas e opiniões relativamente à adesão ao regime medicamentoso; - Orientar os utentes acerca do momento de procura de apoio clínico.
Material/recursos	- Computador; - Projetor; - Cadeiras; - Mesas.
Desenvolvimento	- Explicação dos objetivos da sessão; - Apresentação do Powerpoint acerca da sessão; - Pedir aos utentes que verbalizem as suas principais dificuldades na adesão ao regime medicamentoso e as suas principais dúvidas;

	• Pedir que relatem os benefícios que sentem após toma regular da medicação e os malefícios sentidos quando o contrário se verifica de forma a promover a consciencialização relativamente aos seus comportamentos no que diz respeito à adesão ao regime medicamentoso; • Apresentar os benefícios e as complicações da adesão/não adesão ao regime terapêutico; • Sugerir hipóteses para que não se esqueçam da toma da medicação e consigam gerir a sua medicação; • Abrir espaço para dúvidas, sugestões ou alguma partilha a fazer acerca do tema; • Pedir que enumerem 2 benefícios e 2 consequências da adesão/não adesão à medicação.
Justificação da sessão/atividade	A adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas é um tema cada vez mais relevante, as estatísticas relativamente ao incumprimento das prescrições farmacológicas e não farmacológicas são muito significativas. Este incumprimento diminui a probabilidade de recuperação dos indivíduos com perturbações psiquiátricas, aumenta a probabilidade de recaídas e o número de hospitalizações e isso acarreta um aumento significativo dos custos em saúde. A intervenção psicoeducativa para a gestão do regime medicamentoso é uma abordagem fundamental no cuidado de pessoas com doenças psiquiátricas. Trata-se de um processo que visa fornecer conhecimento e habilidades necessárias para que essas pessoas possam cuidar de si mesmas no seu dia-a-dia e alcançar sucesso promovendo a vivência de uma transição saudável e indutora de uma gestão eficaz. O modo como a pessoa vivência o processo de transição saúde-doença influencia os resultados dessa transição, nomeadamente a forma como gere o seu regime terapêutico, em particular o regime medicamentoso, refletindo-se na “não adesão” ou numa “gestão ineficaz” (Oliveira, 2015). Uma das competências do EEESMP é a gestão do regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade (Regulamento nº

	515/2018). Assim, a adesão ao tratamento nos doentes psiquiátricos revela-se um grande e importante desafio com que os profissionais de saúde mental encaram diariamente. No que respeita ao próprio doente, reconhecer e aceitar a doença faz toda a diferença, sendo que o tratamento passa a ser compreendido como necessário e essencial para o aumento da sua qualidade de vida, assim como da sua família. (Cardoso et al., 2016). De uma forma geral, pela grande probabilidade da não adesão ao regime medicamentoso se associar ao aparecimento de efeitos secundários, cabe aos profissionais de saúde mental procurar esclarecer dúvidas e desmistificar algumas crenças relacionadas com a doença e o seu tratamento. É então fundamental que, para além do doente, o profissional de saúde mental mantenha um papel ativo e colaborante ao longo de todo o processo de recuperação da pessoa doente, facilitando o desenvolvimento de estratégias favorecedoras da adesão. É expectável que o EEESMP consiga estabelecer uma relação terapêutica de qualidade com o doente. A associação entre adesão ao tratamento e relação terapêutica nas perturbações psiquiátricas justifica o desenvolvimento de abordagens tendo em vista o fortalecimento da relação profissional-doente, sendo que esta relação pode produzir resultados clínicos positivos. É importante que esta relação permita: desmistificar as crenças relacionadas com a doença e tratamento; identificar os fatores relacionados com um insight reduzido; esclarecer os benefícios da adesão ao tratamento; ajudar o doente a lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos; e esclarecer dúvidas relacionadas com a doença e tratamento. (Cardoso et al., 2016). Vários estudos referem que os défices neuropsicológicos poderão estar na origem de casos de fraco <i>insight</i>. O fraco <i>insight</i> para a doença mental pode ser um fator preditivo no que refere à baixa adesão ao regime de tratamento. A falta de <i>insight</i> para a doença e a necessidade de manter a toma de medicação diariamente é um dos critérios fundamentais para a referenciação para um programa psicoeducativo. A adesão ao regime medicamentoso é um problema frequente para pessoas com doença crónica. As
--	--

