



POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

## **LITERACIA EM SAÚDE MENTAL NOS ENFERMEIROS EM INTERNAMENTO CIRÚRGICO – ESTIGMA**

DIANA MARLENE FÉLIX FERRAZ

Leiria, março de 2024



POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**LITERACIA EM SAÚDE MENTAL NOS ENFERMEIROS EM  
INTERNAMENTO CIRÚRGICO – ESTIGMA**

**Relatório Final de Estágio**

DIANA MARLENE FÉLIX FERRAZ, Nº5220027

Apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para a obtenção do Grau de Mestre em

Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica

**DOCENTE RESPONSÁVEL: PROFESSORA DOUTORA CATARINA TOMÁS**

Leiria, março de 2024

*Aos meus pais e a minha irmã,*

*Ao Christoph, sem ele não era possível.*

*Ao nosso filho Samuel.*

*A todos os amigos e colegas que ao longo deste percurso me ouviram, apoiaram e motivaram. Em particular às enfermeiras que serviram de inspiração.*

## RESUMO

Este relatório apresenta-se como trabalho final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Politécnico de Leiria. Constitui-se em três partes de desenvolvimento, referentes às competências adquiridas e desenvolvidas enquanto mestranda desta área.

Na primeira parte deste relatório será uma reflexão sobre a experiência adquirida em três contextos distintos de estágio/ensino clínico, enfatizando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no desenvolvimento de práticas de cuidados inovadoras e eficazes, gestão da qualidade dos cuidados de saúde, e na promoção de uma prática baseada na evidência e na ética profissional.

Na segunda parte, será realizada análise das atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos/estágio realizados, adotando uma abordagem descritiva, analítica e de reflexão crítica. Este segmento incorpora-se as experiências adquiridas e as estratégias empregadas em momentos distintos, que facilitaram o desenvolvimento das competências estabelecidas para o Enfermeiro Especialista. Tal abordagem abrange tanto as competências comuns a estes profissionais quanto aquelas específicas da área da Saúde Mental e Psiquiátrica, conforme estipulado pela Ordem dos Enfermeiros.

Na terceira parte, para o desenvolvimento de competências de investigação será descrito e discutido o estudo de investigação-ação inserido no projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, realizado no contexto de trabalho da estudante, sobre a temática: “Literacia em saúde mental nos enfermeiros em internamento cirúrgico – estigma”.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Enfermeiro, Especialização, Perfil de Competências dos Enfermeiros, Saúde Mental, Estigma Social

## **ABSTRACT**

This report is presented as the final paper from Health and Psychiatric Nursing Master's degree, taught in Politécnico de Leiria. The report is based on three development parts, that refer to the acquired and developed skills as master's student in this área.

The first part of this report is a reflection on the experience gained in three distinct contexts of clinical teaching/internship, emphasizing the role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing in developing innovative and effective care practices, managing the quality of healthcare, and promoting practice based on evidence and professional ethics.

In the second part, an analysis of the activities developed during the clinical teachings/internships will be carried out, adopting a descriptive, analytical, and critical reflection approach. This segment incorporates the experiences gained and the strategies employed at different moments, which facilitated the development of competencies established for the Specialist Nurse. This approach covers both the common competencies of these professionals and those specific to the field of Mental Health and Psychiatry, as stipulated by the Nursing Order.

In the third part, for the development of research competencies, the action research study included in the project for the continuous quality improvement of nursing care, conducted in the student's work context, on the theme: "Mental health literacy among nurses in surgical internment – stigma", will be described and discussed.

**Keywords:** Nursing, Nurse, Specialization, Nurse's Skills Profile, Mental Health, Social Stigma

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

**CAD** – Comportamentos Aditivos e Dependências

**CIPE**<sup>®</sup> – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem<sup>®</sup>

**CRI** – Centro de Repostas Integradas

**DM** – Doença Mental

**EC** – Ensino Clínico

**EEESMP** – Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**ECS-PS** - Escala de Crenças de Saúde para Profissionais de Saúde

**EO**- Enfermeira Orientadora

**ESMP** - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**LSM** – Literacia em Saúde Mental

**MESMP** – Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**MICA-4**- *Mental Illness Clinician's Attitudes Scale* versão 4

**N** - Frequência Absoluta

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PMCQCE** - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem

**SM**- Saúde Mental

**SICAD** - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

**(sic)**- citação

**SPSM** – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

**SPSS**<sup>®</sup>- Statistical Program for Social Sciences<sup>®</sup>

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**USF** - Unidade de Saúde Familiar

**WHO**- *World Health Organization*

## ÍNDICE

<b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS</b> .....	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>VII</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>PARTE I – CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM</b> .....	<b>11</b>
<b>1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM</b> .....	<b>11</b>
1.1. CONTEXTO COMUNITÁRIO.....	11
1.2. CONTEXTO HOSPITALAR.....	14
1.3. CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS .....	16
<b>PARTE II – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS</b> .....	<b>20</b>
<b>1. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	<b>20</b>
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	20
<b>1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal</b> .....	<b>20</b>
<b>1.1.2. Melhoria contínua da qualidade</b> .....	<b>24</b>
<b>1.1.3. Gestão dos cuidados</b> .....	<b>28</b>
<b>1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> .....	<b>29</b>
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA .....	32
<b>1.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento desenvolvimento pessoal e profissional</b> .....	<b>33</b>
<b>1.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental</b> .....	<b>35</b>
<b>1.2.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto</b> .....	<b>40</b>

<b>1.2.4. 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.....</b>	<b>44</b>
<b>PARTE III- PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>48</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>48</b>
<b>2. PERCEBER O PROBLEMA.....</b>	<b>52</b>
<b>3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>57</b>
3.1. TIPO DE ESTUDO.....	57
3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	59
3.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	59
3.4. INTERVENÇÃO .....	61
3.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	62
3.6. TRATAMENTO DOS DADOS .....	62
<b>4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>63</b>
<b>5. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA; RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO .....</b>	<b>77</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I - Certificado de Participação – Encontro de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Leiria	
ANEXO II - Declaração de Participação - Ação Formativa: Violência ao Longo do Ciclo de Vida: Intervenção das Equipes de Saúde	
ANEXO III - Certificado de participação – Conferência "O impacto dos animais de companhia na saúde mental das pessoas"	
<b>APÊNDICES *</b>	
APÊNDICE I - Plano de Formação em Serviço: "Des-Stress com Mindfulness"	
APÊNDICE II - Plano de Formação em Serviço: "Desconflitar Falando"	
APÊNDICE III - Formação em Serviço: "Risco de comportamento autoagressivo e suicidário"	

APÊNDICE IV - Formação em Serviço: “A importância do autocuidado da saúde mental dos Enfermeiros”

APÊNDICE V - Resultados do Rastreio e Descritivo de História

APÊNDICE VI - Programa: “Gestando Saúde Mental”

APÊNDICE VII - Programa de Intervenção em Grupo no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

APÊNDICE VIII - Reflexão da Sessão: “Eu e os Outros”

APÊNDICE IX - Plano de Sessão: “Cuida-te +”

APÊNDICE X - Estudo de caso- Programa de Intervenção Individual

APÊNDICE XI - Estudo de caso: Programa de Intervenção Individual: “Individualmente”

APÊNDICE XII - Estudo de caso - Programa de Intervenção Individual: “Passo a passo”

APÊNDICE XIII - Questionário - Literacia em Saúde Mental nos Enfermeiros em Internamento Cirúrgico – Estigma - Formulários Google

APÊNDICE XIV - Ficha técnica: Programa “Saúde Mental: um desafio coletivo”

APÊNDICE XV- Autorização do Conselho de Ética para realização de Estudo de Investigação

APÊNDICE XVI - Autorização do Conselho de Administração para realização de Estudo de Investigação

\*salvuarda-se que parte da informação contida nos documentos originais foi omitida, com vista a garantir a privacidade e anonimato das instituições e participantes e a manter a fluidez dos conteúdos apresentados.

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	63
Tabela 2- Estatística descritiva do primeiro momento .....	65
Tabela 3 - Estatística descritiva por subescalas da ECS-PS (Mendes & Guimarães, 2012).....	67
Tabela 4 - Estatística descritiva por itens da ECS-PS (Mendes & Guimarães, 2012). .....	69
Tabela 5 - Estatística descritiva por itens da MICA-4 (Gabbidion et al 2013).....	72

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados da avaliação do programa .....	76
---	----

## INTRODUÇÃO

Com vista à obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, apresenta-se este Relatório Final, no qual se analisa e reflete criticamente sobre as atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico (EC) e estágios, no sentido de comprovar a aquisição e desenvolvimento das competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) previstas e reguladas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento nº 515/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019). Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), com Relatório Final, do 3º semestre do 3ª Curso de Mestrado em ESMP.

A procura da prática reflexiva no domínio da enfermagem é valorizada como um pilar no processo de aprendizagem profissional, bem como na assimilação e análise crítica das metodologias e procedimentos inerentes ao exercício da enfermagem. Essa prática é fundamentalmente reconhecida como uma habilidade indispensável para a evolução de profissionais autossuficientes e analíticos e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

Este relatório encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte será apresentada uma descrição dos contextos de prática clínica, na segunda uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas durante os três EC e como isso contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto EESMP. Na terceira parte será apresentado um estudo de investigação-ação, desenvolvido em contexto profissional, visando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

O Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) aqui descrito é centrado na literacia em saúde mental (LSM) entre os enfermeiros de um serviço de internamento cirúrgico. A iniciativa visa abordar o estigma associado às doenças mentais, promovendo a melhoria da qualidade do cuidado e apoio prestados aos utentes, através de um programa estruturado, destinado à promoção da LSM, fundamentando-se em princípios sólidos de enfermagem e visando demonstrar competências a nível de mestrado.

As atividades desenvolvidas constantes deste relatório são referentes ao período de maio de 2023 a março de 2024, ao longo do qual se desempenhou o papel de mestrandia de EEESMP.

A conceção deste documento cumpriu as orientações do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e como norma de referência a *American Psychological Association 7ª Edição*.

## **PARTE I – CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

### **1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

Ao iniciar o EC/estágios focados na especialização em ESMP, houve oportunidade de desenvolver e aprimorar as competências exigidas para um EESMP. Estes três contextos distintos, cada um num contexto de prática clínica diferente, proporcionaram uma experiência enriquecedora e diversificada. Estes EC não só solidificaram a componente teórica, mas também permitiram explorar a complexidade e a diversidade dos desafios enfrentados nesta área, sendo estes fundamentais na formação do enfermeiro, proporcionando a aplicação prática de conhecimentos teóricos e contribuindo para o desenvolvimento de competências profissionais nessa área (Costa & Germano, 2007).

O primeiro EC decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Região Centro, e teve como objetivo adquirir competências na área da promoção da saúde e prevenção da doença mental (DM), ao indivíduo/família/ grupos, assim como no acompanhamento de pessoas com DM na comunidade. O segundo estágio decorreu numa Unidade de Internamento de um Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) da Região Centro, e teve como objetivo o desenvolvimento de competências de intervenção perante a pessoa em situação de crise e descompensação da DM. O terceiro estágio decorreu num Centro, de Respostas Integradas (CRI) da Região Centro com o objetivo de desenvolvimento de cuidados especializados de excelência, integrado na equipa de saúde, na sua área cuidados diferenciados(Querido & Laranjeira, 2023).

Este capítulo oferece uma descrição detalhada, caracterização e análise crítica sobre o modelo de organização e funcionamento dos variados locais de EC e estágio, explorando como estes contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas do EEESMP.

#### **1.1. CONTEXTO COMUNITÁRIO**

O EC em contexto comunitário foi realizado numa UCC da Região Centro de 2 de maio a 14 de julho de 2023 com a duração de 11 semanas.

Esta unidade é constituída por nove enfermeiros duas administrativas clínicas, um médico, uma psicóloga, um fisioterapeuta e uma assistente social. Os nove enfermeiros são especialistas em várias áreas, estando de forma permanente dois EEESMP. Nas UCC os enfermeiros desempenham um papel vital na promoção da saúde, prevenção de doenças, e prestação de cuidados diretos à população. Os EEESMP realizam avaliações de saúde mental (SM) mais detalhadas de modo a identificar diagnósticos e necessidades específicas dos utentes nesta área de intervenção especializada. Trabalham na reabilitação e vigilância de utentes com DM, ajudando-os a recuperar habilidade sociais e ocupacionais, com o objetivo de promover a sua integração na comunidade e melhorar a qualidade de vida. Os EEESMP também desempenham papéis essenciais na prevenção do estigma, educação, intervenção em crises e investigação. Este combate ao estigma na DM é realizado através da educação comunitária, promovendo aceitação e compreensão. Em situações de crise, estão capacitados para realizar a avaliação de risco e encaminhamento para cuidados especializados. Na investigação, contribuem para o desenvolvimento de práticas, políticas e programas em SM comunitária (Brito, 2021).

A UCC faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral pertencente a Administração Regional de Saúde do Centro. Esta UCC relata como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população local, com o objetivo de obter ganhos em saúde para os seus utentes, através da melhoria contínua dos cuidados de saúde que presta à sua população, com base na formação dos seus profissionais, na reflexão da equipa usando instrumentos de análise do seu desempenho e da satisfação dos seus utentes e das unidades de saúde e outras entidades com quem articula (Baridó, 2014).

A população alvo da UCC representa no mínimo 40398 utentes, com cerca de 57,62% de dependentes, destes quais 13,64% jovens e 37,98% idosos (Serviço Nacional de Saúde, sem data).

Compreendeu-se plenamente o funcionamento de uma UCC, o seu papel dentro do Agrupamento de Centros de Saúde e como se articula com as Unidade de Saúde Familiar (USF), Câmara Municipal, entre outros. No entanto, ao longo do tempo, foi adquirido um entendimento mais claro destas partes que compõem o todo, e foi possível a compreender, de forma mais concreta, a importância de um EEESMP na comunidade.

Algumas das áreas de intervenção na comunidade por parte do EEESMP, serão: a prevenção da depressão e suicídio (ações de rastreio e sensibilização, quer em contexto escolar quer laboral); intervenção nos utentes com diversos focos de intervenção resultantes de demências, défice cognitivo e dependência, quer a nível do utente quer do cuidador, e prevenção e intervenção em situações de *bullying*, violência escolar e doméstica (Sequeira & Sampaio, 2020).

Um exemplo dessa intervenção é a de encaminhar e acompanhar cuidadores sobrecarregados para apoio em contextos comunitários complementares, adequados ao que é discutido nas sessões do Café Memória. Estes encontros são realizados com periodicidade mensal, em ambiente informal e comunitário com o objetivo de promover a experiências de suporte mútuo, onde se facilita a interação entre pares, se oferece apoio emocional, informação atual e útil (Amante et al., 2017).

A referenciação e encaminhamento dos utentes para a UCC acontece entre as estruturas comunitárias existentes: USF, unidades de cuidados saúde personalizados, estruturas sociais e escolares. Existem também, canais de proximidade estabelecidos para referenciação através de serviços hospitalares.

Algumas das necessidades da UCC, relacionam-se principalmente com a falta de profissionais para atender a todas as necessidades da população, tanto de forma generalista, quanto na área específica da SM. Não foram encontrados dados recentes relativamente a rácios adequados neste contexto e neste momento, visto que a OE está concentrada na elaboração de uma proposta de carteira básica de serviços para as UCC. Esta proposta visa estabelecer um padrão uniforme para os cuidados de saúde prestados e facilitar a negociação com entidades governamentais para a contratualização destes serviços, inserido no contexto da implementação das Unidades Locais de Saúde (OE, 2024).

Em 18 de março de 2022, foi apresentado o primeiro estudo de caracterização das UCC e conclui que os EESMP existem a tempo integral em menos de metade das UCC. Fora evidente a necessidade de reforço desta área de especialidade, e esta necessidade fora ainda mais clara considerando que a SM é uma prioridade em Portugal, com claras previsões de agravamento no período pós-pandémico (Melo, 2022).

A nova Lei de Saúde Mental de Portugal, Lei n.º 35/2023, enfatiza a prestação de cuidados de SM na comunidade como um de seus objetivos principais. Vai de encontro com a melhoria da qualidade dos cuidados de SM na comunidade e a proteção dos direitos nos serviços e entidades com intervenção na área da SM. Esta abordagem busca garantir a continuidade dos cuidados, permitindo que os utentes recebam o suporte necessário no seu próprio ambiente social e familiar, sempre que possível. Consequentemente, o adequar de dotação de EEESMP no contexto comunitário poderá contribuir significativamente para a realização dos objetivos desta lei. Isto são aspetos fundamentais para garantir segurança e qualidade nos cuidados de saúde para a população em geral (Regulamento n.º533/2014, 2014).

## 1.2. CONTEXTO HOSPITALAR

O estágio em contexto de hospitalar realizou-se numa Unidade Hospitalar da Região Centro e teve a duração de 11 semanas de contato, entre 1 de setembro e 17 de novembro de 2023.

Esta Unidade de Internamento de Doentes Agudos está inserida num SPSM. Este hospital está inserido numa rede hospitalar, com uma área de influência abarca uma população estimada de aproximadamente 400.000 habitantes (Correia & Lopes, 2022).

Este SPSM, está estruturado em várias unidades, que incluem o Serviço de Internamento para Doentes Agudos, Unidade de Consultas Externas em Regime de Ambulatório, Serviço de Apoio Domiciliário constituído por profissionais de Enfermagem e Serviço Social, Unidade para Tratamentos injetáveis de ação prolongada e uma Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria. Todas estas unidades se correlacionam permitindo o tratamento e acompanhamento dos utentes por uma equipa multidisciplinar, e facilitando a continuidade de cuidados assim como um acompanhamento mais especializado e facilitando a referenciação em situações e agudização ou identificação de novas necessidades. A coordenação entre os diversos serviços é realizada por meio de encontros semanais com os coordenadores de cada um deles. Nestas reuniões, são abordadas temáticas relacionadas desde o funcionamento dos serviços, estado clínico dos utentes, planeamento de altas e atividades formativas.

À data do estágio, este serviço estava dividido em duas alas, uma feminina com 21 camas e uma masculina com 22 camas, num total de 43 camas.

No serviço em causa opta-se por utilizar de medidas de segurança específicas, como portas trancadas e a não exposição de cabos elétricos, ausência de suportes de soros e desinfetantes à base de álcool, entre outras. Estas medidas, juntamente com a restrição de objetos pessoais dos utentes, como telemóveis e computadores, visam prevenir riscos associados a tentativas de suicídio e agressão, entre outras. No entanto, equilibrar a segurança com o conforto e a privacidade dos utentes representa um desafio significativo. Este equilíbrio é essencial, é necessário adequar os espaços destinados a utentes com condições agudas de SM e psiquiátrica (Ellen & Zborowsky, 2019).

Os utentes admitidos no serviço de internamento encontram-se em situação de crise e são internados sob duas modalidades: voluntária ou involuntária, conforme estipulado pela Lei n.º 35/2023 Lei de Saúde Mental. O acesso a estas unidades dá-se geralmente por encaminhamento de urgência ou através de referência de consultas externas, podendo também resultar de transferências de outras instituições ou serviços. Após a alta, os utentes mantêm o acompanhamento na consulta externa, podendo manter a vigilância pela equipa de intervenção na comunidade (Lei n.º 35/2023- Lei de Saúde Mental, 2023).

Os EEESMP desempenham um papel crucial no desenvolvimento e execução de planos de cuidados individualizados, incorporando os cuidados prestados com os diagnósticos de enfermagem identificados, desde a admissão até a alta. É essencial a gestão, supervisão e a administração da medicação, atentando para os efeitos colaterais e a eficácia do tratamento. Além disso, a intervenções psicoeducativas, socio terapêuticas e psicossociais entre utentes e familiares sobre as condições de SM e as opções de tratamento, proporcionando suporte emocional essencial para enfrentar os desafios associados á DM . Em situações de crise efetuam-se intervenções com o propósito de alcançar uma resolução célere da crise, de forma a prevenir uma maior deterioração e visando atingir, pelo menos, o nível de funcionamento anterior à crise; incentivar o desenvolvimento e a resolução eficaz de problemas através do reconhecimento de sinais de alerta com o objetivo de evitar desfechos negativos (Sequeira & Sampaio, 2020).

Ao longo de todo o estágio, verificou-se um elevado volume de internamentos, evidenciando-se de forma notória a insuficiência de recursos humanos no SPSM. Esta carência torna-se particularmente problemática quando se procura realizar intervenções de caráter mais especializado, as quais, por falta de meios disponíveis, acabam inevitavelmente por ser negligenciadas. Foi evidente que a adequação dos recursos humanos é fundamental para garantir a eficácia, segurança e qualidade dos serviços de SM, torna-se uma prioridade otimizar registos com vista a melhorar e identificação das intervenções efetuadas e consequentemente ter indicadores que evidenciam a falta de recursos humanos. A sobrecarga de profissionais, agravada pela insuficiência de recursos humanos e materiais, podem afetar de forma direta a segurança dos utentes assim como o risco e ocorrência de eventos adversos (Holtz et al., 2023).

### 1.3. CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O estágio de respostas diferenciadas decorreu num CRI da Região Centro, entre 20 de novembro de 2023 e 21 de janeiro de 2024, num total de sete semanas.

Este CRI da Região Centro está integrado no Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) que promove a integração, harmonização e qualificação das intervenções preventivas e terapêuticas no campo dos comportamentos aditivos e das dependências na Região Centro, abrangendo as regiões de Guarda, Castelo Branco, Aveiro Viseu, Coimbra e Leiria (Administração Regional de Saúde do Centro, 2022).

O CRI colabora com diversos departamentos da Administração Regional de Saúde, Unidades de Intervenção Local, Agrupamentos de Centros de Saúde, Unidades Locais de Saúde e outras instituições, tanto públicas quanto privadas, envolvidas na área dos comportamentos aditivos e dependências. Este CRI compreende três Equipas de Tratamento e a sua intervenção ocorre em quatro áreas distintas: prevenção, redução de riscos e minimização de danos, reinserção e tratamento. À data deste relatório, este CRI acompanha um total de 431 utentes, sendo 45 na vertente preventiva e 386 em tratamento, contando com uma equipa técnica composta por quatro enfermeiros, três psicólogos, três assistentes sociais e um médico psiquiatra, embora este último não seja residente fixo (Administração Regional de Saúde do Centro, 2022).

Encontra-se em funcionamento num prédio urbano com três habitações com cerca de 11 salas de atendimento e duas salas de espera, adaptado para esta funcionalidade.

De acordo com Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Comportamentos Aditivos e Dependências o Enfermeiro prestador de cuidados no CRI faz parte de uma equipa especializada voltada para a prevenção, tratamento, reintegração e redução de riscos e danos. Desta forma deve desenvolver e conduzir programas educativos em saúde, contribuir para a gestão de um ambiente seguro e a administração de riscos, e participar ativamente nas reuniões das equipas especializadas (Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2018).

Este serviço faz ainda a articulação com outras estruturas da comunidade, nomeadamente Centros de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos Prisionais da Região, Comunidades Terapêuticas e Forças Polícias, ou ainda entre os CRI de diferentes regiões sempre que há mobilização dos utentes, possibilitando a continuidade dos cuidados e assegurando os tratamentos e acompanhamento dos utentes, essenciais para continuidade de tratamento.

Dentro das equipas de tratamento, o enfermeiro contribui para a adesão ao plano terapêutico e o aumento gradual da autonomia do utente. Quando é realizado o acolhimento de enfermagem a um utente que inicia um programa de cloridrato de metadona, adiante designado de Metadona, é admitido para consulta de enfermagem e é realizado o acolhimento. Em certos casos é assinado um consentimento/acordo para participação no programa, com o objetivo de garantir que o utente compreende o funcionamento, expectativas de duração e potenciais efeitos colaterais associados ao tratamento. Pretende-se com este consentimento informado, esclarecer dúvidas estabelecer expectativas, garantindo confidencialidade e segurança, assim como direitos e responsabilidades promovendo esta autonomia. Outras intervenções envolvem as realizadas nas consultas de Enfermagem e a gestão da terapêutica medicamentosa.

A enfermeira orientadora (EO), que também desempenhava funções de gestora no CRI, esteve envolvida em várias intervenções nesse âmbito, foi pertinente acompanhá-la e executar tarefas de gestão em parceria. Exemplo disso fora a aplicação de um questionário para identificação das de necessidades formativas da equipa. O enfermeiro gestor é responsável pela organização das equipas de enfermagem e pelas relações profissionais

dentro de uma instituição de saúde, o profissional requer a gestão como a competência de um otimizador e eficiente, no qual o enfermeiro gestor tem o propósito de educar e prover a educação permanente, melhorar o dimensionar em função das necessidades das pessoas, e proporcionar um ambiente de trabalho saudável (Serviço Nacional de Saúde, sem data; Siqueira et al., 2023).

O *software* implementado no CRI demonstrou ser uma ferramenta abrangente e facilitadora do processo de aprendizagem, embora tenha apresentado um pouco limitado nas práticas específicas de enfermagem, como planos de cuidados. A funcionalidade do programa foca-se na gestão e administração da metadona, bem como no registo detalhado dos resultados dos testes rápidos realizados. O que pode levar a erros e dificultar a continuidade de cuidados, uma vez que alguns utentes recorrem os estes serviços em várias zonas de Portugal, e não existir um padrão de registos pode induzir em erros simples como de interpretação. O facto de ter sido consultado o manual de boas práticas facilitou a sua compreensão e utilidade. No entanto, parece pertinente otimizar algumas áreas de registo, que incorpore sistematicamente os dados relativos às necessidades de cuidados de enfermagem dos utentes, as intervenções de enfermagem realizadas e os resultados sensíveis às intervenções obtidos pelo utente, em linha com as práticas de qualidade e melhoria contínua no exercício profissional da enfermagem (OE, 2001)

Foi visível que o edifício onde estava instalado o CRI, é antigo e um pouco degradado, no entanto também se torna colhedor e limpo. Pareceu estar em falta um cofre/dispositivo mais fortificado para o armazenamento de medicação, e foi notório que existia o risco de surgirem assaltos, como já acontecera em outro CRI nas proximidades. Foi clara a preocupação por toda a equipa relativamente às mudanças que iram acontecer a partir de janeiro de 2024, com a reorganização dos serviços em Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências.

É conhecida a importância da presença de um EEESMP neste contexto, sobretudo porque, de acordo com o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da OE (2018) o comportamento aditivo é um diagnóstico de enfermagem específico dos EEESMP, visto que estes utentes podem necessitar de uma abordagem mais holística que considera não apenas o comportamento aditivo em si, mas também os fatores subjacentes e

concomitantes, como questões de SM, sociais e ambientais. Neste contexto, os cuidados de enfermagem podem incluir intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais focadas em enfrentar os desafios emocionais e de capacitação em pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD). Estes cuidados visam habilitar o autocuidado, promovendo a abstinência, redução de riscos e minimização de danos. Além disso, apoiam as adaptações necessárias para lidar com o impacto destes comportamentos na vida dos indivíduos e das famílias (Seabra, 2020).

## PARTE II – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS

### 1. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O principal objetivo da componente clínica do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é garantir que o estudante desenvolve Competências definidas no Regulamento de Competências Específicas do ESMP (Regulamento n.º515/2018, 2018), bem como Competências Comuns expectadas para os Enfermeiros Especialistas, também definidas em regulamento (Regulamento n.º140/2019, 2019).

Adotando a abordagem de transitar do geral ao específico, inicia-se com a análise das razões que comprovam a obtenção e o desenvolvimento de competências partilhadas por enfermeiros especialistas. Após essa fase, serão examinadas as competências específicas do EEESMP. A disposição das competências segue a sequência apresentada nos regulamentos correspondentes.

#### 1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A aquisição do título de enfermeiro especialista requer, não só a demonstração das competências específicas de cada especialidade em particular, conforme estabelecido nos respetivos regulamentos, mas também a partilha de um conjunto de competências comuns. Estas competências comuns são aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde e incorporam elementos como a educação dos utentes e dos pares profissionais, atualização de orientações clínicas, aconselhamento e coordenação. Incluem também a responsabilidade atuar nos domínios da investigação, formação e assessoria, contribuindo assim para o avanço e a melhoria contínua da prática de enfermagem (Regulamento n.º140/2019, 2019).

##### 1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

O primeiro domínio de competências comuns reconhecido 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 n.º140/2019, 2019).

No âmbito de todas os contextos EC/estágio, houve a oportunidade de desenvolver e aprimorar competências em tomada de decisão fundamentada e refletida. Este desenvolvimento foi particularmente evidente durante as reuniões de equipas multidisciplinares nos diversos EC, onde casos clínicos eram analisados e discutidos, permitindo ao EEESMP desempenhar um papel crucial na melhoria do bem-estar do utente dentro da sua área de especialização e em sinergia com a equipa. Foi mais aprofundada esta intervenção aquando das reuniões efetuadas no SPSM, nas quais participavam o diretor de serviço, outros médicos psiquiatras, assistentes sociais e os EEESMP responsáveis pelas diferentes áreas de intervenção do SPSM. Nestas reuniões foram discutidos e analisados os casos dos utentes internados, com ênfase a casos complexos e casos que necessitam de que um plano de alta mais aprofundado.

Um exemplo prático fora o caso de uma utente de 28 anos que foi internada após um surto psicótico caracterizado por alucinações auditivas e delírios persecutórios. Ela expressou fortes reservas contra o internamento e adesão ao regime medicamentoso, colocando a equipa diante de um dilema ético entre respeitar a autonomia da utente e necessidade de garantir sua segurança e bem-estar. Durante uma reunião de equipa multidisciplinar, cada membro contribui com sua perspetiva, refletindo sobre as implicações éticas, clínicas e legais da situação. A EO apresentou as avaliações de resposta da utente ao plano de cuidados até o momento, incluindo sua interação com a equipa de enfermagem e a sua participação nas atividades terapêuticas. Também foram sugeridas estratégias para melhorar a comunicação, respeitando seus valores e preferências, enquanto se discutia as possíveis consequências da sua recusa em tratamentos. Tal atitude demonstrou-se ser a mais adequada naquele momento, tendo em consideração a necessidade de reavaliar futuramente. Estas reflexões demonstram a necessidade de uma prática de tomada de decisão alinhada com princípios éticos, valores e normas deontológicas.

A prática de enfermagem, em conformidade com as medidas éticas e legais, exige dos profissionais uma reflexão aprofundada sobre as implicações de cada intervenção

terapêutica, considerando as vantagens e desvantagens em cada caso específico, essas reflexões eram realizadas em equipa, e reavaliadas assim que possível ou necessário.

Quando surge a necessidade de aplicação de medidas de contenção mecânica, mesmo quando esta é prescrita como atitude terapêutica a implementar, foi avaliado criteriosamente a necessidade de sua aplicação, tal situação é recorrente, uma vez que alguns utentes apresentam comportamentos agressivos e imprevisíveis, colocando a sua segurança e a dos outros em risco. Em algumas circunstâncias e apesar dos esforços em gerir estas situações por meios não restritivos, como a comunicação terapêutica e técnicas assertivas para gestão em crise, não são suficientemente eficazes levando á contenção mecânica, por um tempo o mais breve possível, para garantir a segurança de todos. Quando tal acontecia era feita uma monitorização física, minimizando qualquer desconforto, com revisões periódicas para avaliar a possibilidade de sua retirada, posteriormente, era dado suporte aos utentes de modo a ajudá-lo a processar a experiência e para reforçar estratégias de *coping* que poderiam ajudar a evitar situações semelhantes no futuro. Esta avaliação esteve alinhada com as diretrizes estabelecidas pelo Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no estatuto OE, que dirige que se deve considerar a importância de proporcionar um ambiente o menos restritivo possível ao utente. A decisão de recorrer a métodos como a contenção mecânica deve ser tomada levando em conta não apenas os aspetos clínicos, mas também os direitos e a dignidade do utente, garantindo uma prática de enfermagem que respeite a integridade e a autonomia do utente (Lei n.º 35/2023, - Lei de Saúde Mental, 2023).

Quanto à Competência A2, que envolve garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais considera-se a avaliação dos estudos de caso em todos eles foi considerado importante a manutenção da privacidade e confidencialidade, uma vez que foi sempre obtido um consentimento informado.

No contexto de internamento respeitou-se a autonomia do utente durante a administração de medicamentos ou tratamentos, uma vez que se informou previamente sobre o procedimento a ser efetuado e envolveram-se os utentes nas decisões respeitando a sua capacidade de escolha, de preferências pessoais e capacidade de decisão. A programação

antecipada, a escolha do horário, e a escolha do espaço adequado foi sempre tida em consideração aquando das intervenções, individuais como e em grupo.

Apenas em circunstâncias de internamento involuntário houve necessidade de administrar terapêutica sem consentimento do utente. Aquando dessas situações, foram tidas em consideração as situações em que o utente representava um perigo para si mesmo ou para os outros e era executada um último recurso. Alguns dilemas surgiram, considerando a , beneficência e não maleficência foram discutidos em equipa e levadas em consideração as diretrizes da Nova Lei de Saúde Mental nº35/2023 (Lei n.º 35/2023, - Lei de Saúde Mental, 2023).

A restrição de acesso a telemóveis pessoais no contexto de internamento, embora aplicada universalmente, for a outra situação identificada que levanta questões éticas sob o princípio da justiça, que preconiza igualdade no tratamento e direitos. Este princípio, intrínseco à prática da enfermagem, obriga à equidade na aplicação de regras e ao reconhecimento das necessidades individuais dos utentes. Conforme o Código Deontológico dos Enfermeiros, é imperativo garantir o respeito pela dignidade e direitos dos utentes, incluindo o direito à comunicação e informação. A restrição universal ao acesso aos telemóveis, embora vise manter a segurança e o bem-estar coletivos, pode, por outro lado, não atender às necessidades e direitos individuais de cada utente, especialmente considerando que para alguns, o telemóvel pode ser uma ferramenta essencial para manter o contato com a família e o suporte social (Lei no 156/2015 da Procuradoria – Geral Distrital de Lisboa, 2015).

A solução utilizada passou por uma abordagem individualizada que considerou as circunstâncias específicas de cada utente. Isso verificou-se ao realizar a avaliação criteriosa das razões para permitir ou não o acesso aos telemóveis, encontrando alternativas como a realização de telefonemas por pedido. Dessa forma, pretendeu-se atuar não apenas com o princípio de justiça, mas também com o compromisso ético de promover o bem-estar e respeitar a autonomia e direitos dos utentes.

Dentro do mesmo contexto outro desafio foi encontrado, a gestão e negociação da distribuição de tabaco e isqueiros aos utentes. Esta necessidade advém não apenas de considerações sobre a saúde física e mental dos utentes, mas também de preocupações com a segurança e o bem-estar geral no ambiente hospitalar. A gestão cuidadosa destes itens

implica em equilibrar os direitos individuais com as políticas hospitalares e as normas de segurança. Esta gestão tem um papel crucial ao negociar e estabelecer limites claros, garantindo que as necessidades dos utentes sejam atendidas de forma responsável, enquanto mantêm a segurança do serviço. A fim de fundamentar estas decisões foi considerado o parecer da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica número 07/2023, que orienta os enfermeiros devem promover um ambiente seguro e confortável, permitindo que utentes fumem em áreas designadas e que os cuidados de enfermagem devem prevenir sintomas de abstinência (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2023).

### **1.1.2. Melhoria contínua da qualidade**

A promoção da qualidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada por várias profissões, incluindo a enfermagem. É necessário e justificável que se empreguem todos os esforços para alcançar a excelência nos cuidados de enfermagem, reconhecendo a contribuição vital que o exercício profissional dos enfermeiros tem para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (OE, 2019).

O segundo domínio das competências comuns 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 n.º140/2019, 2019). A justificativa que comprova a aquisição destas competências será aprofundada na segunda parte final deste relatório, referente ao PMQCCE.

Também foram consolidadas estas competências através do investimento em formação contínua como pode ser comprovado com os certificados colocados em anexo referentes a participação no Encontro de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Leiria, na Ação Formativa: Violência ao Longo do Ciclo de Vida: Intervenção das Equipes de Saúde e na Conferência “O impacto dos animais de companhia na saúde mental das pessoas”. Numa vertente mais ativa e aprofundando conhecimento de modo a capacitar outros profissionais promovendo a qualidade, optou-se por proceder a elaboração e aplicação das ações de formação adicionadas em apêndice: “Desconflitar falando”, “Des-Stress Com Mindfulness”,

“Risco de comportamento autoagressivo e suicidário” e “A importância do autocuidado da saúde mental dos Enfermeiros”.

A OE, (2015) no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, refere que sempre que seja fundamental ou solicitado quer a nível da própria instituição ou em parceria com outras, devem ser criadas ou atualizadas normas de procedimentos e dar conhecimento dos mesmos. Refere ainda que o enfermeiro deve manter-se atualizado sobre os programas existentes quer a nível nacional, quer a nível da instituição, e deve incorporar esses conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, assim como tem o dever de divulgar os resultados obtidos e trabalhar no sentido de os melhorar. Na persecução da demonstração desta competência, foram realizadas formações em serviço, em todos os contextos da prática especializada, visando a difusão do conhecimento junto das equipas, assim como a promoção da SM e prevenção da DM dos profissionais, indo ao encontro das diretivas nacionais recomendadas do Programa Nacional Saúde Mental que identifica a necessidade de “aumentar ações no âmbito dos programas de promoção da SM e de prevenção das doenças mentais” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 5).

No contexto comunitário foi pertinente a realização da formação em serviço intitulada "Des stress com *Mindfulness*", realizada em numa USF, esta formação abordou o *stress* dos profissionais de saúde e incluiu uma sessão de relaxamento por *mindfulness*. A formação foi bem recebida pelos profissionais, que deram um *feedback* positivo sobre a relevância do tema e a qualidade da apresentação, em concordância com o que era pretendido, uma vez que tinha sido uma necessidade identificada pela coordenação desta USF, através de um levantamento de necessidades formativas previamente efetuado.

Os participantes revelaram ter conhecimento prévio sobre o *stress* e seus fatores determinantes. A dinâmica de quebra-gelo "2 verdades e 1 mentira" facilitou o desbloqueio da discussão, levando os participantes a refletirem sobre seus níveis de *stress* e estratégias de gestão, com alguns expressando interesse em técnicas de relaxamento como o *mindfulness*, apesar de um certo ceticismo inicial de alguns. A prática de *mindfulness* focada nos sentidos foi bem recebida, especialmente por aqueles que experimentaram pela primeira vez. A participação ativa indicou um forte desejo dos participantes de entender melhor os fatores de *stress* e seus impactos, com uma disposição para explorar estratégias

peçoais de gestão. Contudo, notou-se a necessidade de fomentar mais o trabalho em equipe para a gestão do stress. A sessão, considerada positiva, encerrou com sugestões para mais encontros futuros e um *feedback* construtivo por meio de um questionário respondido quase todos os participantes, outras temáticas sugeridas foram: autocuidado, comunicação assertiva, gestão de emoções, gestão de tempo e trabalho em equipe (Apêndice I).

Também na UCC, fora identificado por parte da coordenadora desta unidade, por observação direta de sinais de descontentamento e através da comunicação negativa entre alguns membros da equipe, a necessidade de aprofundar conhecimentos no âmbito da gestão de conflitos. Indo de encontro com esta necessidade efetuou-se uma formação em serviço designada "Des-conflituar falando". O conflito é visto como um fenómeno inevitável resultante das relações entre indivíduos de grupos diferentes ou no mesmo grupo, entre diferentes níveis numa instituição ou entre organizações (Parreira et al., 2013).

Esta atividade formativa teve como objetivo o desenvolvimento de habilidades para a gestão eficaz de conflitos, com foco em comunicação assertiva, negociação, mediação e resolução criativa de problemas. Baseando-se na ideia de que os conflitos são parte integrante do crescimento e desenvolvimento humano e organizacional, a formação destacou a importância de uma gestão construtiva de conflitos em prol de uma gestão adequada. A sessão incluiu uma apresentação teórica e um debate interativo, onde os participantes compartilharam experiências práticas de gestão de conflitos e discutiram estratégias de resolução. Todos os participantes deram o seu contributo, com exemplos de conflitos que se geram no seu dia-a-dia. Como por exemplo, duas alunas da especialidade que se encontravam a realizar estágio na UCC e que exerciam funções no serviço de urgência, descreveram alguns conflitos frequentes "quantos dias é que fazes triagem por semana, é mais fácil estar sentado do que andar a correr" (sic) , e toda a equipe deu sugestões de possíveis estratégias de resolução, o que foi positivo. Um exemplo adequado dado, fora o de agendar uma reunião com a coordenação da equipa e discutir esse descontentamento e expressar emoções face a essa situação. Na sessão estiveram presentes nove profissionais, das quais oito fizeram avaliação da sessão através que um questionário de avaliação (Apêndice II).

No contexto de internamento, logo no início do EC fora identificada uma necessidade formativa com base na pertinência de abordar um procedimento recentemente implementado, sobre a atuação perante doentes com risco de comportamento autoagressivo e suicidário - mapa de revisões de Carvalho & Semeão, (2023) atuando como agente multiplicador de conhecimento e correlacionando o mesmo, com o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem publicado pela OE e da autoria de Sampaio, et al. (2023) gerando uma formação intitulada "Risco de Comportamento Autoagressivo e Suicidário". Esta foi direcionada para a equipa de enfermagem e focou-se em sensibilizar para a temática de comportamentos autoagressivos e suicidários, e suas intervenções, tanto na vertente generalista como especializada de intervenção. A avaliação da sessão foi baseada em métodos quantitativos e qualitativos, envolvendo uma dinâmica interativa utilizando aplicativo *Mentimeter*<sup>®</sup> e a discussão de estratégias de intervenção baseadas em evidências científicas. Foi uma formação com muitos participantes incubando algumas pessoas em formato remoto através do aplicativo *Teams*<sup>®</sup>. O *feedback* dos participantes foi positivo, destacando a importância do tema e a eficácia da formação (Apêndice III).

No contexto de respostas diferenciadas, após a aplicação de um questionário de levantamento de necessidades formativas, direcionou-se para componente formativa focada na promoção da SM dos enfermeiros com uma formação intitulada "A importância do autocuidado da saúde mental dos Enfermeiros". É notório que o bem-estar e a SM dos enfermeiros são cruciais para a prestação de cuidados de alta qualidade. Tal é comprovado por cometários dos utentes sobre a disposição e a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, podendo ser um indicador do bem estar destes profissionais. Ao focar no autocuidado, a formação abordou como o bem-estar dos enfermeiros influência diretamente a qualidade dos cuidados de saúde que eles oferecem (Linton & Koonmen, 2020).

No intuito de avaliar a promover um *feedback* construtivo a estes enfermeiros, foi oportuno a aplicação do questionário de saúde mental positiva de Sequeira et al. (2014) , oferecendo uma oportunidade para uma avaliação introspectiva e compreensão mais aprofundada do estado mental, reforçando ainda mais a mensagem sobre a relevância do autocuidado na

prática profissional e foi preenchido com satisfação. Resultados de obtidos foram com pontuação de :152,136 e 126 sendo um nível alto de saúde mental positiva. (Apêndice IV)

### **1.1.3. Gestão dos cuidados**

Atualmente, o domínio da gestão na área de saúde é extremamente relevante, considerando o contexto económico, social e político atual, bem como os custos associados aos cuidados de saúde. Neste cenário, os enfermeiros, e particularmente os Enfermeiros especialistas, desempenham um papel crucial devido às suas competências avançadas em gestão. Essa importância advém do fato de que é importante adequar os recursos às necessidades de cuidados, de acordo com a situação e o contexto, com um estilo de liderança que garanta igualmente a sua qualidade (Regulamento n.º140/2019, 2019).

Sendo que as EO dos três EC eram Enfermeiras Especialistas, foi possível colaborar nas tomadas de decisão das equipas de saúde, em que elas puderam intervir.

Durante o EC, que ocorreu no contexto de respostas diferenciadas, a EO acumulava as suas funções com funções de gestão na unidade, fora visível, por vezes alguma dificuldade e posteriormente resolução de problemas relacionados com falta de enfermeiros para assegurar escalas, associados a incapacidades temporárias para o trabalho ou gestão de *stocks* de materiais que eventualmente eram delegadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Esta experiência proporcionou um aprofundar nas capacidades de gestão e liderança. A delegação, sendo que como descrito no REPE art 10º “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem” (OE, 2015, pp104).

Portanto, cabe a estes profissionais as responsabilidades de gestão e a delegação das respetivas tarefas. Através colaboração, foi possível apreciar e compreender a importância de diversas atividades fundamentais, como a gestão eficiente de materiais clínicos e medicamentos, a verificação e manutenção da operacionalidade dos equipamentos, a resolução de conflitos internos e a organização e distribuição adequada dos membros da equipe de enfermagem entre locais e de acordo com horários adequados. Esta gestão fora

efetuada com o auxílio de ferramentas de gestão, uma vez que estas são necessárias para analisar fatos e auxiliar na tomada de decisão (Galdino et al., 2016).

No contexto hospitalar, não foi evidente que o cálculo adequado de dotação de enfermeiros fosse aplicado, apenas o combate dessa necessidade com um reforço temporário de profissionais por meio de turnos extras solicitados, e que normalmente era preenchida essa lacuna. Quando essas necessidades não eram preenchidas, era evidente o descontentamento dos profissionais pelos seus comentários, assim como algumas reações dos utentes por dificuldade em serem ouvidos atempadamente. Quando essa necessidade não era colmatada surgia a necessidade de priorizar cuidados e realizar registos no fim do turno de modo a garantir a substituição presencial nos cuidados aos utentes. As alocações apropriadas de enfermeiros, juntamente com o seu nível de competência e qualificação, representam elementos cruciais na busca pela garantia de padrões de segurança e qualidade nos cuidados de saúde oferecidos à população e para o eficaz funcionamento da instituição de saúde. Para alcançar esse objetivo, é essencial empregar abordagens e critérios que possibilitem ajustar os recursos humanos de acordo com as verdadeiras exigências de cuidados, garantindo assim uma resposta mais eficiente e eficaz às necessidades da comunidade (Regulamento n.º533/2014, 2014).

#### **1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O enfermeiro especialista desenvolve capacidade de autoconhecimento e assertividade cruciais para sua prática. Isso inclui reconhecer sua influência pessoal nas relações terapêuticas e multidisciplinares, gerir características pessoais, identificar limites e recursos, e otimizar a adaptação individual e organizacional. Além disso, demonstra a capacidade de alinhar perceções, gerir emoções, lidar com pressão, antecipar conflitos e aplicar técnicas eficazes de resolução. Essas competências são fundamentais para promover uma prática de enfermagem eficiente e centrada no utente (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Assim, foi fundamental para o desenvolvimento da aprendizagem profissional especializada, conjugar a formação formal obtida neste mestrado com todos os anos de experiência profissional anterior e conseguir adaptar a prática em função dessa formação, atendendo aos resultados mais apropriados.