	abordagens psicoeducacionais têm sido desenvolvidas com o objetivo de aumentar o conhecimento dos utentes e o seu <i>insight</i> acerca da doença para maximizar a eficácia do seu tratamento. Com um aumento do conhecimento é pressuposto que os utentes consigam desenvolver mecanismos de <i>coping</i> eficazes para lidar com a doença, melhorando o prognóstico. Tenta-se então fornecer informação sobre vários sintomas da doença, etiologia e tratamento procurando atingir melhorias na adesão ao regime medicamentoso e no <i>insight</i> da pessoa relativamente à saúde mental. Decorrente disso procura-se estimular a pessoa a comprometer-se ativamente com o tratamento.
Avaliação da sessão	O espaço foi preparado na sala de convívio do serviço de Psiquiatria do ..., ala mulheres. Participaram na sessão 9 utentes, 7 das quais bastante participativas ao longo da sessão tornando-a dinâmica. As outras 2 utentes apenas participaram quando solicitado. Foram explicados os objetivos da sessão. Todas as utentes conseguiram relatar pelo menos um benefício e uma complicação da adesão/não adesão ao regime terapêutico. De seguida foram apresentadas estratégias para que não se esquecessem de tomar a medicação em casa e foram partilhadas algumas pelas próprias utentes. No final, foi realizada uma síntese acerca da sessão questionando as utentes por forma a verificar o conhecimento adquirido.
Referências bibliográficas	Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). <i>Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos</i>. Revista Portuguesa de Saúde Publica, 34(3), 209–219. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004 Oliveira, C. (2015). <i>Autocuidado: gerir regime medicamentoso” uma revisão integrativa da literatura contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de dados em enfermagem</i>. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Porto, Universidade do Porto. Obtido de: http://hdl.handle.net/10400.26/10771 Pasadas, C. F. (2014). <i>Psicoeducação: Uma Estratégia na Prevenção da Recaída na Pessoa com Perturbação Esquizofrénica</i>. Obtido de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16374/1/

	Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018. (2018). <i>Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</i>. Diário da República 2ª Série, 21427-21430. Obtido de: https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf
--	--

APÊNDICE XVII- Dia Nacional da Doença de Alzheimer

Dia Mundial da Doença de Alzheimer	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP ... /MESMP Catarina Cardoso
Data	29/09/2023
Local	Centro Social da...
Duração	60 minutos
Destinatários	Utentes do Centro de Dia do Centro Social da ...
Objetivo Geral	• Consciencializar os utentes acerca da Doença de Alzheimer
Objetivos Específicos	• Educar acerca da Doença de Alzheimer (o que é, fatores de risco, sinais de alerta e tratamento); • Educar acerca das formas de prevenção da Doença de Alzheimer; • Educar acerca das mudanças de comportamento nas pessoas com Doença de Alzheimer; • Sensibilizar os utentes para a adoção de estratégias de resolução de problemas que permitam lidar com estes comportamentos; • Desconstruir a ideia de que os comportamentos adotados pela pessoa com Doença de Alzheimer estão relacionados fatores da personalidade; • Capacitar os utentes com conhecimentos que lhes permitam interagir com pessoas com Doença de Alzheimer de forma inclusiva e tolerante.
Material/Recursos	• Computador; • Powerpoint; • Televisão; • Folhetos; • Folha de atividades.
Desenvolvimento	• Preparar o espaço da sessão com os recursos necessários; • Apresentar os membros da equipa e pedir aos utentes que digam o seu nome;