Foram identificadas algumas oportunidades para o aprofundar de conhecimentos, como fora referido anteriormente, á data do EC a ser realizado na UCC, surgiu a oportunidade de frequentar o Encontro de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Leiria. Este encontro abordou temas pertinentes e alguns que desconhecia. Numa comunicação livre foi divulgada uma patologia que tem vindo a aumentar a sua prevalência em Portugal: “Síndrome de Dhat” esta envolve a preocupação do indivíduo de que a perda de sémen seja responsável pela perda de energia vital e, conseqüentemente, pela doença. É altamente prevalente não somente na Índia, mas também nos seus países vizinhos: Paquistão, Nepal, Birmânia (Mianmar), Sri Lanka, dentre outros (Antunes, 2020) (Anexo I).

Esta oportunidade formativa suscitou interesse, visto que, atualmente, Portugal regista um significativo influxo migratório proveniente destes países. Assim, revela-se crucial a aquisição de conhecimentos sobre patologias potencialmente associadas a contextos culturais deferentes dos já conhecidos.

Outra oportunidade surgiu neste contexto, incluída dentro do plano de formações da UCC, participar numa ação de formação organizada pelo Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal litoral, mais especificamente, pelo Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e Equipas de Prevenção da Violência em Adultos, intitulada “Violência ao longo do ciclo de vida: intervenção das equipas de saúde” (Anexo II). Foi realizado o enquadramento desta ação de saúde contra a violência ao longo do ciclo de vida e o seu enquadramento legal também foi muito aprofundado. Numa segunda, parte, em conjunto com outros profissionais de áreas diferenciadas como a segurança pública e a associação “Mulher século XII”, foram analisados casos práticos e discutidos os processos de possíveis resoluções, e foi refletida a intervenção do EEESMP nesta problemática por poderem participar neste contexto, ao identificar e criar de um ambiente de suporte holístico para as vítimas de violência de gênero. Através do desenvolvimento de programas psicoeducacionais, podem fornecer as ferramentas necessárias para o empoderamento e a recuperação emocional das vítimas. Além disso, seria adequado participar em campanhas de sensibilização e formar outros profissionais, de modo a ter mais eficácia nos serviços oferecidos, contribuindo significativamente para o bem-estar e recuperação das vítimas, indo de encontro ao que são os objetivos desta associação (Mulher século XXI, 2018).

Posteriormente houve oportunidade de aplicar estes conhecimentos adquiridos aquando de uma sessão de rastreios no Dia Mundial do Coração realizado na extensão do Centro de Saúde da área da UCC. A abordagem efetuada para a adesão dos utentes, foi realizada com recurso à Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar de Monteiro et al. (2005), e terminava com a entrega de um panfleto elucidativo para promoção da SM. Houve oportunidade de realizar rastreio a cinco utentes que demonstram disponibilidade e interesse em participar. Aquando da intervenção com uma destas utentes foi estabelecida uma relação que promoveu à vontade para partilhar a sua história de vida, revelando algumas dificuldades e preocupações em relação ao futuro. Durante a interação, foram identificados possíveis sinais de maus-tratos/violência doméstica e sobrecarga desta como cuidadora. Com base nas informações transmitidas, ficou evidente a necessidade de apoio, levando à identificação de alguns fatores de risco e a compreender melhor a sua história. A informação foi recolhida com o consentimento verbal da utente, que concordou em ser encaminhada e demonstrou disponibilidade para um contato futuro. Este caso identificado, foi discutido em equipa multidisciplinar e foi direcionado para a Associação de Desenvolvimento e Apoio às Mulheres “mulher séc. XX” (Apêndice V).

Ainda na aquisição desta competência, associado ao Dia Mundial da Saúde Mental, surgiu a oportunidade de frequentar a conferência com o tema : “O impacto dos animais de companhia na saúde mental das pessoas”. Integrar os animais na prestação de cuidados de enfermagem pode tornar-se uma técnica muito pertinente em determinados contextos e de acordo com as preferências e benefícios para os utentes. Foram evidentes, discutidos e comprovados os benefícios emocionais e psicológicos de ter animais de estimação, incluindo a redução do *stress*, solidão e ansiedade. A Terapia Assistida por Animais revela-se vantajosa para facilitar a socialização, apoiar a psicoterapia, oferecer cuidados a idosos e utentes com necessidades especiais. O envolvimento com os animais proporciona uma melhoria na qualidade de vida, estabelecendo conexões afetivas e emocionais que promovem a autoestima e relacionamentos saudáveis. Além disso, estimula a participação em atividades físicas e incentivando a mobilidade (Oliva et al., 2010)(Anexo III).

Este aprofundar de conhecimentos sobre os benefícios de interação com animais, despertou uma perspetiva mais holística de cuidados e a possibilidade de incorporar ou sugerir práticas

não farmacológicas com auxílio de animais no plano de cuidados dos utentes. Este conhecimento ajuda a fundamentar esta ideia de defender e promover programas que integrem animais de companhia na prestação de cuidados, especialmente em populações vulneráveis como idosos e pessoas com necessidades especiais.

No seguimento da reunião da equipa multidisciplinar no SPSM, tornou-se oportuno assistir a uma ação de formação organizada por uma interna de medicina da formação específica em Psiquiatria e Saúde Mental que abordava o tema “ A saúde mental dos adolescentes e interferência dos ecrãs”. Dos telemóveis às televisões, a panóplia de ecrãs que as crianças e adolescentes estão a consumir, por longas horas, é motivo de preocupação. A relação entre o "tempo de exposição às telas" e a SM tem sido associada a uma série de condições, incluindo sintomas depressivos, ansiedade, transtorno de hiperatividade e défice de atenção, e baixa autoestima. Entre essas condições, os sintomas depressivos parecem apresentar uma relação mais forte com a exposição (Rafael et al., 2020).

Os aplicativos informáticos utilizados no SPSM e na UCC já eram conhecidos (SClínico®, GHAF® e ModuLab®), apesar do SClínico® ser utilizado de forma adaptada na UCC. Enquanto no internamento se desenvolve todo o processo de enfermagem para cada doente com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), na UCC por vezes são criados grupos de intervenção com planos de cuidados que englobam o foco do grupo. No CRI é utilizado maioritariamente o campo “Notas Gerais/Diário de Enfermagem” usando texto descritivo, impossibilitando posteriormente a obtenção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, não permitindo a normalização e sistematização da informação (Ministério da Saúde, 2024). Foi possível perceber que a equipa tem noção desta limitação, bem como das suas consequências, uma vez que demonstravam desagrado na sua utilização.

## 1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA

O EEESMP entende os processos de sofrimento, alteração e DM da pessoa, bem como as consequências para o seu projeto de vida. Este profissional também avalia o potencial de recuperação do utente e como sua SM é influenciada por fatores contextuais (Regulamento n.º140/2019, 2019) .

Este profissional tem como responsabilidade promover a SM, prevenir a DM, colaborar no tratamento e na reabilitação psicossocial do utente e das suas famílias. O objetivo é ajudar as pessoas e grupos a adaptarem-se aos processos de transição, melhorando a sua qualidade de vida. Utilizando conhecimentos técnicos e científicos, mas especialmente humanos, o EEESMP esforça-se para proporcionar experiências enriquecedoras e fortalecedoras durante o processo terapêutico, promovendo uma melhor relação dos pacientes consigo mesmo e com os outros (Regulamento n.º 140/140, 2019).

De seguida será realizada uma análise crítico-reflexiva, relacionando as quatro Competências Específicas do EEESMP, definidas pela OE, com as experiências vivenciadas em EC.

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

No decorrer do EC na UCC, surgiram situações particulares que suscitaram bastante reflexão potenciando o desenvolvimento e o autoconhecimento. Exemplo disso fora uma que teve lugar numa sessão de rastreios no Dia Mundial do Coração, já anteriormente mencionada. Ao estabelecer relação com uma utente, esta verbalizou ter tentado cometer suicídio quatro vezes e apresentou intensa labilidade emocional, explicando que “a vida se torna por vezes muito difícil de aguentar” (sic).

Foram vivenciados momentos de alguma adversidade e angústia, estando apenas na segunda semana de estágio. A entrevista foi interrompida e foi feita a sugestão de que poderíamos sair da sala, se assim entendesse. No entanto, o que ela mais precisava naquele momento era de apoio e de ventilar emoções. Foi o que foi feito, através da escuta ativa, pois a partilha de um problema por si só, pode constituir o caráter terapêutico da escuta ativa (Sequeira & Sampaio, 2020). Seguidamente, a utente transmitiu que estava a ser acompanhada devidamente, tanto a nível familiar como a nível profissional há muitos anos. Transmitiu tranquilidade pela sua postura e referiu que no momento não estava a necessitar de mais nenhum tipo de acompanhamento, estava preocupada com o seu valor de colesterol e pretendia realizar o rastreio. Foram-lhe esclarecidas as opções disponíveis na UCC, e foi-lhe reforçada a disponibilidade. Analisando à *posteriori*, a forma de agir foi adequada, embora o inesperado e o medo de falhar acarretaram dificuldades na gestão de

emoções. Estas emoções sentidas, como ansiedade e insegurança, e impasses descritos, salientam a necessidade de aperfeiçoar as habilidades de comunicacionais, a empatia e um compromisso com o desenvolvimento profissional contínuo.

No decorrer do EC realizado no SSMP, surgiram situações particulares que suscitaram bastante reflexão potenciando o autoconhecimento e o desenvolvimento autoconhecimento. A primeira teve lugar aquando da primeira intervenção de grupo. Foi evidente a sensação de desconforto pelo facto não existir prática de falar em público, o desconforto na exposição e ser um momento de avaliação, no quais a EO que optava por uma postura um pouco intimidante. Outro fator, foi o de estar em contato com utentes que poderiam apresentar alguma instabilidade de comportamento, e existirem algumas dúvidas quanto à aptidão para a gestão intercorrências que poderiam surgir. De modo a colmatar esta dificuldade já conhecida, optou-se por expor esta dificuldade à EO, o que levou à sua superação. Também se optou por uma adequada gestão do tempo, de modo a pesquisar e organizar o conteúdo e rever previamente. Antes e durante da apresentação, foram realizados exercícios de respiração profunda o que facilitou a redução da ansiedade e aumentou a capacidade de concentração e também se verificou importante a contacto prévio com o grupo antes da sessão, o permite desde o início adaptar a linguagem e estabelecer maior empatia e adesão, aumentando consequentemente a auto- confiança na abordagem utilizada (Sequeira & Sampaio, 2020).

Também neste contexto, tornou-se desafiador a intervenção com um jovem de nacionalidade inglesa prestes a ser transferido para um estabelecimento prisional após o internamento por um "surto psicótico" e a confissão de um homicídio sob efeito de estupefacientes. Demonstrando empatia e considerando a barreira linguística, a intervenção foi adaptada para atender às necessidades únicas do utente tendo em conta as suas crenças e valores individuais Apesar de estar consciente de que os seus atos poderiam interferir com a abordagem mais adequada, foi um desafio. Decidiu-se informar o enfermeiro responsável pelo utente de que estas dificuldades foram identificadas e que teria a capacidade de ajudar e intervir. Descreveu-se que pretendia esclarecer as suas dúvidas e realizar uma escuta ativa, o que se revelou adequado, visto que fui posteriormente contactado pelo enfermeiro e dado reforço positivo pela intervenção efetuada. Nesta intervenção breve também foram

identificados fatores de risco de ideação suicida e a abordagem, também se direcionou na prevenção do suicídio, integração social no contexto prisional, apoio familiar, gestão de emoções e promoção da esperança, alinha-se com os princípios de garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. O suicídio é frequentemente a causa mais comum de morte em ambientes prisionais, portanto, a prestação de serviços adequados de prevenção e intervenção ao risco de suicídio é benéfica tanto para os prisioneiros como para a instituição onde os serviços são oferecidos (World Health Organization, 2000).

No contexto de respostas diferenciadas, foi possível conhecer a realidade dum estabelecimento prisional. Esta foi, sem dúvida, uma experiência marcante e reveladora, que acarretou um misto de ansiedade e responsabilidade. Através do acompanhamento da assistente social, que já possui familiaridade com o ambiente e com os utentes que são acompanhados pelo CRI, foram descritos os casos, mas enfrentá-los na realidade da prisão era algo diferente. Enquanto futura EEESMP, a abordagem adotada foi no intuito de complementar a promoção da SM dos utentes. Os três utentes com quem contactamos estavam abertos ao diálogo, ansiosos por um ouvido atento e compreensivo. Foi perceptível que as intervenções têm de ser adaptadas não apenas às necessidades individuais, mas também ao ambiente prisional. A segurança, a rotina rígida, e as limitações impostas pelo sistema prisional moldam a realidade desses utentes. As estratégias terapêuticas precisavam de ser flexíveis, criativas e, acima de tudo humanizadas. O diálogo com os utentes revelou a importância de ouvir ativamente, de oferecer um espaço seguro para expressarem seus pensamentos e emoções (Criss & John, 2023).

As terapias de substituição utilizando metadona desempenham um papel significativo na promoção da saúde e no bem-estar dos reclusos, além de contribuírem para um ambiente mais estável no contexto prisional. Para muitos detidos, essa abordagem também oferece oportunidades para tornar o período de cumprimento da pena mais produtivo, facilitando o investimento em sua formação acadêmica ou profissional (Fernandes & Silva, 2009).

Estas aprendizagens revelaram-se relevantes em termos de autoconhecimento para práticas futuras e comprovativas de que é na prática e através das experiências que surgem as melhores oportunidades de autoanálise e reflexão.

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

Ao longo de todos os EC foram acompanhadas pessoas, famílias e grupos comunitários, intervindo na perspetiva quer da promoção da saúde, quer da prevenção da doença, mas também do tratamento e reintegração dessas pessoas.

Em contexto de UCC, para além das intervenções individuais anteriormente referidas implementou-se um programa de intervenção “Gestando Saúde Mental” assente na psicoeducação para prevenção e diminuição dos níveis de ansiedade, relacionadas com a gravidez e o nascimento do filho em grávidas e casais grávidos. Isto vai de encontro com as orientações relativas às boas práticas para a intervenção promotora da LSM no período perinatal, que enfatiza a necessidade de intervenção precoce em promover a LSM e sensibilização para as questões de prevenção da DM no período perinatal (Sampaio, et al., 2023). A primeira sessão visou a apresentação das futuras sessões e estimular a adesão. A segunda teve como objetivo promover a identificação perturbações mentais perinatais mais frequentes e suas características, abordar o estigma em torno das alterações emocionais, identificar fatores de risco e protetores para o desenvolvimento de depressão e ensinar sobre sinais e sintomas de depressão. Na terceira sessão, foi uma intervenção psicoeducativa e comportamental com foco na ansiedade, sintomas e estratégias de gestão de ansiedade, identificar vantagens das técnicas de relaxamento no controlo da ansiedade e treino de auto relaxamento, proporcionando uma experiência de relaxamento por *mindfulness* (Apêndice VI).

Apenas compareceram para a sessão uma grávida e um casal gravídico. Devido a isso surgiu alguma desmotivação, mas importou perceber se a falta de adesão terá sido por fatores externos à intervenção, uma vez que o primeiro contacto estabelecido com este grupo, fora feito no intuito de promover a adesão. Esta falta de adesão fora provavelmente devida ao estigma relacionado com a DM, uma vez que o estigma ligado à combinação de doença psiquiátrica e maternidade, juntamente com crenças culturais e a insuficiência de suporte em SM, pode comprometer a busca por cuidados especializados durante o período perinatal (Sampaio, et al., 2023).

As grávidas que compareceram, através do *feedback* dado durante as sessões demonstraram níveis moderados de LSM. Através do questionário de avaliação final do programa, concluiu-se que as estratégias de autocontrolo de ansiedade foram compreendidas e assimiladas. Para otimizar a adesão nestas situações, reflete-se que será adequado a implementação de uma estratégia orientada para o incremento da LSM desde a primeira interação estabelecida com o grupo.

No SPSM foi aplicado um programa de intervenção em grupo, adaptado e reformulado de acordo com os utentes internados. Os utentes admitidos no SPSM encontram-se em situação de crise e são internados de forma voluntária ou involuntária, de acordo com o estabelecido na Lei n.º 35/2023, a Lei de Saúde Mental em vigor em Portugal (Lei n.º 35/2023, Lei de Saúde Mental, 2023). A admissão no serviço ocorre, em sua maioria, a partir do serviço de urgência ou por encaminhamento da consulta externa, podendo também resultar de transferências de outras unidades ou serviços. Essa diversidade implica uma ampla gama de necessidades em cada tipo de utente exigindo um programa flexível, tendo em conta as necessidades individuais e coletivas no momento, assim como a instabilidade de comportamento que alguns utentes podem apresentar devido à sua condição de crise. As experiências variaram, tanto em termos de temáticas abordadas como na habilidade de improvisação e adaptação. No entanto, as competências anteriormente adquiridas e desenvolvidas foram fatores facilitadores de todo o processo. Houve uma progressão gradual de desempenho e, de acordo com o *feedback* recebido, observou-se uma evolução positiva. Considerando que as sessões foram maioritariamente implementadas a um grande número de utentes em simultâneo, tendo alguns deles com alguma instabilidade de comportamento, optou-se por utilizar uma linguagem simples, clara e objetiva, fazendo uso principalmente de técnicas de comunicação verbal, tais como, reformulação, questionamento, esclarecimento, expressão de empatia, validação, resumo, exploração e *feedback*, a fim de assegurar a eficácia da intervenção. Também se teve em conta que a atitude adequada é pautada pela neutralidade, sem julgamento, mantendo fora ideia estigmatizantes, despojada de preconceções. Foram utilizadas numa atitude essencialmente não intrusiva (Leal & Ribeiro, 2021) (Apêndice VII).

A empatia surge como um elemento crítico, sobretudo neste ambiente, visto que promove uma atmosfera de segurança e acolhimento. Nesse contexto, os utentes percebem-se como compreendidos e valorizados, uma condição essencial para fomentar a participação efetiva nas sessões de intervenção grupal. Isso se torna especialmente pertinente para aqueles que, devido à sua situação de SM, podem vivenciar níveis elevados de vulnerabilidade ou desconfiança. Esta abordagem empática é fundamental para quebrar barreiras e estabelecer relação com os utentes de maneira auxiliar no seu processo de recuperação (Albuquerque, 2021).

Verificou-se que este programa de intervenção em grupo contribui para o empoderamento dos utentes fornecendo-lhes ferramentas de gestão da sua SM, o que é incrivelmente gratificante. No entanto, é essencial reconhecer que esse processo foi emocionalmente desafiador. Enfrentar os desafios associados à DM e ao comportamento dos utentes é um processo desafiante que permitiu o crescimento e desenvolvimento de resiliência, uma vez que cada situação desafiante contribui para adquirir capacidades para resolver as seguintes. O experienciar impasses terapêuticos, tornou importante essa reflexão, por exemplo o excluir ou incluir determinados elementos do grupo, tendo em consideração as suas capacidades de participar ou interferir com a eficácia da intervenção. Foram identificados impasses terapêuticos em alguns utentes, como a resistência como a demonstrações de desinteresse aos temas que estavam a ser abordados. Noutras circunstâncias houve utentes que demonstravam uma tendência exagerada de querer ajudar os demais membros do grupo, adotavam de atitudes inapropriadas ou impulsivas, como a realização de comentários ou gestos que ofendam outros participantes e a utilização do espaço do grupo principalmente para fins de socialização (Sampaio, et al., 2023).

No contexto de respostas diferenciadas a observação e reflexão sobre a sessão "Eu e os Outros" revelaram-se cruciais para entender a importância da prevenção no comportamento de risco associado às adições. Esta fase inicial sublinhou a necessidade de fomentar a participação ativa de adolescentes em discussões sobre tópicos desafiantes, proporcionando um espaço seguro para o diálogo e reflexão crítica (Melo et al., 2016). É pertinente implementar estratégias que respondam às características específicas deste grupo etário, reconhecendo-o não apenas como um período desafiador e repleto de mudanças, mas

também como um momento propício para prevenir comportamentos de risco e promover hábitos saudáveis (Instituto Português do Desporto e Juventude, sem data) (Apêndice VIII).

Também neste contexto, na sessão grupal realizada com alunos no âmbito do programa “Cuida-te +”, foi elaborada uma ficha técnica previamente à sessão, seguida de uma avaliação pós intervenção. A gestão eficaz de tempo e a capacidade de ajustar dinâmicas foram determinantes para o sucesso da intervenção. A variabilidade na receptividade dos alunos indicou um interesse autêntico no conteúdo abordado, particularmente em comportamentos aditivos e relações emocionais tóxicas, uma vez que participaram ativamente durante a sessão. A adoção de métodos para promover a participação anónima facilitou a abordagem de temas sensíveis, permitindo uma discussão mais franca e aberta. No 1º grupo: participaram 17 alunos, iniciou-se com a apresentação do programa e dos seus intervenientes como estava programado. Devido à necessidade de gestão de tempo foi necessário substituir a dinâmica de apresentação/quebra-gelo: “O Seu Lugar no Automóvel” por uma dinâmica mais curta, optando-se por conduzir a apresentação dos alunos através duma apresentação em pares em que cada um apresentava o outro evidenciando duas características positivas do outro. Também foi feita a apresentação dos dinamizadores com o mesmo método que aumentou o nível de interação e participação dos alunos. Os alunos demonstraram interesse os temas abordados, mas falta de abertura para falar dos temas, no entanto houve participação ativa durante toda a sessão. As suas perguntas e contribuições evidenciaram interesse e envolvimento com o conteúdo apresentado.

O tema das relações aditivas/toxicas surgiu em diversas questões, levando à necessidade de abordar e discutir esta temática. Foi essencial descrever uma relação emocional saudável, realçando a importância de ter consciência das próprias emoções e das dinâmicas emocionais presentes nas relações para promover um ambiente emocionalmente saudável e equilibrado (Goleman, 2012). Em seguida, foram identificados comportamentos que podem indicar uma relação emocional aditiva. Foi evidente que alguns alunos demonstraram falta de compreensão, ao referirem “acho normal mexer no telemóvel do outro sem pedir!” (sic).

No 2º grupo: participaram suas turmas num total de 34 alunos. Nesta sessão, como já fora referido foi desafiador gerir o tempo de maneira eficaz. Inicialmente, o programa e seus intervenientes foram apresentados conforme planejado. Contudo, novamente não foi

possível realizar as dinâmicas de apresentação e quebra-gelo, o que levou a que alguns dos alunos não se mostrassem tão participativos. A adoção de métodos para promover a participação anónima facilitou a abordagem de temas sensíveis, permitindo uma discussão mais franca e aberta com a técnica “coloca aqui a tuas dúvidas” mostrou-se novamente adequando para este tipo de intervenção visto que ao colocarem as perguntas de forma anónima, desbloqueia alguns assuntos que são estigmatizados e causam desconforto ao serem abordados. Ao questionarem “o álcool é uma droga?” (sic). levou a desconstrução do alcoolismo e deste tipo de dependência (Apêndice IX).

Estas atividades são exemplos concretos da assistência a pessoas e grupos envolvendo a realização de uma avaliação integrativa das necessidades, assim como a coordenação e execução de iniciativas destinadas à promoção e salvaguarda da SM.

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

Em cada EC, foi possível acompanhar indivíduos em variadas fases do ciclo de vida, enfrentando distintos problemas humanos e provenientes de diversos contextos culturais, sociais e económicos, assim como, vários processos de transição. Também foram efetuadas reflexão sobre estudos de caso que descrevem esse acompanhamento, incluindo o plano de cuidados. Durante a elaboração destes estudos de caso, foram seguidas as quatro fases do processo interpessoal de Peplau: fase de orientação – colheita de dados e compreensão do problema; fase de identificação – exploração de sentimentos e identificação dos diagnósticos de enfermagem; fase de exploração – objetivos e intervenções de enfermagem; e fase de resolução - de forma conjunta e cooperativa, se satisfazem as necessidades da pessoa e se completa a avaliação das intervenções (Bittencourt et al., 2018).

Diversos instrumentos foram utilizados ao longo destes estudos, sendo o exame do estado mental realizado em todas as avaliações. No entanto, ficou evidente que este por si só não é suficiente para a correta identificação dos diagnósticos. É fundamental reconhecer que tal exame é apenas um dos componentes de uma análise mais ampla, cuja finalidade é obter

uma compreensão abrangente das necessidades e problemas do utente (Mesa do Colégios da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2017).

Os diagnósticos de enfermagem de SM identificados foram muito variados desde: recuperação dos comportamentos aditivos, socialização comprometida, alteração de percepção sobre forma de delírio, ansiedade presente, gestão do regime terapêutico comprometido autocontrole comprometido, entre outros. Em alguns casos identificava-se recorrência de problemas, nos outros surgiam novos problemas ao longo do processo interventivo, havendo sempre necessidade de adaptar os planos de cuidados de acordo com as necessidades identificadas.

Na UCC, a utente em estudo foi encaminhada para a consulta de ESMP, pela enfermeira responsável pelo curso de preparação para o parto existente na UCC. Fora a utente em que existiram menos oportunidades de desenvolver o estudo, visto que ela só compareceu em duas das consultas programadas (Apêndice X).

A abordagem centrada na utente, utilizando técnicas como a entrevista semiestruturada, o genograma e o ecomapa, reflete as práticas recomendadas por Peplau e o Modelo de Tidal, promovendo cuidados individualizados e alinhados com as necessidades e o contexto e meio em que a utente está integrada (Sequeira & Sampaio, 2020).

Foi dado ênfase a escuta ativa e na construção de uma relação de ajuda, promoção de autoestima, ensino sobre depressão incluindo determinantes e fatores de proteção, e apoio na melhoria do sono e suporte familiar, tendo sempre em conta a importância da comunicação efetiva e do estabelecimento de um ambiente de confiança, essenciais na intervenção do EEESMP (Pereira & Botelho, 2014).

A obtenção do consentimento informado ressalta do compromisso com a ética e a autonomia da utente, enquanto a utilização de instrumentos de avaliação quantitativa, como a Escala de Autoestima de Rosenberg e o Inventário de Ansiedade de Beck, complementados por avaliações qualitativas, facilitaram uma visão holística da SM da utente facilitando a identificação dos diagnósticos de enfermagem. A inclusão de intervenções familiares nesta problemática tao complexa seria crucial, especialmente considerando o impacto das relações familiares na SM das mulheres com condições como depressão pós-parto (Arrais & Araújo, 2017).

Durante o estágio no SPSM, foi importante reconhecer que a recuperação da SM nem sempre significa a eliminação do diagnóstico inicial. Esta reflexão, apoiada pelo modelo de *Recovery*, sugere que mesmo aspetos como delírios persistentes podem não necessariamente interferir nas funções diárias, se forem compatíveis com a vida em sociedade. Inicialmente, foi evidente uma luta interna entre a necessidade de eliminar esses delírios e foi necessária a compreensão de que, para algumas pessoas, tais crenças, embora enraizadas, não implicam disfuncionalidade. Assim, se o delírio persistir, mas for compatível com a convivência social, uma adaptação adequada ao meio em que a pessoa está inserida pode ser viável (Oliveira et al., 2021).

Dentro desta abordagem foi elaborado um estudo de caso e implementado um programa de intervenção individual intitulado "Individualmente", focado na recuperação da SM através de uma série de sessões programadas que incluem a construção de relações terapêuticas, avaliação e identificação de diagnósticos de enfermagem, adesão ao regime terapêutico, e promoção do autoconhecimento e mudança comportamental. Em cada sessão foram utilizadas técnicas com estratégias interativas, como entrevistas semiestruturadas, aplicação de instrumentos de avaliação, intervenções psicoterapêuticas, e exercícios de relaxamento, visando abordar o estigma na DM, ansiedade e comportamentos desajustados. Nas duas primeiras sessões foi evidente que o pensamento distorcido se mantinha. Existia alguma inquietação e delírios de grandeza, sente-se triste por “faltar a sessão fotográfica que estava programada, para iniciar a sua carreira” (sic), sendo notório a presença de delírio que se caracteriza por alteração do conteúdo do pensamento ou seja a existências por crenças fixas inabaláveis e pensamento organizado manifestada pelo discurso incompatível com a realidade (Gonzalez & Nunes, 2022).

Posteriormente refletiu-se que a abordagem que se estava a utilizar teria de ser complementada, optando-se por adaptar as intervenções com base na modificação de comportamentos, quando já existiam critérios como a capacidade cognitiva para entender as tarefas inerentes ao processo de mudança comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020).

As sessões finais foram programadas em colaboração com o utente, focando os problemas identificados. Infelizmente, não foi possível implementá-las devido à alta inesperada no dia seguinte após esta reavaliação. Esta alta não fora programada, e o planeamento relacionado

à alta para uma instituição não foi realizado, resultando na alta do utente para o seu domicílio. Isto inviabilizou a avaliação da eficácia do plano de intervenção (Apêndice XI).

No contexto de respostas diferenciadas foi importante aprofundar em concreto a forma pela qual foram atingidas as unidades de competências previstas, para a competência específica analisada. Houve a possibilidade de intervir com base em alguns dos pressupostos de terapeuta de referência, sendo que terapeuta de referência deverá ser o profissional responsável pela continuidade de cuidados e coordenação das várias intervenções, de acordo com um plano individual de cuidados, elaborado em conjunto com o utente (Brito, 2021).

A intervenção foi apoiada inicialmente com base na entrevista motivacional, seguidamente as sessões programadas foram orientadas com base nos diagnósticos identificados: problema comportamental: abuso de drogas; auto controlo; ansiedade; adesão ao regime terapêutico e comunicação familiar. O plano de cuidados implementado através de sete sessões, o utente demonstrou recetividade e empenho, apesar de negar a dependência de canabinóides. As sessões abordaram o consumo de heroína e cocaína, conflitos familiares, e a importância da integração social e profissional. A intervenção 5Rs, a técnica da balança e outras técnicas, auxiliaram numa reflexão mais profunda sobre suas ações e a importância da mudança. Apesar de progressos evidentes nas avaliações efetuadas, como a redução do risco de consumo e redução de ansiedade, desafios persistem, incluindo a negação de certos consumos e a recusa em aderir a tratamentos de longo prazo como uma comunidade terapêutica. A continuidade do reforço da autoconsciência e do compromisso com a recuperação fora um ponto importante abordado no fim da relação terapêutica, assim como, a necessidade de incluir a equipa multidisciplinar neste processo (Apêndice XII).

Neste mesmo contexto, surgiu a oportunidade de contactar com utentes residentes no estabelecimento prisional da região, como já fora referido anteriormente. Entrar e conhecer a prisão pela primeira vez foi, sem dúvida, uma experiência marcante e reveladora, na qual esteve presente um misto de ansiedade e responsabilidade. Com acompanhamento da assistente social, que já possuía familiaridade com o ambiente e com os utentes que são acompanhados pelo CRI. Optou-se por conhecer previamente os utentes, com base na informação disponível, o que facilitou a primeira abordagem, mas enfrentá-los na realidade

da prisão torna-se algo diferente. Enquanto enfermeira, a abordagem que mais adequada foi no intuito de complementar a promoção da SM dos utentes lizando a intervenção breve, esta tem uma base motivacional e educativa e eu utilizada no intuito de ajudar agir comportamentos específicos relacionados como por exemplo os consumos, através de fornecimento de informação aconselhamento e educação para a saúde (Sequeira & Sampaio, 2020).

**1.2.4. 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.**

Ao longo da primeira semana de EC no SPSM, observou-se a quase inexistência de intervenções de grupo, o que levou à colaboração com a equipa para identificar os diagnósticos mais relevantes a serem abordados. Diagnósticos como ansiedade/autocontrolo de ansiedade, sono comprometido e gestão do regime terapêutico comprometido, comuns entre os internados, conforme identificado pelo sistema de registos SClinico<sup>®</sup>, e considerando a importância da ansiedade como um foco de intervenção autónoma do EEESMP, motivou a elaboração e aplicação de um programa de grupo (Apêndice VII). Este programa visava não apenas abordar os diagnósticos identificados, mas também promover a socialização, reduzir o isolamento e facilitar o suporte mútuo entre os utentes. As intervenções planeadas foram tendo em conta os princípios estruturais e pressupostos do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem de Sampaio et al., (2017) e promovendo uma abordagem socioterapêutica pretendendo que a dinâmica do grupo, a forma como os membros interagem uns com os outros promovam a reflexão sobre as suas experiências em diversos contextos, incluindo as relações familiares, sociais e profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

As intervenções em grupo são cruciais para o desenvolvimento de habilidades sociais, estratégias de *coping*, e proporcionam um espaço para *feedback* construtivo e autorreflexão. Contribuem significativamente para a estrutura e rotina diária dos utentes, oferecendo uma abordagem de tratamento mais integrada e holística, essencial para a recuperação e melhoria da qualidade de vida, (Sampaio et al.,2023; Sequeira & Sampaio, 2020). Este

enfoque multidimensional e colaborativo reforça a importância de intervenções de grupo adaptadas às necessidades dos utentes, fundamentais para o sucesso terapêutico no contexto de internamento.

Os utentes eram previamente avisados do tema e horário da sessão, eram incentivadas a participar na medida do que lhes fosse confortável (podiam apenas ouvir caso não quisessem partilhar) e foram sempre considerados os princípios fundamentais de constituição do grupo. Estes princípios vão de encontro com a necessidade de apresentarem uma maior compatibilidade interpessoal de modo a facilitar formação laços mais fortes e coesos, o que resulta em maior adesão seus membros. Grupos unidos demonstram uma maior capacidade de expressar e tolerar sentimentos de hostilidade, exercem e sofrem influência com maior facilidade, evidenciando a complexidade e a importância das interações grupais no sucesso terapêutico. Contudo, aqueles que se sentem menos compatíveis com o grupo são mais propensos a desistir, o que se verificou em algumas intervenções em que utentes que demonstraram interesse inicial, com o decorrer da intervenção abandonavam a sala, mas de forma adequada, de acordo com o que tinha sido acordado previamente (Sampaio et al., 2023).

Na comunidade surgiu a oportunidade como já anteriormente referido, para realizar uma formação em serviço numa USF. Tornou-se interessante a abordagem utilizada, uma vez que embora tenha sido feito um pedido na vertente formativa, identificou-se a necessidade de adaptar a abordagem utilizada para uma vertente psicossocial. Estas intervenções implementam “atividades, técnicas ou estratégias interpessoais ou informativas que visam a modificação de fatores biológicos, comportamentais, cognitivos, emocionais, interpessoais, sociais ou ambientais com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar”(OE, 2023, p. 4).

Tal adaptação foi necessária uma vez que a equipa alvo desta formação relatou que a principal causa de pedido desta formação fora por dificuldades de gestão de *stress* no local de trabalho. Estudos revelaram uma correlação significativa entre o *stress* ocupacional e a saúde mental dos enfermeiros. Estes também descrevem estratégias, tais como, o acesso a suporte social, a procura de apoio profissional, a busca por atividades de lazer e o recurso a estratégias de relaxamento, para contrariar este *stress*. É também recomendada a implementação de programas de intervenção e apoio para ajudar os enfermeiros a lidar com

o *stress* ocupacional, bem como a promoção de estratégias de enfrentamento saudáveis e eficazes (Carvalho et al., 2019; Hasan & Tumah, 2019; Muniz et al., 2019).

O complementar a formação com uma sessão de relaxamento por *mindfulness* focado nos sentidos, adaptado de Puddicombe (2016), tornou-se muito adequado e motivador para os participantes, visto que o uso de estratégias de relaxamento, como meditação, exercícios de respiração, e o desenvolvimento de habilidades de resiliência, como a capacidade de se adaptar a situações desafiadoras, também são consideradas estratégias para redução de *stress*. Essas estratégias podem ajudar a melhorar o bem-estar mental e físico desses profissionais, além de aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes (Cordeiro et al., 2019).

Como já fora referido anteriormente, aquando do EC realizado no CRI foi realizada uma formação sobre a “A importância do autocuidado da saúde mental dos Enfermeiros”, na qual se tentou englobar as necessidades identificadas e promover a saúde mental (Apêndice IV).

Esta necessidade foi identificada, uma vez que nesta equipa a SM demonstra-se pouco valorizada, contribuindo para diminuição da satisfação pessoal e conseqüentemente pondo em risco a qualidade dos cuidados. Para os enfermeiros, a manutenção e prevenção da sua própria saúde mental é de grande importância, dado que é a base para possuírem as condições necessárias para a prestação de cuidados eficaz e de qualidade (Carvalho et al., 2019)

Apesar de limitada a três participantes, foi uma experiência enriquecedora. Utilizando uma abordagem expositiva e interativa, acompanhada de recursos digitais e uma sessão prática de *mindfulness eating* com chocolate, a formação mostrou-se acessível e compreensível. As discussões focaram os sinais de alerta na SM e na importância do autocuidado para enfermeiros, com ênfase na compaixão por si mesmo. O questionário de saúde mental positiva de Sequeira et al., (2014) aplicado, reforçou a mensagem principal e obteve resultados altos, contrariamente ao que era expectável, uma vez que indica um bom nível de SM. O inquérito de satisfação mostrou avaliações muito positivas dos participantes.

O desenvolvimento desta competência ocorreu de maneira abrangente, manifestando-se diversos contextos e através de várias intervenções. Esta evolução foi apreendida tanto em interações breves e espontâneas quanto nas atividades que foram cuidadosamente

fundamentadas e planejadas como as descritas nos estudos de caso. A experiência acumulada nos diferentes contextos permitiu uma compreensão mais aprofundada e uma aplicação prática, destacando a importância de uma abordagem global no processo de aprendizagem.

## PARTE III- PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O serviço no qual será implementado este PMCQCE é um serviço de internamento da especialidade de Cirurgia Geral. Esta é uma especialidade médica que visa fazer o diagnóstico e tratamento de doentes adultos com doenças de um sistema ou de um órgão, que exijam intervenção médica diferenciada. É uma das especialidades nucleares estruturantes da atividade hospitalar e uma das áreas básicas da prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2015).

Alguns doentes internados eletivamente para a realização de um procedimento cirúrgico apresentam como antecedentes pessoais DM. Durante o internamento, devido a vários fatores, não lhes é administrada a sua medicação habitual, causando por vezes agudizações. Também nos casos de carácter urgente, estes doentes são internados para tratamento de um problema cirúrgico e a presença de várias comorbilidades (como é o caso da DM) podem condicionar a sua recuperação pós-cirúrgica, podendo-a tornar mais complexa (Ministério da Saúde, 2015).

Por vezes, estes doentes necessitam de cuidados de enfermagem não só a nível técnico, mais pertinente no contexto cirúrgico, mas também (e sobretudo) a nível de competências psíquicas e sociais (OE, 2015).

Portanto, frequentemente é manifestado por parte da equipa de enfermagem, insatisfação e um sentimento de injustiça devido à falta de habilidade e disponibilidade para cuidar pessoas com necessidades distintas e específicas relacionadas à DM.

Também durante a minha prática profissional, é notório que algumas pessoas com DM não a assumem, comparativamente a outras patologias. Esta atitude poderá dever-se ao medo que apresentam de serem discriminados pelos profissionais de saúde.

Uma DM é caracterizada por uma perturbação significativa na cognição, regulação emocional, ou comportamento de uma pessoa. Esta é geralmente associada a angústia ou deficiência em áreas importantes do funcionamento. Existem muitos tipos diferentes de DM. As perturbações mentais também podem ser referidas como condições de SM. Este último é

um termo mais amplo que abrange perturbações mentais, incapacidades psicossociais e estados mentais relacionados a angústia significativa, deficiência no funcionamento, ou risco de comportamento autodestrutivo (WHO, 2020).

As pessoas com problemas de SM têm três vezes mais probabilidades de desenvolver doenças debilitantes não transmissíveis, tais como diabetes, doenças cardíacas e acidente vascular cerebral. O impacto das doenças mentais no bem-estar social e económico dos indivíduos, famílias e sociedades é grande, subestimado e, muitas vezes, ignorado. Se não forem prevenidas e acompanhadas, podem ter início numa idade precoce e são altamente dominantes na população em idade ativa (International Council of Nurses, 2019).

Apesar do investimento na área da SM em Portugal, há ainda uma grande injustiça social para com as pessoas que sofrem com problemas desta natureza. A falta de conhecimento em relação à DM e o seu tratamento é ainda evidente. O estigma repercute-se de forma prejudicial nas próprias pessoas, retardando ou impedindo-as de procurar cuidados de saúde, o tratamento e a sua reabilitação. Alguns estudos demonstram que o contacto com as pessoas com DM e o grau de literacia sobre estas problemáticas são os fatores mais influentes no combate ao estigma (Martins, 2019).

Apesar de estratégias eficazes de gestão e prevenção de DM, muitas pessoas não procuram ajuda devido ao acesso limitado aos cuidados e ao estigma associado. A falta de serviços de SM específicos é uma forma de discriminação que pode resultar em violações dos direitos humanos básicos das pessoas. Falar mais sobre SM é necessário, e os governos devem investir mais nos serviços e na literacia (International Council of Nurses, 2019).

Os enfermeiros devem atuar como defensores das pessoas com DM e desempenhar um papel essencial na prevenção e eliminação de abusos e maus tratamentos de pessoas com DM. Estes são o maior grupo profissional que trabalha na área da SM (International Council of Nurses, 2019).

Relativamente aos estudantes de enfermagem, na sua base de formação é evidente um nível de estigma moderado face à DM. Quanto aos estudantes mais velhos e finalistas estes apresentaram menos atitudes estigmatizantes comparativamente aos iniciados. Este acontecimento pode ser influenciado pelo número considerável de ensinamentos/estágios clínicos durante o curso, aumentando a probabilidade de contacto com as pessoas com DM e

consequente redução do estigma. Para além disso, no decorrer do curso os estudantes têm acesso a conteúdos teóricos específicos relativos à DM e com a análise de casos clínicos aumentam a sua literacia, facilitando a redução do estigma (Querido et al., 2016).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, relativamente ao impacto do estigma na priorização dos cuidados de enfermagem a pessoas com DM em contexto de urgência, revela que as atitudes associadas ao estigma e preconceito impactam na prática de enfermagem. Na maioria dos casos observados, o enfermeiro retirou a prioridade de cuidado à pessoa com patologia psiquiátrica em prol de outra ação (Elias et al., 2013).

Outro estudo em que a população-alvo correspondia aos profissionais de saúde que exerciam funções em serviços de internamento num hospital, foi elaborado de modo a comparar as opiniões e as atitudes dos profissionais de saúde face à DM em função dos diferentes serviços hospitalares e conclui que “apesar do estigma na doença mental ser um tema pertinente e atual, considerando que influencia os cuidados prestados ao doente, este estudo demonstra que, entre os profissionais inquiridos, não se verificam atitudes estigmatizantes”(Martins, 2019, p. 11).

Noutro estudo efetuado a enfermeiros, foi analisada a perceção do conhecimento e a perceção do estigma face à DM. Conclui-se que estes consideram o seu estigma muito baixo e o nível de conhecimento mediano. Existe uma correlação negativa entre os níveis de atitudes estigmatizantes e a perceção do conhecimento, e positiva com o nível de estigma percebido. Os enfermeiros que exercem funções em serviços não psiquiátricos ostentam mais atitudes estigmatizantes (Carvalho et al., 2020).

Os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, também são influenciados por uma visão estigmatizante, e expressam atitudes mais negativas em relação ao progresso de tratamento para pessoas com problemas de SM em comparação com a população geral. Ou seja, o tratamento da pessoa com DM é dificultado por crenças negativas que os profissionais de saúde podem ter em relação à doença. A atitude positiva dos enfermeiros em relação às pessoas com DM é importante para a melhoria do tratamento e recuperação (Fernandes et al., 2019).

As ideias, atitudes e crenças podem ter impacto na aceitação social e tratamento de indivíduos com problemas de SM. O tratamento eficaz dos doentes é dificultado pelas

crenças negativas que os profissionais de saúde podem ter em relação a DM. Deste modo, é recomendado o desenvolvimento de programas adicionais de formação especial especificamente dirigidos a melhorar a base de conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos de modo a corrigir perceções negativas e preconceitos (Tambag, 2018).

As crenças individuais são moldadas por valores e interesses pessoais, desenvolvidas através de experiências vividas e sob influência cultural e social. Essas crenças são fundamentais no processo de decisão e no comportamento de cada pessoa (Silveira et al., 2022).

Tal evidência vai de encontro ao que foi identificado como um possível problema existente neste contexto em particular, de internamento em cirurgia. Os enfermeiros são pessoas e, como a população em geral podem ter ideias, crenças e atitudes estigmatizantes.

Como pessoas, os enfermeiros podem ter alguma dificuldade em perceber o seu próprio estigma, e é necessário promover o seu autoconhecimento. Este surge como um atributo que ajuda os enfermeiros a darem resposta à exigente tarefa da relação terapêutica. A partir dele podem desenvolver aptidões e reconhecem a vulnerabilidade pessoal (Pereira & Botelho, 2014).

## 2. PERCEBER O PROBLEMA

Para que novas práticas se tornem possíveis para o combate ao estigma, é necessário que os profissionais sejam capacitados para desenvolvê-las, sendo este um desafio na área da saúde, principalmente em enfermagem.

O estigma pode definir-se como uma desaprovação social, que resulta de características presumidas, comportamentos ou crenças que não se adequam às normas (culturais, políticas, económicas ou sociais) impostas pela sociedade (Oliveira & Azevedo, 2014).

Devido à estigmatização e discriminação, as pessoas com DM têm frequentemente os seus direitos humanos violados e a muitos são negados direitos económicos, sociais e culturais, com restrições aos direitos ao trabalho e à educação, bem como aos direitos reprodutivos e ao direito ao mais alto padrão de saúde atingível (WHO, 2021). A estigmatização está intimamente relacionada com o preconceito, na medida em que a pessoa ou grupo estigmatizado torna-se o alvo de atitudes negativas ou prejudiciais. Mas, ao contrário do preconceito, o estigma envolve definições de carácter e a identificação de classe, portanto, tem implicações maiores que somente os preconceitos. As atitudes negativas incluem catalogar todas as pessoas com DM como loucas, violentas, homicidas, incompetentes e incuráveis, moralmente falhadas, desmotivadas ou inadequadas. Estigma e preconceito sobre pessoas com a DM levam à discriminação e à negação de direitos legais legítimos. As investigações mostraram que atitudes sociais negativas em relação a pessoas com DM constituem barreiras à reintegração e aceitabilidade. Estas barreiras e atitudes têm impacto negativo sobre as relações sociais e familiares, emprego, habitação, inclusão comunitária, autoestima, e acesso imediato a tratamento (WHO, 2001).

Noutras circunstâncias, o medo e a violência tornam-se o principal impulso do estigma na DM e a subsequente estigmatização da pessoa com DM (especificamente na esquizofrenia), baseia-se em grande parte, nos medos de que eles são imprevisíveis e perigosos (WHO, 2001).