	• Explicar a temática a ser abordada; • Apresentar o Powerpoint interagindo com os utentes, validando a compreensão dos conteúdos e esclarecendo dúvidas ao longo da sessão; • Realizar a atividade “Jogo do STOP” com os utentes; • Fornecer folhetos informativos acerca das formas de prevenção da Doença de Alzheimer e disponibilizar exercícios de estimulação cognitiva.
Justificação da sessão/atividade	Esta atividade foi proposta no âmbito da comemoração do Dia Mundial do Alzheimer com o objetivo de instruir os utentes do Centro de Dia acerca das alterações comportamentais associadas à doença e como lidar com as mesmas. A Doença de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa que provoca uma deterioração progressiva ao nível das funções cognitivas e afeta maioritariamente adultos após os 65 anos. Esta doença é a principal causa de demência afetando cerca de 15 milhões de pessoas no mundo. Apesar de não existir tratamento para a doença, o controlo dos fatores de risco é uma das formas de a retardar ou até mesmo prevenir através da adoção de estilos de vida saudáveis como o exercício físico regular, o compromisso social, uma dieta saudável, a estimulação cognitiva e uma boa higiene do sono (Peixoto, 2021). As alterações comportamentais são frequentes no decorrer da doença apresentando diversas formas como crises de ansiedade ou agressividade. Deste modo, a consciencialização e a educação adequada permite lidar e compreender estas situações, diminuindo o preconceito e melhorando a qualidade de vida do doente e pessoas envolventes (Fernandes, Magalhães & Antão, 2012).
Avaliação	A presente sessão decorreu no dia 29/09/2023 no Centro Social da ... onde estiveram presentes trinta e três utentes do Centro de Dia, a Animadora Sociocultural e a Enfermeira do Centro de Saúde da A sessão foi iniciada após a apresentação dos utentes bem como da EEESMP ... e MESMP Catarina Cardoso.

	Foi apresentado o Powerpoint em concomitância com as intervenções dos utentes acerca dos seus conhecimentos prévios da temática. No geral os utentes estavam conscientes acerca das alterações comportamentais inerentes à Doença de Alzheimer tendo sido incentivados a adotar uma postura tolerante para com estes doentes. No final da sessão foram realizadas oralmente 3 rondas do “Jogo do STOP”, solicitando a participação de todos os utentes por forma a educar acerca de uma nova técnica de estimulação cognitiva. De seguida, foram distribuídos folhetos informativos acerca das formas de prevenção da Doença de Alzheimer e disponibilizados exercícios de estimulação cognitiva passíveis de serem realizados por todos os utentes. Por fim, os mesmos foram questionados acerca da pertinência da sessão bem como do formato da mesma tendo sido obtido um <i>feedback</i> positivo. Deste modo, considero que os objetivos da sessão foram atingidos. Ao longo da sessão os utentes foram capazes de compreender os fatores de risco inerentes à doença bem como sinais de alerta e formas de prevenção. Para além disto, concordaram com o pressuposto de que as pessoas com a doença devem ser tratadas com respeito e de forma tolerante, tendo sido desconstruída a ideia de que os comportamentos estão relacionados com fatores da personalidade.
Referências bibliográficas	Fernandes, A., Magalhães, C. & Antão, C. (2012). <i>Comportamento agressivo no Alzheimer como intervir?</i> Escola Superior de Saúde de Bragança. X Jornadas de Saúde Mental no Idoso. Vila Real, 2012. Obtido de: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6786/1/A_LZHEIMER%20%20E%20%20COMPORTAMENTO%20AGRESSIVO.pdf Peixoto, C. (2021). <i>Saúde Mental: Um enfoque voltado à prevenção da demência de Alzheimer</i>. International Journal of Mental Health Management, v.7, n.3. DOI: https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v7i3.276

21 DE SETEMBRO

DIA MUNDIAL DA



DOENÇA DE ALZHEIMER



01. O que é a Doença de Alzheimer?

É uma doença que afeta o cérebro e faz com que as suas células se desgastem ao longo do tempo levando a uma perda progressiva de funções como a memória, atenção, concentração, linguagem e o pensamento.

02. Como prevenir a Doença de Alzheimer em 7 passos

1. Lembre-se do seu cérebro!

- Faça atividades como palavras cruzadas, puzzles de letras e números, xadrez, damas, cartas, pintura, costura e carpintaria.
- Leia, escreva, converse;
- Assista a jogos, vá a bailes ou concertos;
- Mesmo em casa, mantenha-se ativo: cozinhe novos pratos ou dedique-se ao seu jardim



2. Lembre-se da sua alimentação:

- Reduza as gorduras: escolha carnes magras, frango e produtos lácteos com pouca gordura. Evite a manteiga, alimentos fritos, doces, bolos e bolachas;
- Prefira alimentos saudáveis:
 - Gorduras: azeite, óleo de girassol
 - Ácidos gordos Ômega-3: peixes gordos
 - Alimentos e bebidas ricos em antioxidantes: bagas, brócolos, laranjas, kiwis...
 - Alimentos ricos em ácido-fólico: espinafres, lentilhas, feijão, grão-de-bico...
 - Alimentos ricos em vitamina E: nozes, cereais integrais...
 - Alimentos ricos em vitamina B12: carne, peixe, ovos, leite



3. Lembre-se da sua saúde!

- Faça consultas junto do seu médico e enfermeiro de família para vigiar o seu estado de saúde. Controle a sua tensão arterial, o seu colesterol, o seu peso e os níveis de açúcar no sangue.

4. Lembre-se da sua vida social!

- Mantenha o contacto com a família, amigos e vizinhos e saia para conversar;
- Participe em atividades de grupo.

5. Lembre-se do seu corpo!

- Exercite o seu corpo pelo menos 30 minutos por dia com caminhadas, alongamentos ou outros exercícios ao seu gosto.

6. Lembre-se dos seus hábitos!

- Não fume;
- Não consuma bebidas alcoólicas em grandes quantidades;
- Durma pelo menos 8 horas por noite

7. Lembre-se da sua cabeça!

- Cuidado com as quedas: aposte na prevenção!
- Use sempre cinto de segurança;
- Atravesse sempre na passadeira;
- Use sempre capacete de segurança quando andar de moto ou bicicleta



03.

Vamos exercitar?

Associe na grelha abaixo as letras "a".

a	c	k	m	j	g	h	p	f	a	w
h	b	n	a	a	f	x	z	b	n	a
p	a	q	w	r	j	f	a	g	v	a
n	j	a	b	x	z	a	a	y	t	e
h	d	f	a	j	o	a	p	g	a	u
n	b	a	f	a	p	r	e	a	v	x
a	g	q	r	b	h	a	a	a	c	o
p	j	r	q	v	a	b	a	t	a	z
g	f	v	o	a	z	r	a	m	e	a
i	r	m	n	a	d	a	h	p	a	j

A letra "a" aparece ____ vezes.

Complete as seguintes palavras, colocando a letra que falta:

G ____ TO M ____ ÇÃ ME ____ A LI ____ RO
PÃ ____ SO ____ Á L ____ ÃO VA ____ A
ANA ____ ÁS CANE ____ A GARF ____ L ____ NÇOL
JOR ____ AL AM ____ IXA TOMA ____ E ____ LFACE

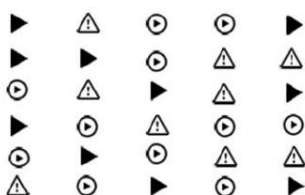
Realizado por:
Catarina Pedrosa Cardoso
Enfermeira Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

VAMOS EXERCITAR?

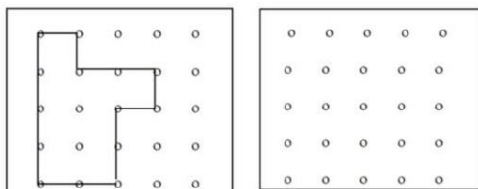
Assinale a imagem que se repete em cada linha:



Observe as seguintes figuras que lhe são apresentadas e assinale aquelas que são iguais à figura que se segue: ➡

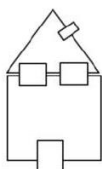


Faça uma cópia do desenho, tal como está na imagem da esquerda.

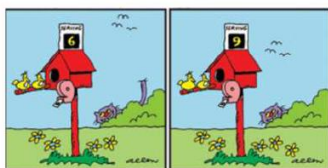


VAMOS EXERCITAR?

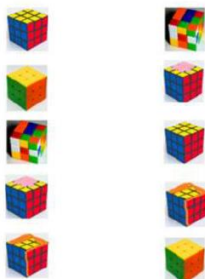
Cope a seguinte imagem para a direita e diga com o que se parece.