O processo de estigmatização pode decompor-se em quatro componentes cognitivas e comportamentais: indícios, estereótipos, preconceitos e discriminação. Assim, os indícios são indicadores manifestos que podem assinalar a presença de DM (por exemplo, alterações do comportamento, com base em crenças), embora de forma falível. Os estereótipos

consistem em estruturas de conhecimento, generalizadas, relativas a um determinado grupo social, enquanto o preconceito abrange as respostas cognitivas e afetivas negativas ao estereótipo que conduzem a um comportamento ativo de exclusão ou evitamento, e consequentemente levam à discriminação (Corrigan, 2004).

A construção do estigma varia de acordo com o meio, de modo que, as condições estigmatizantes podem mudar com o tempo e de uma cultura para outra. Assim, o estigma desenvolve-se dentro de uma matriz social de relações e interações que terão de ser compreendidas dentro de um eixo tridimensional envolvendo perspectiva, identidade e reações (Rüsch et al., 2005).

Ações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde vão de encontro a introdução de combater a estigmatização, a discriminação e outras violações dos direitos humanos contra pessoas com perturbações mentais e deficiências psicossociais (WHO, 2021).

É necessário utilizar os recursos disponíveis de maneira eficaz. Assim, torna-se adequado otimizar os conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde, tanto generalistas quanto especializados, para oferecer serviços de SM e assistência social baseados em evidências e culturalmente adequados, voltados para os direitos humanos. Isso pode ser alcançado integrando a SM nos currículos de graduação e pós-graduação e pela capacitação contínua dos trabalhadores da saúde em campo, para que possam identificar pessoas com perturbações mentais e proporcionar o tratamento e apoio adequados, além de encaminhá-los, quando necessário, para outros níveis de cuidados. (WHO, 2021).

Assim é fundamental “uma reflexão e adaptação dos planos curriculares e métodos pedagógicos com vista à redução do estigma nos estudantes de saúde”, e consequentemente combater o estigma enquanto futuros profissionais (Querido et al., 2016, p. 71).

Literacia em saúde segundo a Direção Geral da Saúde, (2019, p. 6), citando a WHO é definida como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”.

A LSM pode causar uma diferença aparentemente subtil, mas com amplas implicações, ao demonstrar que os indivíduos são muito mais do que as suas doenças (Sousa, 2017).

O bem-estar mental permite às pessoas lidar com o *stress* da vida, realizar as suas capacidades, aprender bem e trabalhar bem, e contribuir para as suas comunidades. A SM é uma componente integral da saúde e bem-estar e é mais do que a ausência de distúrbios mentais. Cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de uma DM, sendo que uma em cada quatro pessoas irá desenvolver uma DM ao longo da sua vida (WHO, 2022).

São três as principais estratégias sugeridas para reduzir o estigma: protesto, educação e contacto (Rüsch et al., 2005). Estratégias de contacto passam por incluir pessoas com DM e familiares, que estejam disponíveis para falar da sua própria experiência, de modo a realizar intervenções cara-a-cara. Estratégias de educação podem-se exemplificar-se com a promoção da LSM através dos meios de comunicação social, como jornais e revistas, rádio, televisão, publicidade e cinema. E, conseqüentemente, protestar em defesa dos direitos humanos, de modo a dar maior visibilidade a esta problemática (Nacional Health Board, 2008).

Portugal é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de literacia em saúde (8,6%) comparativamente com a média europeia (16,5%). Encontra-se em segundo lugar no que se refere à percentagem de pessoas com nível suficiente de literacia em saúde (42,4%), sendo que a média europeia é de 36%. De acordo com estas limitações, foi elaborado um plano de ação que vai de encontro ao que será efetuado neste projeto. Este plano descreve as orientações para que os profissionais de saúde sejam intervenientes, quer no aumento da literacia, quer no acompanhamento das ações que visam a sua promoção em todo o percurso de vida, tendo como área prioritária de intervenção específica a SM (DGS, 2019).

Um estudo, que aborda o que sabem os enfermeiros sobre a SM e o conhecimento e atitudes estigmatizantes em SM, refere que há evidência da relação entre o conhecimento percebido, o estigma e as atitudes estigmatizantes. Acrescenta ainda a necessidade de aumentar o conhecimento e a LSM, bem como aumentar o autoconhecimento dos próprios comportamentos dos enfermeiros face ao estigma. É necessário desenvolver junto dos profissionais de enfermagem ações de sensibilização e a implementação de programas anti

estigma que possibilitem a mudança de atitudes, de forma a diminuir os níveis de estigma face à DM. Além disso, parece ainda ser importante o desenvolvimento de estratégias e ações que permitam a melhoria da literacia de todos os enfermeiros da instituição hospitalar onde foi desenvolvido o estudo (Carvalho et al., 2020).

Relativamente aos profissionais de saúde, os enfermeiros têm mais proximidade com os doentes com DM, por isto devem estar cientes de que as suas atitudes influenciam a qualidade dos cuidados prestados. A atitude positiva dos enfermeiros em relação às pessoas com DM é um importante indicador de resultados para a melhoria do tratamento e recuperação, daí a pertinência da compreensão deste fenómeno (Batista, 2013).

O EEESMP coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da SM e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos. A este também lhe compete coordenar, desenvolver e implementar programas de psicoeducação e treino em SM (Regulamento nº 515/2018, 2018).

Conforme foi constatado através da pesquisa bibliográfica efetuada, verifica-se uma certa incidência de estigma entre os enfermeiros, particularmente relacionada com a falta de LSM. Após a identificação deste problema, aprofundou-se a pesquisa bibliográfica e foram realizadas sessões de *brainstorming* com a equipa de enfermagem, para explorar as suas possíveis causas. Emergiu que a maioria dos enfermeiros no serviço cirúrgico não tem clareza quanto à presença ou ausência de estigma em relação às pessoas com DM, revelando-se igualmente um desconhecimento sobre o nível de estigma entre os enfermeiros e o impacto que este pode ter na sua prestação de cuidados.

LSM está definido no Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental publicado pela OE de Sampaio et al., (2023) “como conhecimento e as crenças sobre as perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento gestão e prevenção”, logo pressupõe-se que intervenções que incidam sua sobre as crenças em SM poderão criar alterações nestas crenças e consequentemente aumentar os níveis de LSM.

Este tipo de intervenção enquadra-se com a base na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. Esta teoria enfatiza a importância da relação humana entre profissional de saúde e doente, valorizando a empatia, o respeito mútuo e o cuidado holístico. A atenção à SM, a promoção de uma compreensão mais profunda da DM e o combate ao estigma estão

alinhados com os princípios de Watson sobre o cuidado centrado na pessoa, reconhecendo a SM como uma componente crucial do cuidado de saúde, deixando de lado os cuidados tradicionais, que se centram apenas na dimensão física e cujo objetivo principal é a cura da doença. A implementação de programas educativos e de sensibilização com intervenções psicoeducacionais que visam melhorar a compreensão e as atitudes dos enfermeiros em relação à DM, é consistente com a abordagem de Watson que valoriza a educação e o desenvolvimento pessoal como componentes essenciais do cuidado. (Evangelista et al., 2020).

### 3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia consiste no estudo, descrição e avaliação de métodos e técnicas de investigação que servem para alcançar e processar informação, tendo em vista a resolução de problemas e/ou questões de investigação. O objetivo final é produzir novo conhecimento, que possa ser validado pela ciência e ter utilidade para a sociedade no futuro (Provdanov & Freitas, 2013).

Reconhecendo que a qualidade em saúde é uma responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, na qual a prática profissional dos enfermeiros tem um papel crucial, é totalmente justificado dedicar esforços para promover a excelência nos cuidados de enfermagem. Os PMCQCE são recurso valioso para enfermeiros e instituições de saúde, visando o aprimoramento contínuo e a busca pela excelência profissional. (OE, 2019).

#### 3.1. TIPO DE ESTUDO

O enquadramento metodológico deste PMCQCE no serviço de internamento cirúrgico baseia-se num estudo de investigação-ação. Este tipo de estudo permite uma abordagem participativa e reflexiva por parte dos intervenientes, facilitando a implementação de mudanças práticas e a avaliação dos seus efeitos (Coutinho et al., 2009).

Este enquadramento metodológico é projetado para ser dinâmico e adaptável, refletindo a complexidade da promoção da SM e do combate ao estigma em ambientes de cuidados de saúde, com um forte enfoque na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, o objetivo geral será de melhorar as crenças e atitudes dos enfermeiros através de uma intervenção mediante um programa estruturado destinado à promoção da LSM.

Com base no objetivo geral, propõem-se os seguintes objetivos específicos:

- Analisar as crenças e atitudes dos enfermeiros relacionados à DM;
- Reduzir o estigma associado à DM entre os enfermeiros;
- Aumentar o conhecimento dos enfermeiros em SM.
- Determinar o impacto do programa implementado em relação às crenças e atitudes dos enfermeiros em relação à DM.

As medidas corretivas incluem a aplicação de um Programa denominado: “Saúde Mental: um desafio coletivo”. Este programa visa não só melhorar a LSM entre os enfermeiros, mas também promover uma mudança nas crenças, atitudes e preconceitos em relação à DM.

A integração de pessoas com DM em programas de combate à discriminação e estigma, reflete-se na promoção do *podcast* "Desassossego – Saúde E Doença Mental". Este *podcast*, ao abordar a realidade dos cuidados de SM em Portugal através de experiências pessoais, política e prática, incorpora a ideia de envolvimento ativo de indivíduos afetados por problemas de SM. Esta abordagem, contribui para a destigmatização e sensibilização, alinhando-se com estratégias eficazes que promovem a compreensão e a inclusão social, seguindo os princípios destacados para o sucesso de programas contra o estigma (Fumaça, 2022; Nacional Health Board, 2008).

Para concretização destes objetivos, o estudo realizado contemplou cinco fases:

- (i) Identificação do problema em conjunto com a equipa de enfermagem do serviço, através da técnica de *brainstorming* e reforçada por um estudo de diagnóstico inicial;
- (ii) Definição de estratégias para resolução do problema através da pesquisa bibliográfica, culminando na elaboração deste PMCQCE e do Programa de Intervenção denominado “Saúde Mental: um desafio coletivo”, elaborado com base na evidência científica disponível;
- (iii) Aplicação de questionários de avaliação;
- (iv) Readaptação do programa de intervenção, elaborando uma ficha técnica, de acordo com as necessidades identificadas, e implementação do programa desenvolvido: “Saúde Mental: um desafio coletivo” (Apêndice XIII). Este foi partilhado por correio eletrónico institucional com os enfermeiros do serviço, pelo enfermeiro gestor, tendo sido dada disponibilidade para esclarecimento de dúvidas acerca da mesma, quer via eletrónica, quer via presencial, através de momentos informais de formação desenvolvidos pela investigadora principal;
- (V) Aplicação de questionários de avaliação, de modo a avaliar a existência de diferenças de resultados, assim como avaliação do programa (Apêndice XIV);

A implementação do programa foi acompanhada por uma EEESMP, que exerce funções no serviço aonde foi efetuado o estudo.

### 3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população refere-se ao conjunto total alvo de um estudo, enquanto uma amostra é uma fração selecionada desse universo, através de um processo de amostragem. É fundamental caracterizar a população e estabelecer critérios de inclusão e exclusão claros para os participantes. A amostragem é particularmente relevante em estudos quantitativos, requerendo um planeamento atento tanto do tamanho quanto da composição da amostra (Lukosevicius, 2018).

Assim, a população, neste estudo são todos os enfermeiros de um serviço de Cirurgia Geral, uma vez que todos vivenciam a problemática em causa, num total de 22 enfermeiros.

Sendo assim, foram abrangidos todos os enfermeiros que aceitassem participar no estudo, concordando com o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, preenchessem o Questionário, e que após participarem no programa voltassem a responder ao Questionário final. Foram excluídos os enfermeiros com menos de dois anos de experiência, para garantir a compreensão abrangente das dinâmicas e desafios específicos ao contexto. Para enfrentar e tomar decisões no trabalho desenvolvido a nível hospitalar, importa que os profissionais tenham suficiente experiência clínica e maturidade. Enfermeiros, com mais de dois anos de experiência profissional, devem estar num ponto de sua carreira onde podem começar a aplicar o que aprenderam de maneira mais profunda e reflexiva, tornando-os candidatos para participar em estudos que visam explorar práticas enfermagem (Escobar-Castellanos & Jara Concha, 2019).

A amostra foi constituída por 16 enfermeiros, que reuniram todas as condições anteriores.

### 3.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os dados obtidos em uma pesquisa podem originar-se de fontes primárias ou secundárias. Fontes primárias referem-se à coleta de dados realizada diretamente pelo investigador junto aos participantes, como por meio de entrevistas, questionários, formulários e observações. Por outro lado, as fontes secundárias dizem respeito aos dados já recolhidos anteriormente por outros, sem que haja interação direta do pesquisador com os participantes, exemplificadas pela pesquisa bibliográfica e consulta a documentos e bases de dados existentes (Lukosevicius, 2018).

Vários são os instrumentos disponíveis para estudar o estigma relativo à DM, assim com a LSM. De acordo com a pesquisa efetuada, os que se mostraram mais pertinentes e validados de serem utilizados neste contexto foram a Escala de Crenças de Saúde para Profissionais de Saúde (ECS-PS) elaborado por Mendes & Guimarães, (2012) e a versão portuguesa da *Mental Illness Clinician's Attitudes Scale* versão 4 (MICA-4) elaborada na sua versão original por Gabbidon et al., (2013) traduzida e validada para a população portuguesa por Tomás, Querido, Carvalho, Cordeiro e Gomes, atualmente a aguardar publicação. A utilização destes instrumentos foi aprovada formalmente pelos autores, assim como a utilização dos *Podcasts*.

O ECS-PS foi criado para avaliar as crenças dos profissionais de saúde face a determinantes de saúde. O questionário é constituído por 22 itens que correspondem às várias dimensões não “físicas” que podem influenciar a saúde e está dividido em três subescalas/componentes: “Efeitos dos Acontecimentos de Vida”; “Dependência da doença face a fatores sociais e psicológicas”; “Efeitos das Dimensões Psicológicas”. As respostas são facilitadas em formato de resposta tipo *likert* de cinco pontos. Neste formato, cada item segue uma escala de pontos que exprimem a intensidade de acordo com o item em questão, desde: “Não concordo mesmo nada” até “Concordo plenamente” (Mendes & Guimarães, 2012).

A MICA-4 é uma ferramenta desenvolvida com o objetivo de medir estigma e avaliar as atitudes de profissionais de saúde em relação às pessoas com DM. É uma escala de 16 itens, cada item requer uma resposta numa escala de *likert* de seis pontos (concordo totalmente, concordo, concordo em parte, discordo em parte, discordo ou discordo totalmente) (Gabbidon et al., 2013).

Foi utilizado como meio para a colheita de dados um questionário eletrónico, aplicado em dois momentos temporais diferentes, sendo que para cada um foi disponibilizado a possibilidade de preenchimento durante duas semanas. O primeiro foi aplicado antes da implementação do Programa, como forma de diagnóstico inicial e o segundo após a implementação do mesmo, de forma a permitir identificar diferenças de resultados.

Resumindo, o primeiro questionário fora composto por três partes: Caracterização Sociodemográfica e a ECS-PS e MICA-4. Na segunda fase de aplicação, o questionário foi complementado com uma quarta parte, dedicada à avaliação do programa implementado.

Este questionário foi elaborado via *Google Forms*<sup>®</sup> e enviado por correio eletrónico institucional, no qual constava um *link* para o seu acesso, onde cada enfermeiro respondia às questões após aceitar fazê-lo livremente e com conhecimento do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.

### 3.4. INTERVENÇÃO

O Programa de Intervenção denominado “Saúde Mental: um desafio coletivo” foi implementado em quatro sessões. A segunda sessão foi implementada em dois momentos distintos, de modo a permitir maior adesão (Apêndice XIV).

- Sessão 1      Avaliação inicial: Aplicação do primeiro questionário;  
                  Introdução ao tema do projeto a implementar;  
                  Reflexão em equipa sobre crenças, atitudes, emoções e comportamentos, individuais e grupais.
- Sessão 2      Definição de saúde mental, doença mental e estigma;  
                  Avaliação e debate acerca da prevalência e impacto da DM em Portugal;  
                  Abordagem e análise crítica dos determinantes sociais de SM;  
                  Instruir sobre o estigma e as crenças e atitudes estigmatizantes em relação às pessoas com DM no contexto de cuidados de saúde;  
                  Discussão, com base em mitos sobre a DM;  
                  Exploração dos sinais de alerta de crenças e comportamentos estigmatizantes (em nós, nós e os outros, e nós e o mundo);  
                  Aplicação de *roleplays* adaptados a este contexto através dos guiões, discussão dos mesmos.  
                  Apresentar os *podcasts* de “Desassossego – Saúde E Doença Mental” (Fumaça 2022).

- Sessão 3      Incentivar enfermeiros a explorar conteúdos sobre SM;  
  
                    Promover o *podcast* "Desassossego – Saúde E Doença Mental" como recurso educacional (Fumaça, 2022);  
  
                    Fomentar discussões e reflexões sobre temas de SM dentro da equipa de enfermagem.
- Sessão 4      Avaliação final: aplicação do segundo questionário.

### 3.5.    PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Todo este processo foi analisado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar que, após envio de todos os documentos solicitados, que deu parecer favorável à realização do estudo – Referência da Comissão de Ética – Parecer 67/2023 (Apêndice XV), sendo posteriormente também aprovado pelo Conselho de Administração – Referência do Conselho de Investigação 83/2023 (Apêndice XVI).

### 3.6.    TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados recolhidos foram tratados com recurso ao IBM® *Statistical Program for Social Sciences*®(SPSS®) (versão 29.0).

#### 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando-se os objetivos gerais e específicos iniciais do estudo desenvolvido, este capítulo pretende realizar uma discussão sobre os dados obtidos, de acordo com o que se encontra descrito na literatura, em relação à temática do estudo e ao programa utilizado.

Da população de 22 enfermeiros, foi possível contar com a participação de 16 enfermeiros na fase inicial do programa, que responderam aos questionários.

Na Tabela 1 apresentam-se as características sociodemográficas, do total dos 16 elementos da amostra elementos considerados para o estudo.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Variáveis		Amplitude n(%)
Idade	20-29 anos	3 (18,8%)
	30-39 anos	6 (37,5%)
	50-59 anos	6(37,5%)
	>60 anos	1(6,3%)
Género	Feminino	14 (87,5%)
	Masculino	2 (12,5%)
Tempo de Experiência Profissional	<9 anos	5 (31,5%)
	10-19anos	4(25%)
	20-29 anos	3(18,8%)
	30-39 anos	4(25%)
Formação académica	Licenciatura	10(62,5%)
	Especialidade	5 (31,5%)
	Mestrado	1(6,3%)
Possui alguma história de doença mental diagnosticada?	Sim	0
	Não	16 (100%)
Teve algum contacto pessoal direto com pessoas portadoras de doença mental?	Sim	9 (56,3%)
	Não	7(43,8%)

Legenda: n – frequência absoluta; % - frequência relativa

É possível observar-se que cerca de 14, correspondendo a (87,5%) dos inquiridos, são do sexo feminino, o que vai de encontro aos dados estatísticos de 2023, que referiam que em Portugal existem 83.538, enfermeiros registados, sendo a maioria do género feminino 69 069 existindo registados apenas 14 469 do género masculino (OE, 2023).

De uma forma geral, fatores sociodemográficos podem influenciar os tipos de crenças sobre a saúde que cada pessoa tem. O sexo tem tendência em influenciar crenças. Por um lado, o sexo feminino demonstra ter crenças que levam a atitudes mais preventivas ao realizar *check-ups* regulares, aderir a uma alimentação saudável e realizar consultas independente do estado de doença, por outro, tendem a ser inativas fisicamente. Para os homens, há mais crença na prática regular de atividade física, todavia referem mais frequentemente o hábito

de beber e não demonstram aderir a práticas preventivas tais como as mulheres (Brito & Camargo, 2011).

De acordo com os resultados, as médias de idades variam, mas 37,5% da amostra apresenta idades entre 30-39 anos. Este resultado está em linha com os dados nacionais, uma vez que a maioria dos enfermeiros (n=14983) tem idade compreendida entre os 36 e os 40 anos (OE, 2023).

Em relação às habilitações académicas, 10 (62,5%) enfermeiros tinham licenciatura, cinco (31,3%) tinham mestrado e um (6,3%) especialidade, o que está de acordo com a realidade nacional, de uma maioria de enfermeiros são licenciados (OE, 2023).

A análise dos dados sobre os anos de experiência profissional dos participantes revela um perfil heterogéneo: cinco (31,3%) dos participantes têm menos de nove anos de experiência, um quarto dos participantes quatro (25%) possui entre 10 e 19 anos de experiência. Além disso, (31) 8,8% dos participantes estão na categoria de 20 a 29 anos de experiência, enquanto outra fatia de quatro (25%) tem entre 30 e 39 anos de experiência. Essa diversidade indica que o grupo de estudo engloba uma ampla gama de perspetivas e níveis de experiência na enfermagem.

Quando questionados relativamente a terem alguma história de DM diagnosticada, todas as respostas (100%) foram negativas.

No que diz respeito ao contato pessoal direto com pessoas portadoras de DM, a distribuição entre os participantes revela uma divisão relativamente equilibrada, sendo que nove (56,3%) dos participantes reportaram ter tido algum tipo de contato pessoal direto com pessoas com DM.

O fato de todos os participantes relatarem não ter um histórico de diagnóstico de DM pode ser influenciado por vários fatores, incluindo estigma associado a DM, falta de autoconhecimento ou reconhecimento de condições existentes, consequência da baixa LSM (International Council of Nurses, 2019).

Noutra perspetiva, como profissionais de saúde os enfermeiros podem ser mais vulneráveis ao auto-estigma. Isto acontece quando as pessoas com diagnósticos de DM acabam

absorvendo estereótipos negativos associados à sua condição, o que os leva a sentir-se inferiorizados (Sousa, 2017).

Tal facto também pode ocorrer devido à exposição constante e a perceção das dificuldades enfrentadas por pessoas com DM, o que, em vez de fomentar a empatia e a aceitação, pode intensificar o medo. Isso pode resultar na ocultação destas condições para evitar potenciais julgamentos por parte dos colegas ou mesmo a possível perda de respeito profissional (Sousa, 2017).

Nesta fase os resultados apresentam a caracterização da amostra inicial, composta por 16 participantes. No entanto, é de salientar que apenas 10 desses participantes responderam ao questionário tanto no primeiro quanto no segundo momento.

Deste modo demonstra-se através da Tabela 2 a estatística descritiva das respostas à escala ECS-P por subescalas e por item e da MICA-4 no primeiro momento de aplicação do questionário.

Tabela 2- Estatística descritiva do primeiro momento

Item	Min.	Max.	M	DP
<b>Subescalas da ECS-PS</b>				
1. Efeitos dos Acontecimentos de Vida	2,45	4,27	3,14	0,510
2. Dependência da doença face a fatores sociais e psicológicos	2,33	5	4,43	0,737
3. Efeitos das Dimensões Psicológicas	2,38	4,25	3,23	0,539
<b>Itens ECS-PS</b>				
1. As pessoas que experienciam acontecimentos stressantes como um desastre natural, desemprego, guerra ou conflitos conjugais, ficam mais vulneráveis à doença	2	5	3,94	0,998
2. Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para apresentar queixas físicas sem explicação médica	1	5	3,25	1,238
3. Pacientes com história de maus-tratos na infância terão mais tendência para apresentar mais sintomas físicos na idade adulta	3	5	3,81	0,911
4. Os problemas de vida que os pacientes estão a enfrentar aumentam a probabilidade de desenvolver sintomas físicos	3	5	3,75	0,856
5. Pacientes sem problemas psicológicos apresentam menos sintomas físicos do que pacientes com problemas psicológicos	2	5	2,88	0,719
6. Nos doentes otimistas e positivos existe uma melhor recuperação da doença do que nos doentes pessimistas	3	5	3,81	0,750
7. Em muitos casos, os sintomas das pessoas decorrem mais de problemas psicológicos do que de problemas físicos	2	5	2,94	0,772
8. As pessoas com mais problemas de vida têm maior probabilidade de ficarem doentes	2	4	2,75	0,577
9. A morte de um ente querido poderá aumentar a vulnerabilidade das pessoas para desenvolver sintomas e doenças	2	5	3,25	0,683
10. Muitas vezes as pessoas procuram os médicos do serviço de saúde para tratar problemas psicológicos	1	5	3,13	1,258
11. Pessoas com problemas psicológicos exacerbam os sintomas físicos (por exemplo, apresentam limiar de dor mais baixo) do que pessoas sem problemas psicológicos	2	5	3,25	1,065
12. A evolução de uma doença depende apenas do seguimento da terapêutica	1	5	4,43	1,030
13. Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para utilizar os serviços de saúde	1	3	2,25	0,577
14. Nada do que os pacientes façam, para além de realizar a terapêutica adequada, vai afetar a evolução da sua doença	3	5	4,68	0,602
15. Se os pacientes sentirem que podem controlar a sua doença, terão provavelmente	2	5	3,44	0,892

Item	Min.	Max.	M	DP
resultados mais positivos e uma melhor evolução da doença				
16. As pessoas que seguem melhor os tratamentos prescritos são as mentalmente mais saudáveis	2	4	2,81	0,750
17. Os pacientes com muito apoio social podem viver mais anos do que os que vivem sós ou que não têm amigos	2	5	3,19	1,109
18. O efeito sobre a saúde de estar isolado socialmente pode ser comparável ao efeito de, por exemplo, fumar, ser obeso ou não realizar atividade física	2	5	3,25	0,775
19. Se os pacientes encontrarem um significado positivo para a sua doença (por exemplo, dar mais valor à vida) terão provavelmente uma melhor evolução dessa doença	1	5	3,63	1,088
20. Os pacientes com história de abuso físico ou sexual na infância vão provavelmente utilizar mais os serviços de saúde do que aqueles que não tenham sido abusados	1	5	2,63	1,088
21. Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para desenvolver sintomas de doença	1	5	2,56	1,031
22. A evolução da doença depende apenas dos pacientes	2	5	4,18	1,056
<b>Itens MICA-4</b>				
1. Aprendo sobre saúde mental, apenas porque faz parte do currículo e não é um tema sobre o qual me interesse pesquisar mais.	2	5	4,18	0,910
2. As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.	4	5	4,44	0,512
3. Trabalhar na área da saúde mental é tão respeitável como em outras áreas da saúde e assistência social.	3	5	4,75	0,683
4. As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.	4	5	4,44	0,512
5. As pessoas com doença mental grave são, a maior parte das vezes, perigosas.	3	5	4,31	0,704
6. O pessoal de saúde / assistência social sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental).	2	5	4,00	0,966
7. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum dos meus colegas de trabalho porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente	4	5	4,37	0,550
8. Ser um profissional de saúde/assistente social da área da saúde mental não é o mesmo que ser um verdadeiro profissional de saúde/assistente social	1	5	4,69	1,014
9. Se um colega mais experiente me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu não seguiria as suas indicações.	1	5	3,69	1,580
10. Sinto-me igualmente confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.	2	5	3,25	1,125
11. É importante que qualquer profissional de saúde/assistente social que apoie uma pessoa com doença mental também garanta que a sua saúde física seja avaliada.	3	5	4,25	0,856
12. As pessoas em geral não precisam de ser protegidas das pessoas com doença mental grave.	1	5	3,00	1,211
13. Se uma pessoa com doença mental, se queixar de um sintoma físico, como uma dor no peito, eu vou atribuir esse sintoma à sua doença mental	3	5	4,37	0,619
14. Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas para um psiquiatra	2	5	4,12	0,885
15. Utilizaria o termo "louco", "maluco", "doido" etc. para descrever aos meus colegas, pessoas com doença mental que eu já vi no meu trabalho	2	5	4,69	0,793
16. Se algum (a) das(as) meus( minhas) colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele(ela)	3	5	4,44	0,814

Legenda: Min. – Mínimo; Max. – Máximo; M – Média; DP- desvio Padrão.

Analisando estes dados conclui-se que para a componente que aborda as respostas sobre os efeitos dos acontecimentos de vida estressantes na saúde, indica uma perceção moderadamente alta da sua influência, registando uma média de 3,14. Isso sugere uma consciencialização considerável sobre como tais eventos podem aumentar a vulnerabilidade a doenças. Por outro lado, a pontuação média de 4,43 na dependência da doença em relação a fatores sociais e psicológicos destaca uma forte convicção na importância destes

fatores na saúde. Com uma média de 3,23 para os efeitos das dimensões psicológicas, reflete-se também uma percepção moderada da influência psicológica na saúde, reforçando a noção de que aspetos mentais e emocionais desempenham um papel crucial no bem-estar físico.

As variações nas médias e desvios padrões apontam para uma diversidade de atitudes relacionadas à DM, incluindo as percepções sobre o estigma e o impacto dos acontecimentos de vida na saúde. As respostas na MICA-4 revelam presença de estigma em relação à recuperação e à capacidade das pessoas com DM grave de alcançar boa qualidade de vida, considerando que pontuações mais altas indicam atitudes mais estigmatizantes.

Esta redução no número de participantes pode influenciar a interpretação dos dados e a generalização dos resultados. Apesar dessa diminuição, prosseguimos com a análise do impacto da intervenção nos 10 participantes que completaram ambos os momentos da avaliação. A comparação entre os resultados do primeiro e do segundo momento para estes participantes revela diferenças significativas e oferece *insights* sobre a eficácia da intervenção.

Os dados recolhidos foram submetidos ao teste de *Wilcoxon* devido à natureza da amostra: os tamanhos reduzidos, passando de 16 participantes no momento A para 10 no momento B, avaliando apenas os 10 que coincidem e considerando a ausência de variância estatística significativa nos resultados, implicando que as condições de normalidade exigidas por testes paramétricos não foram satisfeitas.

Nas Tabelas 3 e 4 é apresentada a estatística descritiva das respostas à escala ECS-PS, sendo que nestas, 1 corresponde a “Não concordo mesmo nada” e 5 a “Concordo Plenamente”. Os momentos A e B correspondem: A ao momento do primeiro questionário e B ao segundo questionário.

Tabela 3 - Estatística descritiva por subescalas da ECS-PS (Mendes & Guimarães, 2012).

Subescalas		Min.	Max.	M	DP	<i>p</i>
1. Efeitos dos Acontecimentos de Vida	A	2,82	4,27	3,34	0,503	0,610
	B	1,64	4,27	3,12	0,803	
2. Dependência da doença face a fatores sociais e psicológicos	A	4	5	4,57	0,386	0,671
	B	4	5	4,63	0,367	
3. Efeitos das Dimensões Psicológicas	A	2,63	4,25	3,42	0,501	0,249
	B	1,75	3,63	3,05	0,553	

Legenda: A – 1º questionário; B – 2º questionário; Min. – Mínimo; Max. – Máximo; M – Média; DP - desvio Padrão; *p* – probabilidade de significância\* -  $p < 0.050$ .

Iniciando a interpretação dos dados em termos das três componentes da escala em análise, a dimensão que teve maiores variações, que demonstra a efetividade do programa foi a dimensão dois “Dependência da doença face a fatores sociais e psicológicos”. Os itens desta componente sustentam que o aparecimento ou evolução de uma doença são influenciados pelos acontecimentos ou comportamentos das pessoas (Mendes & Guimarães, 2012).

Esta componente demonstra um aumento na média de 4,57(A) para 4,63(B), e uma redução significativa no desvio padrão de 0,386(A) para 0,367(B), o que indica uma evolução positiva e uma menor dispersão dos resultados após a implementação do programa. Isso pode sugerir que o programa foi eficaz nesta dimensão ao abordar os determinantes sociais e psicológicos da SM. Estes foram focados na sensibilização para o estigma na DM, o aumento da LSM entre enfermeiros, e a conscientização sobre os seus comportamentos. A discussão de tópicos como a definição de SM, DM e estigma, juntamente com a avaliação e debate sobre a prevalência e impacto das doenças mentais em Portugal, assim como a análise crítica dos determinantes sociais da SM, contribui para uma maior compreensão de como as crenças e comportamentos individuais podem afetar a evolução da DM por parte dos enfermeiros. Esta compreensão é essencial, pois o estigma associado à DM e os comportamentos discriminatórios que resultam desse estigma representam barreiras significativas, não apenas para os utentes que procuram acesso a oportunidades e tratamentos, mas também para a progressão e eficácia desses tratamentos na sociedade (Batista, 2013).

Relativamente a “Efeitos das Dimensões Psicológicas” é composta por itens que destacam como as características psicológicas influenciam a saúde das pessoas. A autora da escala refere que variações positivas nessa subescala indicam, que as pessoas questionadas acreditam que as estratégias de regulação emocional, a manutenção da SM, a sensação de controlo sobre a doença e a capacidade de encontrar um sentido positivo na doença, contribuem para a redução de perspetivas negativas e/ou sintomas, traduzindo-se numa diminuição no uso dos serviços de saúde, de comportamentos prejudiciais à saúde e uma inferior vulnerabilidade à doença (Mendes & Guimarães, 2012).

Esta componente demonstrou variações na média de 3,42(A) para 3,05(B), e uma redução significativa no desvio padrão de 0,501(A) para 0,553(B), o que indica uma ligeira diminuição

na média e uma leve variação no desvio padrão, sugerindo pouco impacto do programa ao nível desta dimensão. As intervenções do programa que podem ter interferido com a dimensão "Efeitos das Dimensões Psicológicas" foram aquelas que focaram a educação e sensibilização sobre SM e estigma, que incentivam a reflexão e discussão através de recursos como *podcasts* e as que promoveram habilidades de empatia e comunicação através do *role-play*. Pode não ter havido muita receptividade desta abordagem, interferindo com os resultados. No entanto, o *role-play* em grupos supervisionados promove a reflexão e a introspeção não só para os intervenientes e o moderador, mas também para os outros que observam as sessões do grupo (Rønning & Bjørkly, 2019).

Tabela 4 - Estatística descritiva por itens da ECS-PS (Mendes & Guimarães, 2012).

Item		Min.	Max.	M	DP	p
1. As pessoas que experienciam acontecimentos stressantes como um desastre natural, desemprego, guerra ou conflitos conjugais, ficam mais vulneráveis à doença	A	3	5	4,2	0,919	0,276
	B	2	5	3,7	0,949	
2. Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para apresentar queixas físicas sem explicação médica	A	2	5	3,4	1,265	0,084
	B	1	5	2,6	1,075	
3. Pacientes com história de maus-tratos na infância terão mais tendência para apresentar mais sintomas físicos na idade adulta	A	3	5	4,1	0,876	0,317
	B	2	5	3,7	0,949	
4. Os problemas de vida que os pacientes estão a enfrentar aumentam a probabilidade de desenvolver sintomas físicos	A	3	5	4,1	0,876	0,167
	B	2	5	3,5	0,972	
5. Pacientes sem problemas psicológicos apresentam menos sintomas físicos do que pacientes com problemas psicológicos	A	2	5	3,1	0,738	0,380
	B	1	4	2,7	0,949	
6. Nos doentes otimistas e positivos existe uma melhor recuperação da doença do que nos doentes pessimistas	A	3	5	4	0,667	0,317
	B	3	5	3,7	0,949	
7. Em muitos casos, os sintomas das pessoas decorrem mais de problemas psicológicos do que de problemas físicos	A	2	5	3,0	0,816	0,496
	B	1	5	2,7	1,059	
8. As pessoas com mais problemas de vida têm maior probabilidade de ficarem doentes	A	2	4	2,8	0,632	0,891
	B	1	4	2,8	0,919	
9. A morte de um ente querido poderá aumentar a vulnerabilidade das pessoas para desenvolver sintomas e doenças	A	2	5	3,2	0,789	0,206
	B	2	5	3,5	0,972	
10. Muitas vezes as pessoas procuram os médicos do serviço de saúde para tratar problemas psicológicos	A	1	5	3,4	1,350	0,046*
	B	2	4	2,6	0,699	
11. Pessoas com problemas psicológicos exacerbam os sintomas físicos (por exemplo, apresentam limiar de dor mais baixo) do que pessoas sem problemas psicológicos	A	2	5	3,1	1,197	0,672
	B	1	4	2,8	1,033	
12. A evolução de uma doença depende apenas do seguimento da terapêutica	A	4	5	4,6	0,516	1,000
	B	4	5	4,6	0,516	
13. Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para utilizar os serviços de saúde	A	1	3	2,2	0,632	0,577
	B	1	4	2,4	0,843	
14. Nada do que os pacientes façam, para além de realizar a terapêutica adequada, vai afetar a evolução da sua doença	A	4	5	4,8	0,421	0,414
	B	3	5	4,6	0,699	
15. Se os pacientes sentirem que podem controlar a sua doença, terão provavelmente resultados mais positivos e uma melhor evolução da doença	A	2	5	3,6	1,075	0,557
	B	2	4	3,4	0,699	
16. As pessoas que seguem melhor os tratamentos prescritos são as mentalmente mais saudáveis	A	2	4	3,1	0,738	0,931
	B	1	4	3,1	0,994	
17. Os pacientes com muito apoio social podem viver mais anos do que os que vivem sós ou que não têm amigos	A	2	5	3,5	1,179	0,539
	B	1	5	3,3	1,059	
18. O efeito sobre a saúde de estar isolado socialmente pode ser comparável ao efeito de, por exemplo, fumar, ser obeso ou não realizar atividade física	A	3	5	3,5	0,707	0,783
	B	2	5	3,4	1,075	
19. Se os pacientes encontrarem um significado positivo para a sua doença (por exemplo, dar mais valor à vida) terão provavelmente uma melhor evolução dessa doença	A	3	5	4,1	0,876	0,083
	B	1	5	3,4	1,174	
20. Os pacientes com história de abuso físico ou sexual na infância vão provavelmente utilizar mais os serviços de saúde do que aqueles que não tenham sido abusados	A	2	5	3,0	1,054	0,670
	B	1	5	2,8	1,398	
21. Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para desenvolver	A	1	5	2,8	1,229	0,914

Item		Min.	Max.	M	DP	p
sintomas de doença	B	1	5	2,7	1,418	
22.A evolução da doença depende apenas dos pacientes	A	2	5	4,3	0,949	0,206
	B	4	5	4,7	0,483	

Legenda: A – 1º questionário; B – 2º questionário; Min. – Mínimo; Max – Máximo; M – Média; DP - Desvio Padrão; p – probabilidade de significância; \* -  $p < 0.050$ .

Analisando os itens de uma forma mais individual, visto que o número de itens não era equilibrado em todas as componentes, verificou-se alguma concordância, ou seja, médias mais altas ou iguais no momento B do que no momento A. Os itens 8,9,12,13,16 e 22 podem indicar uma mudança positiva nas crenças ou o maior reconhecimento de um conceito. Por exemplo: as médias mantêm-se para o item 8: “As pessoas com mais problemas de vida têm maior probabilidade de ficarem doentes” foi uma vertente abordada durante o programa, uma vez que foram discutidos e esclarecidos os fatores determinantes da SM, esclarecendo algumas dúvidas sobre doenças mentais. A abordagem utilizada com discussão de mitos associados a DM pode ter ajudado a desmistificação de crenças sobre a DM.

De um modo geral, observa-se que muitas das médias do momento B são inferiores em comparação com o momento A. Esta diminuição pode sugerir entre outros fatores uma redução na autoeficácia dos enfermeiros. Elementos como a expectativa de resultados e a autoeficácia são fundamentais, pois influenciam os comportamentos de saúde dos indivíduos e, portanto, devem ser considerados. Se os enfermeiros acreditam que não são capazes de implementar as mudanças sugeridas no programa, isso pode resultar numa avaliação negativa dos resultados. Isto ocorre porque a autoeficácia diz respeito à percepção de controle sobre a capacidade de executar comportamentos específicos (Leal & Ribeiro, 2021). Exemplo disso é indicado pelo item 2: “Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para apresentar queixas físicas sem explicação médica”, onde a média diminuiu significativamente de 3,4 (A) para 2,6 (B). Neste contexto, a autoeficácia pode referir-se à crença que o cuidador tem capacidade de gerir o seu próprio bem-estar enquanto cuidam de doentes crónicos.

No item 12: "A evolução de uma doença depende apenas do seguimento da terapêutica", verifica-se que as médias se mantêm em 4,6 (A e B). Esta pode não evidenciar uma evolução, no entanto, é de considerar que estas temáticas foram abordadas aquando discutida a importância de fatores protetores da SM, para além da terapêutica na evolução da doença. A consistência das respostas aumenta, como mostra a redução no desvio padrão.

No item 22: " A evolução da doença depende apenas dos pacientes " evidencia que há um aumento significativo na média de 4,3 (A) para 4,7 (B). Este aumento sugere que, com o tempo, os enfermeiros passaram a concordar mais com a ideia de que a evolução da doença não depende apenas do doente. Isso pode refletir uma visão mais holística por parte dos enfermeiros, reconhecendo que outros fatores além da ação dos doentes podem influenciar a evolução da doença. A diminuição do desvio padrão de 0,948 (A) no para 0,483(B) reflete uma maior uniformidade nas respostas, sugerindo um consenso que apoia a visão holística da saúde. Isso pode ser visto como um reflexo dos argumentos de Marmot (2005), que destaca a influência significativa dos determinantes sociais na saúde, desafiando a visão tradicional que coloca a responsabilidade primária na pessoa. A mudança nas médias e no desvio padrão pode ser interpretada como uma modificação favorável nas crenças dos enfermeiros, reconhecendo a complexidade das interações entre os determinantes individuais, sociais e ambientais da saúde, conforme referido pela WHO na definição de saúde que enfatiza o estado de completo bem-estar físico, mental e social e complementado que a SM é parte integrante da saúde em geral (WHO, 2022).

Em resumo, parece haver uma heterogeneidade de resultados. Alguns indicam melhorias na percepção dos enfermeiros em relação a questões psicológicas e sintomas físicos após a implementação do programa. Por outro lado, identificam-se tendências negativas ou a ausência de alterações estatisticamente significativas em determinados indicadores. Isto pode sugerir que o programa teve efeitos variados ou que aspetos específicos do programa precisam de ajuste, como o de promover o autoconhecimento e autoconsciência. O autoconhecimento, está ligado à autoconsciência e refere-se à compreensão de si mesmo, incluindo os próprios sentimentos, motivações, desejos e o impacto que se tem nos outros. Inclui a capacidade de compreender por que se sente de certa maneira e como esses sentimentos podem afetar diretamente pensamentos e comportamentos. As crenças sobre nós mesmos, nossas capacidades e o mundo ao nosso redor podem ter um impacto significativo nas nossas emoções e comportamentos. O autoconhecimento envolve reconhecer e compreender essas crenças subjacentes e como elas afetam a nossa vida. Crenças limitantes ou negativas que podem impedir o crescimento pessoal (Goleman, 2012).

A exploração da ECS-PS foi de encontro ao que as próprias autoras Mendes & Guimarães (2012) defendem, visto que foi efetuada a exploração dos resultados do instrumento com outros profissionais, no intuito de constituir uma fonte de informação sobre crenças, e informar sobre eventuais necessidades de fomentar conhecimento.

Deve-se notar também que a eficácia do programa pode depender de vários fatores e que um único método de avaliação do mesmo pode não ser suficiente para interpretar corretamente todos os efeitos de um programa de intervenção.

Deste modo, complementa-se esta avaliação com o MICA-4 como já fora anteriormente referido.

A MICA-4 é uma escala de 16 itens desenvolvida por Gabbidon et al (2013), concebida para avaliar as atitudes estigmatizantes para a maioria dos grupos profissionais de saúde e assistência social em relação às pessoas com DM. Cada item requer uma resposta numa escala de *likert* de seis pontos (concordo totalmente, concordo, concordo em parte, discordo em parte, discordo ou discordo totalmente). Nesta vertente, é calculado um único resultado geral através da soma de todos os itens individuais. Pontuações totais mais elevadas indicam atitudes mais negativas e estigmatizantes.

Neste estudo em questão, foi adotada corretamente a ferramenta de avaliação, embora tenha utilizado uma escala de *likert* de 5 pontos, diferente do formato originalmente proposto. Apesar desta discrepância, considerou-se viável prosseguir com a análise dos resultados. Esta decisão foi baseada na necessidade de verificar a viabilidade do programa em questão, sem desconsiderar os valiosos dados já obtidos. Ademais, levou-se em consideração a disponibilidade e a disposição dos participantes em responder, fatores cruciais para a continuidade da pesquisa. Esta abordagem permitiu não só dar viabilidade aos dados recolhidos como também respeitar a disponibilidade e o empenho dos participantes em contribuir para o estudo, assegurando que o valor das suas respostas não fosse desconsiderado.

Na Tabela 5 é apresentada a estatística descritiva das respostas à escala MICA-4.

Tabela 5 - Estatística descritiva por itens da MICA-4 (Gabbidon et al 2013)

Item		Mín.	Máx.	M	DP	<i>p</i>
1. Aprendo sobre saúde mental, apenas porque faz parte do currículo e não é um tema sobre o qual me interesse pesquisar mais.	A	4	5	4,5	0,527	0,655
	B	3	5	4,6	0,699	

Item		Mín.	Máx.	M	DP	p
2.As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.	A	4	5	4,6	0,516	0,257
	B	2	5	4,2	0,918	
3. Trabalhar na área da saúde mental é tão respeitável como em outras áreas da saúde e assistência social.	A	3	5	4,8	0,632	0,011*
	B	4	4	4,0	0,00	
4.As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.	A	4	5	4,4	0,516	0,414
	B	3	5	4,2	0,632	
5. As pessoas com doença mental grave são, a maior parte das vezes, perigosas.	A	3	5	4,4	0,699	0,317
	B	4	5	4,6	0,516	
6. O pessoal de saúde / assistência social sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental).	A	2	5	4,0	1,054	0,366
	B	3	5	4,3	0,674	
7. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum dos meus colegas de trabalho porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente	A	4	5	4,4	0,516	0,257
	B	3	5	4,1	0,516	
8. Ser um profissional de saúde/assistente social da área da saúde mental não é o mesmo que ser um verdadeiro profissional de saúde/assistente social	A	1	5	4,5	1,2693	1,000
	B	2	5	4,5	0,971	
9. Se um colega mais experiente me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu não seguiria as suas indicações.	A	1	5	3,9	1,595	0,161
	B	1	4	3,3	1,252	
10. Sinto-me igualmente confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.	A	2	5	3,2	1,033	0,564
	B	2	4	3,3	0,949	
11. É importante que qualquer profissional de saúde/assistente social que apoie uma pessoa com doença mental também garanta que a sua saúde física seja avaliada.	A	3	5	4,4	0,699	0,034*
	B	3	4	3,8	0,422	
12. As pessoas em geral não precisam de ser protegidas das pessoas com doença mental grave.	A	1	5	3,0	1,414	0,160
	B	3	4	3,5	0,527	
13. Se uma pessoa com doença mental, se queixar de um sintoma físico, como uma dor no peito, eu vou atribuir esse sintoma à sua doença mental	A	3	5	4,3	0,674	0,655
	B	4	5	4,4	0,516	
14. Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas para um psiquiatra	A	3	5	4,4	0,699	0,180
	B	3	5	4,1	0,875	
15. Utilizaria o termo "louco", "maluco", "doido" etc. para descrever aos meus colegas, pessoas com doença mental que eu já vi no meu trabalho	A	4	5	4,8	0,421	0,564
	B	4	5	4,9	0,316	
16. Se algum (a) dos(as) meus( minhas) colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele(ela)	A	3	5	4,6	0,699	0,007*
	B	2	4	3,6	0,399	

Legenda: A – 1º questionário; B – 2º questionário; Min. – Mínimo; Max – Máximo; M – Média; DP – Desvio Padrão; p – probabilidade de significância; \* - p<0.050.