Observe atentamente as imagens e encontre as **5 diferenças**.



Una as imagens iguais:



APÊNDICE XVIII- Planos de sessão do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	
Sessão 0	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP ... /MESMP Catarina Cardoso
Data	11/03/2024
Local	Biblioteca do Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país
Duração	45 minutos
Destinatários	Grupo de pessoas com ostomia intestinal que frequentem o Projeto
Objetivos	• Apresentar o Programa e o seu cronograma; • Apresentar os participantes; • Estabelecer as regras do grupo; • Preencher as escalas selecionadas para a avaliação do Programa; • Preencher o consentimento informado, livre e esclarecido.
Material/Recursos	• Computador; • Powerpoint; • Projetor; • Novelo de lã; • Questionários sociodemográficos e de conhecimentos; • Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y).
Desenvolvimento	• Preparar o espaço da sessão com os recursos necessários; • Apresentar a Enfermeira Mestrada em ESMP e a EEESMP; • Realizar a dinâmica da “teia de aranha” com recurso a um novelo de lã para que os participantes se apresentem,

	dizendo: o seu nome, idade, há quanto tempo têm a ostomia e uma característica sua. • Apresentação do PowerPoint com os objetivos do Programa bem como o seu cronograma. • Preenchimento do questionário sócio-demográfico e de conhecimentos; • Preenchimento do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y); • Preenchimento do Consentimento Informado.
Sessão 1	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP ... /MESMP Catarina Cardoso
Data	11/03/2024
Local	Biblioteca do Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país
Duração	45 minutos
Destinatários	Grupo de pessoas com ostomia intestinal que frequentem o Projeto
Objetivos	• Realizar psicoeducação acerca da ansiedade.
Material/Recursos	• Computador; • Powerpoint; • Projetor.
Desenvolvimento	• Psicoeducação: • O que é a ansiedade?; • Diferenças entre ansiedade disfuncional e ansiedade saudável; • Dados estatísticos acerca da ansiedade; • Sinais e sintomas; • Fatores desencadeantes de ansiedade em pessoas portadoras de ostomia de eliminação; • Prevenção.

Sessão 2	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP ... /MESMP Catarina Cardoso
Data	12/03/2024
Local	Biblioteca do Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país
Duração	45 minutos
Destinatários	Grupo de pessoas com ostomia intestinal que frequentem o Projeto
Objetivos	• Capacitar para a adoção de estratégias de autocontrolo de ansiedade.
Material/Recursos	• Computador; • Powerpoint; • Projetor; • Colunas de som.
Desenvolvimento	• Ensino acerca da técnica de respiração diafragmática; • Respiração diafragmática vs respiração abdominal; • Benefícios da respiração diafragmática; • Apresentação de um vídeo explicativo; • Ensino acerca da técnica de relaxamento por imagética; • O que é; • Benefícios da técnica de relaxamento por imagética; • Treino da técnica orientada pela Enfermeira Mestranda.
Sessão 3	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP ... /MESMP Catarina Cardoso
Data	12/03/2024

Local	Biblioteca do Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país
Duração	45 minutos
Destinatários	Grupo de pessoas com ostomia intestinal que frequentem o Projeto
Objetivos	Educar acerca dos cuidados ao estoma
Material/Recursos	- Computador; - Powerpoint; - Projektor.
Desenvolvimento	Ensino acerca: higiene ao estoma; alimentação e hidratação; dispositivos e acessórios; aquisição de dispositivos e benefícios fiscais; irrigação intestinal; sexualidade; vestuário; prevenção de complicações.
Sessão 4	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP ... /MESMP Catarina Cardoso
Data	18/03/2024
Local	Biblioteca do Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país
Duração	45 minutos
Destinatários	Grupo de pessoas com ostomia intestinal que frequentem o Projeto
Objetivos	Partilhar vivências e sentimentos relacionados com a ostomia intestinal.
Material/Recursos	- Papel; - Caneta; - Caixa opaca.
Desenvolvimento	Entrega de papeis e canetas a cada participante e pedido que escrevessem: um sentimento vivenciado após a cirurgia e qual a maior preocupação;