Para a maioria dos itens, há uma variação nas médias entre o questionário A (antes da implementação do programa) e o questionário B (depois). Esta mudança pode refletir uma alteração nas atitudes em relação às pessoas com DM após o programa.

Em itens onde a média aumenta de A para B (como nos itens 1, 5, 6, 15), sugere que as atitudes podem-se ter tornado mais negativas, considerando que pontuações mais altas indicam atitudes mais estigmatizantes.

Nos itens onde a média diminui de A para B (como nos itens 3, 7, 11,14,16), pode indicar uma mudança para atitudes menos estigmatizantes, assumindo que pontuações mais baixas refletem atitudes menos negativas.

As mudanças nos valores da escala MICA-4 fornecem *insights* valiosos sobre os aspetos específicos das atitudes que foram mais impactados pela intervenção. Essa análise detalhada

permite identificar os pontos fortes e fracos da intervenção, direcionando os esforços para aprimorá-la ainda mais.

O item que teve a maior diminuição na média foi o item 16, indicando uma potencial melhora significativa na atitude dos respondentes. Neste observou-se uma diminuição na média de 4,6 (A) para 3,6 (B), indicando uma provável melhora nas atitudes dos respondentes em relação a trabalhar com colegas com DM. A diminuição no desvio padrão de 0,699 para 0,399 sugere também que as respostas se tornaram mais homogêneas após a intervenção, indicando uma possível redução no estigma associado à DM no local de trabalho, ao criar oportunidades para os enfermeiros partilharem experiências, desafios e estratégias de superação do estigma no contexto profissional. Este diálogo aberto pode ter contribuído para o fortalecimento da coesão da equipa. Estas estratégias incluíram o método expositivo e interativo, destacando a importância de reconhecer e enfrentar as próprias crenças e atitudes negativas em relação às pessoas com DM, alinhando-se com o que foi observado na mudança de atitudes refletida na diminuição da média do item 16.

Dentre estes, outro item que demonstrou uma diminuição na média foi o item 3 – “Trabalhar na área da saúde mental é tão respeitável como em outras áreas da saúde e assistência social”, com a média diminuindo de 4,8 (A) para 4,0 (B). Esta mudança na média é considerável e sugere que o programa teve um impacto positivo, promovendo uma perspectiva mais considerada da SM, entre os enfermeiros que trabalham em serviços de cirurgia geral. Isso aponta para um crescente reconhecimento da importância de profissionais especializados em SM, refletindo um avanço na valorização das necessidades específicas dessa área. Este reconhecimento pode ser um indicador do sucesso do programa em realçar a relevância do cuidado integral, incluindo a SM, em contextos clínicos diversos.

Na mesma perspetiva, tendo em conta tanto a mudança na média quanto no desvio padrão, o item 11 – “É importante que qualquer profissional de saúde/assistente social que apoie uma pessoa com doença mental também garanta que a sua saúde física seja avaliada”, também se destaca. A média nesta afirmação diminuiu de 4,4 (A) para 3,8 (B), e o desvio padrão diminuiu de 0,699 (A) para 0,422 (B). Esta redução no desvio padrão, além da diminuição na média, sugere que as respostas se tornaram mais homogêneas no questionário B em comparação com o A, apontando para uma convergência nas atitudes dos

participantes. Ao garantir que a saúde física das pessoas com DM seja avaliada, os profissionais de saúde não apenas abordam as necessidades de saúde integral, mas também desafiam o estigma uma vez aumentam o acesso aos cuidados de saúde, manutenção de tratamento e recuperação como um todo (Oliveira & Azevedo, 2014).

A promoção da LSM de acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental de Sampaio et al. (2023) , conforme discutido durante o programa, pode ter ajudado os enfermeiros a compreender melhor a DM e suas implicações, o que pode ter contribuído para uma visão mais otimista em relação à recuperação dos utentes, indo de encontro com o que se constatou na redução da média no Item 2, de 4,6(A) para 4,2 (B), pode ser indicativa do sucesso desta abordagem educacional em mudar atitudes estigmatizantes.

Embora o programa "Saúde Mental: Um Desafio Coletivo" tenha apresentado resultados positivos em alguns aspetos, também houve mudanças negativas observadas em alguns itens após sua implementação. Entre as diversas causas possíveis, a mais evidente na perspetiva de um avaliador é a falta de tempo suficiente para uma mudança significativa. Esses resultados indicam que o programa teve um impacto heterogêneo nas crenças e atitudes dos enfermeiros, com algumas áreas mostrando melhoria significativa e outras necessitando de reforço. Isso ressalta a complexidade de mudar crenças e atitudes em relação à DM e a necessidade de uma abordagem multifacetada e continuada.

Quando se trata de analisar o objetivo de relacionar as crenças estigmatizantes e conhecimentos sobre a DM, os resultados podem sugerir que um aumento no conhecimento não levou necessariamente a uma redução no estigma. Isso pode indicar que o conhecimento por si só não é suficiente para mudar atitudes enraizadas. As abordagens utilizadas, embora possam ser adequadas, necessitam de ser prolongadas e aprofundadas. Devido à possibilidade de modificar com sucesso as crenças e atitudes dos profissionais, mantem-se pertinente desenvolver programas destinados a eles, que fomentem a adoção de estratégias mais eficazes para a adesão ao tratamento (Cruz et al., 2020).

O Gráfico 1 apresenta a avaliação do programa por parte de enfermeiros, abrangendo vários critérios como estratégias utilizadas, clareza na transmissão de conhecimentos, gestão do

tempo disponível, entre outros. Os resultados indicam que a maioria das respostas oscila entre "Bom" e "Muito Bom", o que reflete uma receção bastante positiva do programa.

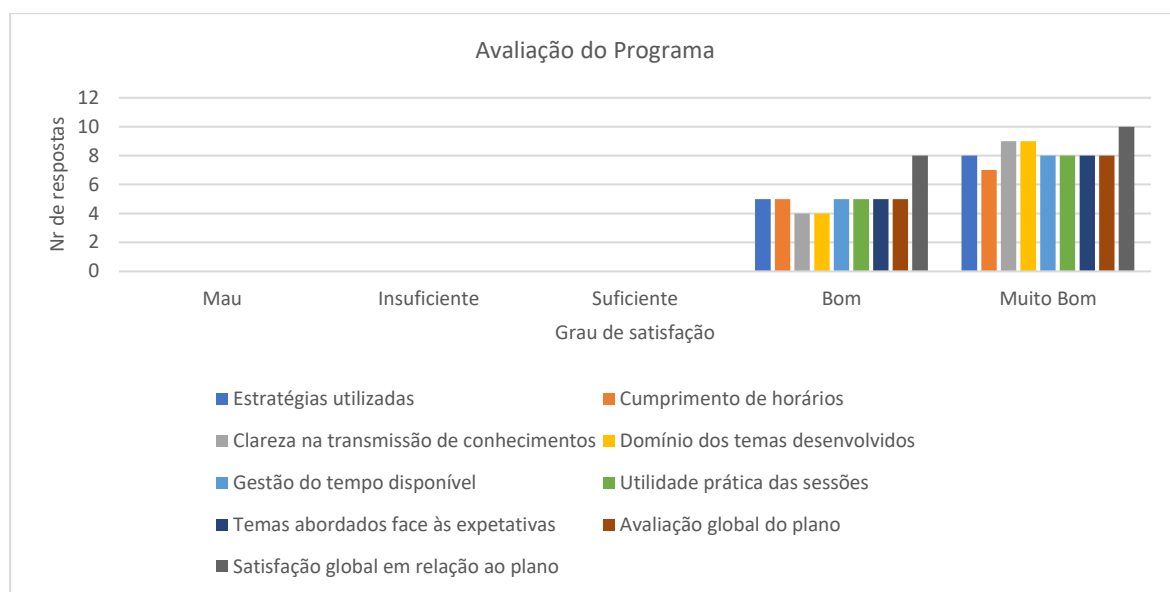


Gráfico 1 - Resultados da avaliação do programa

A avaliação positiva nas categorias "Clareza na transmissão de conhecimentos", "Domínio dos temas desenvolvidos" e "Utilidade prática das sessões" sugere que os enfermeiros consideraram o programa informativo e relevante para a sua prática. A gestão do tempo e o cumprimento dos horários também foram avaliados positivamente, indicando que o programa foi bem organizado e respeitou as limitações temporais dos participantes, um aspeto importante no contexto de trabalho destes profissionais de saúde. Em relação à "Satisfação global em relação ao plano" e às "Expectativas face aos temas abordados", os resultados igualmente altos apontam para o sucesso geral do programa em atender ou superar as expectativas dos enfermeiros, reforçando a sua pertinência.

Os resultados positivos são encorajadores e destacam a importância de continuar com iniciativas semelhantes que fomentem a LSM e o combate ao estigma associado à doença mental.

## **5. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA; RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO**

Encontrou-se uma resistência inicial na fase de implementação do PMCQCE, devido aos prazos estipulados que se revelaram inatingíveis. Face a esta situação, decidiu-se delimitar o escopo do projeto, concentrando os esforços numa população mais restrita, especificamente numa única ala do serviço de internamento cirúrgico. Esta decisão foi precedida de uma justificação detalhada, posteriormente comunicada à coordenadora do serviço que não foi incluído, sublinhando a incompatibilidade de horários entre as duas equipas e a investigadora, para a aplicação do programa com todos os enfermeiros envolvidos. Assim, o programa foi reajustado para ser implementado exclusivamente junto dos enfermeiros da ala B do serviço de internamento cirúrgico, visando uma abordagem mais focada.

Outra limitação identificada estava sobretudo relacionada com as ameaças à validade decorrente da não existência de um grupo de controlo, isto é, apesar de existir a possibilidade de avaliar as mudanças efetuadas com a intervenção (pré e pós), a interpretação dos resultados foi cautelosa, dado não existir um grupo que permita comparar os resultados e excluir leituras alternativas para as mudanças observadas na variável dependente.

Conclui-se também que a ECS-PS escolhida como instrumento de avaliação não foi a melhor opção, uma vez que surgiu alguma dificuldade na sua interpretação e utilizá-la na vertente da SM.

Outra sugestão de melhoria do programa "Saúde Mental: um desafio coletivo" poderia ser a integração de testemunhos presenciais de pessoas com experiência vivida de DM. Convidar indivíduos que estão dispostos a partilhar suas histórias pessoais e trajetórias de recuperação poderia enriquecer o programa, proporcionando aos enfermeiros uma perspetiva real e humana. Esses testemunhos podem desafiar crenças, preconceitos, humanizar o conceito de DM, e fomentar a empatia e compreensão entre os profissionais de saúde. Além disso, o estigma diminui ainda mais quando pessoas têm contato com pessoas com DM que conseguem manter empregos ou viver em comunidade (Corrigan, 2004).

Foi idealizada e programada a organização de sessões semanais de debate através de videoconferência, lideradas pela investigadora. Estas sessões tinham o objetivo de discutir

percepções emergentes da audição dos episódios do *podcast* e, paralelamente, incentivar a participação ativa dos enfermeiros. Foram apenas realizadas de forma informal e ocasionalmente, devido à falta de adesão e à limitada disponibilidade de tempo dos enfermeiros, impedindo a sua efetiva implementação.

Tendo em conta o objetivo geral de melhorar as crenças e atitudes dos enfermeiros em relação à DM através da promoção da LSM sugere que, embora progressos tenham sido feitos, a otimização do programa é necessária para atingir resultados mais uniformes e abrangentes. A inclusão de componentes que fomentem o autoconhecimento, a empatia e a reflexão crítica sobre as próprias atitudes pode ser benéfica para alcançar uma mudança mais profunda e sustentada nas crenças e atitudes em relação à DM.

Estes resultados serão partilhados com toda a equipa de enfermagem e respetiva enfermeira gestora.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A readaptação ao papel de estudante, passados 12 anos de prática profissional requereu, só por si, uma reflexão diária e um autoconhecimento constantes, decorrendo daí um processo de adaptação exigente.

Ao concluir este relatório, reconheço o valor inestimável da prática reflexiva na consolidação das minhas competências como EEESMP. A integração entre teoria e prática revelou-se fundamental, permitindo-me aplicar conhecimentos adquiridos de forma crítica e consciente nas diversas situações enfrentadas. No entanto devo referir que a sua realização foi acompanhada por momentos de ansiedade e tensão, que se refletiram a dificuldade em colocar em palavras e sistematizar as experiências e competências adquiridas.

A realização do estudo de investigação-ação permitiu a aquisição de novos conhecimentos no campo da investigação. Como fator dificultador surgiu a inexperiência em investigação e diminuída adesão da população no desenvolvimento de PMCCQE. Outro elemento que influenciou parcialmente foi a dificuldade de gestão de tempo, devido à necessidade de conciliar aspetos académicos, profissionais e familiares. No entanto, aplicou-se o maior rigor metodológico possível neste estudo, através da utilização de métodos válidos e adequados ao tipo de delineamento e objetivos do mesmo.

Para facilitar o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, sugiro uma maior integração entre teoria e prática nos diferentes contextos, bem como a facilitação de acesso a recursos de orientação científico-pedagógica, para proporcionar uma base mais robusta para a tomada de decisões.

Concluo esta etapa significativa de jornada educacional, valorizando imensamente as experiências de aprendizagem proporcionadas, os obstáculos que foram enfrentados e superados, bem como o desenvolvimento alcançado tanto no âmbito profissional quanto no pessoal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Centro. (2022). *Relatório de Atividades 2022 -Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/dicad/>
- Albuquerque, A. (2021). Empatia nos Cuidados de saúde. Em *Temas atuais em direito do paciente*. <https://doi.org/10.22533/at.ed.7332105081>
- Amante, M., Alvarez, C., Araújo, L., & Sousa, I. (2017). Intervenção em pessoas com demência e cuidadores: Café Memória um espaço privilegiado de relação. *Millenium*, 2, 13–19. [https://www.researchgate.net/publication/319208515\\_Intervencao\\_em\\_pessoas\\_com\\_demencia\\_e\\_cuidadores\\_Cafe\\_Memoria\\_um\\_espaco\\_privilegiado\\_de\\_relacao](https://www.researchgate.net/publication/319208515_Intervencao_em_pessoas_com_demencia_e_cuidadores_Cafe_Memoria_um_espaco_privilegiado_de_relacao)
- Arrais, A. da R., & Araújo, T. C. C. F. (2017). Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3). <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316>
- Batista, L. T. M. B. (2013). *Os profissionais de saúde e o estigma da doença mental* [Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71844/2/30496.pdf>
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/riv18015>
- Brito, A. M. M., & Camargo, B. V. (2011). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia*, 19(1), 283–303. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2011000100023&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100023&lng=pt&tlng=pt).
- Brito, M. L. da S. (2021). *O Enfermeiro Como Terapeuta de Referência na Equipa de Saúde Mental Comunitária*. Ordem dos enfermeiros. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/o-enfermeiro-como-terapeuta-de-refer-ncia-nas-equipas/full-view.html>
- Carvalho, D., Querido, A., Tomás, C., Gomes, J., & Cordeiro, M. (2020). O que sabem e pensam os enfermeiros sobre a doença mental: Estudo do conhecimento e atitudes estigmatizantes em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0249>
- Carvalho, D. R. S., Querido, A. I. F., Tomás, C. C., Gomes, J. M. F., & Cordeiro, M. S. S. (2019). A saúde mental dos enfermeiros: Um estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 21. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0237>
- Carvalho, D., & Semeão, I. (2023). *Procedimento - Atuação perante doentes com risco de comportamento autoagressivo e suicidário mapa de revisões*.
- Cordeiro, R., Calha, A., Mourão, C., & Camões, F. (2019). Stress e estratégias de coping em profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9–16. <https://doi.org/https://doi.org/10.19131/rpesm.0241>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Costa, L. M. e, & Germano, R. M. (2007). Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. *Revista brasileira de enfermagem*, 60(6), 706–710. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672007000600016>
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. R. (2009). Investigação-acção: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação e Cultura*, 13(2), 355–379. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10148>
- Criss, J., & John, A. (2023). Therapeutic Interventions for Mental Wellness in Correctional Facilities: A Systematic Review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. <https://doi.org/10.1177/0306624X231159884>

- Cruz, C., Chaves, C., Coutinho, E., Duarte, J., & Nelas, P. (2020). Doença mental crenças dos profissionais da educação, saúde e segurança. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 189–196. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v2.1824>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional de Saúde Mental 2017. *DGS - Programa Nacional da Saúde Mental*. [https://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_VF.pdf](https://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde- Portugal 2019-2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
- Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2018). *Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Comportamentos Aditivos e Dependências* (Vol. 05). Administração Regional do Centro.
- Elias, A. D. D. S., Tavares, C. M. D. M., & Cortez, E. A. (2013). Impact of stigma of madness on the attention of nursing to psychiatric patient in emergency situation. *Ciência, Cuidado & Saúde*, 12(4), 776–783. [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38612013000400021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000400021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Ellen, T., & Zborowsky, T. (2019). *Reducing Injury and Harm: Safety for Behavioral & Mental Health*. <https://www.healthdesign.org/insights-solutions/reducing-injury-and-harm-safety-behavioral-mental-health>
- Escobar-Castellanos, B., & Jara Concha, P. (2019). Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*, 28(54), 182–202. <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009>
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L. da, Vasconcelos, M. F. de, & Viana, A. C. G. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20045>
- Fernandes, C. S. N. da N., Santos, W. B. C. dos, Moreira, W. C., Vargas, D. de, & Nóbrega, M. do P. S. de S. (2019). Opiniões frente à doença mental na perspectiva de enfermeiros de cuidados primários em Portugal. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190034>
- Fernandes, L., & Silva, M. do R. (2009). *O que a droga fez à prisão: um percurso a partir das terapias de substituição opiácea* [Instituto da Droga e da Toxicod dependência]. <http://www.idt.pt>
- Fumaça. (2022). *Desassossego – saúde e doença mental*. <https://fumaca.pt/desassossego-investigacao-sobre-saude-e-doenca-mental/>
- Gabbidon, J., Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Brohan, E., Norman, I., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness: Clinicians’ Attitudes (MICA) Scale-Psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry Research*, 206(1). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.028>
- Galdino, S. V., Reis, É. M. B. dos, Santos, C. B., Soares, F. P., Lima, F. S. J. G., Piedade, M. A. C. R., & Oliveira, A. de S. (2016). Artigo de Revisão Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 7, 1023–1057. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3569>
- Goleman, D. (2012). Inteligência Emocional. Em Temas e Debates (Ed.), *Educación XX1* (17º).
- Gonzalez, I. S., & Nunes, L. (2022). Evidências da utilização do treino metacognitivo na pessoa com psicose: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 27, 158–180. <https://doi.org/10.19131/rpesm.331>
- Hasan, A. A., & Tumah, H. (2019). The correlation between occupational stress, coping strategies, and the levels of psychological distress among nurses working in mental health hospital in Jordan. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 153–160. <https://doi.org/10.1111/ppc.12292>
- Holtz, T. F., Albuquerque, S. M., Queiroz, S. S. de, Oliveira, T. F. de, Lacerda, F. C. F., & Cavalcanti, E. de O. (2023). Sobrecarga da equipe de enfermagem e o risco de eventos adversos. *Nursing*, 26(297), 9371–9376. <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i297p9371-9382>

- Instituto Português do Desporto e Juventude, I. P. (sem data). *Programa Cuida-te+*. Obtido 29 de Novembro de 2023, de <https://ipdj.gov.pt/o-programa>
- International Council of Nurses. (2019). *Mental health is a human right – end discrimination now*. <https://www.icn.ch/news/icn-mental-health-human-right-end-discrimination-now>
- Leal, I., & Ribeiro, J. L. P. (2021). *Manual de Psicologia da Saúde*. Pactor.
- Lei n.º 35/2023, de 21 de julho - Lei de Saúde Mental (2023). [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_print\\_articulado.php?tabela=leis&artigo\\_id=3679A0013&nid=3679&nversao=&tabela=leis](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=3679A0013&nid=3679&nversao=&tabela=leis)
- Lei n.º 156/2015 da Procuradoria – Geral Distrital de Lisboa, Diário da República, 1.ª série — N.º 181 (2015). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei\\_156\\_2015\\_SegundaAlteracaoEstatutoOE\\_set2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf)
- Linton, M., & Koonmen, J. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. *Nursing Ethics*, 27(8), 1694–1702. <https://doi.org/10.1177/0969733020940371>
- Lukosevicius, A. P. (2018). Executar é preciso, planejar não é preciso: proposta de framework para projetos de pesquisa. *Administração: Ensino e Pesquisa*, 19(1), 32–65. <https://doi.org/10.13058/raep.2018.v19n1.765>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Martins, M. I. C. (2019). *Opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face a doença mental em diferentes de serviços de um hospital geral* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/32289>
- Melo, P. (2022). Um olhar atento sobre o momento atual das Unidades de Cuidados na Comunidade. *JustNews*. <http://justnews.pt/noticias/um-olhar-atento-sobre-o-momento-atual-das-unidades-de-cuidados-na-comunidade>
- Melo, R., Leonardo, J. A. R., Abraão, I., Bucu, C., Frazão, C., Jesus, P., & Pinto, M. (2016). *Linhas orientadoras do programa eu e os outros*. <http://www.sicad.pt>
- Mendes, C. M. de M., & Guimarães, C. (2012). *Crenças dos profissionais de saúde acerca de determinantes de comportamentos de saúde: construção de um instrumento de avaliação* [Universidade do Minho]. <https://hdl.handle.net/1822/24300>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2023). Parecer N.º07/2023: Papel da/o Enfermeira/o face ao Consumo de Tabaco em Serviços de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria. Em *Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32548/parecer-mceesmp-n%C2%BA-07-2023-o-papel-do-enf-face-ao-consumo-de-tabaco-em-servi%C3%A7os-de-internamento-de-smp\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32548/parecer-mceesmp-n%C2%BA-07-2023-o-papel-do-enf-face-ao-consumo-de-tabaco-em-servi%C3%A7os-de-internamento-de-smp_anonimizado.pdf)
- Mesa do Colégios da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2017). Parecer N.º01/2017: Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na realização de exame do estado mental. Em *Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP\\_Parecer1\\_2017\\_CompEESMPRealizacaoExameEstadoMenta](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEESMPRealizacaoExameEstadoMenta)
- Ministério da Saúde. (2015). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Cirurgia Geral*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-cirurgia-geral.pdf>
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2005). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários- EMMBEP. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13, 61–77. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36224324006>
- Muniz, D. C., Andrade, E. G. da S., & Santos, W. L. (2019). A saúde do enfermeiro com a sobrecarga de trabalho. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 2(Esp. 2). <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2403/1796>

- Nacional Health Board. (2008). *Stigma: a guidebook for action - tackling the discrimination, stigma and social exclusion experienced by people with mental health problems and those close to them*. Health Scotland. <https://www.healthscotland.com/documents/2526.aspx>
- Oliva, V. N. L. de S., Albuquerque, V. B., Yudji, E. Y. T., Yamamoto, K. C. M., Costa, K. N., Silva, M. L. M., Souza, M. S., & Aguiar, S. M. H. C. A. (2010). Idosos institucionalizados e as Atividades Assistidas por Animais. *Revista Científica em Extensão*, 6(2). [https://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/333](https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/333)
- Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 30(4), 221–234. <https://doi.org/https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>
- Oliveira, W. F., Renato, A. P. P., Cidade, A., Bessa, S. L., & Bess, E. (2021). Recovery e saúde mental: uma revisão da literatura latinoamericana. *Revista Iberoamericana de Psicologia*, 14(2), 71–83. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.14207>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem- Enquadramento conceptual Enunciados descritivos. *Divulgar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica. *Ordem dos Enfermeiros*, 12. <https://pt.scribd.com/document/452764700/ppadiao-documentacao-enfermagem-saude-mental-e-psiQUIATRICA-auscultacao-vf-1>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Documento Orientador*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Estatística de Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nº47/2023. 4*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp\\_47-2023\\_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp\\_iniciativa-da-mceesmp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp_47-2023_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp_iniciativa-da-mceesmp.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Ordem dos Enfermeiros elabora proposta de carteira básica a contratualizar para as UCC*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/ordem-dos-enfermeiros-elabora-proposta-de-carteira-b%C3%A1sica-a-contratualizar-para-as-ucc/>
- Parreira, P., Melo, R., Castilho, A., Vieira, R., & Amaral, A. (2013). *Processo de Mudança em Organizações de Saúde*. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2398&id\\_revista=19&id\\_edicao=55](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2398&id_revista=19&id_edicao=55)
- Peixoto, N. M. D. S. M., & Peixoto, T. A. D. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121–132. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388249570013>
- Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61–73. <http://hdl.handle.net/10400.26/23806>
- Provdanov, C. C., & Freitas, E. C. De. (2014). Summary for Policymakers. Em *Climate Change 2013 – The Physical Science Basis* (2ª, pp. 1–30). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Puddicombe, A. (2016). *Meditação e Mindfulness - 10 Minutos por dia podem fazer a diferença* (Nascente).
- Querido, A., & Laranjeira, C. (2023). Planeamento dos Ensinos Clínicos. *Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde*.

- Querido, A., Tomás, C., & Carvalho, D. (2016). O estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Spe. 3*, 67–72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0120>
- Regulamento n.º 515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República, 2.ª Série(151)*, 21427–21430. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Regulamento n.º140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série*, 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º533/2014. (2014). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, 2.ª série*, 30247–30254. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/533-2014-60651797>
- Rønning, S. B., & Bjørkly, S. (2019). The use of clinical role-play and reflection in learning therapeutic communication skills in mental health education: An integrative review. Em *Advances in Medical Education and Practice* (Vol. 10, pp. 415–425). <https://doi.org/10.2147/AMEP.S202115>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. da C. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. 1.ª. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Sampaio, F. M. C., Pereira, P. F., castro, S. A. P., Morgado, T. M. M., & Lourenço, T. M. G. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Sampaio, F. M. C., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017). Content Validity of a Psychotherapeutic Intervention Model in Nursing: A Modified e-Delphi Study. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*(2), 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007>
- Seabra, P. (2020). Os comportamentos aditivos e dependências: Um olhar sobre a complexidade do fenómeno e as intervenções de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 7*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0240>
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 11*, 45–53. <https://www.researchgate.net/publication/263859420>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde. (sem data). *SICAD- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*. Obtido 9 de Janeiro de 2024, de <https://www.sicad.pt/PT/Institucional/Missao/Paginas/default.aspx>
- Silveira, J. G. B. da, Silva, J. C. T. da, Silva, C. M. da, Campos, L. A. M., Pacheco, P. M. de A., & Pereira, D. B. A. (2022). Crenças, Fake News e Saúde Mental: Considerações preliminares. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, 3*(1). <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i1.1104>
- Siqueira, D. S., Padilha, C. D. M., & Silva, E. F. da. (2023). O Papel do Enfermeiros na Gestão em Enfermagem: uma revisão integrativa. *RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia, 3*(3). <https://doi.org/10.53612/recisatec.v3i3.262>
- Sousa, J. F. de. (2017). O estigma da saúde mental. *Psicologia.pt*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1120.pdf>
- Tambag, H. (2018). Effects of a Psychiatric Nursing Course on Beliefs and Attitudes about Mental Illness. *International Journal of Caring Sciences, 11*(1), 420–426. [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)

- World Health Organization. (2000). *Preventing suicide a resource for prison officers*.  
<https://www.spsuicidologia.com/generalidades/biblioteca/publicacoes>
- World Health Organization. (2001). Mental health: a call for action by world health ministers. Em *Who.Int*.  
<https://www.mhinnovation.net/resources/mental-health-call-action-world-health-ministers>
- World Health Organization. (2020). *Mental health atlas*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*.  
<https://bvsm.s.saude.gov.br/oms-divulga-informe-mundial-de-saude-mental-transformar-a-saude-mental-para-todos/>

## ANEXOS

ANEXO I - Certificado de Participação – Encontro de Saúde Mental do Centro Hospitalar de  
Leiria

# ENCONTRO DE SAÚDE MENTAL DO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

## Certificado de Participação

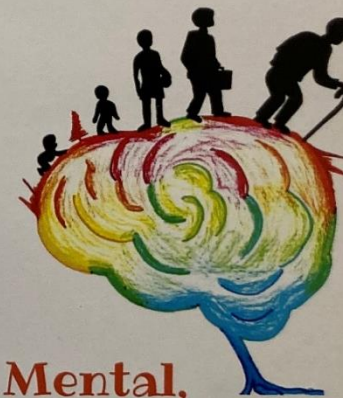
Certifica-se que Diana Marlene Félix Ferraz participou no Encontro de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Leiria, que decorreu nos dias 8 e 9 de maio de 2023, em Leiria, com a duração de 18 horas.

**JORNADA POENTE**

ASSOCIAÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL

N.º Contribuinte 516 890 760

Estrada dos Marinheiros, n.º 14  
Marinheiros, 2650-310 Leiria



**"Saúde Mental,  
para que te quero?"**

ANEXO II - Declaração de Participação - Ação Formativa: Violência ao Longo do Ciclo de Vida:  
Intervenção das Equipes de Saúde



ANEXO III - Certificado de participação – Conferência "O impacto dos animais de  
companhia na saúde mental das pessoas"

## CONFERÊNCIA

# O IMPACTO DOS ANIMAIS DE COMPANHIA NA SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS

TEATRO STEPHENS

Dia Mundial da Saúde Mental

10 OUT 2023

### PROGRAMA

**14h00**

Sessão de Abertura

**14h20**

Famílias Multiespécies: O Impacto dos animais na Saúde Mental das Pessoas e vice-versa  
**Doutora Maria Batista**  
Universidade de Évora

**14h50**

A Saúde Mental e a Convivência com Animais  
**Doutor Mauro Paulino**  
Ordem dos Psicólogos Portugueses  
Mind Clinic

**15h20**

Debate com o Público

**15h30**

Dinâmica de Grupo  
**Conselho de Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica**  
ACES Pinhal Litoral

**15h45**

Uma Experiência: Animais e Promoção da Saúde Mental das Crianças Vítimas de Maus-Tratos  
**Dr. Pedro Paiva**  
Provedor do Animal da Câmara Municipal de Lisboa

**16h15**

Uma só Saúde e Um só Bem-Estar – Animais e Pessoas  
**Professora Doutora Laurentina Pedroso**  
Provedor do Animal Nacional

**16h45**

Debate com o Público

**17h00**

Sessão de Encerramento

**INSCRIÇÕES**

244.573.315  
saude@cm-mgrande.pt

Município da  
Marinha Grande



## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Dra.use Helena Fei. Soares participou na Conferência "O Impacto dos Animais de Companhia na Saúde Mental das Pessoas", que se realizou no dia 10 de outubro 2023, iniciativa organizada pelo Município da Marinha Grande.

Marinha Grande, 10 outubro de 2023

O Presidente da Câmara  
(Aurelio Ferreira)



## APÊNDICES

## APÊNDICE I - Plano de Formação em Serviço: “Des-Stress com *Mindfulness*”

## PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – “DES-STRESS COM MINDFULNESS”

**DATA:** 29/06/2021

**HORA:** 9-10h

**LOCAL:** Sala de reuniões.

**DESTINATÁRIOS:** Profissionais de saúde de Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]

**DINAMIZADORA:** Enf. Diana Ferraz (Estudante MEESMP), sob orientação da Enfermeira Orientadora.

**MÉTODO:** Expositivo/ Interativo

**OBJETIVO:** Capacitar os profissionais de saúde para identificarem as suas emoções e situações de *stress*, assim como, para a adoção de estratégias adaptativas para a gestão de conflitos; identificar vantagens das técnicas de relaxamento no controlo da ansiedade e treino de auto relaxamento; proporcionar experiências de relaxamento por *mindfulness* focando os sentidos.

**FUNDAMENTAÇÃO:** Formações em serviço são necessárias para promover o conhecimento e reflexão acerca de problemas identificados nos profissionais de saúde, de modo a desenvolver e identificar estratégias de prevenção do mesmo (Regulamento nº 515 de 7 de agosto, 2018).

O conceito de saúde mental é um conceito não contextual entendido no sentido amplo do bem-estar emocional, psicológico e social. O conceito de bem-estar no trabalho é inclusivo está em relação direta com o ambiente físico, riscos associados ao trabalho, relações com os colegas, saúde pessoal e capacidade de trabalho e até o *stress* familiar (Sequeira & Sampaio, 2020).

Como fatores determinantes saúde mental no trabalho que podem a conduzir situações de *stress* consideram-se: estilo liderança, *empowerment*, autonomia controlo no trabalho e participação, potencial para o desenvolvimento pessoal, trabalho em equipa, objetivos claros no trabalho, reforço positivo e comunicação assertiva na equipa, equilíbrio esforço recompensa, trabalho intelectualmente estimulante e segurança no emprego (Sequeira & Sampaio, 2020).

O *stress* é, de acordo com International Council of Nurses (2017) “um status comprometido caracterizado por um sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de a pessoa se

sentir incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto associado a experiências desagradáveis e/ou associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio do estado mental e físico da pessoa” (Sequeira & Sampaio, 2020).

Estudos revelaram uma correlação significativa entre o *stress* ocupacional e os níveis de sofrimento psicológico entre os enfermeiros. Estes descrevem estratégias: como o acesso a suporte social, a procura de apoio profissional, a busca por atividades de lazer e o recurso a estratégias de relaxamento, para contrariar este *stress*. Eles recomendam a implementação de programas de intervenção e apoio para ajudar os enfermeiros a lidar com o *stress* ocupacional, bem como a promoção de estratégias de enfrentamento saudáveis e eficazes (Hasan & Tumah, 2019).

O uso de estratégias de relaxamento, como meditação e exercícios de respiração, e o desenvolvimento de habilidades de resiliência, como a capacidade de se adaptar a situações desafiadoras, também são consideradas estratégias para redução de *stress*. Essas estratégias podem ajudar a melhorar o bem-estar mental e físico desses profissionais, para além de aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (Cordeiro et al., 2019).

Para mitigar os efeitos do *stress*, é importante adotar várias estratégias. Em primeiro lugar, enquanto estudantes, é necessário adequar-se à realidade. Além disso, a comunicação aberta e honesta, juntamente com a capacidade de ouvir de forma atenta através da escuta ativa, pode promover um ambiente mais saudável. É fundamental gerir prioridades, reconhecendo a importância do autocuidado, como ter uma boa qualidade de sono, seguir uma alimentação saudável, praticar exercício físico regular e reservar tempo para atividades de lazer e relaxamento. O autoconhecimento também desempenha um papel crucial, permitindo identificar as resistências pessoais e estabelecer limites adequados. Por fim, é essencial encontrar um equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, dedicando tempo a ambos os aspetos. Se o *stress* persistir, é recomendado procurar ajuda profissional (Serra, 2011).

O relaxamento *mindfulness* é uma prática de estar presente no momento presente, sem ter pensamentos ou preocupações sobre o passado ou o futuro. Em vez disso, *mindfulness* envolve observar a experiência atual, seja física, emocional ou mental, com uma atitude de

curiosidade e aceitação. A sua prática, com intenção e regularidade, pode levar a uma maior conscientização de si mesmo, bem-estar emocional e mental e resiliência diante do *stress* e dos desafios da vida. A prática da *mindfulness* pode ser cultivada através de meditações formais, práticas informais no dia-a-dia e treino em atenção plena em grupo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Esta técnica é uma técnica de meditação que pode ser realizada por qualquer pessoa que esteja interessada em reduzir o *stress*, aumentar a atenção plena e a consciência, e melhorar a qualidade de vida em geral. Não há restrições quanto a quem pode praticar *mindfulness*, desde que a pessoa esteja disposta a dedicar algum tempo e esforço para aprender e praticar a técnica. A prática de *mindfulness* pode ser simplesmente útil para aqueles que desejam aprimorar a concentração, a criatividade e a resiliência emocional (Puddicombe, 2016).

#### PLANO DE SESSÃO:

Etapas da sessão	Estratégias/atividades	Duração (minutos)	Recursos
<b>Introdução</b>	Apresentação e explicação da sessão; Quebra-gelo com dinâmica: Jogo das duas verdades e uma mentira: devem apresentar três afirmações sobre si mesmo, sendo duas verdadeiras e uma falsa causadoras de <i>stress</i> , os outros participantes tentam adivinhar qual afirmação é a mentira. Essa dinâmica ajuda a quebrar o gelo e a incentivar a interação e a descoberta de interesses comuns causadores de <i>stress</i> . Início com exposição de apresentação de método expositivo.	5'	Mesa Cadeiras Canetas Computador Projeter; Coluna; Caixas com cheiros; Chocolate. Música Relaxante: "Make us human"
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enquadramento com conceito de <i>stress</i> e os principais fatores que contribuem para o <i>stress</i> no ambiente de trabalho;</li> <li>▪ Discutir os efeitos físicos, emocionais e mentais do <i>stress</i> prolongado nos profissionais de saúde e a importância de abordá-lo de forma eficaz;</li> <li>▪ Incentivar a reflexão sobre seus próprios níveis de <i>stress</i> e estratégias pessoais de gestão.</li> <li>▪ Promover técnicas de autorregulação do <i>stress</i>, como respiração profunda, meditação <i>mindfulness</i> e práticas de relaxamento.</li> <li>▪ Promover a importância da organização do tempo, estabelecimento de prioridades e delegação de tarefas para reduzir a sobrecarga de trabalho.</li> <li>▪ Destaque a importância do apoio emocional entre os colegas de trabalho e encoraje a criação de um ambiente de suporte mútuo.</li> <li>▪ Momento de relaxamento por exercício de <i>mindfulness</i> focando os sentidos.</li> </ul>	45'	
<b>Conclusão</b>	Resumo da sessão. Avaliação da sessão, através de questionário.	5'	

## **AVALIAÇÃO:**

O tema a abordar nesta formação fora escolhido com base numa necessidade identificada. Deste modo, todos os membros da equipa presentes mostraram disponibilidade e recetividade para participar na formação.

Esta sessão fora elaborada numa vertente formativa, no entanto, pode-se concluir que a abordagem realizada, teve uma vertente de intervenção psicossocial, uma vez que no contexto da saúde mental, estas intervenções são “atividades, técnicas ou estratégias interpessoais ou informativas que visam a modificação de fatores biológicos, comportamentais, cognitivos, emocionais, interpessoais, sociais ou ambientais com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar” (Ordem dos Enfermeiros, 2023, p. 4)

Verificou-se que os participantes já tinham algum conhecimento prévio sobre o conceito de *stress* e os fatores que contribuem para o *stress* no ambiente de trabalho. Houve alguma ansiedade inerente à realização sessão, nos momentos prévios à mesma, por ser dirigida a profissionais.

A dinâmica quebra-gelo de 2 verdades e 1 mentira, foi adequada, visto que desbloqueou e gerou a discussão/reflexão. Pode-se interpretar que se os participantes refletiram sobre seus próprios níveis de *stress* e identificaram estratégias pessoais de gestão adequadas/desadequadas.

Alguns dos participantes mostraram interesse em aprender técnicas de relaxamento e *mindfulness* para lidar com o *stress* e as emoções. Alguns já tinham contacto prévio, mas outros desmontaram através de alterações de postura e expressões faciais algum ceticismo.

O momento de relaxamento por meio do exercício de *mindfulness* focado nos sentidos pareceu adequado e alguns participantes demonstram satisfação ao praticar pela primeira vez. A participação ativa dos intervenientes durante as discussões e atividades evidenciou o seu desejo de compreender melhor os fatores que contribuem para o *stress* e os efeitos que ele pode ter em sua saúde física, emocional e mental, tendo-se demonstrado dispostos a refletir sobre seus próprios níveis de *stress* e a considerar estratégias pessoais de gestão.

Foi avaliada a como sendo um momento positivo visto que, foi descrita a sugestão de “era bom fazer mais sessões” (sic). Esta encerrou com sugestões para mais encontros futuros e

um *feedback* construtivo por meio de um questionário respondido por quase todos os participantes. Para além disso, outras temáticas sugeridas foram: auto-cuidado, comunicação assertiva, gestão de emoções, gestão de tempo e trabalho em equipa.

Penso que a minha postura foi adequada, e que à medida que a sessão foi decorrendo que o meu próprio *stress*, inerente a minha exposição foi controlado.

No final da sessão doze dos treze participantes responderam ao questionário, que é descrito pelos resultados descritos no seguinte gráfico:

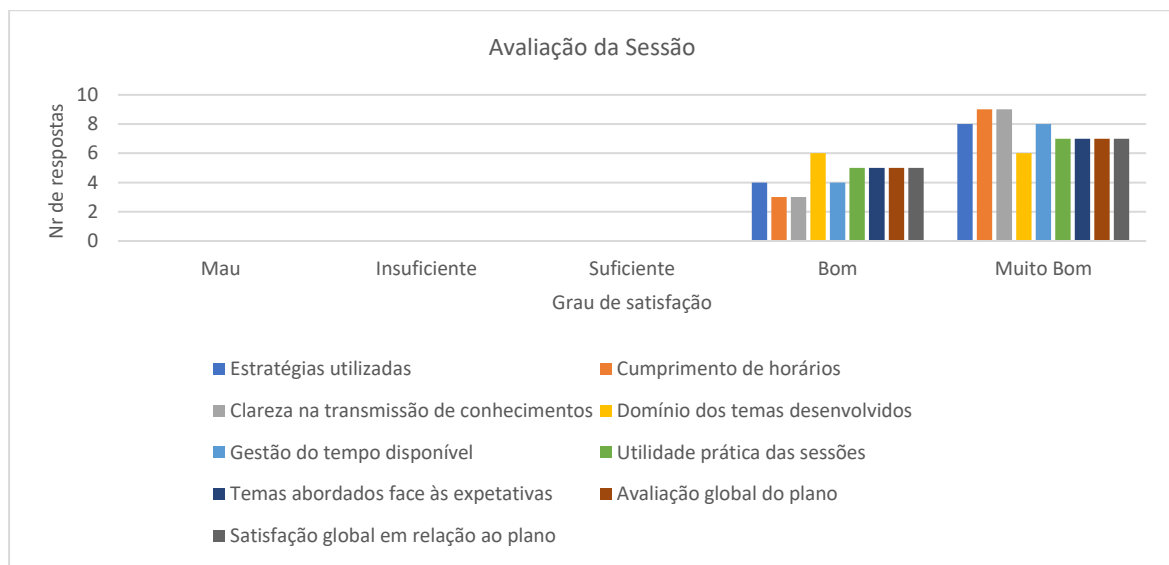


Gráfico 1- Avaliação da sessão "Des-stress com *Mindfulness*"

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Cordeiro, R., Calha, A., Mourão, C., & Camões, F. (2019). Stress e estratégias de coping em profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9–16. <https://doi.org/https://doi.org/10.19131/rpesm.0241>
- Hasan, A. A., & Tumah, H. (2019). The correlation between occupational stress, coping strategies, and the levels of psychological distress among nurses working in mental health hospital in Jordan. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 153–160. <https://doi.org/10.1111/ppc.12292>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. 4.* [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp\\_47-2023\\_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp\\_iniciativa-da-mceesmp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp_47-2023_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp_iniciativa-da-mceesmp.pdf)
- Puddicombe, A. (2016). *Meditação e Mindfulness - 10 Minutos por dia podem fazer a diferença* (Nascente).
- Regulamento nº 515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República, 2ª Série(151)*, 21427–21430. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Serra, A. V. (2011). O stress na vida de todos os dias. Em *Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda* (3.ª).

# APRESENTAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

## “DES-STRESS COM MINDFULNESS”

POLITÉCNICO de LEIRIA  
UNIVERSIDADE da SAÚDE

UCC

### Des-stress com Mindfulness

### SUMÁRIO

- Falar de stress: 2 verdades e 1 mentira
- Stress- conceito, sinais e sintomas
- Fatores determinantes
- Técnica de autorregulação e autocuidado.

Marinha Grande, Junho, 2023

Lúcia Crício (Enf. Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica)  
Diana Ferraz (Enf. e estudante Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica)

### “ VERDADE OU MENTIRA ”

### Stress

Stress é uma resposta física, mental e emocional a estímulos ou situações que são percebidos como desafiadores, ameaçadores ou exigentes.

Envolve uma série de reações fisiológicas e psicológicas.

### SINAIS E SINTOMAS

É uma resposta individual à percepção de uma situação, e que varia de pessoa para pessoa.

### SINAIS E SINTOMAS

<p>Físicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fadiga constante e falta de energia.</li> <li>• Cefaleias frequentes.</li> <li>• Tensão muscular: dores musculares e desconforto.</li> <li>• Alterações no apetite.</li> <li>• Alterações gastrointestinais.</li> <li>• Palpitações cardíacas ou aumento da frequência cardíaca.</li> <li>• Sudorese excessiva, mãos frias ou suor excessivo.</li> </ul>	<p>Psicológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidade, impaciência e dificuldade em relaxar.</li> <li>• Ansiedade.</li> <li>• Alterações de humor, como irritabilidade, tristeza ou nervosismo.</li> <li>• Sentimentos de tristeza, desesperança ou falta de prazer nas atividades.</li> <li>• Dificuldade de concentração e memória.</li> <li>• Sentimentos de sobrecarga ou incapacidade de lidar com as demandas.</li> <li>• Baixa autoestima e falta de confiança.</li> </ul>
----------------	---	---------------------	---

### SINAIS E SINTOMAS

<p>Cognitivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade em tomar decisões e resolver problemas.</li> <li>• Pensamentos acelerados.</li> <li>• Catastrofização.</li> <li>• Dificuldade de concentração.</li> </ul>	<p>Comportamentais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações no padrão de sono, incluindo hipersônias.</li> <li>• Mudanças no apetite, como comer em excesso ou falta de apetite.</li> <li>• Isolamento social e dificuldade em se relacionar com os outros.</li> <li>• Aumento do uso de substâncias como álcool, tabaco ou drogas.</li> <li>• Comportamentos de evitação, como evitar situações ou responsabilidades.</li> <li>• Diminuição do desempenho no trabalho ou nos estudos.</li> </ul>
-------------------	--	------------------------	---

### Nos Profissionais de Saúde

CAUSAS ESPECÍFICAS relacionadas com a INSTITUIÇÃO:

- O tipo de contrato;
- A estrutura e o clima de organização;
- Carreira;
- O papel dentro da organização;
- As relações de trabalho com superiores, colegas e subordinados.
- Carga horária

### Nos Profissionais de Saúde

CAUSAS ESPECÍFICAS:

- Responsabilidade pelo bem-estar dos pacientes;
- Falta de recursos adequados – sobrecarga;
- Ambiente de trabalho desafiador;
- Falta de apoio e reconhecimento e valorização;
- Traumas e eventos emocionalmente difíceis;

### Outros exemplos: Nos Profissionais de Saúde

- Preocupação com os utentes e a incapacidade de cumprir com todos os requisitos para com os utentes.
- Incapacidade de responder as necessidades dos familiares em paralelo
- Contacto excessivo fora do ambiente de trabalho sobre questões relacionadas com utentes e familiares, quer pessoalmente quer por via telefónica
- Requisito constante fora do ambiente de trabalho.

## Dissipar os efeitos do stress

- Informação adequada enquanto estudantes- preparar para a realidade;
- Comunicar de forma aberta e honesta e saber ouvir de maneira atenta - escuta ativa
- Habituar-se e gerir prioridades

## Dissipar os efeitos do stress

- Autocuidado: boa qualidade de sono, alimentação saudável, exercícios físicos regulares e tempo para atividades de lazer e relaxamento
- Autoconhecimento: resistências pessoais e estabelecer limites;
- Equilibrar a vida profissional e pessoal.
- Procurar apoio profissional

## Técnicas de autorregulação e autocuidado - Mindfulness



“ A meditação é uma capacidade maravilhosa, com potencial para mudar a vida, mas a maneira que cada um escolhe para usar essa capacidade é pessoal”

puddicombe.com

## MINDFULNESS

- É uma prática de estar presente no momento presente, sem ter pensamentos ou preocupações sobre o passado ou o futuro.
- Consiste em observar a experiência atual, seja física, emocional ou mental, com uma atitude de curiosidade e aceitação.
- Envolve diferentes abordagens e exercícios, para cultivar a atenção plena no momento presente.

(Puddicombe, 2016)

## Vamos Relaxar?



## Referências bibliográficas

- Cordeiro, R., Calha, A., Mourão, C., & Camões, F. (2020). Stress e estratégias de coping em profissionais de saúde. Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Hssan, A. A., & Tumah, H. (2019). The correlation between occupational stress, coping strategies, and the levels of psychological distress among nurses working in mental health hospital in Jordan. Perspectives in Psychiatric Care, 55(2), 153-160. <https://doi.org/10.1111/ppoc.12292>
- Puddicombe, A. (2016). Meditação e Mindfulness - 10 Minutos por dia podem fazer a diferença (Nascente).
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções. Lidel.
- Serra, A. V. (2011). O stress na vida de todos os dias. In Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda (3.a).

## Obrigada

## **GUIÃO SESSÃO DE MINDFULNESS** (adaptado de Puddicombe, 2016)

*Lembrem-se de que o objetivo principal deste exercício é cultivar a atenção plena e a aceitação focando todos os sentidos:*

*Iniciando por Mindfulness focado na **visão**:*

Escolham um lugar confortável para se sentar. Fechem suavemente os olhos e comecem a se concentrar em sua respiração, trazendo uma sensação de calma e relaxamento ao seu corpo.

Agora, vamos direcionar a vossa atenção para a sua visão.

Mantenham os olhos fechados, mas comecem a trazer à mente uma imagem que vos traga uma sensação de paz e serenidade.

Pode ser o seu local favorito... pode ser um belo pôr do sol, um campo de flores coloridas, o seu quarto ou qualquer imagem que você considere relaxante.

Permitam-se mergulhar completamente nessa imagem, visualizando todos os detalhes e cores. Observem as nuances de luz e sombra, os movimentos suaves ou as paisagens ao seu redor.

Sintam a paz e a beleza que emanam desse cenário.

À medida que se continuam a se concentrar no cenário, traga uma sensação de gratidão por poder apreciar a beleza ao seu redor.

Sinta-se conectado com o mundo através dessa experiência visual.

....(pausa)

Agora, gradualmente, comece a trazer essa sensação de visão tranquila para o seu ambiente presente.

Abra os olhos lentamente e observe a sua volta.

Permita-se apreciar as cores, formas e texturas do ambiente ao seu redor, com uma sensação renovada de consciência visual.

À medida que você retorna à consciência plena, leve consigo essa sensação de visão calma e apreciação da realidade.

Permita-se estar atento aos detalhes visuais que o rodeiam e encontrando momentos de beleza e serenidade ao longo do caminho.

*Iniciando por Mindfulness focado na **audição**:*

Peça ao grupo para encontrar um lugar confortável para se sentar na sala.

Fechem suavemente os olhos e tragam a atenção para a respiração, permitindo que a mente se acalme e se concentre no momento presente.

Comecem a trazer a atenção para os sons ao seu redor.

Permitam-se ouvir os sons mais óbvios, como o som do ar condicionado, pessoas conversando ao redor ou o próprio silêncio. Observem como os sons entram e saem da consciência.

Agora, comecem a expandir a consciência para os sons mais sutis e distantes.

Prestem atenção aos sons mais distantes, como carros passando na rua, pássaros cantando lá fora ou qualquer outro som que possa alcançar seus ouvidos.

Estejam presentes e abertos para capturar esses sons à medida que surgem e desaparecem.

....

À medida que vocês se sintonizam nos sons, notem qualquer tendência da mente em rotular ou julgar os sons como agradáveis, desagradáveis ou neutros.

Lembrem-se de que o objetivo aqui é apenas observar os sons sem julgamento, permitindo que eles se desdobrem naturalmente.

Agora, tragam a atenção para os sons internos do próprio corpo. Observem os ritmos da respiração, o som do próprio coração pulsando ou qualquer outro som interno que possa surgir. Cultivem uma sensação de conexão com o corpo e o fluxo de energia dentro de vocês.

À medida que continuam a focar na audição, convido-os a trazer a atenção para a própria respiração.

Observem o som da respiração entrando e saindo do corpo, prestando atenção aos detalhes sutis desse processo.

Gradualmente, encerrem o exercício, trazendo a atenção de volta ao corpo e ao ambiente ao redor.

Respirem profundamente algumas vezes, movimentem suavemente os dedos das mãos e dos pés, e abram os olhos lentamente.

### *Iniciando por Mindfulness focado no **olfato**:*

*Os cheiros podem evocar diferentes memórias, emoções e sensações, mesmo que não saibamos exatamente o que estamos a cheirar.*

*Agora, passarei três caixas por todos*

Enquanto segura a caixa, tente não fazer suposições sobre o que está dentro.

Cada um vai abrir a caixa que recebeu, sem olhar para dentro, e trazer a caixa em direção ao nariz, respirando profundamente.

Permitam-se explorar as sensações e percepções que surgem ao sentir esse aroma desconhecido.

Foquem na textura, intensidade e quaisquer associações que possam surgir.

Sem tentar identificar o cheiro específico.

Convido-vos a compartilhar brevemente (em uma ou duas palavras) qualquer sensação ou impressão que tenha surgido com este aroma.

Estejam presentes e abertos às experiências individuais e compartilhadas, permitindo que os cheiros estimulem a consciência e a curiosidade

*Após alguns momentos, cada pessoa passará a caixa para a pessoa ao seu lado, seguindo a mesma sequência: caixa A, caixa B e caixa C.*

*À medida que as caixas continuam a circular pelo grupo, explorem cada aroma desconhecido, respirando profundamente e observando as sensações que surgem em seus corpos e mentes.*

*Durante esse processo, notem como as sensações podem variar de pessoa para pessoa, tornando a experiência única para cada indivíduo.*

Gradualmente, encerrem a atividade, agradecendo a si mesmos e aos outros pela participação e pela abertura em explorar os cheiros desconhecidos juntos.

Tragam a atenção de volta ao corpo e ao ambiente ao redor, retornando ao momento presente.

*Iniciando por Mindfulness focado no **paladar**:*

*É uma prática que visa trazer consciência plena ao ato de comer, permitindo uma experiência mais rica e satisfatória com os alimentos.*

*Para realizar esse exercício, escolha uma refeição ou lanche e reserve um tempo para se sentar em um lugar tranquilo. (levar chocolate)*

Comece por observar a chocolate à sua frente, notando as cores, texturas e aromas dos alimentos.

Antes de começar a comer, leve a atenção para a sua respiração, permitindo que ela se acalme e se torne presente no momento.

Faça algumas respirações profundas para se conectar com o corpo e relaxar.

Quando pegar um pedaço de chocolate, leve-o até o nariz e inspire profundamente, permitindo que os aromas despertem os sentidos. Em seguida, leve-o à boca e mastigue lentamente, notando a textura e o sabor do alimento.

Enquanto come, esteja totalmente presente na experiência, prestando atenção aos sabores, às sensações na boca e à forma como o alimento é digerido. Evite distrações, como assistir televisão ou telemóvel, e concentre-se apenas na refeição.

Observe as sensações de fome, saciedade e qualquer desejo ou aversão que surja durante a refeição. Esteja consciente de quaisquer pensamentos ou emoções que possam surgir em relação à chocolate.

Se a mente começar a divagar, gentilmente traga a atenção de volta para a experiência de comer. Esteja presente em cada mordida, cultivando uma atitude de gratidão e apreciação pelo chocolate.

Ao terminar a refeição, reserve um momento para agradecer pelo chocolate e pela oportunidade de se nutrir e saborear.

Observe como se sente depois de comer e como essa prática de comer com atenção plena afetou sua experiência.

*Iniciando por Mindfulness focado nas **Sensações corporais**:*

*Lembre-se de que o objetivo principal desse exercício é cultivar a atenção plena e a aceitação no foco de tato, e sensações corporais, independentemente de serem agradáveis ou desagradáveis.*

É recomendado encontrar um local tranquilo e confortável onde possa sentar-se ou deitar-se.

Feche os olhos suavemente e comece a direcionar sua atenção para as sensações físicas do corpo.

Concentre-se em identificar as sensações presentes, tanto as agradáveis quanto as desagradáveis.

Pode ser uma sensação de conforto, como a maciez de um travesseiro, ou uma sensação de desconforto, como uma dor ou tensão muscular.

Observe essas sensações com uma curiosidade e abertura, sem julgamento ou tentativa de mudá-las.

Permita-se experimentar plenamente essas sensações, aceitando-as como parte da experiência presente.

Enquanto mantém a atenção nessas sensações, observe como elas se manifestam no corpo.

Observe se elas mudam de intensidade, se estão localizadas em alguma área específica ou se se espalham por todo o corpo.

É normal que surjam pensamentos, emoções ou distrações. Quando isso acontecer, reconheça gentilmente essas experiências e, em seguida, direcione sua atenção de volta para as sensações corporais.

*Pratique estas exercício regularmente, reservando alguns minutos do seu dia para se concentrar no que vê, cheira, come, ouve e nessas sensações agradáveis ou desagradáveis que o seu corpo pode transmitir.*

*Com o tempo, você poderá desenvolver uma maior consciência corporal e uma habilidade maior para observar as sensações sem reagir automaticamente a elas.*

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Formação: “**Des-stress com Mindfulness**”

Data: 29/06/2023

Formadores: Enf. Diana Ferraz (Estudante MEESMP)

Hora: 10h

Duração: 1 hora

Finalizada a sessão, torna-se agora importante refletir sobre a atividade desenvolvida.

Considerando a sua opinião de elevada importância, agradecemos a sua colaboração no preenchimento do presente questionário.

Responda a cada item colocando uma cruz, de acordo com a escala apresentada, a qual diz respeito ao seu grau de satisfação com os vários critérios avaliados.

Legenda: 1 - Mau; 2 - Insuficiente; 3 - Suficiente; 4 - Bom; 5 - Muito Bom

	1	2	3	4	5
<b>1. Organização da Sessão</b>					
Estratégias utilizadas					
Cumprimento de horários					
<b>2. Formador/s e metodologias de apresentação</b>					
Clareza na transmissão de conhecimentos					
Domínio dos temas desenvolvidos					
Gestão do tempo disponível					
<b>3. Resultados e Expetativas</b>					
Utilidade prática das sessões					
Temas abordados face às expetativas					
<b>4. Avaliação Global</b>					
Avaliação global do plano					
Satisfação global em relação ao plano					

Sugestões:

---

Obrigado pela sua colaboração.

## APÊNDICE II - Plano de Formação em Serviço: “Desconflitar Falando”

## PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – “DESCONFLITUAR FALANDO”

**DATA:** 03/07/2021

**HORA:** 11.30-12.30h

**LOCAL:** Sala de reuniões

**DESTINATÁRIOS:** Profissionais de saúde da [REDACTED]

**DINAMIZADORA:** Enf. Diana Ferraz (Estudante MEESMP), Enf [REDACTED] (Estudante MEESMP) sob orientação da Enfermeira Orientadora

**MÉTODO:** Expositivo/ Interativo

**OBJETIVO:** Capacitar os participantes com habilidades e técnicas para lidar efetivamente com os conflitos; desenvolver de competências de comunicação assertiva, negociação, mediação e resolução criativa de problemas; promover a compreensão das origens dos conflitos.

**FUNDAMENTAÇÃO:** De acordo com Vargas, (2010), o conflito faz parte da nossa vivência enquanto seres sociais em constante interação com os outros, ele é parte integrante da vida dos seres humanos. Os conflitos fazem parte do processo de evolução e são necessários para o desenvolvimento e crescimento de qualquer sistema, seja ele familiar, social, político ou organizacional. Até há bem pouco tempo, a ausência de conflitos era encarada como expressão de bom ambiente, boas relações, e como sinal de competência. Atualmente o conflito é visto como fonte de novas ideias, podendo levar a discussões sobre determinados assuntos, permitindo a expressão e exploração de diferentes pontos de vista, interesses e valores. A sua existência não é prejudicial, antes pelo contrário, promove o crescimento e desenvolvimento e, é uma manifestação saudável da capacidade grupal. A sua anulação ou inexistência não seriam de modo algum benéficas quer para os indivíduos quer para as organizações. Se o conflito for convenientemente vivenciado pode ser impulsor da resolução criativa de problemas que surgem no dia-a-dia. A gestão construtiva dos conflitos nas organizações é um fator preponderante para a eficácia organizacional (Rahim, 2001).

Na perspectiva de Marta *et al.*(2010), para se administrar os conflitos conhecer a sua origem. Muitas vezes, estes têm origem em problemas de comunicação, de estrutura organizacional e de comportamento individual. É fundamental reconhecer estas diferenças entre as

peessoas, pois sabe-se que todo o ser humano consiste um ser único, ou seja, possui aptidões, valores, cultura e experiências que o tornam diferente como indivíduo e, por consequência, como profissional. Assim, no trabalho em equipa, devem ser aproveitadas essas diferenças, buscando aproveitar as desigualdades para que a organização represente mais do que a soma das partes desse indivíduo. Quando surgem na equipa de saúde conflitos, eles devem ser geridos segundo os princípios de liderança democrática e participativa, e não pela subalternização de uns em relação a outros (Parreira et al., 2013).

As organizações de saúde são caracterizadas por ambientes altamente complexos, dinâmicos, imprevisíveis e sujeitos a grandes mudanças geradoras de conflitos nas equipas de saúde. Para que estas mudanças sejam vantajosas torna-se premente que os líderes desenvolvam um conjunto de competências de liderança e utilizem estratégias construtivas de gestão de conflitos, através da utilização de uma comunicação assertiva, favorecendo a reflexão e a discussão como meios para alcançar o consenso e o compromisso. Mas para a implementação destas estratégias é fundamental criar condições aos dirigentes, no sentido de promover o desenvolvimento de competências de gestão e de liderança, para permitir o sucesso das organizações num contexto globalizado e intensamente competitivo, requerendo uma gestão eficaz e eficiente (Parreira et al., 2013).

De acordo com Parreira et al (2013), as relações profissionais entre enfermeiros e outros grupos profissionais da saúde, por vezes são confusas e capazes de gerar conflito, principalmente se existirem objetos antagónicos de cada grupo profissional.

Conclui-se que as habilidades para gerir conflitos são uma mais-valia para o Enfermeiro, na sua prática profissional diária, que podem facilitar a resolução de problemas e promover a criação de parcerias importantes para a prestação dos cuidados. Dentro da organização onde trabalha, o enfermeiro deve ser um elemento de resolução de conflitos, e procurar não ser ele mesmo um elemento conflituante. No entanto, caso se encontre associado diretamente a situações de conflito, quer com os pares, quer com os utentes ou familiares, é necessário conhecer quais as intervenções e atitudes facilitadoras da resolução de conflitos. Do mesmo modo, caso verifique a existência de conflitos na sua equipa ou no seu serviço, o Enfermeiro pode e deve atuar como elemento mediador para a resolução. É essencial que reconheça quais as situações em que a sua intervenção representa uma mais-valia, e aquelas

em que não consegue tornar-se elemento facilitador, de forma que não se torne, também ele, um dos elementos do conflito (Vargas, 2010).

### PLANO DE SESSÃO:

Etapas da sessão	Estratégias/atividades	Duração (minutos)	Recursos
Introdução	Apresentação e explicação da sessão; Início com exposição de apresentação de método expositivo.	5'	Mesa Cadeiras Canetas Computador Projektor;
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enquadramento com conceito de conflito, tipos de conflito, efeitos do conflito e estratégias de gestão de conflitos;</li> <li>▪ Incentivo a reflexão sobre seus próprios conflitos e existente na equipa multidisciplinar e estratégias pessoais de gestão.</li> <li>▪ Promoção de técnicas de gestão de conflitos, e valorização das já utilizadas e sua eficácia;</li> <li>▪ Promoção a importância da organização do tempo, estabelecimento de prioridades e delegação de tarefas para reduzir a sobrecarga de trabalho, e consequentemente os conflitos.</li> <li>▪ Destaque da importância do apoio emocional entre os colegas de trabalho e encoraje a criação de um ambiente de suporte mútuo;</li> <li>▪ Momento de relaxamento discussão de ideias e de técnicas de resolução e comunicação, para resolver exemplos de conflitos apresentados</li> </ul>	45'	
Conclusão	Resumo da sessão. Avaliação da sessão, através de questionário.	5'	

### AValiação:

O tema desta formação surgiu pois foi uma necessidade identificada por parte da coordenação, por observação direta de sinais de descontentamento e através da comunicação negativa entre alguns membros da equipa. E de acordo com a interpretação destas causas, foi necessário aprofundar a vertente de gestão de conflitos baseada na comunicação em equipa.

Como futura EEESMP, considerei esta intervenção pertinente, uma vez que proporcionou a oportunidade de ser uma facilitadora da aprendizagem. Além disso, o tema abordado nesta formação foi oportuna para o contexto de aprendizagem em questão, o que tornou viável e adequado, indo de encontro com que é preconizado para as competências do enfermeiro especialista (Regulamento n.º140/2019, 2019).

A sessão decorreu dentro do tempo previsto, com uma apresentação teórica expositiva e posteriormente uma sessão de debate com casos específicos de gestão de conflitos onde os participantes demonstraram o modo de gerir os conflitos propostos.

Todos os participantes deram o seu contributo, com exemplos de conflitos que se geram no seu dia-a-dia. Como por exemplo, as alunas da especialidade que exercem funções no serviço de urgência, descreveram alguns conflitos frequentes “Quantos dias é que fazes triagem por semana? É mais fácil estar sentado do que andar a correr” (sic) .Toda a equipa deu sugestões de possíveis estratégias de resolução, o que foi positivo. Um exemplo adequado, fora o de agendar uma reunião com a coordenação da equipa e discutir esse descontentamento e expressar emoções negativas face a essa situação.

Na sessão estiveram presentes nove profissionais, entre os quais duas alunas da especialidade de enfermagem pediátrica, cinco enfermeiras especialistas e duas administrativas, das quais oito fizeram avaliação da sessão através que um questionário de avaliação, exposta no seguinte gráfico:

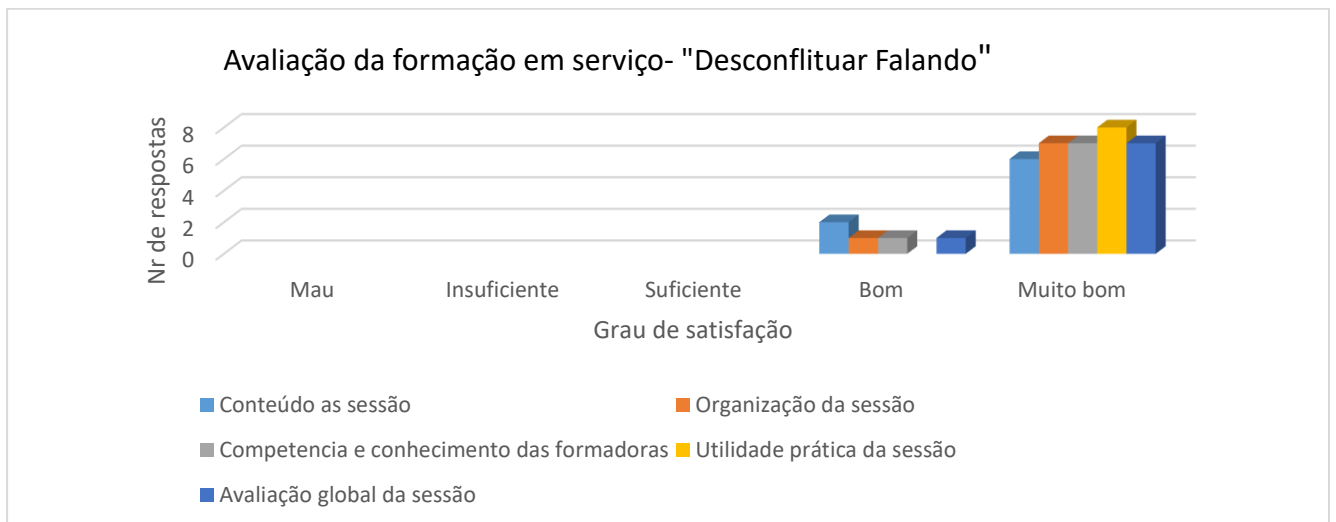


Gráfico 1- Avaliação da sessão “Desconflitar falando”

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Cunha, P; Meneses, R. & Oliveira, MC (2013). Gestão de conflitos na área da saúde: uma proposta de reflexão. *Arquivos de Medicina*, 27(3): 132:134.
- Cunha, MP; Rego, A; Campos e Cunha, R; & Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH
- Parreira, P., Melo, R., Castilho, A., Vieira, R., & Amaral, A. (2013). *Processo de Mudança em Organizações de Saúde*.  
[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2398&id\\_revista=19&id\\_edicao=55](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2398&id_revista=19&id_edicao=55)
- Miguel, A, Rocha, A e Rohrich, O (2014); *Gestão Emocional de Equipas, Ambiente de Projeto (5ª Edição)*. Lisboa
- Marques, I; Dimas, I; Lourenço, P (2014); Eficácia, emoções e conflitos grupais: a influência do coaching do líder e dos pares. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. Coimbra; Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v7n1/v7n1a07.pdf>
- Rahim, M. A. (2001). *Managing Conflict in Organizations*. Em *Managing Conflict in Organizations (3ª)*.  
<https://doi.org/10.4324/9780203786482>
- Regulamento n.º140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série*, 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Vargas, M. do C. F. (2010). *Gestão de conflitos e desgaste profissional no bloco operatório: o caso dos enfermeiros*. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1702>

# APRESENTAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

## Gestão de Conflitos: “Desconflitar falando”



Orientado por:  
Enfermeira Ana Pedrosa  
Enfermeira Lúcia Grácio

Elaborado por:  
Enfermeira Diana Ferraz  
Enfermeira Manuela Tavares

### GESTÃO DE CONFLITOS DESCONFLITUAR FALANDO

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA  
ENSINO CLÍNICO

2023, UCC MARINHA GRANDE

#### OBJETIVOS DA SESSÃO

- Conhecer:
  - O conceito de conflito;
  - Tipos de conflito;
  - Efeitos do conflito;
  - Estratégias de gestão de conflitos



#### CONFLITO...

- Existe quando se dá qualquer tipo de atividade incompatível (Deutsch, 1973);
- É uma situação que resulta de desacordos, da divergência entre interesses e objetivos entre grupos sociais ou indivíduo (Rocha, et al 2014);
- Ocorre quando as duas partes consideram que as suas necessidades não podem ser satisfeitas simultaneamente ou quando ambas as partes desejam a mesma coisa mas o acesso ao que é desejado é muito desigual (Maldonado, 2010).



- Gera tensão
- Associado a sensações de desprazer, angústia, invasão de privacidade ou até mesmo violência

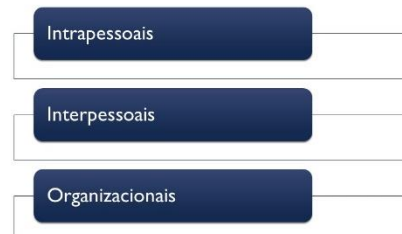
#### PERSPETIVA HISTÓRICA DO CONFLITO



#### TIPOS DE CONFLITO



#### NÍVEL QUE OCORREM



Ferreira e Gomes, 2007

#### MATÉRIA CONSTITUINTE



Carha, 2007

#### NÍVEL DE GRAVIDADE



Nascimento e El Sayed, s.d. e Chiavotato, 1999

## EFEITOS DOS CONFLITOS



Chaveno, 1999

## ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE CONFLITOS

Estilos	Caracterização	Posicionamento típico
Evitamento	Evita envolver-se no assunto	-Deixamos que o problema se resolva por si próprio -É preferível não me meter neste diferendo
Acomodação	Disponibilidade para satisfazer os interesses do outro, negligenciando os próprios	-Eu aceito que a tua vontade prevaleça. -Eu subjugamo-me à tua argumentação
Competição/ dominação	Satisfazer os interesses próprios sem a consideração dos interesses do outro. Tenta induzir a aceitar a culpa.	-Eu não cedo -Não dou o braço a torcer! -Para eu ganhar, tenho de e fazer perder.
Compromisso	Satisfazer parte dos interesses de ambas as partes. Procura de um acordo parcial.	-Vamos dividir isto a meio. -Eu dou-te isto, tu dá-me isso em troca.
Colaboração	Satisfazer os interesses de ambas as partes. Solução ganha-ganha	-Estes são os meus interesses. -Queres dizer-me quais são os teus? -Como podemos obter ganhos para os dois?

## Novas formas de gestão de conflitos

Reconhecimento e confrontação.  
Negociação direta  
Negociação assistida por um terceiro:

- mediação
- conciliação



Os processos de negociação, mediação e conciliação podem dar a ambas as partes um sentido de ultrapassagem do conflito, ajudando a aliviar o sentido bilateral das perdas (Cunha et al 2013).

### A importância da mediação e conciliação

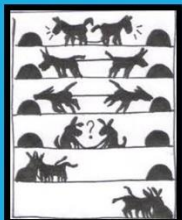
## Dinâmica



- Simulação de treino de gestão de conflitos

## Obrigado

PERGUNTAS?



## RESUMO

- Embora os conflitos sejam provocados por acontecimentos, não são eles só por si que os justificam, ou seja, as causas de um conflito são sempre subjectivas.
- O conflito é uma manifestação saudável e construtiva da vida grupal, ele nasce não devido ao problema mas sim à existência de diferentes opiniões sobre esse problema que se tornam adversárias.
- Os conflitos são acontecimentos que podem gerar um grande mal-estar dentro das instituições e com repercussões significativas para aqueles que estão envolvidos. Os conflitos trazem ganhos e perdas.

## Conflitos na saúde

- E se a origem dos conflitos estiver na estrutura ou nos processos organizacionais?
- E se a origem dos problemas não for de nível micro do sistema?
- E se os problemas envolverem os superiores hierárquicos?
- E se os problemas envolverem utentes e familiares?



As equipas que melhor sabem lidar com conflitos são equipas que operam num contexto de crescimento e mudança de forma positiva, obtendo resultados frutíferos. Em situações de mudança e crescimento, o conflito é um catalisador positivo para o processo. Por essa razão, é fundamental conhecer as estratégias de resolução de conflitos, (Roche, et al 2014)

## Referências Bibliográficas

- Cunha, P; Meneses, R. & Oliveira, MC (2013). Gestão de conflitos na área da saúde: uma proposta de reflexão. Arquivos de Medicina, 27(3): 132:134.
- Cunha, MP; Rego, A; Campos e Cunha, R; & Cabral-Cardoso, C. (2006). Manual de comportamento organizacional e gestão. Lisboa: Editora RH.
- Miguel, A, Rocha, A e Rohrich, O (2014). Gestão Emocional de Equipas, Ambiente de Projeto (3ª Edição). Lisboa
- Marques, I; Dimas, I; Lourenço, P (2014). Eficácia, emoções e conflitos grupais: a influência do coaching do líder e dos pares. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, Coimbra; Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v7n1/v7n1a07.pdf>

## DINÂMICA DE DISCUÇÃO DE GESTÃO DE CONFLITOS

Nesta dinâmica, encorajamos todos os participantes a expressarem os seus pontos de vista de forma assertiva, ouvindo atentamente uns aos outros. Vamos aproveitar este momento para partilhar opiniões e, juntos, construir uma compreensão mais profunda dos desafios que enfrentamos.

1. Cenário: A coordenadora da Unidade onde vocês trabalham, solicita que elaborem projetos na área dos projetos na área da prevenção nas escolas, nas grávidas e na população em geral (camara municipal, associações, etc.). Discutam os desafios a gerir nestes projetos simultaneamente, garantindo que todos sejam implementados com sucesso.

*Abordem estratégias para gerir efetivamente o tempo, a gestão de prioridades, a partilha de tarefas com outros profissionais e a utilização de recursos comunitários. - **Gerir múltiplos projetos***

2. Cenário: Um utente com múltiplas comorbidades é atendido por diferentes profissionais, como médico, enfermeiro, assistente social, administrativa. Discuta os desafios de coordenar os cuidados entre esses diferentes profissionais, garantindo a comunicação adequada e a continuidade.






*Aborde estratégias para melhorar a coordenação, como reuniões multidisciplinares, registos partilhados e a nomeação de um coordenador de cuidados para o utente. - **Coordenar cuidados entre diferentes profissionais***

3. Cenário: Um dos profissionais de saúde expressa sua frustração em relação à falta de gabinetes suficientes para realizar as consultas, mencionando que muitas vezes é necessário partilhar espaços com outros colegas, o que compromete a privacidade dos utentes e afeta a qualidade do atendimento.

**Conflito relacionado com as dificuldades enfrentadas devido à falta de infraestruturas adequadas**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Obrigado por participar desta formação em serviço. A sua opinião é fundamental para que possa melhorar. Por favor, responda às seguintes perguntas, avaliando diferentes aspetos da sessão que participou.

		Mau 	Insuficiente 	Suficiente 	Bom 	Muito bom 
1	Conteúdo da sessão					
2	Organização da sessão					
3	Competência e conhecimento da formadora					
4	Utilidade prática da sessão					
5	Avaliação global da sessão					

Agradeço a sua disponibilidade de apreciação da sessão, com o intuito de melhorar para sessões seguintes.

Atenciosamente,

████████████████████

████████████████████

Estudantes de Mestrado de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

APÊNDICE III - Formação em serviço: “Risco de comportamento autoagressivo e suicidário”

FORMAÇÃO EM SERVIÇO	
<b>Temática</b>	Risco de comportamento autoagressivo e suicidário
<b>Local</b>	Sala Reuniões do Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental
<b>Data</b>	9 de novembro de 2023, às 14:30 horas
<b>Duração</b>	45 minutos
<b>Responsáveis/ Dinamizadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudante do MESMP, Diana Ferraz e Manuela Tavares</li> <li>• Enfermeiras ESMP [REDACTED]</li> </ul>
<b>Destinatários</b>	Equipa de Enfermagem do Internamento
<b>Recursos materiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadeiras</li> <li>• Mesas</li> <li>• Computador</li> <li>• Suporte digital (PowerPoint® e Mentimeter)</li> <li>• Telemóveis pessoais</li> </ul>
<b>Estratégias</b>	Método expositivo e interativo
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar para a temática de Risco de comportamento autoagressivo e suicidários.</li> <li>• Promover o reconhecimento de fatores de risco de suicídio e de fatores protetores de saúde mental.</li> <li>• Sensibilizar para a importância da utilização de instrumentos de avaliação do risco.</li> <li>• Capacitar para uma intervenção eficaz e especializada no doente com ideação suicida e comportamento autodestrutivo.</li> </ul>
<b>Avaliação da Sessão</b>	Método quantitativo e qualitativo.
<b>Justificação Temática</b>	<p>A prevenção do suicídio encontra-se entre as áreas prioritárias de atuação na área da saúde mental visto que é um fenómeno complexo, que envolve conhecimentos de diversas áreas disciplinares na qual o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) têm um contributo muito relevante. O suicídio encontra-se entre as principais causas de morte e, por isso, torna-se pertinente a identificação de sinais de alerta para uma intervenção eficaz. O EEESMP, tendo em conta as suas competências específicas, tem um papel fundamental na identificação, planificação e intervenção nestas situações, garantindo um contato privilegiado e suporte efetivo na construção de uma relação de confiança, reconhecendo e valorizando as competências da família, trabalhando o desenvolvimento psicoafetivo da pessoa, repercutindo-se no seu futuro</p> <p>A avaliação do risco de suicídio é subjetiva, intuitiva e depende da experiência do avaliador. Enquanto enfermeiros, estes devem reconhecer os sinais de alarme e estar preparados para a necessidade de avaliar o risco de suicídio de um utente a qualquer altura. A avaliação do risco de suicídio culmina com a tomada de decisão sobre o encaminhamento e o tratamento do utente. É de enfatizar, que o objetivo da avaliação do risco de suicídio não é uma simples quantificação da probabilidade de o indivíduo tentar o suicídio, mas sim delinear a melhor estratégia para prevenir que a tentativa aconteça (Valadas et al. 2021).</p> <p>O suicídio está assinalado como evento Sentinela. O ambiente hospitalar apresenta uma combinação única de fatores de risco de suicídio, como a doença aguda. Está preconizada que as instituições implementem medidas que visem diminuir a probabilidade de uma tentativa de suicídio ou tenham comportamentos autodestrutivos (Carvalho, 2023).</p>
<b>Instrumentos de Avaliação</b>	Formulário de avaliação da sessão de formação
<b>Referências Bibliográficas</b>	<p>Carvalho, D., &amp; Semeão, I. (2023). Procedimento - Atuação perante doentes com risco de comportamento autoagressivo e suicidário mapa de revisões.</p> <p>GBD (2013) Mortality and causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015; 385:117.</p> <p>Harari Y. Homo Deus.(2017) Lisboa: Elsinore.</p>

	<p>Mentimeter. (sem data). Obtido 7 de Novembro de 2023. Disponível em: <a href="https://www.mentimeter.com/pt-BR">https://www.mentimeter.com/pt-BR</a></p> <p>Ordem dos enfermeiros (2012). Guia orientador de boas praticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. Cadernos OE, serie 1, número 4. Lisboa: OE.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário Da República, 2ª Série, Anexo I, 21427–21430. Disponível em <a href="https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf">https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf</a></p> <p>Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., &amp; Lopes, S. da C. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. Disponível em: <a href="https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf">https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf</a></p> <p>Sociedade portuguesa de suicidologia (2023) – O para-suicídio. [Em linha]. [Consult. 18 nov. 2023]. Disponível em <a href="https://www.spsuicidologia.com/sobre-o-suicidio/procura-apoio/factores-de-risco">https://www.spsuicidologia.com/sobre-o-suicidio/procura-apoio/factores-de-risco</a></p> <p>Valadas, M. T., Barbosa, P., Freitas, R. M., &amp; Silva Sónia Farinha. (2021). Prevenção do suicídio - Manual para profissionais de saúde. Disponível em: <a href="https://prevenir-suicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/">https://prevenir-suicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/</a></p>
<p><b>Avaliação da sessão</b></p>	<p>A sessão de formação abordou conceitos, dados epidemiológicos, fatores de risco, sinais de alerta, diagnósticos e intervenções psicoterapêuticas sobre o risco de suicídio e comportamentos autoagressivos com base em evidência científica e referências recentes. Os enfermeiros foram incentivados a participar ativamente na sessão através de uma dinâmica em forma de <i>word cloud</i> no programa Mentimeter, onde lhes foi dado espaço para expressarem qual o seu maior desafio enquanto enfermeiros ao lidarem com o doente com risco de suicídio. Esta dinâmica funcionou como quebra-gelo e para consciencializar da importância da temática face à sua complexidade com os resultados na figura 1.</p> <p>A apresentação foi efetuada com recurso ao Power Point® e através do Teams® para que fosse possível a presença demais enfermeiros não só pela via presencial, mas também telemática.</p> <p>Foi dado a conhecer aos formandos o manual para profissionais de saúde sobre a prevenção do suicídio elaborado pela Direção Geral de Saúde, o Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem recentemente lançado pela Ordem dos Enfermeiros bem como o procedimento elaborado este ano no Centro Hospitalar ████████: “Atuação perante doentes com risco de comportamento autoagressivo e suicidário” onde é protocolada a avaliação do risco do suicídio e os seus <i>timings</i> consoante o grau de risco do utente.</p> <p>A sessão abordou intervenções psicoterapêuticas baseadas em níveis de evidência para os diagnósticos de enfermagem identificados nos doentes com risco de suicídio.</p> <p>Face ao tempo disponível para a sessão estas intervenções foram abordadas de forma superficial uma vez que implicariam mais tempo disponível para aprofundar individualmente cada uma delas.</p> <p>O <i>feedback</i> dos enfermeiros que participaram na sessão foi positivo, realçaram a importância da temática e avaliaram com positivo o desempenho das formadoras e a utilização dos meios e recursos.</p> <p>O facto de ser feita a formação em modo virtual permitiu um maior número de formandos assistir e participar, no entanto a logística com o computador e a partilha da tela e do programa Mentimeter criaram um impasse no início da formação que pode ser melhorada em ações futuras.</p> <p>Foi aplicado questionário de avaliação da sessão que teve os resultados representados no gráfico 1.</p>

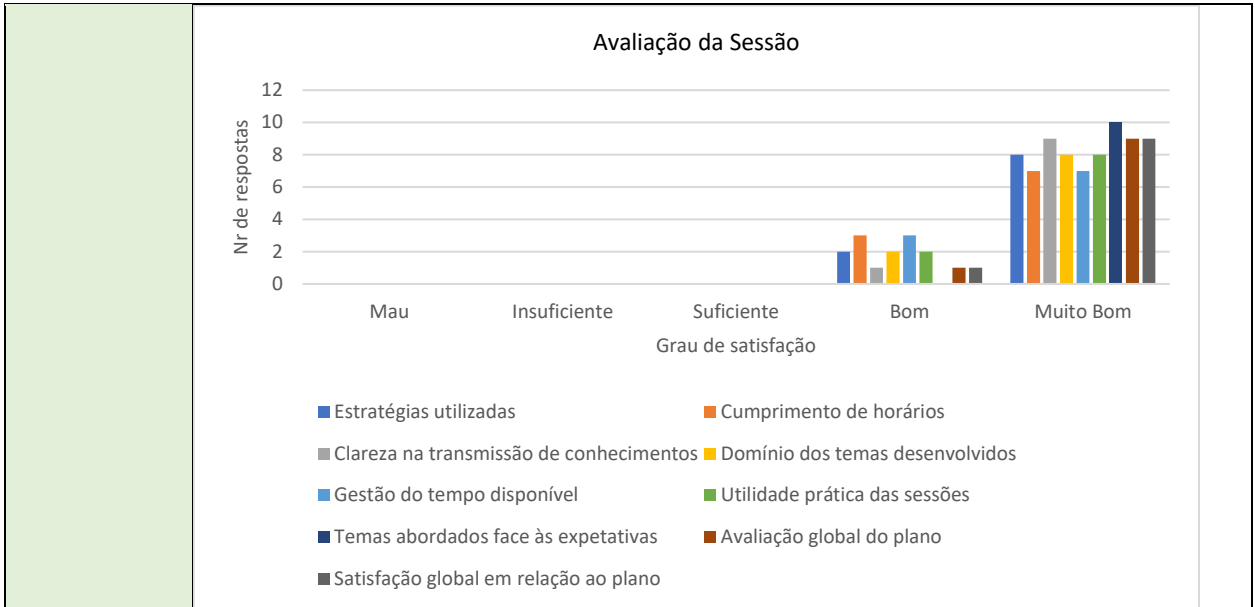


Gráfico 1- Avaliação da formação em serviço “Risco de comportamento autoagressivo e suicidário”

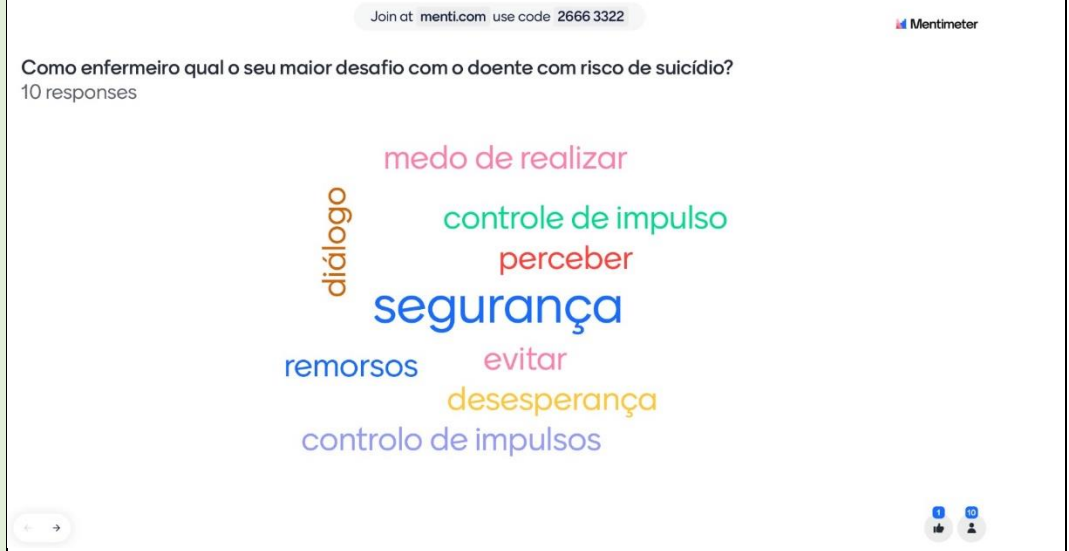


Figura 1- Resultados em *Mentimeter*

# APRESENTAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

## “Risco de comportamento autoagressivo e suicidário”

**Risco de comportamento autoagressivo e suicidário**

Diana Ferraz  
Manuela Tavares

**Dinâmica**

Como enfermeiro qual o seu maior desafio com o doente com tentativa de suicídio?

Mentimeter

**Sumário**

1 2 3 4

CONCEITOS DADOS AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES  
EPIDEMIOLÓGICOS RISCO

**1. CONCEITOS**

**Comportamento suicidário**

- Abrange todo e qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (Moreira, 2010).
- Os comportamentos autodestrutivos podem-se dividir em comportamentos de ideação suicida e não suicida. A automutilação está entre os comportamentos não suicidas, que geram dano ao corpo físico (Santos, 2020).

**Comportamento suicidário**

Segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio as doenças mentais e psiquiátricas são fatores de risco relevantes para os comportamentos suicidários.

A doença pode ou não ter sido diagnosticada, antes do ato suicida, mas a grande maioria (9/10 das pessoas) das pessoas que morrem por suicídio tinham uma doença mental. (Valadas et al., 2021)

**Comportamentos suicidários**

Ideação suicida, Tentativa de suicídio, Para-suicídio e Suicídio Consumado são formas distintas de comportamentos suicidários (Moreira, 2010).

<b>Ideação suicida</b> Pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autodestrutivos ou atos suicidas. Pode não ocorrer necessariamente passagem ao ato	<b>Tentativa de suicídio</b> Ato levado a cabo por um indivíduo a quem a vida e sua morte, mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado.	<b>Para-suicídio</b> Ato não fatal, através do qual o indivíduo prejudica um comportamento involuntário, sem intenção de se matar, causando lesão a si próprio, com vista a conseguir modificações imediatas com o seu comportamento ou a partir de eventuais lesões físicas consequentes.	<b>Suicídio</b> Morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica
---	---	---	---

**2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS**

**Comportamentos indiretos**  
Sem noção plena da ideação suicida (condição perigosa, abuso de drogas).

## Dados epidemiológicos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), suicidam-se **diariamente** em todo o mundo cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos.

À escala mundial, o suicídio apresenta uma **taxa de mortalidade** global de **16 por 100.000 habitantes**, constituindo:

- 13ª causa de morte,
- 3ª no grupo etário dos 15 aos 34 anos,
- 2ª nos jovens dos 15 aos 19 anos.

O número de **tentativas de suicídio** → 30 vezes superior

## Dados epidemiológicos

- As tentativas de suicídio representam a 6ª causa de défice funcional permanente
- As taxas de suicídio são mais altas nos países em desenvolvimento; particularmente nos Países bálticos, na Europa de Leste e no Sudoeste Asiático, assim como no Pacífico Ocidental;

## Dados epidemiológicos



- Há cerca de **1.000 suicídios/ano** por ano
- Atualmente a taxa ronda os 10/100.000 habitantes.
- Tem maior **incidência** no Alentejo, Algarve e regiões autónomas.
- Caracteriza-se por ser um fenómeno que atinge sobretudo **pessoas idosas**.
- **Sexo masculino** maior incidência.
- Os **comportamentos para-suicidários** são protagonizados maioritariamente **por jovens** e com uma distribuição uniforme a nível nacional.

## 3. AVALIAÇÃO DE RISCO

## Fatores de Risco

- Psicopatológicos
- Pessoais
- Psicológicos
- Sociais

## Psicopatológicos

- Depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, toxicodependência e distúrbios de personalidade;
- Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e / ou notícias veiculadas pelos media;
- Comportamentos suicidários prévios;
- Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado;
- Distúrbios alimentares (bulimia).

Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2023)

## Pessoais

- Ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45;
- Pertencer ao sexo masculino e raça branca;
- Morte do cónjuge ou de amigos íntimos;
- Escolaridade elevada;
- Presença de doenças de prognóstico reservado (HIV, cancro, etc.);
- Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não;
- Família atual desagregada: por separação, divórcio ou viuvez.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2023)

## Psicológicos

- Ausência de projetos de vida;
- Desesperança contínua e acentuada;
- Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas;
- Perdas precoces de figuras significativas (pais, irmãos, cónjuge, filhos);
- Ausência de crenças religiosas.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2023)

## Sociais

- Residir em meio rural a sul do Tejo;
- Desemprego;
- Mudança de residência;
- Emigração;
- Falta de apoio familiar e / ou social;
- Reforma;
- Acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas;
- Estar preso.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2023)

## Fatores Protetores

### Fatores Coletivos

- Família,
- Cultura,
- Religião,
- Boas relações

### Fatores Individuais

- Boas habilidades sociais,
- resiliência,
- estratégias de coping eficazes,
- Emprego estável, habitação segura;
- Estilo de vida saudável.

(Valdeia et al., 2021)

## Contexto hospitalar

## Avaliação de risco

Suicídio - Evento Sentinela

↓

É uma situação inesperada que tem como consequência a morte ou uma grande perda permanente de funções que não estejam relacionadas com o desenvolvimento natural da doença de um utente ou com as suas condicionantes subjacentes (CHL,2023).