	• Cada participante dobra o seu papel e coloca na caixa; • Cada participante retira aleatoriamente um papel da caixa e lê em voz alta comentado o que foi escrito, incentivando desta forma o debate e a reflexão.
Sessão 5	
Enfermeiros dinamizadores	EEESMP ... /MESMP Catarina Cardoso
Data	18/03/2024
Local	Biblioteca do Centro de Saúde de uma ULS na Região Centro do país
Duração	45 minutos
Destinatários	Grupo de pessoas com ostomia intestinal que frequentem o Projeto
Objetivos	• Discutir os resultados alcançados; • Preencher as escalas selecionadas para a avaliação do Programa; • Preencher o consentimento informado, livre e esclarecido.
Material/Recursos	• Questionários sociodemográficos e de conhecimentos; • Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y); • Questionários de satisfação.
Desenvolvimento	• Os participantes são encorajados a recordar o que ocorreu no grupo, discutir os resultados, rever objetivos, dar <i>feedback</i> acerca do Programa. • Preenchimento dos Questionários sociodemográficos e de conhecimentos; • Preenchimento do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y); • Preenchimento do questionário de satisfação.

ANEXOS

ANEXO I- Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y)

Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-1)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Instruções: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo.....	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso.....	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado.....	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer.....	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado.....	1	2	3	4
10. Estou descansado.....	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.....	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13. Estou inquieto	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.....	1	2	3	4
15. Estou descontraindo.....	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado.....	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.....	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável.....	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-2)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Instruções: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente **em geral**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente **geralmente**.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto.....	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio.....	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.....	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado.....	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.....	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver.....	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.....	1	2	3	4
30. Sou feliz.....	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam.....	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim.....	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade.....	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz.....	1	2	3	4
36. Estou contente.....	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.....	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento.....	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável.....	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.....	1	2	3	4

ANEXO II- Parecer Comissão de Ética



Leiria, 28 de fevereiro de 2024

Assunto: Projeto de investigação, no âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeia), intitulado "Ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica", submetido pela Enf.ª Catarina Pedrosa Cardoso, a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar – Stephens.

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação.

Este estudo será para realizar na Consulta Externa de Estomaterapia, tendo como investigadora principal a proponente e como objetivos gerais, diminuir a ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal. No Hospital, terá a colaboração do Enf. Daniel Carvalho, Enfermeiro Gestor do Serviço de Psiquiatria.

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 02 de 2024.02.19. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO,


(DR. JOÃO MORAIS)

Recibido 2024.03.04

Original CI 2024.03.07

ANEXO III- Autorização para utilização do inventário de estado-traço de ansiedade (STAI-Y)

Re: Autorização para utilização do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y)

Ana Sofia Santos <[redacted]>

ter, 27/02/2024 16:45

Para: Catarina Pedrosa Cardoso <[redacted]>

Não costuma receber e-mails de <[redacted]>: Saiba por que motivo isto é importante

Atenção: Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Cara Catarina,

Estou de acordo com o uso do inventário supracitado no desenvolvimento dos seus trabalhos.

Desejo-lhe as maiores felicidades,

Com os melhores cumprimentos

Ana Sofia Santos

De: Catarina Pedrosa Cardoso <[redacted]>

Enviado: 27 de fevereiro de 2024 15:51:16

Para: Ana Sofia Santos

Assunto: Autorização para utilização do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y)

Exma. Srª. Drª. Ana Sofia Santos

O meu nome é Catarina Pedrosa Cardoso, sou enfermeira e encontro-me de momento a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no Instituto Politécnico de Leiria.

Orientada pelo Sr. Prof. José Carlos Gomes, estou a desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem, acerca da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na redução da ansiedade em pessoas portadoras de ostomia intestinal. Neste sentido, o Inventário em questão seria útil para a avaliação da intervenção, vindo por este meio pedir a sua autorização para a sua utilização, exclusivamente para o âmbito da presente investigação.

Agradeço desde já o tempo disponibilizado,

Com os melhores cumprimentos,
Catarina Pedrosa Cardoso