## Avaliação de risco

**Questionário de ideação suicida**

- Ferreira, J., e Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S.). In M. Simões, M. Gonçalves e L. Almeida (Eds.), Testes e provas psicológicas em Portugal (pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

**Inventário de depressão de Beck**

- Vaz Serra, A., Albreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: 1 – Ensaio de aplicação do «inventário depressivo de Beck» a uma amostra portuguesa de doentes depressivos. Coimbra Médica, XI, 623-644.

**Inventário de Saúde Mental**

- Fais-Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação. Psicologia: Saúde e Doenças, 2 (2), 77-99.

**Escala NSGAR**

- Avaliação do risco de suicídio adaptada para a população portuguesa.

**IRIS**

- Avaliação do risco de suicídio adaptada para a população portuguesa.

### Avaliação de risco

**ATUAÇÃO PERANTE DOENTE COM RISCO DE COMPORTAMENTO AUTOAGRESSIVO E SUICIDÁRIO** - Procedimento PL.CHL.292.00

No serviço de **psiquiatria** é recomendado utilizar a escala associada a intervenção – “Avaliar o Risco de tentativa de suicídio”

- No momento de admissão
- Utentes sem risco: reavaliar de 7/7 dias ou em SOS
- Utentes com risco: pelo menos 1x dia

(Carvalho & Semão, 2023)

## 4. INTERVENÇÕES

## INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM

Entrevista de Enfermagem (exame mental e história pessoal e familiar).

↓

Os contratos de «Não suicídio»

↓

Plano de Segurança

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Segundo o Procedimento PL.CHL.292.00

- Assistir a pessoa a promover a Esperança
- Avaliar risco de tentativa de suicídio
- Identificar recursos familiares

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Segundo o Procedimento PL.CHL.292.00

- Prevenir suicídio
- Ensinar sobre os riscos
- Vigiar ideação suicida
- Disponibilizar suporte emocional
- Vigiar tentativa de suicídio

### Níveis de Evidência de Efetividade

Recomendados pelo Joanna Briggs Institute

Esses níveis de evidência ajudam os profissionais de saúde, pesquisadores e tomadores de decisão a avaliar a confiabilidade das informações disponíveis e a tomar decisões informadas sobre a implementação de intervenções ou tratamentos:

- NÍVEL 1 – Desenhos Experimentais
- NÍVEL 2 – Desenhos Quasi-Experimentais
- NÍVEL 3 – Desenhos Observacionais Analíticos
- NÍVEL 4 – Estudos Observacionais Descritivos
- NÍVEL 5 – Opinião de Peritos e Investigação Fundamental (Sampaio et al., 2023)

### Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)

<b>Comportamento autodestrutivo</b>	“Executar Reestruturação Cognitiva”(1.a) (Mewton & Andrews, 2016)
	“Executar Aconselhamento” (1.c) (Perera Ramani & Kathiraratchi, 2011)
	“Executar Intervenção em Crise” (2.b) (Reisch et al., 1999)
<b>Ideação suicida</b>	“Executar Reestruturação Cognitiva” (1.c) (Guille et al., 2015; Schaefer et al., 2012)
	“Executar Aconselhamento” (1.c) (Perera Ramani & Kathiraratchi, 2011)
	“Executar Intervenção em Crise” (2.b) (McBee-Strayer et al., 2019)
	“Executar Técnica de Resolução de Problemas” (2.b) (Eskin et al., 2008)

(Sampaio et al., 2023)

## “Executar Aconselhamento”

- O aconselhamento consiste na utilização de um processo interativo de ajuda centrado nas necessidades, problemas ou sentimentos da pessoa e pessoas significativas para **promoção e otimização dos mecanismos de coping, resolução de problemas e relações interpessoais** (Butcher et al., 2018).
- Visa **promover o insight da pessoa e da situação** em que esta se encontra, existindo uma preocupação em reforçá-la através da **promoção da autoestima e autoconceito** positivo.
- Serão esperadas mudanças no nível das relações interpessoais e dos vários sistemas da pessoa através da promoção de estratégias de resolução de problemas e da aquisição de competências sociais (Scheffer, 1983).
- A finalidade do aconselhamento será o **autoconhecimento e a percepção** dos limites e fronteiras da pessoa (Patterson & Eisenberg, 1995).

## “Executar Aconselhamento”

- Promover um insight da pessoa e da situação em que esta se encontra
- promoção da autoestima e do autoconceito positivo
- promoção de estratégias de resolução de problemas e da aquisição de competências sociais
- O aconselhamento foca-se no presente e orienta-se fundamentalmente para a ação e para a prevenção
- Usar questões e afirmações abertas que favoreçam o desenvolvimento da problemática: conte mais sobre...; ajude-me a compreender melhor o que está a pensar sobre a situação...;
- encorajar a expressão de sentimentos e emoções de modo a pessoa Tomar consciência das mesmas.
- Promover a reflexão e clarificação para facilitar a expressão de preocupações
- auxiliar a pessoa ali estar e priorizar todas as possíveis alternativas a um problema
- solicitar à pessoa que identifique o que consegue ou não consegue fazer sobre o problema identificado
- verbalizar a discrepância entre os sentimentos e os comportamentos da pessoa.
- O enf a confrontar a pessoa deverá fazê-lo de forma positiva para permitir a pessoa um conhecimento mais profundo de si e do mundo à sua volta

## “Executar Intervenção em crise”

- Ajudar o utente a enfrentar uma crise e a retornar a um estado funcional comparável ou melhor que o estado pré-crise (Butcher et al., 2018).
- A intervenção em crise é, portanto, um procedimento para exercer **influência no funcionamento psicológico** da pessoa durante o período de desequilíbrio, aliviando o impacto direto do evento traumático (Wainrib & Bloch, 2001).

## “Executar Reestruturação Cognitiva”

- A reestruturação cognitiva trata-se de uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que consiste em desafiar o utente a **alterar padrões de pensamento distorcidos** e a encarar o seu self e o ambiente de forma mais realista (Butcher et al., 2018).
- Promover a mudança dos esquemas cognitivos através da exploração, avaliação e **substituição de pensamentos**, apreciações e crenças mal-adaptativas que são responsáveis pelas alterações psicológicas (Burns & Beck, 1978; Clark, 2014; Dobson & Dozois, 2010; Hollon & Dimidjian, 2009).

## “Executar Técnica de Resolução de Problemas”

- Introduzir a utilização de estratégias de intervenção de nível psicoterapêutico que dão suporte ao utente para que este **desenvolva mecanismos de defesa e de adaptação** face às situações adversas enfrentadas, de entre as quais se destaca a técnica de resolução de problemas (Lourenço, 2019).
- Objetivar a aquisição de consciência sob si próprio e daquilo que é um problema, de modo a que este consiga integrar a experiência vivenciada e **realizar as mudanças necessárias** para conseguir percorrer o seu caminho com sucesso na vida (Eskin, 2012).

*“Saber por que razão alguém decide evadir-se da vida, saber por que motivos alguém conclui que a vida não merece ser vivida constitui, o problema fundamental da existência humana”. (Camus, 2007)*

## Referências Bibliográficas

- Carvalho, D., & Semeão, I. (2023). Procedimento - Atuação perante doentes com risco de comportamento autoagressivo e suicidário maior de revólves.
- GBD 2012 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 2015; 385:117.
- Harari Y. Homo Deus. Lisboa: Eldinore, 2017.
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. de C. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. In 1.a. <http://www.ordenenfermeiros.pt/>
- Sociedade portuguesa de suicidologia (2023). - O para-suicídio. [Em linha]. [Consult: 18 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.spsuicidologia.com/sobre-o-suicidio/procura-ajuda/acesso-de-risco>
- Valadas, M. T., Barbosa, P., Freitas, R. M., & Silva Sónia Farinha. (2021). Prevenção do suicídio - Manual para profissionais de saúde. Retrieved from <https://prevencaosucido.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>
- Ordem dos enfermeiros (2012). Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. Cadernos OE, série 1, número 4. Lisboa: OE.
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. de C. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. Em 1.a. <http://www.ordenenfermeiros.pt/>

**OBRIGADA**

**PELA ATENÇÃO**

APÊNDICE IV - Formação em serviço: “A importância do autocuidado da saúde mental dos Enfermeiros”

<b>FORMAÇÃO EM SERVIÇO</b>	
Temática	A importância do autocuidado da saúde mental dos Enfermeiros
Local	Sala de reuniões da ET [REDACTED] CRI
Data	11/01/2024
Duração	50 min
Responsáveis/ Dinamizadores	Enfermeira Sara Vicente (EEESMP); Enfermeira Diana Ferraz (MESMP)
Destinatários	Enfermeiros CRI [REDACTED]
Recursos Materiais/Estratégias	Método expositivo e interativo; Computador com acesso a Suporte digital (PowerPoint®) Cadeiras e mesa; Chocolate
Objetivos	Consciencializar para a importância do autocuidado da saúde mental. Fornecer estratégias para o autocuidado;
Desenvolvimento	<p><b>Antes da sessão:</b> Preparar o espaço da formação, com os recursos e materiais necessários;</p> <p><b>Durante a sessão:</b> Apresentação de um estudo sobre a saúde mental dos enfermeiros, reservando um momento para reflexão (Apêndice I); Definição de saúde mental conforme a Organização Mundial da Saúde; Exploração dos sinais de alerta (em nós, nós e os outros, e nós e o mundo); Breve abordagem sobre a relevância do autocuidado na nossa profissão; Apresentação de estratégias direcionadas ao autocuidado; Exposição do decálogo de Teresa Lluch, uma lista essencial para fortalecer a saúde mental; Aplicação da intervenção <i>mindfulness eating</i> com chocolate ou técnica da respiração profunda (Puddicombe, 2016) (Apêndice II); Aplicação do questionário de saúde mental positiva (Apêndice III)(Cada participante analisa as suas respostas de forma individual);</p> <p><b>Conclusão:</b> Aplicação do questionário de satisfação (Apêndice IV).</p>
Justificação	<p>Os enfermeiros são os profissionais de saúde que têm mais contacto com os utentes. Assim sendo, têm um papel fundamental nos seus processos de sofrimento. Esta exposição dos enfermeiros pode comprometer a sua integridade psíquica, uma vez que se encontram expostos a agentes que são geradores de <i>stress</i> como a insuficiência de recursos humanos, recursos materiais, carga horária laboral aumentada, instalações físicas inadequadas, relação trabalho/vida familiar, turnos noturnos, relações interpessoais, competitividade e desfasamento entre a teoria e a prática.(Estuqui et al., 2022) Com a mesma linha orientadora Muniz et al. (2019), defende que o trabalho dos enfermeiros provoca um desgaste emocional, devido ao excesso da carga de trabalho e com a ligação com o sofrimento provocado pelos processos de doença (Muniz et al., 2019).</p> <p>O autocuidado representa um alicerce essencial para que sejam implementadas melhores práticas, permitindo deste modo um crescimento da profissão (Miller &amp; Grise-Owens, 2020).</p> <p>A teoria do cuidar de Watson defende que o enfermeiro antes de ser amoroso, atencioso e compassivo por outra pessoa, deve praticar a compaixão, a bondade e a equanimidade para consigo mesmo e manter a prática diária de medidas de autocuidado dirigidas a si mesmo (Pereira Alves et al., 2021).</p> <p>Antes de cuidar do outro, o enfermeiro (independentemente da sua categoria ou área de prestação de cuidados) deve saber cuidar de si próprio, nomeadamente da sua saúde mental (Linton &amp; Koonmen, 2020).</p> <p>A aplicação da técnica da respiração profunda é uma forma de relaxamento acessível a todos e auxilia a curar a mente e o corpo (Lipp, 2008).</p> <p>O exercício pode ser realizado por todas as pessoas e em todos os momentos</p>

	<p>em que a pessoa sinto uma tensão. Sem qualquer tipo de restrição. Pode ser aplicado em qualquer lugar, várias vezes ao longo do dia e a sua ação e ao ser aplicado o relaxamento mental o individuo vai obter uma vai reflexão, avaliação dos próprios valores bem como das suas próprias ideias (Lipp, 2008).</p>
<p>Referências Bibliográficas</p>	<p>Abreu, J. L. P. (2006). Como Tornar-se Doente Mental. Em Dom Quixote.</p> <p>Alves, D. P., Santos, F. A., Pitta P. F., Rocha, H., &amp; Tavares, C. M. de M. (2021). Empatia na assistência em enfermagem sob a luz de Watson. <i>Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem</i>, 11(36). <a href="https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.629-625">https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.629-625</a></p> <p>Estuqui, M. R., Guesser, R. G., Souza, T. F. de, Lourenço, L. de F. L., &amp; Souza, W. G. A. de. (2022). Saúde mental do enfermeiro frente ao setor de emergência e a reanimação cardiopulmonar. <i>Rev. Enferm. Atual In Derme</i>, 1–10.</p> <p>Figueira, M., Afonso, P., &amp; Madeira, L. (2020). Dicionário de Psicopatologia.</p> <p>Linton, M., &amp; Koonmen, J. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. <i>Nursing Ethics</i>, 27(8), 1694–1702. <a href="https://doi.org/10.1177/0969733020940371">https://doi.org/10.1177/0969733020940371</a></p> <p>Lipp, M. (2008). <i>Relaxamento para todos: Controle o seu stress</i> (Papyrus Editora, Ed.; 8th ed.).</p> <p>Leya.Linton, M., &amp; Koonmen, J. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. <i>Nursing Ethics</i>, 27(8), 1694–1702. <a href="https://doi.org/10.1177/0969733020940371">https://doi.org/10.1177/0969733020940371</a></p> <p>Miller, J. “Jay,” &amp; Grise-Owens, E. (2020). Self-Care: An Imperative. <i>Social Work</i>, 65(1), 5–9. <a href="https://doi.org/10.1093/sw/swz049">https://doi.org/10.1093/sw/swz049</a></p> <p>Muniz, D. C., Andrade, E. G., &amp; dos Santos, W. L. (2019). A saúde do enfermeiro com a sobrecarga de trabalho. <i>Revista de Iniciação Científica e Extensão</i>, 2(Esp. 2), 274–279.</p> <p>Puddicombe, A. (2016). Meditação e Mindfulness - 10 Minutos por dia podem fazer a diferença (Nascente).</p> <p>Sequeira, C., &amp; Sampaio, F. (2020). <i>Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções</i>. Lidel.</p> <p>Seabra, C., Lopes, O., Calado, E., &amp; Capelas, L. (2019). A national survey of the nurses’ mental health - The case of Portugal. <i>Nurs Forum</i>.</p> <p>Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., &amp; Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. <i>Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental</i>, 11, 45–53.</p> <p>Sequeira, C., &amp; Lluch Canut, M. (2015). Saúde Mental Positiva. Conferência a: Celebração Do Dia Da Saúde Mental Do Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu (Portugal). 8 de outubro de 2015</p>
<p>Avaliação</p>	<p>A apresentação foi iniciada com a apresentação da formadora, agradecendo a adesão.</p> <p>Esta formação foi uma experiência enriquecedora apesar de ter sido realizada apenas a 3 elementos da equipa. A abordagem expositiva e interativa proporcionou um ambiente de aprendizado envolvente.</p> <p>O uso de recursos digitais, como uma apresentação em modo expositivo, complementou a formação, tornando-a mais acessível e compreensível. A distribuição de chocolate durante a sessão de <i>mindfulness eating</i> foi uma estratégia adequada e recebida com agrado, já conhecida por uns elementos, mas que fora praticada com satisfação.</p> <p>Refletindo sobre o conteúdo apresentado, a discussão sobre os sinais de alerta na saúde mental e as estratégias para promover o autocuidado foram impactantes. A exposição ao <i>stress</i> e ao sofrimento dos utentes, como destacado por Estuqui et al. (2022) e Muniz et al. (2019), realça os desafios enfrentados pelos enfermeiros. A formação reforçou a necessidade de manutenção do autocuidado como um alicerce para a prática de enfermagem, conforme argumentado por Miller &amp; Grise-Owens (2020).</p> <p>A apresentação do decálogo de Teresa Lluch e a discussão sobre a teoria do cuidar de Watson, destacando a importância da compaixão por si mesmo, foram momentos de também se tornaram úteis na reflexão. Pereira Alves et</p>

	<p>al. (2021) e Linton &amp; Koonmen (2020) enfatizaram a necessidade de autocuidado antes de cuidar dos outros.</p> <p>Esta ideia causou um eco profundo na própria formadora, ressaltando a importância do cuidado próprio no contexto da profissão de enfermagem e também enquanto estudante da especialidade.</p> <p>Adicionalmente, a aplicação do questionário de saúde mental positiva foi um bom complemento, oferecendo uma oportunidade para uma avaliação introspectiva e compreensão mais aprofundada do estado mental, reforçando ainda mais a mensagem sobre a relevância do autocuidado na nossa prática profissional, foi preenchido com satisfação e dado <i>feedback</i> das repostas posteriormente.</p> <p>Resultados de obtidos foram com pontuação de :152,136 e 126 sendo um nível alto de saúde mental positiva.</p> <p>Para finalizar foi aplicado inquérito de satisfação com o resultado de muito bom em todos os itens avaliados e a observação: “Tema muito pertinente” (sic).</p>
--	---

# APÊNDICE I - APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

## “A importância do autocuidado da saúde mental dos Enfermeiros”

**A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO DA SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS**

*Cuidar de quem cuida!*

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO**  
CRI Leiria  
Enfermeiros  
11 de janeiro de 2024

Estudante: Enfermeira Diana Ferraz nº5220027  
Enfermeira orientadora: EEEESMP Sara Vicente

O maior estudo Realizado até hoje sobre a saúde mental dos enfermeiros portugueses Decorreu em 2017, contando com uma amostra de 1264 enfermeiros

Dos 1264 enfermeiros do estudo, quase dois terços (60,6%) assinala uma percepção negativa da sua saúde mental

Destes:

- +94,1% tem a percepção de sofrer de disfunção social;
- +76% tem a percepção de sofrer de ansiedade e insónia;
- +71,6% tem a percepção de sofrer de sintomatologia somática;
- +22,2% tem a percepção de sofrer de sintomatologia de depressão grave.

**Os enfermeiros portugueses**

- A sintomatologia associada à depressão grave tende a **aumentar com a idade e com o tempo de experiência profissional.**
- No **contexto hospitalar**, o exercício profissional está associado com um aumento de sintomas somáticos, como manifestações inespecíficas do estado de saúde.
- Ter **formação especializada está associado a uma melhor saúde mental**, indicando menos sintomas somáticos. Enfermeiros especializados que trabalham na sua área de especialização também percebem ter uma melhor saúde mental, evidenciando menos sintomas somáticos e disfunção social em comparação com aqueles que não o fazem.
- Entre os enfermeiros especializados, aqueles na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica reportam uma percepção de saúde mental mais negativa. Por outro lado, enfermeiros especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria descrevem uma percepção de melhor saúde mental.
- Relativamente à percepção de saúde mental entre enfermeiros em diferentes Secções Regionais, os enfermeiros na **Secção Regional dos Açores destacam-se pela percepção de melhor saúde mental.** Seguem-se, em ordem decrescente, os da Secção Regional da Madeira, do Sul, do Centro e, por último, os da Secção Regional do Norte, que reportam uma percepção menos positiva da sua saúde mental.

**O que é a saúde mental?**

Estado de bem-estar em que o indivíduo:

- Tem consciência das suas capacidades
- Pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia
- Trabalha de forma produtiva e frutífera
- É capaz de contribuir para a comunidade em que se insere

**Sinais de alerta**

**COMIGO PRÓPRIO**

- Alteração padrão do sono
- Alteração do apetite
- Queixas físicas (cefalalgia, enxaquegas, mialgias)
- Redução da confiança e autoestima
- Sensação de cansaço extremo
- Alteração da memória/ concentração

**Sinais de alerta**

**NA RELAÇÃO COM OS OUTROS**

- Vontade de me ISOLAR
- Aumento de conflitos
- Agressividade ou instabilidade

**Sinais de alerta**

**RELAÇÃO COM A VIDA**

- Falta de esperança
- Vivência de emoções intensas recorrendo a estratégias para não as vivenciar ou sentir
- Perda de interesse ou motivação

**Importância do autocuidado**

O autocuidado representa um alicerce essencial para que sejam implementadas melhores práticas, permitindo deste modo um crescimento da profissão. (Sara Vicente, 2023)

A teoria do cuidar de Watson defende que o enfermeiro antes de ser amoroso, atencioso e compassivo por outra pessoa, deve praticar a compaixão, a bondade e a equanimidade para consigo mesmo e manter a prática diária de medidas de autocuidado dirigidas a si mesmo. (Sara Vicente, 2023)

Antes de cuidar do outro, o enfermeiro (independentemente da sua categoria ou área de prestação de cuidados) deve saber cuidar de si próprio, nomeadamente da sua Saúde Mental. (Sara Vicente, 2023)

**"Mente sã em corpo sã"**

**Estratégias de autocuidado**

BEM-ESTAR FÍSICO	BEM-ESTAR SOCIAL	BEM-ESTAR MENTAL	BEM-ESTAR ESPIRITUAL
Priorizar o sono	Programar uma saída com um grupo de amigos	Realizar atividades prazerosas	Dedicar um tempo às suas crenças, fé, espiritualidade
Alimentação equilibrada	Ter uma rede de apoio	Tirar um tempo para si mesmo	Conectar-se com a natureza.
Praticar exercício físico regular		Praticar a atenção plena: Aqui e agora Ser grato Estabelecer limites saudáveis entre o trabalho e a vida pessoal	Utilização de técnicas como meditação, mindfulness, respiração profunda, entre outras.



**APÊNDICE II-** Guião *Mindfulness eating* com chocolate, adaptado de Puddicombe, (2016)

*Vamos comer com toda a nossa atenção! Como é que isso será? Vamos descobrir!*

Cada um de vos vai tirar uma peça de um doce, da vossa preferência e vão pousá-lo em cima do guardanapo e esperar pelas minhas orientações.

Parem um momento e reparem no que estão a sentir agora: estão curiosas, cansadas, agitadas... estão a pensar coisas como, mas o que é isto? Aí gosto tanto de doces ou acho que não vou gostar nada disto...

Agora vamos pegar nesta peça e senti-la nas nossas mãos... é pesada? É leve? É quente? É fria? É suave ou áspera?

Observe o doce. Imagine que nunca tinha visto este doce. Olhe para ele com grande cuidado e total atenção. Deixe que os seus olhos o explorem em pormenor. Examine as partes em relevo onde a luz incide, as dobras as saliências...

Agora, segure-o por baixo do nariz, tomando atenção ao que nota cada vez que inspira. Tem cheiro? Deixe que preencha a sua atenção. Se não houver cheiro ou muito pouco repare nisso também.

Leve lentamente o doce sua à boca e repare na forma como a sua mão e braço sabem exatamente onde o pôr. Depois, num gesto suave, introduza-o na boca, reparando no que a língua faz para o “receber”. Sem mastigar, explore simplesmente as sensações de o ter na língua. Aos poucos, vá explorando o doce com a língua, continuando durante 30 segundos ou mais, se assim desejar.

Quando estiver pronta, trinque e preste atenção aos efeitos que o doce tem na sua boca. Repare nos sabores que liberta. Sinta a textura enquanto os dentes o mordem. Continue a mastigar devagar, mas não o engula já. Tome atenção ao que está a acontecer na boca.

Veja se consegue detetar a primeira intenção de engolir quando ela surgir na sua mente, e sinta com total consciência antes de realmente engolir o doce. Se conseguir, sinta conscientemente o modo como ele vai se movendo até ao estomago. Sinta o que a língua faz depois de ter engolido.

Por fim passe alguns momentos a registrar as consequências desta forma de comer. Há um sabor posterior? Como é que sente a ausência do doce? Há uma tendência automática para ir buscar outro?

Notem como sentem o vosso corpo...mente e coração agora neste momento... depois de terem comido desta forma.

### APÊNDICE III- Questionário de Saúde Mental Positiva - QSM +

#### Questionário de Saúde Mental Positiva - QSM + (Sequeira et al., 2014)

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um de nós. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de respostas:

**Sempre ou quase sempre; Na maioria das vezes; Algumas vezes; Raramente ou nunca.**

		Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
1	Para mim, é difícil aceitar ou outros quando tem atitudes diferentes das minhas				
2	Os problemas boqueiam-me facilmente				
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas				
4	Gosto de mim como sou				
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas (Ex. tristeza, raiva, ansiedade, desprezo,...)				
6	Sinto-me capaz de explodir				
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona				
8	Para mim é difícil dar apoio emocional				
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas				
10	Preocupo-me muito com o que as pessoas pensam de mim				
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas				
12	Vejo o meu futuro com pessimismo				
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões				
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras que me rodeiam				
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesma				
16	Procuro retirar os aspetos positivos das coisas “más” que me acontecem				
17	Procuro melhorar como pessoa				
18	Considero-me um (a) bom/boa conselheiro (a)				
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem				
20	Considero-me uma pessoa sociável				
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho				

	pensamentos negativos (Ex. não sirvo para nada, não vou conseguir passar a esta cadeira, ninguém gosta de mim, sou feio/feia, tudo o que eu faço está mal, etc.)				
<b>22</b>	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida				
<b>23</b>	Penso que sou uma pessoa digna de confiança				
<b>24</b>	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros				
<b>25</b>	Penso nas necessidades dos outros				
<b>26</b>	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal				
<b>27</b>	Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me				
<b>28</b>	Perante um problema sou capaz de solicitar informação				
<b>29</b>	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me				
<b>30</b>	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores				
<b>31</b>	Peso que sou uma inútil e não sirvo para nada				
<b>32</b>	Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes				
<b>33</b>	Tenho dificuldade em ter opiniões pessoais				
<b>34</b>	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro (a).				
<b>35</b>	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer				
<b>36</b>	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis				
<b>37</b>	Gosto de ajudar os outros				
<b>38</b>	Sinto-me insatisfeito (a) comigo mesmo (a)				
<b>39</b>	Sinto-me insatisfeito (a) com o meu aspeto físico.				

O Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM +) é constituído por 39 itens. Podendo-se obter valores compreendidos entre 39 (valor mínimo) e 156 (valor máximo), sendo que quanto maior for o valor obtido, maior será o nível de saúde mental positiva. De acordo com Garcia (2016) adaptado de + Sequeira et al., (2014) podem existir 3 níveis de saúde mental:

- Nível baixo ou Languising (resultados entre 39-78);
- Nível Intermediário (resultados entre 79-117)
- Nível alto ou Flourishing (resultado entre 118 e 156).

A pontuação obtida no somatório global do QSM+ é diretamente proporcional à SMP.

As respostas a cada item são apresentadas numa escala de Likert de 1 a 4, referente à frequência que cada afirmação acontece na vida do indivíduo. A pessoa deverá responder segundo a frequência que melhor caracteriza o seu caso: “Sempre ou quase sempre”, “Na maioria das vezes”, “Algumas vezes” e “Raramente ou nunca”.

Dos 39 itens, 19 são formulados de forma positiva e 20 itens de forma negativa. Os itens enunciados positivamente são: 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36, e 37. Conforme a enunciação do item, de forma negativa ou positiva, as respostas apresentadas na escala de Likert terão pontuações ou valores diferentes (Lluch 1999, 2003; sequeira et al 2014)

Resposta	Itens Positivos	Itens Negativos
“Sempre ou quase sempre”	4	1
“Na maioria das vezes”	3	2
“Algumas vezes”	2	3
“Raramente ou nunca”	1	4

## APÊNDICE IV- Questionário de satisfação

Finalizadas a sessão, torna-se agora importante refletir sobre a atividade desenvolvida.

Considerando a sua opinião de elevada importância, agradecemos a sua colaboração no preenchimento do presente questionário.

Responda a cada item colocando uma cruz, de acordo com a escala apresentada, a qual diz respeito ao seu grau de satisfação com os vários critérios avaliados.

Legenda: 1 - Mau; 2 - Insuficiente; 3 - Suficiente; 4 - Bom; 5 - Muito Bom

	1	2	3	4	5
<b>1. Organização da Sessão</b>					
Estratégias utilizadas					
Cumprimento de horários					
<b>2. Formador/s e metodologias de apresentação</b>					
Clareza na transmissão de conhecimentos					
Domínio dos temas desenvolvidos					
Gestão do tempo disponível					
<b>3. Resultados e Expetativas</b>					
Utilidade prática das sessões					
Temas abordados face às expetativas					
<b>4. Avaliação Global</b>					
Avaliação global					
Satisfação global em relação a sessão					

Sugestões:

---

Agradeço a sua disponibilidade de apreciação da sessão, com o intuito de melhorar para sessões seguintes.

Atenciosamente,

Diana Ferraz

Estudante de Mestrado de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

## APÊNDICE V- Resultados do Rastreio e Descritivo de História



**Resumo de dados recolhidos no contexto dos rastreios do Dia do Coração (17 de maio):**

Foi realizado um rastreio utilizando a escala de medida de manifestação de bem-estar (Monteiro, Tavares & Pereira, 2003). Nesse contexto, uma utente foi identificada e mostrou-se disponível para descrever sua situação familiar. A utente reside na Moita e mencionou um antecedente relevante, que foi ter passado por um período de quatro anos com uma colostomia.

A Sra PT, em questão é cuidadora do sogro de 102 anos e também responsável pelo neto de 15 anos. Ela mora com o marido, o sogro e o neto, totalizando cinco pessoas em sua casa, pelas quais ela tem responsabilidades. A Sra. PT mencionou que seu marido não lhe disponibiliza algum rendimento e que ela precisa administrar as despesas da casa apenas com sua própria aposentadoria.

O sogro de 102 anos precisa de assistência nas atividades de vida diárias e embora seja capaz de caminhar, é dependente em outras atividades de autocuidado. A utente tem sido a cuidadora do neto desde o seu nascimento e mencionou que a mãe da criança está ou esteve recentemente presa.

Durante um internamento no Centro Hospitalar de Leiris, houve uma tentativa de encaminhar a utente para uma casa abrigo devido a suspeitas de maus-tratos ou violência doméstica. No entanto, a utente recusou o encaminhamento, pois sentia a necessidade de cuidar do neto.

Utente referiu necessidade de apoio, tanto a nível monetário, refere estar cansada.... Refere ter receio que o sogro se torne mais dependente, e não ter capacidade para o cuidar. Os irmãos do marido, já foram cuidadores, mas neste momento não se encontram disponíveis para colaborar.

Já tentou pedir estatuto de cuidadora, mas não houve seguimento do processo, utente entende a causa.

A utente não considera encontrar-se doente, contudo as transições por que passou ao longo da vida parece que não foram percecionadas e incorporadas de forma efetiva.

Explicada a necessidade de expor o seu caso a equipe, utente concordou, e mostrou disponibilidade em se destocar a UCC acompanhada pelo marido. Forneceu dados pessoais para futuro contato.

Contacto:

P.T.

Nº telemóvel

XXXXXXXXXX

## APÊNDICE VI - Programa: "Gestando Saúde Mental"

## SESSÃO Nº 1 –APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA “GESTANDO SAÚDE MENTAL”

**DATA:** 20/06/2021

**DURAÇÃO:** 10mn

**LOCAL:** Sala do curso de preparação para o parto.

**DESTINATÁRIOS:** Grávidas/Casais grávidos que frequentam o curso de preparação para o parto da [REDACTED]

**DINAMIZADORA:** Diana Ferraz (Estudante MEESMP), sob orientação da Enfermeira Orientadora.

**OBJETIVO:** Apresentação do programa “Gestando Saúde Mental”

**FUNDAMENTAÇÃO:** A colaboração com a intervenção da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica tornou-se relevante na abordagem de enfermagem na saúde mental e psiquiátrica. Assim, como em várias atividades na sociedade, a colaboração em equipa é fundamental para o sucesso na área da saúde. A comunicação, sobretudo em contexto de saúde é importante por vários fatores, visto que estabelece condições de diálogo e, efetuada adequadamente, ajuda a desenvolver empatia e contribuir para a partilha emocional (Leal & Ribeiro, 2021).

### PLANO DA SESSÃO

Etapas da sessão	Estratégias/atividades	Duração (minutos)	Recursos
<b>Introdução</b>	Apresentação dos objetivos das sessões	5'	Sala
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Identificar as necessidades específicas do grupo</li><li>Incentivar a participação na sessão de grupo.</li></ul>	5	Cadeiras
<b>Conclusão</b>	Agradecer a participação		

**AVALIAÇÃO:** Em parceria com a Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica responsável pelo curso de preparação para o parto, foi iniciada a apresentação de modo a estabelecer uma alguma relação de proximidade com as grávidas e com alguns dos pais. Estavam presentes 6 grávidas e 2 pais que mostraram muita receptividade à minha proposta de intervenção.

Foi possível assistir e intervir durante esta sessão, quando a enfermeira deu ênfase aos à alteração de fatores psicológicos inerentes ao processo de parto, relacionados com

ansiedade e o autocontrole durante este processo, assim como no período antecipatório a este.

Foi destacado o quanto a colaboração da puérpera e de todos os envolvidos no trabalho de parto é valorizada, pois a calma e a colaboração desempenham um papel essencial em facilitar no processo com menos dificuldades. Além de ajudar no controle da dor durante o parto e auxiliar na respiração. Também se enfatizou a importância da colaboração por parte do pai, ressaltando sua participação no relaxamento e no apoio durante todo o processo.

Houve uma receptividade significativa e uma clara compreensão por parte de todos os envolvidos.

## SESSÃO Nº 2- Intervenção Psicoeducativa– “Gestando Saúde Mental”

**DATA:** 22/06/2021

**HORA:** 10-11.30h

**LOCAL:** Sala do curso de preparação para o parto.

**DESTINATÁRIOS:** Grávidas/Casais grávidos que frequentam o curso de preparação para o parto da [REDACTED]

**DINAMIZADORA:** Diana Ferraz (Estudante MEESMP), sob orientação da Enfermeira Orientadora.

**MÉTODO:** Expositivo/ Interativo

**OBJETIVO:** Promover a identificação perturbações mentais perinatais mais frequentes e suas características, abordar o estigma em torno das alterações emocionais; identificar fatores de risco e protetores para o desenvolvimento de depressão e *Baby Blues*. Ensinar sobre sinais e sintomas dos mesmos. Estar atento aos sinais de alarme.

**FUNDAMENTAÇÃO:** A Psicoeducação é uma Intervenção Terapêutica da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica descrita no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018: presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais 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.

A gravidez e a maternidade são experiências únicas na vida da mulher, que envolvem adaptações fisiológicas a nível físico, psíquico, social e emocional e que têm diferentes implicações no bem-estar materno (Guerra et al., 2014).

A gravidez é frequentemente vista como um período relativamente curto em comparação com a fase pós-parto, caracterizada por mudanças psicológicas e vulnerabilidades emocionais que podem ter efeitos significativos no relacionamento entre a mãe e o bebé, bem como no desenvolvimento infantil. Durante a gravidez, a mãe passa por diversas transformações físicas e psicológicas que podem afetar a sua saúde mental e seu bem-estar emocional (Sequeira & Sampaio, 2020).

Desde a gravidez até ao primeiro ano após o parto, a depressão e a ansiedade, são consideradas as perturbações mentais mais frequentes, com cerca de 12% das mulheres a experienciarem a depressão e 13% a ansiedade (Tripathy, 2020).

Os sintomas depressivos, bem como os sintomas relacionados com a ansiedade, podem, para além das consequências para a mãe, como a ocorrência de problemas obstétricos, incluindo o trabalho de parto pré-termo, conduzir a comportamentos parentais negativos, ao desenvolvimento de doenças mentais nas crianças, e um aumento no risco de depressão entre os parceiros (Drozd et al., 2015; Tripathy, 2020).

Os *blues* pós-parto é caracterizado por uma oscilação de humor, irritabilidade, tristeza e choro fácil, normalmente ocorrendo nos primeiros três dias após o nascimento, atingindo um pico no quarto ou quinto dia. Desaparecem de forma espontânea num período máximo de dez dias (Sequeira & Sampaio, 2020).

## PLANO DA SESSÃO

Etapas da sessão	Estratégias/atividades	Duração (minutos)	Recursos
<b>Introdução</b>	Apresentação da formadora e dos objetivos da sessão	5'	Mesa Cadeiras Canetas Computador Projetor; Papeis; Canetas
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abordar conceitos de: Saúde mental, doença mental e estigma através do método expositivo com recurso apresentação digital;</li> <li>Transição para a maternidade</li> <li>Partilha de experiências, através de uma dinâmica de intervenção em grupo no intuito de explorando medos e preocupações;</li> <li><i>Baby Blues</i> (sintomas e estratégias de gestão);</li> <li>Depressão pós-parto (sintomas e estratégias de gestão);</li> </ul>	45'	
<b>Conclusão</b>	Resumo e avaliação da sessão. No final será agendada a nova sessão.	10'	

**AVALIAÇÃO:** A sessão teve a duração de cerca de 40 minutos. Participaram nas sessões um casal grávido de 32 semanas e uma grávida de 33 semanas.

Numa fase inicial, psicoeducativa, foi explicado o conteúdo da intervenção e apresentados os objetivos das sessões. Abordou-se a transição para a maternidade/paternidade como uma etapa de desenvolvimento, a vivência das emoções na gravidez, o conceito de sinais de alerta, fatores protetores e estratégias de lidar com o mesmo. Foi uma sessão interativa com muita partilha de experiências entre os intervenientes. Foram incentivados com a dinâmica em partilhar e falar sobre os seus medos.

### **SESSÃO Nº 3 – Intervenção psicoeducativa e comportamental – “Gestando Saúde Mental”**

**DATA:** 22/06/2021

**HORA:** 11.45-13h

**LOCAL:** Mesa, cadeiras, computador, projetor na sala do curso de preparação para o parto

**DESTINATÁRIOS:** Grávidas/Casais grávidos que frequentam o curso de preparação para o parto da [REDACTED]

**Dinamizadora:** Diana Ferraz (Estudante MEESMP), sob orientação da Enfermeira Orientadora

**MÉTODO:** Expositivo/ Interativo

**OBJETIVO:** Identificar fatores de risco e protetores para o desenvolvimento de ansiedade na grávida/puérpera; ensinar sobre sinais e sintomas de ansiedade; identificar vantagens das técnicas de relaxamento no controlo da ansiedade e proporcionar experiências de relaxamento por *mindfulness*.

**FUNDAMENTAÇÃO:** Cerca de um terço das mulheres grávidas apresentam distúrbios de ansiedade, assim como 20% das mulheres no pós-parto (Harvey et al., 2018).

O relaxamento *mindfulness* é uma prática de estar presente no momento presente, sem ter pensamentos ou preocupações sobre o passado ou o futuro. Em vez disso, *mindfulness* envolve observar a experiência atual, seja física, emocional ou mental, com uma atitude de curiosidade e aceitação. A sua prática, com intenção e regularidade, pode levar a uma maior conscientização de si mesmo, bem-estar emocional e mental e resiliência diante do stress e dos desafios da vida. A prática da *mindfulness* pode ser cultivada através de meditações formais, práticas informais no dia-a-dia e treinamento em atenção plena em grupo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Esta técnica é uma técnica de meditação que pode ser realizada por qualquer pessoa que esteja interessada em reduzir o *stress*, aumentar a atenção plena e a consciência e melhorar a qualidade de vida em geral. Não há restrições quanto a quem pode praticar *mindfulness*, desde que a pessoa esteja disposta a dedicar algum tempo e esforço para aprender e praticar a técnica. A prática de *mindfulness* pode ser simplesmente útil para aqueles que desejam aprimorar a concentração, a criatividade e a resiliência emocional (Puddicombe, 2016).

Esta intervenção permite dar resposta aos seguintes diagnósticos de Enfermagem de acordo com a nomenclatura CIPE®: autocontrolo da ansiedade presente; ansiedade a presente (grau moderado/elevado) (International Council of Nurses, 2019).

Indicadores de resultado *Nursing Outcomes Classification*: ansiedade - redução do nível de ansiedade; concentração, equilíbrio do humor, bem-estar emocional; consciência: relata maior consciência de seus pensamentos, sentimentos e sensações físicas, bem como uma maior capacidade de estar presente no momento presente e autocuidado (Moorhead et al., 2016).

### PLANO DA SESSÃO

Etapas da sessão	Estratégias/atividades	Duração (minutos)	Recursos
<b>Introdução</b>	Apresentação da formadora e dos objetivos da sessão;	5'	Mesa Cadeiras Canetas Computador Projetor  Coluna  Música Relaxante: "Make us human" Questionário de avaliação da sessão
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoavaliação de manifestações fisiológicas da ansiedade (frequência cardíaca e frequência respiratória)</li> <li>• Apresentação do tema geral "Ansiedade" através do método expositivo com recurso ao método expositivo®;</li> <li>• Partilha de experiências prévias de relaxamento.</li> <li>• Momento de relaxamento Profundo, físico e mental (Payne, 2003)</li> </ul>	45'	
<b>Conclusão</b>	Resumo e avaliação da sessão, através de questionário.	10'	

**AVALIAÇÃO:** Esta sessão foi aplicada seguidamente a anterior, apenas com um intervalo para comer.

As grávidas referiram que já tinham tido experiências semelhantes de relaxamento e que procuravam atividades do mesmo género, por acharem adequado e importante no seu processo de adaptação a esta fase de transição. Referiram também ter contacto com pessoas que tinha alguma doença mental diagnosticada e alguns conhecimentos sobre os temas a abordar, tornando evidente a presença de algum nível de literacia em saúde mental.

Nesta sessão, inicialmente com uma intervenção psicoeducativa e posteriormente comportamental, foram abordados: o conceito de ansiedade, os benefícios do relaxamento e a explicação e técnica de relaxamento por imaginação guiada.

No decorrer da sessão, os participantes empreenderam a tarefa de autoavaliar as manifestações fisiológicas da ansiedade, focando especificamente na frequência cardíaca e respiratória como indicador chave. Entre estes, apenas um relatou resultados concretos referentes a esta autoavaliação com a diminuição da frequência cardíaca. Foi apresentada a técnica de relaxamento, como uma ferramenta de autocontrole da ansiedade e as suas vantagens na utilização regular e na promoção da vinculação mãe/casal filho. De seguida foi executada a sessão de relaxamento propriamente dito, com a duração de cerca de 15 a 20 minutos. Os participantes deitaram-se nos colchões na posição lateral de acordo com as recomendações do posicionamento das grávidas e como se sentiam mais confortáveis.

Os participantes demonstraram-se positivos durante a sessão. Eles apresentaram um genuíno interesse no conteúdo apresentado, estavam atentos e participaram ativamente nas discussões e atividades propostas. A sua disposição para partilhar experiências pessoais refletiu o seu desejo de aprender. Além disso, os participantes mostraram respeito e empatia uns pelos outros, oferecendo apoio e encorajamento durante a sessão. Como formadora, fiquei motivada e satisfeita com a receptividade demonstrados pelos participantes.

A intervenção decorreu de acordo com o que foi planeado, apenas mais rápida do que o previsto uma vez que só estavam presentes três participantes. Neste programa, fora evidente a necessidade de futuramente proceder a uma análise rigorosa dos níveis de literacia em saúde mental, adaptando as sessões com base nos défices identificados. É também crucial fomentar uma maior persistência na promoção da adesão, assim como intervir de forma proeminente sobre o estigma associado à doença mental, com o intuito de incrementar a adesão ao tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Drozdz, F., Haga, S. M., Brendryen, H., & Slinning, K. (2015). An Internet-Based Intervention (Mamma Mia) for Postpartum Depression: Mapping the Development from Theory to Practice. *JMIR Research Protocols*, 4(4), e120. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/resprot.4858>
- Dias, C. M. (2011). Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos: epidemiologia, potencial de prevenção e adequação para promover a efetividades da administração em Saúde Pública.
- Guerra, M. J., Braga, M. C., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, SPE1*, 117–124. Disponível em: [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&nrm=iso&tling=pt](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&nrm=iso&tling=pt)
- Harvey, S. T., Bennett, J. A., Burmeister, E., & Wyder, M. (2018). Evaluating a nurse-led community model of service for perinatal mental health. *Collegian*, 25(5), 525–531. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.12.005>
- Leal, I., & Ribeiro, J. L. P. (2021). *Manual de Psicologia da Saúde*. Pactor.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde (2ª)*. Lusociência.
- Puddicombe, A. (2016). *Meditação e Mindfulness - 10 Minutos por dia podem fazer a diferença* (Nascente).
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Kliemann, A., Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2017). Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças-Psicologia da saúde*, 25(2), 69–76
- Tripathy, P. (2020). A public health approach to perinatal mental health: Improving health and wellbeing of mothers and babies. In *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* (Vol. 49, Issue 6). Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101747>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário Da República, 2ª Série, Anexo I, 21427–21430. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

## QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO RESPONDIDOS:

ANEXICO III – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA Sessão

Folha nº: \_\_\_\_\_ Data: 22/06/2023

Formação: Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental (Mestrado) - 1º Ano - 1º Semestre

Nome: \_\_\_\_\_ Duração: 3 horas

1. Avaliação do nível de conhecimento teórico e prático dos intervenientes.

2. Avaliação da metodologia de apresentação.

3. Avaliação da metodologia de apresentação.

4. Avaliação da metodologia de apresentação.

	A	B	C	D	E
1. Organização da Sessão					
Conteúdos abordados					X
2. Formador/a e metodologia de apresentação					
Clareza na transmissão de conhecimentos					X
Domínio dos temas abordados					X
Qualidade do tempo disponível					X
3. Recursos e Expectativas					
Utilização adequada dos recursos					X
Tempo disponível para as expectativas					X
4. Avaliação Global					
Avaliação global do curso					X
Satisfação global com o curso					X

Sugestões: \_\_\_\_\_

Outro ponto a considerar: \_\_\_\_\_

ANEXICO III – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA Sessão

Folha nº: \_\_\_\_\_ Data: 22/06/2023

Formação: Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental (Mestrado) - 1º Ano - 1º Semestre

Nome: \_\_\_\_\_ Duração: 3 horas

1. Avaliação do nível de conhecimento teórico e prático dos intervenientes.

2. Avaliação da metodologia de apresentação.

3. Avaliação da metodologia de apresentação.

4. Avaliação da metodologia de apresentação.

	A	B	C	D	E
1. Organização da Sessão					
Conteúdos abordados					X
2. Formador/a e metodologia de apresentação					
Clareza na transmissão de conhecimentos					X
Domínio dos temas abordados					X
Qualidade do tempo disponível					X
3. Recursos e Expectativas					
Utilização adequada dos recursos					X
Tempo disponível para as expectativas					X
4. Avaliação Global					
Avaliação global do curso					X
Satisfação global com o curso					X

Sugestões: \_\_\_\_\_

Outro ponto a considerar: \_\_\_\_\_

ANEXICO III – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA Sessão

Folha nº: \_\_\_\_\_ Data: 22/06/2023

Formação: Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental (Mestrado) - 1º Ano - 1º Semestre

Nome: \_\_\_\_\_ Duração: 3 horas

1. Avaliação do nível de conhecimento teórico e prático dos intervenientes.

2. Avaliação da metodologia de apresentação.

3. Avaliação da metodologia de apresentação.

4. Avaliação da metodologia de apresentação.

	A	B	C	D	E
1. Organização da Sessão					
Conteúdos abordados					X
2. Formador/a e metodologia de apresentação					
Clareza na transmissão de conhecimentos					X
Domínio dos temas abordados					X
Qualidade do tempo disponível					X
3. Recursos e Expectativas					
Utilização adequada dos recursos					X
Tempo disponível para as expectativas					X
4. Avaliação Global					
Avaliação global do curso					X
Satisfação global com o curso					X

Sugestões: \_\_\_\_\_

Outro ponto a considerar: \_\_\_\_\_

## DINÂMICA DE GRUPO: EXPLORANDO MEDOS E PREOCUPAÇÕES

*Visto que este grupo se encontra já estabelecido importa apenas numa fase inicial a confirmação que todos os elementos concordam com os tópicos a abordar na atividade. Será necessário informar sobre as metas e as responsabilidades de cada participante no intuito de ajudar á partilha de sentimentos e conhecimentos com base experiências vividas expectativas (Sequeira & Sampaio, 2020).*

### **GUIA:**

Reunir o grupo e criar um ambiente acolhedor e seguro. Explicar o objetivo da atividade, que é identificar e explorar os medos e preocupações relacionados ao parto ou à maternidade.

**Identificação dos medos:** Pedir a cada grávida/casal grávido que reflita sobre seus medos e preocupações e escolha um para trabalhar durante a dinâmica:

- Exemplo: Pode ser medo da dor, medo de complicações, medo de não ser capaz de cuidar do bebê, entre outros.

Pedir aos intervenientes que descreva no papel a sua situação representando seu medo ou preocupação

Abrir todos os papéis e expor os medos descrito aleatoriamente.

**Exploração e diálogo:** Iniciar um diálogo entre os participantes, permitindo que as grávidas expressem seus sentimentos e pensamentos relacionados à cena. Encorajar os outros participantes a fornecerem apoio emocional, compartilhando palavras de encorajamento, empatia e oferecendo perspectivas positivas. As outras participantes podem oferecer sugestões construtivas e positivas.

**Concluir:** a atividade destacando que o objetivo não é eliminar completamente os medos, mas sim explorar maneiras de enfrentá-los. Encorajar as grávidas a procurar apoio e informação.

## GUIÃO SESSÃO DE RELAXAMENTO

(adaptado de Payne,(2003))

*Este método ajuda a descontrair os seus músculos e os seus pensamentos. Consiste em focar diferentes partes do corpo, uma por uma, e libertar qualquer tensão que encontre. Não estão envolvidas quaisquer ações físicas; o relaxamento ocorre em virtude de um processo de pensamento. Apesar da sua extensão, este é um método que poderão utilizar facilmente o relaxamento.*

Feche os olhos. Fique o mais confortável possível...Tome consciência da superfície que está debaixo de si...deixe que o seu corpo se ajuste a ela...repare como a apoia...tenha atenção aos pontos de contacto entre si e o chão: a sua cabeça...ombros...coluna...costelas...ancas...calcanhares...cotovelos...antebraços e mãos...sinta o seu corpo a afundar-se na superfície sobre a qual está deitada...sinta o seu corpo a tornar-se mais pesado à medida que a tensão se desvanece...sinta-se em paz...Inspire fundo e, à medida que expira o ar, sinta-o a transportar para fora de si todas as suas tensões...depois, deixe que a sua respiração estabilize a um ritmo suave...Imagine que se encontra num local que a faz sentir relaxada...por exemplo uma planície quente e solarenga. Imagine-se deitada nessa planície.

Daqui a pouco vou pedir-lhe que se concentre em diferentes partes do corpo, mas primeiro quero lembrar-lhe o quanto é importante para si adotar uma atitude passiva e despreocupada face ao exercício. Isto significa deixar que as sensações de peso e calor surjam por si e não fazer qualquer esforço para que apareçam.

Com os olhos fechados, deixe que a sua atenção se centre na respiração...repare o quão suave, lenta e regular ela está a ficar...sinta o ar quente a sair tocando levemente os lábios... imagine que cada expiração está a levar embora as suas tensões, deixando-a mais relaxada do que estava anteriormente...se quiser, respire profundamente uma vez...depois deixe que a sua respiração assente no seu ritmo próprio...fácil, calma e regular...e esqueça-se dela.

Vou pedir-lhe que faça uma viagem ao longo do corpo, verificando se todos os grupos musculares estão o mais relaxados possível e deixando ir qualquer tensão que ainda possa permanecer. Sinta-se em paz, deitada na planície. Se pensamentos exteriores começarem a aparecer, mantenha-os numa bolha de ar e deixe-os ir embora. Vou começar pelos pés.

Volte a sua atenção para os dedos dos pés...estão em posição de descanso?... Se estiverem curvados ou esticados ou de alguma forma não inteiramente confortáveis, movimente-os suavemente. À medida que eles vão ficando mais descansados, sinta toda a tensão a deixá-los...sinta-os a afundar-se, pesados e inertes...

Repita mentalmente:

Sinto-me em paz

Os meus pés estão pesados

Sinto-me calma

Os meus pés estão quentes

Deitada na planície cheia de sol, continue por favor a pensar no peso dos seus pés  
Deixe os seus pés descair para fora. Esta é a posição mais relaxada para eles. Deixe que  
toda a tensão flua para fora deles...desfrute da sensação de deixá-los soltar-se apenas...  
Seguindo para as pernas: sinta a tensão a abandonar os músculos da barriga da perna e as  
canelas. À medida que a tensão vai, elas ficam mais pesadas...sinta o calor e um formigueiro  
agradável.

Sinto-me em paz

Sinto as duas pernas pesadas

Sinto-me em paz

Sinto as duas pernas pesadas

Imagine que as suas pernas estão pesadas como chumbo.

A seguir as coxas: para ficarem totalmente descontraídas precisam de rodar ligeiramente  
para fora...sinta o efeito relaxante desta posição...certifique-se de que aliviou toda a tensão e  
sinta as suas coxas a descansar pesadamente no chão.

Sinto-me em paz

As minhas coxas estão pesadas

Sinto-me calma

As minhas coxas estão quentes

Sinta as coxas a afundarem-se no chão da planície.

Concentre-se por um momento na sensação de peso a instalar-se ao longo das pernas...deixe  
que os músculos larguem o resto de tensão que ainda contêm e que fiquem em relaxamento  
profundo.

E agora, centre-se nas suas ancas. Deixe que elas assentem na superfície em que estão  
deitadas...reconheça qualquer tensão que permaneça nos músculos...em seguida relaxe-  
a...continue a relaxar, um pouco mais do que pensava possível.

Assente a sua coluna no colchão...tome consciência de como ela está em descanso no chão.  
Deixe-a afundar-se, fazendo contacto onde ela quiser...toda a tensão está a fluir para fora da  
coluna.

Sinto-me em paz e calma

A minha coluna repousa na planície aquecida pelo sol

Deixe que os músculos abdominais percam a tensão- Deixe-os ir suave e livremente. Sinta os  
estirar à medida que desistem do seu último vestígio de tensão... repare em como o seu  
abdómen descontraído se eleva e rebaixa com a sua expiração... eleva-se quando o ar é

inspirado e desce quando o ar é expelido...a respiração abdominal é a respiração de descanso.

Sinto-me em paz

A minha respiração está calma

O meu abdómen está quente

Sinto-me em paz

O meu abdómen está quente

Deslocando-nos para os ombros, para os músculos propícios a carregar tensão... sinta-os a deixar ir... sinta-os a distender-se... sinta-os a descontraír sob o chão, moles e pesados...sinta-os a cair em direção aos pés... imagine-os a largar a carga... e à medida que o espaço entre os seus ombros e o pescoço se abre, imagine o seu pescoço mais longo do que era anteriormente.

Sou grata

Imagine-se deitada na planície, com os braços repousados pesadamente na erva fresca

Sou grata

Agora dirija os seus pensamentos para os músculos do braço esquerdo. Verifique se ele repousa mole no chão. Repare na sensação de relaxamento e deixe que esta situação se estenda ao pulso e à mão. Pense nos dedos, estão curvados e rijos?... nem levantados para cima nem esticados para fora... nem abertos nem fechados, mas suavemente em descanso... totalmente descontraídos. Enquanto expira, deixe o braço relaxar mais um pouco... deixe-o estar pousado pesado e mole... tão pesado e solto que se alguém o levantasse e a seguir largasse, ele deixava-se cair novamente como o braço de uma boneca de trapos.

Sinto-me em paz

Sinto o braço esquerdo pesado

Sinto-me em paz

Sinto o braço esquerdo pesado

Imagine que o seu braço está pesado como chumbo

Agora dirija os seus pensamentos para os músculos do braço direito. Verifique se ele repousa mole no chão. Repare na sensação de relaxamento e deixe que esta situação se estenda ao pulso e á mão. Pense nos dedos, estão curvados e rijos?... nem levantados para cima nem esticados para fora... nem abertos nem fechados, mas suavemente em descanso... totalmente descontraídos. Enquanto expira, deixe o braço relaxar mais um pouco... deixe-o estar pousado pesado e mole... tão pesado e solto que se alguém o levantasse e a seguir largasse, ele deixava-se cair novamente como o braço de uma boneca de trapos.

Sinto-me em paz

Sinto o braço direito pesado

Sinto-me calma

Sinto os dois braços pesados

Sinto-me calma

Sinto os dois braços pesados

Sinta os braços a afundarem-se no chão

Os seus músculos do pescoço não necessitam de trabalhar com a cabeça apoiada, portanto, deixe-os soltar-se... Desfrute da sensação de “soltar” os músculos que trabalham tanto o resto do tempo para manter a cabeça levantada. Se encontrar alguma tensão no pescoço, liberte a e deixe que o processo de descontração continue, mesmo abaixo da superfície em que está deitado... sinta como é agradável quando se solta a tensão nestes músculos.

Deitada na planície cheia de sol, sinta o calor no pescoço

Volte agora a atenção para a face, para os músculos pequenos cujo trabalho é gerir as suas expressões. Neste momento não há necessidade de ter nenhuma expressão facial, por isso permita que os músculos fiquem relaxados... imagine como é a vossa cara quando está a dormir... calma e sem movimento...

Sinta o sol a beijar-lhe a face...está quente...agradavelmente quente...

Agora pense no maxilar inferior...e quando o faz, deixe que ele descaia ligeiramente de modo que os dentes fiquem separados... sinta-o a relaxar com os seus lábios a tocarem-se suavemente. Verifique se a sua língua está tranquila e repousada no meio da boca, mole e sem forma. Relaxe a sua garganta de modo que toda a tensão a deixe e que os músculos se sintam serenos e em descanso.

Sinto-me em paz

Sinto os braços e as pernas pesados e quentes

O meu batimento cardíaco está calmo e regular

Sinto-me em paz

O meu batimento cardíaco está calmo e regular

Sem expressão na face, as suas bochechas estão descontraídas e moles. Se pensar no seu nariz, registre apenas a passagem de ar fresco passando pelas narinas enquanto o ar mais quente passa por baixo... expire a tensão e o ar quente... inspire tranquilidade com o ar frio.

Sinto-me calma

Sinto os braços e as pernas pesados e quentes

O meu batimento cardíaco está calmo e regular

A minha respiração está calma

Sinto-me calma

A minha respiração está calma

Verifique se a sua testa está lisa... sem rugas em nenhuma direção... e à medida que alivia a tensão que resta, imagine-a a ficar um pouco mais alta e larga do que era anteriormente... continue com este sentimento no couro cabeludo e atrás das orelhas... sinta a sensação de calma quando faz isto.

Sinta a sua cabeça a afundar-se no chão

Deixe que os seus pensamentos se concentrem nos olhos enquanto eles repousam por detrás das pálpebras suavemente fechadas. Pense neles a descansar nas órbitas, mais flutuantes do que fixos... e à medida que eles descansam, os seus pensamentos fazem o mesmo.

Sinto-me calma

Sinto-me em paz

Sou grata

Agora tem relaxados todos os grupos musculares mais importantes do corpo. Pense neles como um todo... um todo completamente relaxado... acalmado pelo seu suave ritmo de respiração, sinta a serenidade desta ideia. As imagens podem vaguear para dentro e fora da sua mente... veja-as como pensamentos a passarem. Sinta a libertar-se delas. Diga para si próprio: "estou a sentir-me calmo, estou a sentir-me tranquilo". Deixe que a sua mente crie um cenário de contentamento.

Sinto-me em paz

Os meus braços e as minhas pernas estão pesados e quentes

O meu batimento cardíaco está calmo e regular

A minha respiração está calma

O meu abdómen está quente

Uma brisa suave e fresca sopra agora na planície

Sinto-me em paz

A minha testa está fresca

Sinto-me em paz

A minha testa está fresca

Vou pedir-lhe que volte lentamente à sala em que estamos. Gradualmente, comece a ficar consciente disso. Suavemente mexa os braços e as pernas... movimente a sua coluna e, quando quiser, deixe os olhos abrir. Alongue suavemente o corpo. Vire-se de lado e sente-se devagar...reconheça o que o rodeia. Dê ao seu corpo o tempo necessário para se adaptar à passagem do estado de relaxamento ao estado de alerta.

# APRESENTAÇÃO MÉTODO EXPOSITIVO



## O que iremos abordar:

O que é Saúde Mental e fatores que a afetam

Baby blues e Depressão Pós Parto

Ansiedade e Técnica de relaxamento

## O que é a Saúde Mental?

"o estado de bem estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pelo que faz os stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere" (OMS)

A saúde mental é muitas vezes sinónimo de adaptação bem sucedida. É um estado que permite ao indivíduo desenvolver-se de forma harmoniosa no plano físico, psicoemocional e social.

Crítérios que permitem definir a saúde mental:

- Conhecimento de si;
- Aceitação de si próprio e dos outros;
- A perceção ajustada do ambiente e da realidade;
- Capacidade de se interessar pela vida;
- Aptidões para a integração social.

## O que é a Saúde Mental?

"A saúde mental e o bem-estar são fundamentais para a nossa capacidade coletiva e individual, como seres humanos de pensar, sentir, interagir uns com os outros, ganhar e aproveitar a vida".

• por vezes... os indivíduos com problemas de saúde mental são desprezados, discriminados e negados direitos básicos, inclusive acesso aos cuidados essenciais.



## Fatores que afetam a saúde mental!

Na Grávida.

**A**  
**Ambiente**  
Casa e suas condições;  
Meio ambiente.

**S**  
**Sociedade**  
Rede de apoio de saúde e familiar;  
Relacionamento conjugal e familiar;  
Situação financeira;  
Nível de educação.

**C**  
**Culturais**  
Valores, crenças, práticas e normas culturais.

**I**  
**Individuais**  
Tipo de gestação,  
Genética, idade,  
Traumas,  
História da saúde física e mental,  
Histórico obstétrico (grávidas anteriores, abortos)

**S**  
**Situacionais**  
Stress, convivência familiar,  
responsabilidades (profissão,  
gravidez...)

## Quais os vossos medos ?!

### Medos existentes:

Ex: Medo de não dormir

## Baby Blues

O baby blues é uma reação normal às alterações físicas e sociais após o nascimento do bebé. Caracterizado por um curto período de emoções volúveis. Ocorrem entre o **segundo** e o **quinto** dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea no período máximo de **doz dias**.

(O'Brien, 1997; Souza et al., 1997; Securito e Serrano, 2020)



### Causas

As alterações hormonais podem produzir alterações químicas no cérebro que resultam em sentimentos que associamos a depressão...  
... e o ajustamento necessário após o nascimento do bebé, tendo em conta as naturais alterações de sono, das rotinas, e das emoções da experiência do pós parto podem contribuir para a forma como a mãe se vai sentir!!  
(O'Hara, 1997; Souza et al., 1997; Securito e Serrano, 2020)

## Baby Blues

- ✗ São reações consideradas normais, comuns e passageiras;
- ✗ Não provocam alterações no funcionamento da mulher
- ✗ Não exigem tratamento profissional obrigatório
- ✗ Acontece entre 50% e 85% das mulheres no pós-parto...

...mas, 20% das mulheres com Baby Blues podem desenvolver Depressão Pós-Parto.

## Saúde mental na grávida Depressão pós-parto



### Sinais e Sintomas precoces de problemas da saúde mental na grávida- depressão pós-parto

**Fatiga ou perda de energia,** quase todos os dias;

**Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva,** quase todos os dias;

**Pensamento de morte e ideia suicida recorrente** com ou sem plano específico ou tentativas de suicídio;

**Capacidade de concentração e pensamento diminuídas ou instáveis** quase todos os dias;

**Estigma** associado à gravidez ou ao parto, entre o e as suas expectativas de sucesso sobre o e os sintomas de tristeza e irritabilidade associadas à doença;

### Sinais e Sintomas precoces de problemas da saúde mental na grávida- depressão pós-parto

**Humor depressivo** a maior parte do dia, quase todos os dias;

**Interesse e prazer marcadamente** diminuídos em relação a todas as coisas, quase todos os dias, quase todos os dias;

**Perda de peso** significativamente diminuição no aumento da gravidez quase todas as dias, 7% de peso superior a normal;

**Insónia ou hiperactividade** quase todos os dias;

**Agitação ou Retardamento psicomotor** quase todos os dias;

É frequente existir dificuldade em diagnosticar a depressão durante a gravidez, visto que pode ser facilmente confundida com os efeitos colaterais da gravidez, levando a uma possível negligência e aumentando os riscos para a grávida bem como para o feto. (Marques, 2009).

Torna-se importante pedir ajuda, quando estes sinais e sintomas persistem.

Vamos Partilhar!!!



Saúde mental na grávida- Ansiedade

### Sinais e Sintomas precoces de problemas da saúde mental na grávida- Ansiedade

- ✗ Preocupação ou medo, constante ou excessivo;
- ✗ Inquietação
- ✗ Alteração do sono
- ✗ Irritabilidade
- ✗ Aceleração do pensamento

### Sinais e Sintomas precoces de problemas da saúde mental na grávida- Ansiedade

- ✗ Comportamentos compulsivos;
- ✗ Crises de pânico com dificuldade em respirar, dor no peito, sudores, palpitações ou tonturas;
- ✗ Dificuldade de concentração;
- ✗ Pensamentos ou imagens intrusivas;

### Estratégias para prevenir....

Cuidar do maior de si mesma...	Conversar com alguém sobre o que está a sentir, sem medo ou vergonha.	Mantém hábitos alimentares saudáveis.
Fazer um diário dos seus pensamentos...	É o teu, não podes, ser "forte" caso contrário, reves, porque que tens que instabil.	Pedir ajuda.
Demorar-se enquanto se está feliz, grávida...	Não esperar perfeição nas primeiras semanas.	Que tempo passas se estabeleceres o parto e se adaptar a nova vida.
Lembrar-se de que NÃO ESTÁS SOZINHA, e que não estás a sentir sozinha!	Organização...um calendário das refeições da família, uma lista de coisas que compres, e familiares possam ajudar.	Falar com os profissionais de saúde!

### Vamos Relaxar?

Música:



### Referências bibliográficas

- Almeida, A., Ding, P., & Cook, J. A. (2017). Fatores de risco para o parto e o período pós-parto de depressão e ansiedade. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-11.
- Gomes, M., de Melo, T. J., Oliveira, L. A., & Ladeira, R. (2018). Impacto da depressão materna durante o parto e no período pós-parto. *Revista de Saúde Pública*, 52(1), 1-11.
- Marques, S. (2009). *Depressão pós-parto: um desafio para a saúde materna e infantil*. Lisboa: Alameda.
- OMS. (2018). *Depressão e ansiedade: um guia para a prática clínica*. Lisboa: Alameda.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Depressão e ansiedade: um guia para a prática clínica*. Lisboa: Alameda.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Depressão e ansiedade: um guia para a prática clínica*. Lisboa: Alameda.

Obrigada!

Obrigada

## APÊNDICE VII – Programa de Intervenção em Grupo no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

## **Intervenção Psicoterapêutica e Psicoeducativa de grupo**

Plano da sessão 1

Tema: Gerir emoções no internamento

**Data:** 19/09/2023

**Hora:** 12h-13h

**Local:** Sala de atividades do serviço de serviço de psiquiatria e saúde mental

**Destinatários:** Grupo de utentes internados Ala B, do serviço de psiquiatria e saúde mental

**Critérios de exclusão:** Utesntes com agitação psicomotora, utentes com delírio em fase ativa, perturbando o normal decorrer da sessão.

**Dinamizadora:** Diana Ferraz (Estudante MEESMP), sob orientação da Enfermeira Orientadora.

### **Objetivos específicos:**

- Promover a identificação das 5 emoções básicas experienciadas pelo utente ao longo da vida.
- Promover a interação social através da expressão de emoções através da comunicação não verbal.
- Promover a identificação das emoções experienciadas durante o internamento.
- Identificar as principais implicações do internamento na gestão destas emoções.
- Promover a identificação de três estratégias que o utente com doença mental pode utilizar para gerir as emoções.

### **Fundamentação:**

As emoções desempenham um papel central nas nossas vidas e têm um impacto significativo no nosso bem-estar pessoal. O aprofundar da inteligência emocional, que envolve o autoconhecimento, a autorregulação emocional, a empatia e as habilidades interpessoais, é fundamental para uma vida mais equilibrada e satisfatória (Goleman, 2012).

As perceções, atitudes e emoções, tanto negativas quanto positivas, e até mesmo ambivalentes, ligadas à identificação da necessidade de aprimoramento dos cuidados oferecidos, contribuíram para a identificação de práticas destinadas a melhorar a experiência

dos utentes submetidos a internamento. Isso inclui intervenções voltadas para o tratamento das reações emocionais, a capacitação dos utentes, o aperfeiçoamento da relação entre utente e profissional de saúde, o envolvimento ativo do utente no seu próprio tratamento, a disponibilização de informações sobre direitos e tratamentos, com o objetivo de, a longo prazo, promover a autonomia e a independência(Correira, 2018).

Ao realizar intervenções psicoeducativas, o enfermeiro está simultaneamente a reforçar a relação de confiança e parceria com os utentes com o objetivo de aumentar o *insight* sobre os problemas existentes e a capacidade de encontrar novas possibilidades na resolução das dificuldades. Através da psicoeducação consegue promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos. A intervenção psicoterapêutica consiste na execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, com o objetivo de assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais (Sequeira & Sampaio, 2020).

### Plano da sessão

Etapas da sessão	Estratégias/atividades	Duração (minutos)	Recursos
<b>Introdução</b>	Apresentação dos participantes e enfermeiras Apresentação dos objetivos das sessões	5'	Sala Cadeiras Cartolina Marcadores Computador
<b>Desenvolvimento</b>	Dinamizar atividade de reconhecimento e identificação das várias emoções, por mimica, do grupo; Apresentar o conceito de emoção; Ensinar sobre emoções primárias; Promover a partilha de momentos de vivências de emoções. Realizar exercício de grupo: "Círculo das Emoções" de modo a abordar estratégias para lidar com as emoções no internamento, identificando as emoções escrevê-las numa cartolina e quais as estratégias utilizadas.	5	
<b>Conclusão</b>	Avaliação da sessão Agradecer a participação, e incentivar o grupo na participação na seguinte sessão.		

## Referências Bibliográficas:

- Correia, T. S. P. (2018). Percepções, atitudes e emoções dos doentes submetidos a internamento psiquiátrico compulsivo: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0230>
- Goleman, D. (2012). Inteligência Emocional. In Temas e Debates (Ed.), *Educación XXI* (17º).A
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.

**Avaliação:** Durante a sessão a mestranda avaliou a participação e motivação participantes, estando especialmente atenta a situações que merecessem intervenção individual.

Alguns utentes mostraram-se dispostos a partilhar as suas emoções e a participar na discussão enquanto outros se encontravam mais reservados, houve preocupação realizar as diversas respostas garantindo que todos se sentiam à vontade para participar no seu próprio ritmo.

Alguns elementos do grupo demonstraram dificuldade em verbalizar as suas emoções de forma espontânea, havendo necessidade de ir intervindo para explorar um pouco aquilo que era dito. Houve também a necessidade de focar especificamente nas emoções as suas respostas, visto que alguns utentes começavam a centralizar o seu discurso nos seus próprios problemas. Um dos participantes presentes foi um jovem que teve alguns comportamentos desadequados, portanto respostas que demonstravam falta de compreensão. Todavia, denotou se um enorme respeito pelas respostas alheias pelo que foi possível gerir a sessão sem constrangimentos.

Foi notório que sala deveria ter sido organizada de maneira diferente, de modo a proporcionar um ambiente mais seguro para discutir as emoções, no entanto isso não impediu participação ativa dos utentes.

A cartolina onde foram descritas as emoções e as estratégias utilizadas ficou exposta na sala de convívio, de modo a ser observada pelos utentes futuramente, figura 1.

No final da sessão, fez-se um agradecimento e um incentivo para participar na sessão seguinte. Não foi realizada uma avaliação mais formal, visto que com a chegada dos almoços todos se levantaram para se retirarem. No entanto, demonstraram interesse em participar na sessão seguinte.

## Apresentação expositiva



### O que são as Emoções?

Enf. Diana Ferraz

As emoções representam processos biológicos que foram consolidados no decorrer da história da evolução da humanidade. São a ponte entre a mente e o corpo, entre respostas internas e comportamentos externos, pelo que se pode afirmar que as emoções constituem o primeiro mecanismo de defesa da mente e do organismo uma vez que levam a mudanças fisiológicas que por sua vez desbloqueiam comportamentos de sobrevivência (Goleman, 2012).

**Emoções Básicas:** Medo, Aversão/Nojo, Raiva, Tristeza, Alegria

**Emoções secundárias:** Culpa, vergonha, orgulho, ciúme, inveja... Sentir-se sobrecarregado entre outras

**PARA QUE SERVE AS EMOÇÕES?**

**Função adaptadora:** prepara o organismo para a ação sendo esta uma das mais importantes. Graças a esta capacidade podemos atuar eficazmente.

**Função social:** expressam o nosso estado de ânimo e facilitam a interação social para que se possa prever o comportamento. Além da expressão oral a comunicação não verbal, que se manifesta muitas vezes inconscientemente, tem muita importância.

**Função motivadora:** existe uma relação entre motivação e emoção, retroalimentando-se ambas. Qualquer comportamento motivado para algo.

Ex: se me sentirmos alegres quando estamos uma pessoa, estaremos mais motivados para voltar a estar com ela...

**Emoção ≠ Sentimento**

Os **sentimentos** são uma consequência das emoções e são sentidos por cada pessoa de acordo com a sua experiência, personalidade, cultura e educação...

Os sentimentos são o "Sentir a emoção", e são referentes à experiência individual e privada de uma emoção, sofrendo modificações relacionadas com o estado cognitivo e corporal iniciando-se esta na mente. As emoções são, portanto, respostas neurais e químicas com ativação automática, sem decisão consciente e direccionadas para o exterior ou meio ambiente (Goleman, 2012).

## Como se Sente hoje?

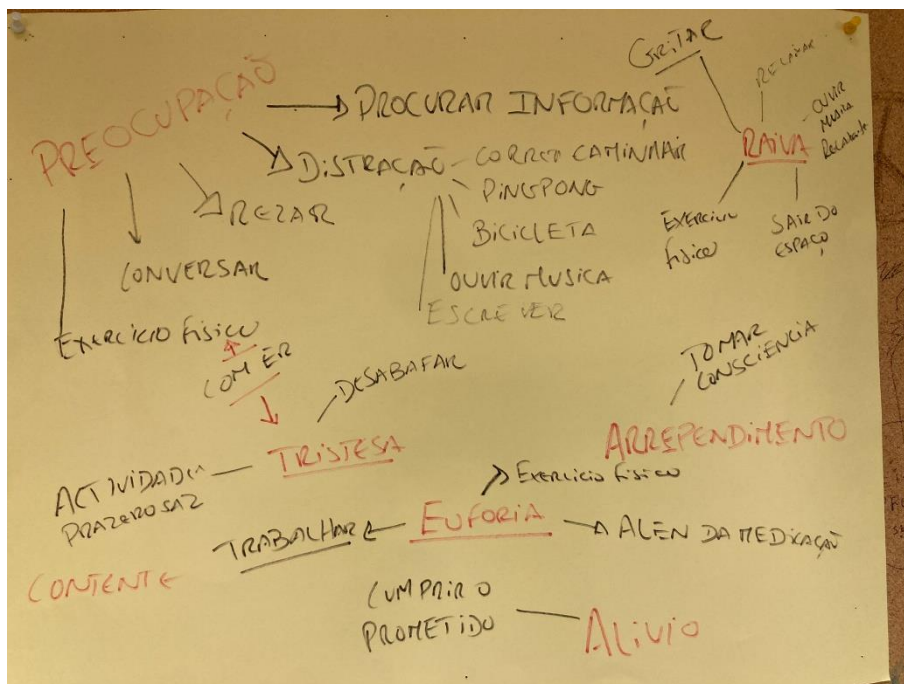


Figura 1- Cartolina com as emoções e as estratégias

## **Intervenção psicoeducativa e cognitivo-comportamental de grupo**

### **Plano da sessão 2**

Tema: O papel do relaxamento na qualidade do sono

**Data:** 29/09/2023

**Hora:** 10h-11h

**Local:** Sala de atividades do serviço de serviço de psiquiatria e saúde mental [REDACTED]

**Destinatários:** Grupo de utentes internados na Ala B, do serviço de psiquiatria e saúde mental [REDACTED]

**Critérios de exclusão:** Uteses com agitação psicomotora, utentes com delírio em fase ativa, perturbando o normal decorrer da sessão.

**Dinamizadora:** Diana Ferraz (Estudante MEESMP), sob orientação da Enfermeira orientadora.

#### **Objetivos específicos:**

- Sensibilizar os utentes para a importância de um padrão de sono eficaz/higiene do sono;
- Promover conhecimentos acerca dos benefícios de um padrão de sono eficaz;
- Sensibilizar para importância da comunicação, expressão de sentimentos, duvidas e opiniões relativamente ao padrão de sono;
- Modificar comportamentos relativamente ao padrão de sono;
- Promover a qualidade de vida;
- Diminuir níveis de ansiedade;
- Executar Relaxamento Imaginação guiada
- Promover a motivação para aplicar o relaxamento autonomamente;

#### **Fundamentação:**

Um elemento central na promoção da saúde é o estilo de vida. O estilo de vida consiste no conjunto de comportamentos e decisões que as pessoas tomam, sobre as quais têm algum controlo, e que afetam a sua vida. Entre elas é de salientar a necessidade de dormir entre 7 a 8 horas por noite, por forma a manter um bem-estar geral (Leal & Ribeiro, 2021).

As queixas relacionadas com o sono são muito comuns, sendo que a maioria dos utentes procura assistência médica devido a uma variedade de problemas, tais como dificuldade em adormecer, dificuldade em manter o sono com múltiplos despertares durante a noite, acordar cedo, sono não restaurador e comportamentos ou movimentos anormais durante a noite. Estes problemas frequentemente resultam em fadiga ou sonolência diurna, dificuldade de concentração, irritabilidade, ansiedade, depressão e dores musculares (Neves et al., 2013).

O relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, através do qual se observam sensações agradáveis e se distanciam pensamentos perturbadores ou geradores de *stress* (Payne, 2003).

Tendo a insónia (inicial, intermédia, terminal), como um dos diagnósticos de enfermagem identificados, a concretização do relaxamento será uma estratégia adequada para promover a sua melhoria. O relaxamento por imaginação guiada, tem como objetivo que a pessoa utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da imaginação ou da memória, para alcançar o efeito terapêutico pretendido (Sequeira & Sampaio, 2020).

### Plano da sessão

Etapas da sessão	Estratégias/atividades	Duração (minutos)	Recursos
<b>Introdução</b>	Preparar a sala com os materiais necessários (música, oxímetro, disposição das cadeiras e luminosidade) Apresentação dos participantes e enfermeiras Apresentação dos objetivos das sessões Avaliar a frequência cardíaca.	10'	Colchões/ cadeira; Computador Televisão oxímetro
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeção do vídeo "O sono é essencial a nossa saúde" (Associação Portuguesa do Sono, 2020).</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>• Executar Relaxamento - leitura do "guia para relaxamento imaginação guiada"</li> </ul>	45'	
<b>Conclusão</b>	Avaliar a frequência cardíaca. Avaliação da sessão. Agradecer a participação.	5	

### Referências bibliográficas:

Associação Portuguesa do Sono. (2020). <https://apsono.com/pt/centro-de-documentacao/multimedia>

Leal, I., & Ribeiro, J. L. P. (2021). *Manual de Psicologia da Saúde*. Pactor.

Neves, G. S. M. L., Giorelli, A. S., Florido, P., & Gomes, M. D. M. (2013). Transtornos do sono: visão geral. *Revista Brasileira de Neurologia*, 49(2). <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2013/v49n2/a3749.pdf>

Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde (2ª)*. Lusociência.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.

### **Avaliação:**

Estiveram presentes na sessão 13 utentes.

Todos se mostraram animados com a sessão e participaram na apresentação. Após a apresentação um utente pediu para se retirar, não se demonstrou capaz de participar. Todos estiveram atentos ao vídeo “O sono é essencial a nossa saúde” e no fim colocaram questões pertinentes. Responderam às questões colocadas contribuindo para a dinâmica da sessão.

Anteriormente preparou-se a sala devidamente, dispondo os cadeirões de forma mais harmoniosa possível, já a pensar na sessão de relaxamento.

Foi-lhes explicado o tipo de relaxamento que iria ser feito, e explicadas as dificuldades que podem surgir. Todos se demonstraram recetivos. Foi colocada a música e foram incentivados a sentarem-se confortavelmente nas cadeiras. Prosseguiu-se com a leitura do guião de relaxamento” Guia para relaxamento imaginação guiada” Sequeira & Sampaio, (2020).

Após o término, foi-lhes solicitada avaliação/ opinião pessoal da sessão. Apenas um utente já tinha tido uma experiência semelhante. Cinco utentes deram a sua opinião e foi positiva, referindo que se sentiram relaxados, que foi uma experiência positiva e gostariam de voltar a repetir. Apenas um utente se demonstrou desconfortável.

**” Guia para relaxamento imaginação guiada”** adaptado de Sequeira & Sampaio, (2020)

Procure respirar suavemente, de forma regular e profunda. Feche os olhos suavemente.

Está a caminhar numa praia, o mar está calmo, o sol emana uma luz e um calor agradável, relaxante... sente-se cansado e resolve deitar-se na areia a descansar um pouco.

De olhos fechados e com o sol a aquecer-lhe o rosto, sente-se tranquilo.... Extremamente relaxado...

Começa a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que tentasse levantá-las, não seria capaz... os seus braços estão tão pesados, tão pesados, que não é capaz de levantá-los do chão. Sente-se preso ao chão, muito cansado... o mar vai chegando calmamente perto de si,

molhando delicadamente os seus pés, as pernas, os seus braços.... Até que começa a boiar á superfície daquele mar calmo, e, levando pela suave corrente o seu corpo deixa de ter peso, aquele peso que o fazia estar colado ao chão.

A boiar naquela imensidão azul, o dia vai declinado e anoitece. Agora é a luz da lua que banha o seu rosto... o único ruído que ouve é o ondular suave do mar e, ao longe, o som despreocupado dos golfinhos que mergulham alegremente. A sua respiração é suave e calma, e o seu corpo é leve como uma pena, boiando na superfície líquida... o tempo passa e a corrente vai arrastando o seu corpo levemente... já se sentem os primeiros raios de sol a aquecerem delicadamente o seu corpo, está a amanhecer... O mar leva-o devagarinho até á praia e deixa-o sobre a areia fina à beira-mar... continua de olhos fechados, a dormir suavemente, e, à medida que o sol vai aquecendo mais o seu rosto...

Começa a despertar... feche os olhos. (cada um deve concentrar a atenção em si próprio.)

Sinta a respiração tranquila e siga a sua ordem natural: inspirar... expirar... (pausa de 1 min)

Agora sinta o peso dos seus pés, apoiados sobre o chão (breve pausa) ....

Também as pernas começam a ficar pesadas, relaxadas (breve pausa).

Agora, sinta o peso da bacia (breve pausa) ... também a coluna e o peito estão relaxados...(breve pausa). As costas estão relaxadas... (breve pausa).

Sinta todo o corpo calmo e relaxado...

A respiração é fluida e profunda .... Inspirar .... Expirar.... Inspirar.... Expirar.... Agora está calmo, olhe em redor.... (breve pausa).

Está num sítio tranquilo, calmo e sente-se bem (breve pausa).

Ao longe, vê as nuvens e uma delas voa para si (breve pausa) ... suba dela, é muito fofa e sente-se seguro.... Não tem medo de nada... (breve pausa).

Enquanto voa pela nuvem olha e vê coisas belas... respira fundo e sente-se bem... (breve pausa).

Sente o vento na cara, sorri, sente-se cada vez mais calmo... cada vez mais em paz... (breve pausa).

Começa a olhar em volta.... A nuvem caminha para o local de onde partiu .... (breve pausa).

Sente-se tão bem e calmo.... Sente-se bem...(breve pausa).

Chega onde partiu e desce da nuvem.... Ela voa para longe.... Mas continua a sentir a leveza e a paz que ela causou... (breve pausa).

Começa a sentir de novo a respiração tranquila e segue a sua ordem natural: inspirar... expirar... (pausa de 1 minuto).

Sente-se muito bem... sabe que, quando voltar a abrir os olhos, a sensação de calma se vai manter.... Inspira .... Expira.... Inspira.... Expira.... (breve pausa).

Sente-se a acordar .... Irá abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos .... E os pés.... Espreguiça-se como se estivesse a acordar... (breve pausa). Inspira e expira ....

Acordou e sente-se bem.

## **Intervenção Psicossocial, Socioterapêutica, Psicoterapêutica Comportamental de grupo**

### **Plano da sessão 3**

**Tema:** Promovendo o Bem-Estar: Exercício Físico na Saúde Mental

**Data:** 11/10/2023

**Hora:** 11h-11.40

**Local:** Sala de atividades do serviço de serviço de psiquiatria e saúde mental [REDACTED]

**Destinatários:** Grupo de utentes internados na Ala B, do serviço de psiquiatria e saúde mental [REDACTED]

**Critérios de exclusão:** Uteses com agitação psicomotora, utentes com delírio em fase ativa, perturbando o normal decorrer da sessão.

**Dinamizadora:** Diana Ferraz (Estudante MEESMP), sob orientação da Enfermeira orientadora.

#### **Objetivos específicos:**

Treino de Habilidades Sociais:

- Promover e incentivar a expressão de sentimentos;
- Promover o diálogo e debate entre os utentes;
- Partilhar experiências vivenciadas e opiniões;
- Promover a melhoria de comportamentos sociais;
- Incentivar comportamentos adequados para a integração na sociedade;
- Promover relações interpessoais e de entreaajuda.
- Promover a coesão do grupo e interação social;
- Facilitar as relações interpessoais;
- Perceber o impacto dos mesmos no relacionamento com os outros;
- Promover a prática correta e regular de exercício físico;
- Promover o bem-estar físico e psicológico, com diminuição dos sinais e sintomas de ansiedade;

- Proporcionar momentos de bom humor e descontração;
- Melhorar a flexibilidade, reduzir a rigidez muscular e promover o bem-estar geral.

### Fundamentação:

A participação em desportos e a prática de exercício são consideradas benéficas para o estado mental, proporcionando um humor melhorado e uma melhor qualidade de vida. Por outro lado, a boa aptidão mental é considerada como levando a um melhor estado físico e desempenho desportivo. De facto, o participar em atividades desportivas é eficaz na redução do *stress*, dos sintomas depressivos, da ansiedade geral e social e da solidão (Fossati et al., 2021).

Pessoas que aperfeiçoam sua atividade física por meio da prática regular de exercícios experimentam diversos benefícios fisiológicos que as habilitam a realizar tarefas diárias sem desconforto, fadiga ou exaustão física. No que diz respeito ao bem-estar mental, a atividade física está correlacionada positivamente com a melhoria da saúde mental (Melo et al., 2014).

### Plano da sessão

Etapas da sessão	Estratégias/atividades	Duração (minutos)	Recursos
Introdução	Preparar a sala com os materiais necessários (música, oxímetro, disposição das cadeiras e luminosidade) Apresentação dos participantes e enfermeiras Apresentação dos objetivos das sessões Avaliar a frequência cardíaca.	10'	Cadeira firme para apoio (opcional), Coluna; Oxímetro;
Desenvolvimento	Apresentação da sessão através de um <i>brainstorming</i> com as vantagens (controla a ansiedade, melhora a autoestima e autoconhecimento, melhora a qualidade do sono, ) e desvantagens (risco de lesão, pressão social; experiência pessoal) da prática de exercício, especificamente alongamentos; Executar o Plano de Aula de Alongamentos para Pessoas com Mobilidade Limitada; Realizar um momento de observação e avaliação do estado mental dos participantes tendo em conta os seus comportamentos durante a sessão.	45'	
Conclusão	Avaliar a frequência cardíaca. Avaliação da sessão. Agradecer a participação.	5	

## Referências bibliográficas:

- Fossati, C., Torre, G., Vasta, S., Giombini, A., Quaranta, F., Papalia, R., & Pigozzi, F. (2021). Physical exercise and mental health: The routes of a reciprocal relation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph182312364>
- Melo, L. G. dos S. C., Oliveira, K. R. da S. G. de, & Vasconcelos-Raposo, J. (2014). A educação física no âmbito do tratamento em saúde mental: um esforço coletivo e integrado. *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3). <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p501-8>

**Avaliação:** No início e no fim da sessão foram avaliadas a frequência cardíaca, de modo a perceber se houve alteração (quadro-1). Realizada a sessão de psicoeducação sobre exercícios de alongamento para 10 utentes. Foi iniciada a sessão com um brainstorming, destacando as vantagens, como o controlo da ansiedade, melhoria da autoestima e autoconhecimento, e qualidade do sono, bem como as desvantagens, como o risco de lesões, pressão social e experiências pessoais associadas à prática de alongamentos.

Posteriormente, foi colocada uma música de som ambiente e executado o plano de aula de alongamentos para pessoas com mobilidade limitada. Durante a sessão, procedeu-se à observação e avaliação do estado mental dos participantes, atentando aos seus comportamentos durante a atividade. Esta avaliação envolveu a análise de níveis de participação, expressões faciais e quaisquer indicações de desconforto físico ou emocional.

Ao término da sessão, solicitado *feedback* aos utentes, incentivando a partilha de emoções e percepções individuais sobre a experiência. Este processo contribuiu para a análise do impacto da atividade no bem-estar mental dos participantes.

Um utente em particular “R”, ao partilhar as suas experiências após a sessão, manifestou satisfação e referiu sentir-se mais calmo e relaxado. Além disso, destacou a apreciação pelos benefícios adquiridos, como a sensação geral de bem-estar. Essa resposta positiva sugeriu que a intervenção teve impacto positivo no estado emocional e físico do utente, reforçando a importância de atividades desse tipo neste contexto.

Quadro 1- Frequências cardíaca antes e após sessão

NOME	FC ANTES	FC DEPOIS
R.	91	90
D.	74	72
M.	68	74
J.	102	98
A.	96	95
F.	82	77
L.S.	86	85
V.	64	67
P.	101	105
L.M.	59	60

## GUIÃO

Plano de Aula de Alongamentos para Pessoas com Mobilidade Limitada (Posição de Pé)

### Instruções:

É fundamental encorajar os participantes a executar os exercícios com moderação, respeitando os respetivos limites pessoais. A adaptação dos exercícios às necessidades individuais é crucial para garantir a segurança e o conforto de todos.

### Aquecimento (5 minutos):

Iniciar com uma marcha estacionária durante 2 minutos.

Executar oscilações suaves dos braços para a frente e para trás durante 1 minuto.

Realizar rotações lentas dos ombros para a frente e para trás durante 1 minuto.

Concluir com respiração profunda e lenta para promover o relaxamento.

### Alongamento do Pescoço (3 minutos):

Inclinar a cabeça suavemente para a esquerda e direita, mantendo a posição por 15 segundos em cada direção.

Inclinar a cabeça para a frente e para trás, segurando cada posição por 15 segundos.

Executar movimentos circulares lentos com a cabeça durante 30 segundos, primeiro no sentido horário e depois no sentido anti-horário.

### Alongamento dos Ombros e Braços (4 minutos):

Elevar o braço direito e flexioná-lo atrás da cabeça, segurando o cotovelo com a mão esquerda durante 20 segundos. Repetir com o braço esquerdo.

Estender ambos os braços à frente, entrelaçar os dedos e virar as palmas das mãos para fora. Esticar os braços e inclinar-se ligeiramente para a frente durante 20 segundos.

Esticar o braço direito à frente e puxar os dedos para trás suavemente com a mão esquerda durante 20 segundos. Repetir com o braço esquerdo.

**Alongamento das Costas (3 minutos):**

Manter-se em pé com os pés à largura dos ombros. Colocar as mãos nos quadris e inclinar-se para a direita, segurando a posição durante 15 segundos. Repetir para a esquerda.

Esticar os braços para cima e inclinar-se ligeiramente para trás, mantendo a posição durante 20 segundos.

**Alongamento das Pernas (6 minutos):**

Manter-se em pé atrás de uma cadeira firme ou utilizar a cadeira para apoio. Elevar a perna direita e dobrar o joelho, segurando o tornozelo durante 20 segundos. Repetir com a perna esquerda.

Esticar a perna direita para a frente e inclinar-se suavemente em direção à perna, mantendo a posição durante 20 segundos. Repetir com a perna esquerda.

**Relaxamento Final (4 minutos):**

Voltar à posição de pé relaxada e realizar respiração profunda durante 2 minutos.

Concluir com movimentos suaves de balanço dos braços e pernas durante 2 minutos.

## Intervenção psicoeducativa e cognitivo-comportamental de grupo

Plano da sessão 4

Tema: *Mindfulness*

**Data:** 24/10/2023

**Hora:** 11h-11.30

**Local:** Sala de atividades do serviço de serviço de psiquiatria e saúde mental [REDACTED]

**Destinatários:** Grupo de utentes internados na Ala B, do serviço de psiquiatria e saúde mental [REDACTED]

**Critérios de exclusão:** Uteses com agitação psicomotora, utentes com delírio em fase ativa, perturbando o normal decorrer da sessão.

**Dinamizadora:** Diana Ferraz (Estudante MEESMP), sob orientação da Enfermeira Orientadora

### Objetivos específicos:

- ensinar sobre estratégias de promoção de bem-estar e redução de ansiedade, através da experiência vivida;
- permitir que os utentes possam realizar desta prática de forma autónoma como estratégia de autocontrolo em situações futuras

**Fundamentação:** O relaxamento *mindfulness* é uma prática de estar presente no momento presente, sem ter pensamentos ou preocupações sobre o passado ou o futuro. Em vez disso, *mindfulness* envolve observar a experiência atual, seja física, emocional ou mental, com uma atitude de curiosidade e aceitação. A sua prática, com intenção e regularidade, pode levar a uma maior conscientização de si mesmo, bem-estar emocional e mental e resiliência diante do *stress* e dos desafios da vida. A prática da *mindfulness* pode ser cultivada através de meditações formais, práticas informais no dia a dia e treinamento em atenção plena em grupo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Esta técnica é uma técnica de meditação que pode ser realizada por qualquer pessoa que esteja interessada em reduzir o *stress*, aumentar a atenção plena e a consciência, e melhorar a qualidade de vida em geral. Não há restrições quanto a quem pode praticar *mindfulness*, desde que a pessoa esteja disposta a dedicar algum tempo e esforço para aprender e praticar a técnica. A prática de *mindfulness* pode ser simplesmente útil para aqueles que

desejam aprimorar a concentração, a criatividade e a resiliência emocional (Puddicombe, 2016).

### Plano da sessão

Etapas da sessão	Estratégias/atividades	Duração (minutos)	Recursos
<b>Introdução</b>	Preparar a sala com os materiais necessários (música, oxímetro, disposição das cadeiras e luminosidade) Apresentação dos participantes e enfermeiras Apresentação dos objetivos das sessões Avaliar a frequência cardíaca.	10'	Colchões/ cadeira; Computador Televisão
<b>Desenvolvimento</b>	O que é mindfulness? Já alguém praticou? Breve explicação sobre mindfulness e seus benefícios; Esclarecimento de dúvidas; Promover técnicas de autorregulação do estresse, como respiração profunda, meditação mindfulness e práticas de relaxamento. Momento de relaxamento por exercício de mindfulness focando os sentidos adaptado de Puddicombe, (2016).	45'	Oxímetro; Caixas com cheiros;  Chocolate.
<b>Conclusão</b>	Avaliar a frequência cardíaca. Avaliação da sessão. Agradecer a participação.	5	

### Referências bibliográficas:

- Puddicombe, A. (2016). *Meditação e Mindfulness - 10 Minutos por dia podem fazer a diferença* (Nascente).
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.

### Avaliação:

O início da sessão começou com uma organização eficaz da sala, estabelecendo um ambiente propício para a prática. Durante a apresentação, os objetivos foram comunicados de forma simples e clara, garantindo uma compreensão adequada. No início e no fim da sessão foram avaliadas a frequência cardíaca, de modo a perceber se houve alteração.

A explicação sobre *mindfulness* foi abordada de maneira acessível, com oportunidades para esclarecimento de dúvidas, promovendo uma compreensão aprofundada. Foi dada ênfase a importância de utilizar esta estadia tanto a nível de internamento como futuramente no dia-a-dia. O exercício de *mindfulness* focado nos sentidos proporcionou um momento de relaxamento eficaz, demonstrando a aplicação prática dos conceitos discutidos.

Não houve alteração significativa nível das frequências cardíacas, mas a recolha de *feedback* dos participantes destacou pontos positivos da sessão, revelando uma apreciação positiva pela abordagem prática da mesma. O agradecimento sincero encerrou a sessão de maneira positiva, promovendo uma atmosfera de cooperação e aprendizagem. Um utente comentou

que esta modalidade lhe proporcionou “uma pausa necessária, e eu definitivamente gostaria de continuar a explorar o *mindfulness*”.

Foi significativo para mim realizar esta intervenção psicoeducativa, uma vez que se torna mais fácil transmitir e falar sobre uma prática que já integrei no meu cotidiano. Compreendo perfeitamente a sua importância na prevenção da doença mental, visto que facilita o bem-estar geral. Também foi satisfatório retomar esta técnica que já tinha iniciado no Ensino Clínico anterior e notei uma evolução favorável na minha atitude e confiança.

### **GUIÃO SESSÃO DE *MINDFULLNESS*** (adaptado de Puddicombe, 2016)

*Lembrem-se de que o objetivo principal desse exercício é cultivar a atenção plena e a aceitação focando todos os sentidos:*

*Iniciando por Mindfulness focado na **visão**:*

Escolham um lugar confortável para se sentar. Fechem suavemente os olhos e comecem a se concentrar em sua respiração, trazendo uma sensação de calma e relaxamento ao seu corpo.

Agora, vamos direcionar a vossa atenção para a sua visão.

Mantenham os olhos fechados, mas comecem a trazer à mente uma imagem que vos traga uma sensação de paz e serenidade.

Pode ser o seu local favorito... pode ser um belo pôr do sol, um campo de flores coloridas, o seu quarto ou qualquer imagem que você considere relaxante.

Permitam-se mergulhar completamente nessa imagem, visualizando todos os detalhes e cores. Observem as nuances de luz e sombra, os movimentos suaves ou as paisagens ao seu redor.

Sintam a paz e a beleza que emanam desse cenário.

À medida que se continuam a se concentrar no cenário, traga uma sensação de gratidão por poder apreciar a beleza ao seu redor.

Sinta-se conectado com o mundo através dessa experiência visual.

....(pausa)

Agora, gradualmente, comece a trazer essa sensação de visão tranquila para o seu ambiente presente.

Abra os olhos lentamente e observe a sua volta.

Permita-se apreciar as cores, formas e texturas do ambiente ao seu redor, com uma sensação renovada de consciência visual.

À medida que você retorna à consciência plena, leve consigo essa sensação de visão calma e apreciação da realidade.

Permita-se estar atento aos detalhes visuais que o rodeiam e encontrando momentos de beleza e serenidade ao longo do caminho.

*Iniciando por Mindfulness focado na **audição**:*

Peça ao grupo para encontrar um lugar confortável para se sentar na sala.

Fechem suavemente os olhos e tragam a atenção para a respiração, permitindo que a mente se acalme e se concentre no momento presente.

Comecem a trazer a atenção para os sons ao seu redor.

Permitam-se ouvir os sons mais óbvios, como o som do ar condicionado, pessoas conversando ao redor ou o próprio silêncio. Observem como os sons entram e saem da consciência.

Agora, comecem a expandir a consciência para os sons mais sutis e distantes.

Prestem atenção aos sons mais distantes, como carros passando na rua, pássaros cantando lá fora ou qualquer outro som que possa alcançar seus ouvidos.

Estejam presentes e abertos para capturar esses sons à medida que surgem e desaparecem.

....

À medida que vocês se sintonizam nos sons, notem qualquer tendência da mente em rotular ou julgar os sons como agradáveis, desagradáveis ou neutros.

Lembrem-se de que o objetivo aqui é apenas observar os sons sem julgamento, permitindo que eles se desdobrem naturalmente.

Agora, tragam a atenção para os sons internos do próprio corpo. Observem os ritmos da respiração, o som do próprio coração pulsando ou qualquer outro som interno que possa surgir. Cultivem uma sensação de conexão com o corpo e o fluxo de energia dentro de vocês.

À medida que continuam a focar na audição, convido-os a trazer a atenção para a própria respiração.

Observem o som da respiração entrando e saindo do corpo, prestando atenção aos detalhes sutis desse processo.

Gradualmente, encerrem o exercício, trazendo a atenção de volta ao corpo e ao ambiente ao redor.

Respirem profundamente algumas vezes, movimentem suavemente os dedos das mãos e dos pés, e abram os olhos lentamente.

*Iniciando por Mindfulness focado no **olfato**:*

*Os cheiros podem evocar diferentes memórias, emoções e sensações, mesmo que não saibamos exatamente o que estamos a cheirar.*

*Agora, passarei três caixas por todos*

Enquanto segura a caixa, tente não fazer suposições sobre o que está dentro.

Cada um vai abrir a caixa que recebeu, sem olhar para dentro, e trazer a caixa em direção ao nariz, respirando profundamente.

Permitam-se explorar as sensações e percepções que surgem ao sentir esse aroma desconhecido.

Foquem na textura, intensidade e quaisquer associações que possam surgir.

Sem tentar identificar o cheiro específico.

Convido-vos a compartilhar brevemente (em uma ou duas palavras) qualquer sensação ou impressão que tenha surgido com este aroma.

Estejam presentes e abertos às experiências individuais e compartilhadas, permitindo que os cheiros estimulem a consciência e a curiosidade

*Após alguns momentos, cada pessoa passará a caixa para a pessoa ao seu lado, seguindo a mesma sequência: caixa A, caixa B e caixa C.*

*À medida que as caixas continuam a circular pelo grupo, explorem cada aroma desconhecido, respirando profundamente e observando as sensações que surgem em seus corpos e mentes.*

*Durante esse processo, notem como as sensações podem variar de pessoa para pessoa, tornando a experiência única para cada indivíduo.*

Gradualmente, encerrem a atividade, agradecendo a si mesmos e aos outros pela participação e pela abertura em explorar os cheiros desconhecidos juntos.

Tragam a atenção de volta ao corpo e ao ambiente ao redor, retornando ao momento presente.

*Iniciando por Mindfulness focado no **paladar**:*

*É uma prática que visa trazer consciência plena ao ato de comer, permitindo uma experiência mais rica e satisfatória com os alimentos.*

*Para realizar esse exercício, escolha uma refeição ou lanche e reserve um tempo para se sentar em um lugar tranquilo. (levar chocolate)*

Comece por observar a chocolate à sua frente, notando as cores, texturas e aromas dos alimentos.

Antes de começar a comer, leve a atenção para a sua respiração, permitindo que ela se acalme e se torne presente no momento.

Faça algumas respirações profundas para se conectar com o corpo e relaxar.

Quando pegar um pedaço de chocolate, leve-o até o nariz e inspire profundamente, permitindo que os aromas despertem os sentidos. Em seguida, leve-o à boca e mastigue lentamente, notando a textura e o sabor do alimento.

Enquanto come, esteja totalmente presente na experiência, prestando atenção aos sabores, às sensações na boca e à forma como o alimento é digerido. Evite distrações, como assistir televisão ou telemóvel, e concentre-se apenas na refeição.

Observe as sensações de fome, saciedade e qualquer desejo ou aversão que surja durante a refeição. Esteja consciente de quaisquer pensamentos ou emoções que possam surgir em relação à chocolate.

Se a mente começar a divagar, gentilmente traga a atenção de volta para a experiência de comer. Esteja presente em cada mordida, cultivando uma atitude de gratidão e apreciação pelo chocolate.

Ao terminar a refeição, reserve um momento para agradecer pelo chocolate e pela oportunidade de se nutrir e saborear.

Observe como se sente depois de comer e como essa prática de comer com atenção plena afetou sua experiência.

*Iniciando por Mindfulness focado nas **Sensações corporais**:*

*Lembre-se de que o objetivo principal desse exercício é cultivar a atenção plena e a aceitação no foco de tato, e sensações corporais, independentemente de serem agradáveis ou desagradáveis.*

É recomendado encontrar um local tranquilo e confortável onde possa sentar-se ou deitar-se.

Feche os olhos suavemente e comece a direcionar sua atenção para as sensações físicas do corpo.

Concentre-se em identificar as sensações presentes, tanto as agradáveis quanto as desagradáveis.

Pode ser uma sensação de conforto, como a maciez de um travesseiro, ou uma sensação de desconforto, como uma dor ou tensão muscular.

Observe essas sensações com uma curiosidade e abertura, sem julgamento ou tentativa de mudá-las.

Permita-se experimentar plenamente essas sensações, aceitando-as como parte da experiência presente.

Enquanto mantém a atenção nessas sensações, observe como elas se manifestam no corpo.

Observe se elas mudam de intensidade, se estão localizadas em alguma área específica ou se se espalham por todo o corpo.

É normal que surjam pensamentos, emoções ou distrações. Quando isso acontecer, reconheça gentilmente essas experiências e, em seguida, direcione sua atenção de volta para as sensações corporais.

*Pratique estas exercício regularmente, reservando alguns minutos do seu dia para se concentrar no que vê, cheira, come, ouve e nessas sensações agradáveis ou desagradáveis que o seu corpo pode transmitir.*

*Com o tempo, você poderá desenvolver uma maior consciência corporal e uma habilidade maior para observar as sensações sem reagir automaticamente a elas.*

## **Intervenção psicoeducativa de grupo**

Plano da sessão 5

Tema: Gestão regime terapêutico

**Data:** 27/10/2023

**Hora:** 12h-13h

**Local:** Sala de atividades do serviço de serviço de psiquiatria e saúde mental [REDACTED]

**Destinatários:** Grupo de utentes internados na Ala B, do serviço de psiquiatria e saúde mental [REDACTED]

**Critérios de exclusão:** Utesntes com agitação psicomotora, utentes com delírio em fase ativa, perturbando o normal decorrer da sessão.

**Dinamizadora:** Diana Ferraz (Estudante MEESMP), sob orientação da Enfermeira orientadora.

**Objetivos específicos:** promover a adesão ao regime terapêutico, através da psicoeducação sobre importância da mesma, reduzir o estigma relacionado com a doença mental e promoção de *insight* face à doença.

**Fundamentação:** As evidências indicam que um dos desafios significativos enfrentados pelo sistema de saúde é a falta de adesão ou o não cumprimento adequado dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. Essa questão tem implicações não apenas na morbidade e mortalidade, mas também contribui para o aumento da resistência aos antimicrobianos, entre outros problemas (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Atividades de adesão terapêutica referem-se a ações em que os utentes seguem as orientações do tratamento, incluindo: a correta toma de medicamentos, agendamento e comparecimento a consultas, ajustes no estilo de vida bem como a gestão autónoma de outros comportamentos que contribuem para a promoção da saúde e melhoria dos resultados nos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

## Plano da sessão

Etapas da sessão	Estratégias/atividades	Duração( minutos)	Recursos
Introdução	Preparar a sala com os materiais necessários Apresentação dos participantes e enfermeiras Apresentação dos objetivos das sessões	10'	
Desenvolvimento	Promover a discussão sobre; o que é saúde/saúde mental? O que é doença mental? Exercício: Pedir aos utentes para descrever o que respondem as pessoas que lhes perguntam onde estiveram!? Quando saem do internamento e escrever num papel. misturar respostas; discutir respostas; Ouvir um excerto de episódio de <i>podcast</i> : EPISÓDIO 2/13: "NÃO, NÃO, NÃO, NÃO VOU CONSEGUIR" (Fumaça, 2022). Que efeitos vos provoca a medicação? E o que traz de bom à vossa vida? Esclarecimento de dúvidas e fornecimento de estratégias não farmacológicas de controlo da doença; Entrega e discussão de folheto informativo: Figura 2- "Olá, está tudo bem? Vamos falar sobre saúde mental".	45'	Cadeiras; Computador
Conclusão	Avaliação da sessão. Agradecer a participação.	5	

### Referências bibliográficas:

- Fumaça. (2022). *Desassossego – saúde e doença mental*. <https://fumaca.pt/desassossego-investigacao-sobre-saude-e-doenca-mental/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento- Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE\\_AdesaoTratamento.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf)
- Saudemental.pt*. (sem data). Obtido 26 de Outubro de 2023, de <https://saudemental.pt/folhetos-informativos/>

**Avaliação:** Embora a intervenção tenha começado com um grupo maior, é positivo que 4 utentes tenham demonstrado um interesse real no tema e se envolvido de forma ativa. Isso indica que a intervenção ressoou com um subconjunto do grupo, sendo estes que apresentavam mais conhecimentos quanto ao estigma associado a doença mental, e maior interesse pelo tema abordado. Quando abordados todos identificaram sinais e sintomas de estigma associado à doença mental assim como também identificaram comportamentos estigmatizantes relativamente a outras pessoas com doença mental e de autoestima.

Foi evidente que este o ouvir do excerto de episódio de *podcast* foi pertinente, visto que este inclui uma história pessoal de superação e resiliência, o que serve de inspiração para os utentes ao mostrar um exemplo concreto de como enfrentar este tipo de desafios.

A entrega do folheto informativo foi um recurso visual útil, contribuindo para reforçar as informações discutidas durante a sessão. Em geral, os utentes mostraram-se envolvidos e interessados, refletindo positivamente na eficácia da abordagem utilizada.

**Não separe o corpo da mente!**

**O que é a saúde mental?**  
Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental é um estado de bem-estar em que cada pessoa demonstra o seu maior potencial, consegue lidar com os desafios normais, trabalhar de forma produtiva, contribuir para a comunidade e formar relações significativas com os outros. Não é a simples ausência de doença.

**O que é uma perturbação mental?**  
Podem ser diagnosticadas como perturbação mental alterações do pensamento, do humor, emoções, da energia e/ou do comportamento que **adquirem intensidade severa ou persistem no tempo**, aliadas ao sofrimento e/ou disfunção. Nestas estão incluídas as perturbações da ansiedade, do humor (como a depressão), obsessivo-compulsiva, psicóticas (como a esquizofrenia), de uso de substâncias ou adições, e perturbações do comportamento alimentar.

**Quais os sintomas com que me devo preocupar?**

- Mudança na maneira habitual de funcionar (na escola, no trabalho ou em casa).
- Uma vaga sensação de estar desligado de mim próprio e dos que me rodeiam.
- Falta de vontade ou desejo de participar nas atividades habituais ou apatia.
- Medo/desconfiança dos outros ou desconforto em situações que antes eram vividas sem dificuldade.
- Mudanças grandes nos sentimentos e/ou nos níveis de energia.
- Problemas de memória, concentração ou em expressar o que penso.
- Alterações graves no sono e/ou no apetite, e/ou mudanças nos hábitos de higiene.
- Tristeza, ansiedade, medo ou raiva excessivos ou sem motivo, que interferem com o funcionamento do dia-a-dia.

**Algo não está bem...**

A ajuda médica é essencial para reduzir a gravidade dos sintomas ou mesmo atenuar ou prevenir a evolução de uma perturbação mental. São a família e os amigos que reconhecem que "alguma coisa não está bem" antes de todos os sintomas surgirem. A vergonha, o medo e a negação podem levar as pessoas a não procurarem ajuda, mas é possível ajudar e tratar.

**Chuta os mitos para o canto!**

- "As psicoterapias e consultas são uma perda de tempo"**  
Estes procedimentos são realizados por técnicos com formação específica, podendo ser combinados com um tratamento farmacológico.
- "Os medicamentos são químicos e provocam dependência"**  
Os medicamentos são seguros e devem ser usados sob orientação médica, não devendo exceder o seu uso.
- "As pessoas com doenças mentais são violentas"**  
A doença mental não é um indicador de violência.
- "As doenças mentais não me atingem"**  
Qualquer um de nós, independentemente da etnia, religião, género, nacionalidade ou estatuto económico pode sofrer de uma doença mental.
- "As doenças mentais surgem apenas nas pessoas de carácter fraco"**  
As doenças mentais resultam de vários fatores biológicos, psicológicos e sociais e podem afetar qualquer pessoa em várias fases da vida.
- "Não há esperança para as doenças mentais"**  
As pessoas com doenças mentais são capazes de uma vida ativa e produtiva, sobretudo com acompanhamento médico ou uma intervenção adequada.

**Como posso pedir ajuda?**

Linha SNEGA  
808 24 24 24 | 24h todos os dias  
Linha Voz Amiga  
21 354 45 45 ou 91 280 24 69 | 18h às 24h  
905 Estudante  
23 945 40 20 | 20h à 01h

**Olá, está tudo bem?**  
Vamos falar sobre saúde mental

Para mais informações, visita [saudemental.pt](http://saudemental.pt)

Este folheto informativo foi desenvolvido pelo Centro de Apoio Psicossocial e de Apoio à Saúde Mental da Região de Lisboa, em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e o Instituto de Saúde Pública da Universidade de Coimbra. Foi financiado pelo projeto de investigação "Saúde Mental e Bem-Estar" (2018-2020) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) nº 2018/01010-0.

Figura 2- Folheto: Olá, está tudo bem? Vamos falar sobre saúde mental (Saudemental.pt, sem data)

APENDICE VIII– Reflexão da Sessão: “Eu e os Outros”

### **Reflexão da sessão: “Eu e os Outros”**

**FUNDAMENTAÇÃO:** Trata-se de um programa de prevenção universal dos problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas. Foi criado em 2006 por uma equipa técnica do Instituto da Droga e Toxicodpendência com o apoio de parceiros (Instituto Português do Desporto e da Juventude, Instituto Nacional de Reabilitação; Programa Escola Segura entre outras) de diferentes áreas e sectores e é coordenado nacionalmente pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) com o apoio/parceria regional das Administrações Regionais de Saúde. nele, as substâncias são abordadas de uma forma integrada com outras temáticas ligadas ao dia-a-dia dos adolescentes (Melo et al., 2016).

O programa baseia-se na exploração de narrativas interativas, oferecendo nove narrativas distintas, cada uma exigindo no mínimo sete sessões. Foram concebidos nove personagens que representam estereótipos de culturas juvenis ou de papéis sociais, sendo feito um esforço para explorar as identificações dos participantes com essas diversas personagens. Nesta intervenção específica, optou-se por selecionar a narrativa nº1 (Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2022).

Esta narrativa é desenvolvida tirando partido dos diferentes níveis etários do grupo indo ao encontro de aspetos relacionadas com o crescimento. A história foca-se em Jamal e aborda questões relacionadas com o crescimento, como corpo, estética, liberdade conforme a idade, retraimento social, interesses diversos e mitos sobre a maturidade. Além disso, discute o uso de anorexígenos para perda de peso e o consumo de álcool associado à ideia de ser adulto(Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2022).

**AVALIAÇÃO/REFLEXÃO:** Foi analisada a oitava sessão. Esta sessão iniciou-se com cumprimentos e incentivo à descontração dos alunos. Primeiramente, foi feito um resumo da sessão anterior, seguindo-se um pedido de reflexão sobre as opiniões pessoais dos pais dos alunos quanto ao seu futuro, que tinha sido o trabalho de casa requisitado na sessão anterior. Embora alguns alunos tenham aderido a este exercício, a maioria não questionou os pais, justificando com o desconforto de abordar o assunto e discuti-lo com os seus pais como: “Eu já sei que ela quer que eu seja advogada, mas eu não quero” (sic).

A história foi introduzida e seguiu-se uma reflexão e partilha de opiniões sobre o consumo de álcool, embora alguns participantes não tenham demonstrado grande atenção durante a sessão. Na segunda pausa para discussão, abordou-se o consentimento relacionado ao consumo de álcool e as consequências do desânimo após o consumo, o que por vezes leva a situações que requerem consentimento para determinadas ações. Verificou-se algum conhecimento dos alunos quanto a esta informação, no entanto algum conhecimento é básico e pouco crítico.

Posteriormente, discutiu-se o impacto das redes sociais, explorando opções de ter ou não ter interação nestas e as consequências dessa exposição e abuso. Nesta fase, o grupo aderiu mais, mas quando o tema não era tão interessante, o grupo manifestava-se. Após a reflexão realizada pelo grupo de enfermeiras e pela psicóloga responsável pela intervenção, o resultado foi positivo e aparentemente eficaz, suscitando reflexão por parte dos alunos. A sessão encerrou com a atribuição de trabalho de casa aos alunos, solicitando-lhes que refletissem sobre a semana anterior com perguntas como: o que os surpreendeu? O que os chateou? e o que lhes proporcionou maior satisfação?

Os alunos mostraram entusiasmo em refletir sobre a acontecimentos da semana passada, e ficou planeado para a próxima sessão continuar esse trabalho de reflexão.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Melo, R., Leonardo, J. A. R., Abraão, I., Buce, C., Frazão, C., Jesus, P., & Pinto, M. (2016). *Linhas orientadoras do programa eu e os outros*. <http://www.sicad.pt>

Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências. (2022). *Relatório do desenvolvimento da narrativa digital dedicada aos problemas ligados às dependências sem substância e ao uso problemático da internet 2020 – 2022- Programa Eu e Os Outros*. Disponível em: [https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Programas/Prevencao/Documents/2023/Relatorio\\_20\\_22\\_DesenvolvimentoDeNarrativa\\_Eu\\_e\\_os\\_Otros%20FINAL.pdf](https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Programas/Prevencao/Documents/2023/Relatorio_20_22_DesenvolvimentoDeNarrativa_Eu_e_os_Otros%20FINAL.pdf)

## APÊNDICE IX - Plano de Sessão: “Cuida-te +”

PLANO DE SESSÃO	
<b>Temática</b>	Cuida-te +: - Comportamentos aditivos;
<b>Local</b>	Salas de aulas
<b>Data</b>	7 de dezembro de 2023
<b>Duração</b>	90 minutos
<b>Responsáveis/ Dinamizadores</b>	Enfermeira ESMP Sara Vicente Estudante do MESMP, Diana Ferraz
<b>Destinatários</b>	Alunos 9º ano do Agrupamento de Escolas [REDACTED] (duas turmas)
<b>Recursos materiais</b>	Cadeiras Papel e canetas
<b>Estratégias</b>	Método expositivo e interativo
<b>Objetivos</b>	Sensibilizar e informar junto da população jovem acerca de comportamentos aditivos Estimular a reflexão individual sobre atitudes e comportamentos pessoais relacionados aos comportamentos aditivos, incentivando a autoavaliação e o reconhecimento das consequências negativas.
<b>Avaliação</b>	Método quantitativo e qualitativo.
<b>Justificação Temática</b>	<p>A avaliação dos resultados ao longo do tempo revela que a saúde mental é uma questão significativa entre os alunos portugueses, os quais demonstram sinais de desconforto, incluindo momentos de tristeza extrema, instabilidade emocional e preocupações intensas. Na área dos comportamentos aditivos, que têm uma estreita relação com a saúde mental, Portugal regista uma propensão de aumento da embriaguez entre pessoas de 18 anos, bem como na prevalência de consumo de substâncias ilícitas (CNS, 2019).</p> <p>A fase da adolescência é caracterizada pelo aumento da necessidade de regulação afetiva e comportamental, é experienciada pelo adolescente como um período de vulnerabilidade, onde ocorrem mudanças físicas, psicológicas, sociais e cognitivas (Santos, 2020).</p> <p>O programa pretende ajudar os adolescentes a alinhar os objetivos de vida, procurando harmonizar as aspirações de realização pessoal com a busca por satisfação imediata, como diversão, impulsos sexuais, e a maximização de momentos de bem-estar e prazer. É necessário implementar estratégias que respondam às características específicas deste grupo etário, reconhecendo-o não apenas como um período desafiador e repleto de mudanças, mas também como um momento propício para prevenir comportamentos de risco e promover hábitos saudáveis (Instituto Português do Desporto e Juventude, sem data).</p>
<b>Desenvolvimento</b>	<p><b>1ª parte:</b> Apresentação do tema da sessão e seu lugar no programa Cuida-te+;</p> <p><b>2ª parte:</b> Quebra-gelo: explicar e realizar/dinâmica “o seu lugar no automóvel” (anexo)</p> <p><b>3ª parte:</b> Breve introdução sobre comportamentos aditivos e sua relevância para a saúde e bem-estar dos jovens.</p> <p>Promoção da discussão através da atividade: “coloca aqui as tuas dúvidas”;</p> <p><b>4ª parte:</b> Recapitulação dos pontos chave discutidos.</p> <p>Solicitar aos participantes que deem <i>feedback</i> sobre a mesma.</p>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<p>Braz, A. (sem data). <i>Dinâmicas de grupo</i>. Obtido 9 de Dezembro de 2023, de <a href="http://www.antonibraz.com.br">www.antonibraz.com.br</a></p> <p>CNS. (2019). Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década Conselho Nacional de Saúde. <i>Conselho Nacional de Saúde, República Portuguesa</i>. <a href="https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf">https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf</a></p> <p>Goleman, D. (2012). Inteligência Emocional. Em Temas e Debates (Ed.), <i>Educación XX1</i> (17º).</p> <p>Instituto Português do Desporto e Juventude, I. P. (sem data). <i>Programa Cuida-te+</i>. Obtido 29 de Novembro de 2023, de <a href="https://ipdj.gov.pt/o-programa">https://ipdj.gov.pt/o-programa</a></p> <p>Regulamento nº 515 de 7 de agosto. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. <i>Diário da</i></p>

	<p><i>Républica</i>, 2<sup>ª</sup> Série(151), 21427–21430.  <a href="https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf">https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf</a></p> <p>Santos, C. de M. (2020). Comportamento autodestrutivo e a saúde de adolescentes em ambiente escolar. <i>Anais do XIV Colóquio Internacional «Educação e Contemporaneidade» (EDUCON)</i>. <a href="https://doi.org/10.29380/2020.14.16.02">https://doi.org/10.29380/2020.14.16.02</a></p>
<p><b>Avaliação das sessões</b></p>	<p><b>1º grupo:</b> participaram 17 alunos. Iniciou-se com a apresentação do programa e dos seus intervenientes como estava programado.</p> <p>Devido à necessidade de gestão de tempo foi necessário substituir a dinâmica de apresentação/quebra-gelo: "O Seu Lugar no Automóvel "(Apêndice I) por uma dinâmica mais curta, optando-se por conduzir a apresentação dos alunos através duma apresentação em pares em que cada um apresentava o outro evidenciando duas características positivas do outro. Também foi feita a apresentação dos dinamizadores com o mesmo método que aumentou o nível de interação e participação dos alunos.</p> <p>Os alunos demonstraram interesse os temas abordados, mas falta de abertura para falar dos temas, no entanto houve participação ativa durante toda a sessão. Suas perguntas e contribuições evidenciaram interesse e envolvimento com o conteúdo apresentado.</p> <p>A quantidade e qualidade das perguntas e respostas sugerem que os alunos estavam interessados em compreender e aprofundar o conhecimento sobre comportamentos aditivos, mostrando um interesse por informações.</p> <p>O tema das relações aditivas/tóxicas surgiu em diversas questões, levando à necessidade de abordar e discutir esta temática. Foi essencial descrever uma relação emocional saudável, realçando a importância de ter consciência das próprias emoções e das dinâmicas emocionais presentes nas relações para promover um ambiente emocionalmente saudável e equilibrado (Goleman, 2012)</p> <p>Em seguida, foram identificados comportamentos que podem indicar uma relação emocional aditiva. Foi evidente que alguns alunos demonstraram falta de compreensão, ao referirem "acho normal mexer no telemóvel do outro sem pedir!" Sic.</p> <p><b>2º grupo:</b> participaram 34 alunos. Nesta sessão, que contou com o dobro do número previsto de alunos, foi desafiador gerir o tempo de maneira eficaz. Inicialmente, o programa e seus intervenientes foram apresentados conforme planeado. Contudo, novamente não foi possível realizar as dinâmicas de apresentação e quebra-gelo, o que levou a que alguns dos alunos não se mostrassem tão participativos.</p> <p>O método "coloca aqui a tuas dúvidas" mostrou-se novamente adequado para este tipo de intervenção visto que ao colocarem as perguntas de forma anónima, desbloqueia alguns assuntos que são estigmatizados e causam desconforto ao serem abordados. Ao questionarem "o álcool é uma droga?" (sic). Ocorreu a desconstrução do alcoolismo e deste tipo de dependência.</p> <p>No final desta sessão uma aluna que admitiu e questionou voluntariamente ter: " não fumo a 40 dias, será que vou conseguir manter-me sem fumar?"(sic). Descrevendo as suas dificuldades, foi feita uma abordagem positiva e motivadora, destacando os esforços já feitos e reforçando a sua autoconfiança. Foi notório o receio de voltar a fumar, feito o reforço e aprofundar estratégias para substituir o hábito de fumar por comportamentos mais saudáveis e positivos. Consequentemente e por a aluna demonstrar alguma necessidade de acompanhamento futuro, foram-lhe dados os contactos para futuro acompanhamento e incentivada a recorrer aos recursos existentes na escola, indo de encontro ao que o EESMP pretende ao orientar "o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental"(Regulamento no 515 de 7 de agosto, 2018, p. 21430).</p>

## APÊNDICE I - Dinâmica: "O Seu Lugar No Automóvel" (adaptado de Braz, sem data)

### **Categorias:**

- Comunicação
- Conhecimento
- Criatividade
- Quebra-Gelo

**Objetivo:** Explorar as diferentes perspectivas e identidades dos participantes por meio da livre escolha de qualquer parte de um carro e da representação dessa escolha no espaço físico.

### **Nº de Participantes:**

Não há limites

### **Material:**

Não necessita material

### **Procedimento:**

Apresente o propósito da dinâmica e explique que os participantes serão convidados a escolher livremente qualquer parte de um carro.

Discutir quantas partes do carro cada um conhecem? Exemplo: bancos, rodas, travão, faróis, manipulo, tapete, limpa vidros...

Representação Física: Peça aos participantes para se movimentarem e se posicionar no espaço de acordo com a parte do carro que escolheram. Encoraje-os a se espalharem pelo ambiente, representando fisicamente a parte do carro que selecionaram.

**Discussão e Reflexão:** Inicie uma conversa aberta sobre as escolhas feitas e as posições assumidas no espaço. Sugira reflexões como:

- Por que escolheram essa parte específica do carro?
- Como se sentem ao representar essa parte do veículo?
- Essa escolha reflete alguma característica pessoal ou algo importante para vocês?
- Existe alguma conexão entre a parte do carro escolhida e a sua vida cotidiana ou personalidade?

Compartilhamento: Convide os participantes a compartilharem suas percepções e pensamentos sobre a dinâmica. Incentive a expressão livre e o respeito mútuo, permitindo que todos compartilhem suas experiências.

**Conclusão:** Finalize a dinâmica destacando a diversidade de perspectivas e o valor pessoas. Enfatize a importância de respeitar e compreender as diferentes escolhas, bem como as experiências únicas que cada indivíduo possui.

## APÊNDICE X -Estudo de caso- Programa de Intervenção Individual

## 1. ESTUDO DE CASO

Este estudo de caso clínico tem como objetivo destacar a relevância da intervenção do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no planeamento e execução de intervenções individualizadas psicoterapêuticas e psicoeducacionais, com base no plano de cuidados, em consonância com o quinto objetivo delineado no projeto de aprendizagem, que vai de encontro com a competência específica do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica de “Prestar 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 n.º515/2018, 2018, p. 21427).

De acordo com os dados fornecidos, a utente em estudo foi encaminhada para a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pela enfermeira responsável pelo curso de preparação para o parto existente na [REDACTED]

A pessoa em estudo assinou o consentimento informado para a participação nas sessões e na realização de estudo de caso clínico, salvaguardando-se a privacidade e identidade da utente, de acordo com os princípios éticos e legais que guiam a conduta do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

As consultas de Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica foram realizadas pela mestranda, acompanhada pela Enfermeira orientadora. Durante as mesmas, foram seguidas as quatro fases do processo interpessoal de Peplau: fase de orientação – colheita de dados e compreensão do problema; fase de identificação – exploração de sentimentos e identificação dos diagnósticos de enfermagem; fase de exploração – objetivos e intervenções de enfermagem; e fase de resolução - de forma conjunta e cooperativa, se satisfazem as necessidades da pessoa e se completa a avaliação das intervenções (Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018).

### 1.1. IDENTIFICAÇÃO

A utente sobre quem se realiza este caso clínico é uma mulher de 32 anos, de nome C. Sempre residiu na [REDACTED], no entanto presentemente reside num concelho

próximo. Continua como utente desta Unidade de Cuidados na Comunidade, por preferência.

Tem um filho de 9 anos (M.), e encontra-se grávida de 37 semanas.

É filha única e o pai faleceu quando esta tinha quatro anos. Refere que se considera irmã do filho do padrasto (M.). Cresceu com a mãe e tem o padrasto como referência de pai.

Neste momento encontra-se desempregada, já teve vários empregos em diversas áreas, tendo sido o último emprego num café restaurante. Vive com o marido e filho numa habitação que “necessita de arranjos” (sic), com boas condições de habitabilidade que pertence aos sogros. Como *hobbies* refere gostar cuidar do seu quintal. Frequenta a igreja batista.

## 1.2. HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Tendo por base o modelo de Peplau, foi realizada a colheita de dados nas primeiras duas sessões, estando o modelo teórico também presente nas restantes fases do processo de enfermagem.

Durante a intervenção, também foi tido em conta um modelo de Tidal, que foi concebido para fornecer uma estrutura de cuidados de enfermagem centrada na pessoa, promovendo a autonomia, o empoderamento e a sua recuperação (Freitas et al., 2020).

No que diz respeito à história de doença atual e origem do problema, resulta do nascimento iminente do segundo filho. Esta refere que após o nascimento do primeiro filho teve alguma dificuldade em lidar com a sua situação de vida juntamente com a vida do marido e com toda a sua história passada.

Tem um bom relacionamento com a mãe que visita com alguma frequência. Considera que o filho é um pouco difícil: “ainda utiliza fralda durante a noite, e tem 9 anos” (sic). Relaciona-se bem com o marido, mas este trabalha por turnos e por vezes está ausente. Estão num relacionamento há 20 anos, no entanto já estiveram separados durante algum tempo.

Refere ter uma relação distante com os sogros, por vezes ajudam com os cuidados ao filho mais velho, mas não quer manter a relação muito próxima.

Considera que não mantém laços mais estreitos, com familiares e antigos amigos, por dificuldade em gerir a sua doença. Refere sentir culpa constante, por não conseguir gerir a sua ansiedade e os seus medos.

### 1.3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

A utente relata ter tentado suicídio através de uma ingestão voluntária medicamentosa, após uma discussão com amigos, há cerca de sete anos. Apresenta antecedentes de depressão desde a adolescência e refere nunca ter alcançado uma sensação de cura. Mencionou uma história de violação durante a adolescência, mas não elabora este acontecimento. É acompanhada em consulta hospitalar.

A utente menciona ter perdido contato com muitos amigos após o nascimento do filho.

Reiniciou um relacionamento com o marido precocemente, havendo um intervalo nessa relação durante o qual desenvolveu comportamentos que considera inadequados, segundo a sua própria perspetiva.

Relativamente à infância, descreve uma relação estável com a mãe e recorda-se de que o pai era alcoólico e praticava violência doméstica. Com o padrasto, que a utente considera “como pai” (sic), embora não o veja como um exemplo, mantém uma boa relação. O filho do padrasto, com quem o utente conviveu e cresceu é visto como um irmão e mantém uma relação relativamente saudável.

### 1.4. GENOGRAMA E ECOMAPA

Seguidamente estão expostos o genograma e ecomapa com base na história recolhida-

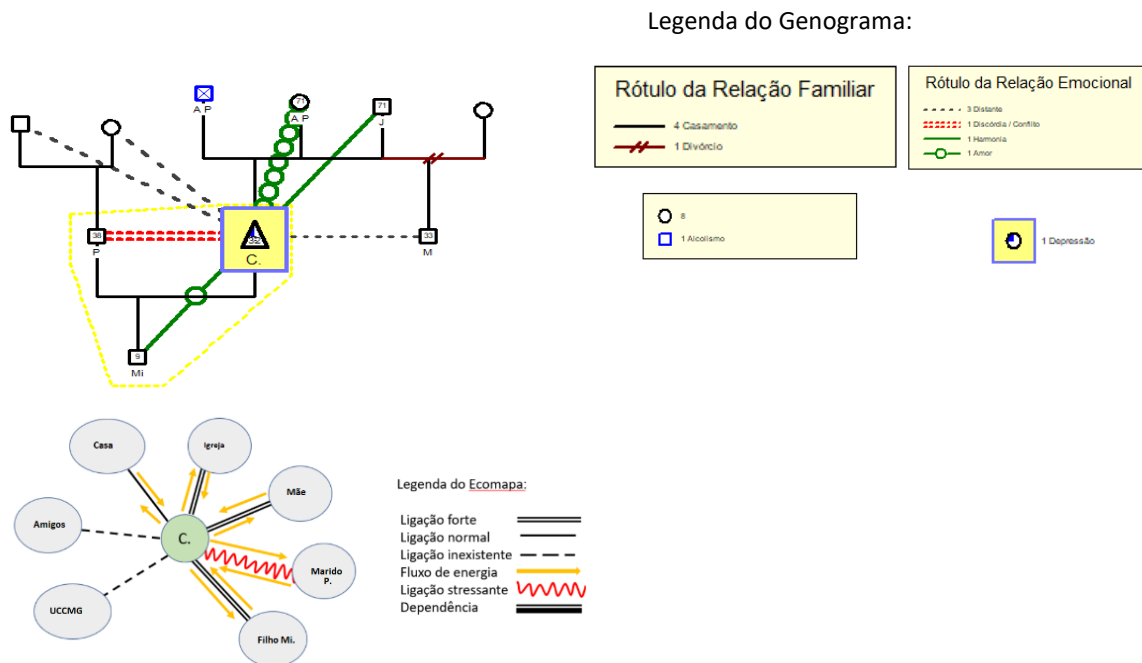


Figura 1- Genograma e Ecomapa

### 1.5. EXAME MENTAL E AVALIAÇÃO SEMIOLÓGICA

Na primeira consulta a utente chegou sozinha á hora marcada.

O seguinte exame mental, descrito no quadro 1, é baseado na entrevista da colheita de dados, realizada nessa consulta e complementada na seguinte.

Quadro 1- Descrição do exame mental

<b><u>Apresentação geral:</u></b>	A utente apresenta-se calma, inicialmente retraída, não querendo falar, mas progressivamente mais colaborante. Tem um aspeto geral cuidado, com roupas limpas e adequadas às condições climatéricas. O seu tom de pele é escuro, o cabelo apesar de penteado, encontra-se um pouco sujo. Não está maquilhada, unhas arranjadas. A roupa é de linhas simples, de cores escuras, adequada a gravidez. Os olhos com nistagmos. A idade aparenta ser igual à real. Apresenta dentição completa e cuidada. Não apresenta defeitos físicos traumáticos.
<b><u>Consciência e Orientação:</u></b>	Apresenta-se consciente, com respostas adequadas, orientada em todas as referências.
<b><u>Postura:</u></b>	Inicialmente tensa e retraída, sendo esta atenuada assim que começa a verbalizar.
<b><u>Motricidade:</u></b>	Apresenta alguns tremores. Demonstra estar inquieta e os movimentos de nistagmos aumenta com a intensidade de discurso.
<b><u>Expressão facial e mímica:</u></b>	Apresenta face expressiva, com labilidade emocional, choro fácil. O tom de voz é adequado.
<b><u>Contacto:</u></b>	O contacto com a utente foi inicialmente difícil.
<b><u>Discurso e linguagem:</u></b>	Discurso fluente e coerente, espontâneo, sem alterações ao nível da compreensão, utiliza um tom de voz normal (adequado ao contexto).
<b><u>Humor e emoções:</u></b>	Apresenta humor deprimido, com labilidade emocional.
<b><u>Pensamento:</u></b>	A nível do pensamento não se verificam alterações quanto ao curso e forma. No que diz respeito ao conteúdo, parece existir ruminação, por cogitação persistente de pensamentos desagradáveis, nomeadamente em relação ao seu marido. Sem

	ideação suicida.
<b>Percepção:</b>	Não se apuram alterações a este nível.
<b>Memória:</b>	Não se constata alterações evidentes de memória, uma vez que existe evocação de conteúdos recentes e passados.
<b>Cognição e atenção:</b>	Não se verificaram dificuldades de cognição nem concentração, compreendendo o que se pedia e demonstrando raciocínio lógico.
<b>Insight e juízo crítico:</b>	C. revela <i>insight</i> com juízo crítico para a sua falta de motivação.

## 1.6. PLANEAMENTO DE CUIDADOS

O processo de enfermagem é individualizado, sendo que uma só intervenção pode contribuir para a melhoria de vários diagnósticos, que estão correlacionados, pelo que se realiza um plano de cuidados geral (Quadro 2), com vista à melhoria global do estado da utente C, baseado na taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2019).

Quadro 2- Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Bem-estar psicológico diminuído	Bem-estar psicológico melhorado
Autocontrolo de ansiedade comprometido	Autocontrolo melhorado
Ansiedade grave	Ansiedade moderada
Autoestima diminuída	Autoestima moderada
Humor deprimido	Humor melhorado
Sono comprometido	Sono recuperado
Comunicação familiar não eficaz	Comunicação familiar eficaz
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Realizar escuta ativa	Encorajar a expressão de emoções e Sentimentos; Identificar com a doente situações a melhorar;
Estabelecer relação terapêutica	Disponibilizar presença, sem julgamentos; Realizar entrevista semiestruturada; Demonstrar empatia.
Realizar entrevista motivacional	Identificar metas atingíveis: o que pode fazer para melhorar o seu casamento e a sua relação com a mãe. Motivar para a capacitação; Consciencializar para a necessidade de mudança; Apoiar na tomada de decisão
Promover autoestima	Aplicar escala de autoestima de Rosenberg antes e após o programa de intervenção; Fornecer reforço positivo; Promover a verbalização e escrita de coisas positivas sobre si; Realizar técnica cognitivo-comportamental, para desconstrução de crenças e valorização de coisas positivas na sua vida; Incentivar a valorização de habilidades; Estabelecer relação terapêutica
Ensinar sobre depressão	Investigar ideias de morte e/ou autodestruição; Promover insight e juízo crítico; Disponibilizar presença;

Realizar entrevista motivacional	Identificar metas atingíveis – o que pode fazer para melhorar o seu dia-a-dia e a sua relação com o marido Motivar para a mudança; Consciencializar para a necessidade de mudança; Apoiar na tomada de decisão.
Melhorar sono	Programar rotina do sono; Ensinar posicionamentos adequados a gravidez; Ensinar técnica de respiração diafragmática;
Incentivar o autoconhecimento e aceitação	Executar reestruturação cognitiva, técnica de “saborear acontecimentos agradáveis seguindo 10 passos”; Treinar a gratidão
Promover suporte familiar	Encorajar verbalização de emoções à família; Treinar assertividade da utente;

### 1.7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De acordo com o plano de cuidados elaborado anteriormente, foram programadas, e aplicadas duas sessões de intervenção individual. Foi realizado o planeamento de uma terceira sessão, no entanto a utente não compareceu.

Nas entrevistas iniciais, a utente C. mostrou-se recetiva, cumpridora de horários e empenhada.

Constatou-se desde a primeira sessão, a dificuldade de aceitação desta gravidez, mostrando arrependimento por ter engravidado, referindo “não me devia ter descuidado” (sic). Deste optou-se por direcionar a primeira intervenção para o momento presente.

Foi programada aplicação de escala de Rosenberg e o inventário de BECK na segunda sessão, de modo a confirmar a identificação dos diagnósticos de: autoestima diminuída e humor deprimido. No entanto, não houve muita abertura para executar estas tarefas, apenas tendo colaborado com a realização dos trabalhos de casa propostos.

Devido às constantes verbalizações de sentimentos de inutilidade e desesperança em si própria e no sentido de promover a autoestima, foram realizadas intervenções cognitivo comportamentais, tais como “lista de coisas boas ou más”, e de modo a incentivar o autoconhecimento e a aceitação foram realizadas intervenções cognitivo comportamentais a técnica de “saborear acontecimentos agradáveis seguindo 10 passos”(Baptista, 2013).

Neste âmbito, considera-se que a entrevista motivacional realizada trouxe benefícios, pode refletir sobre o seu estado emocional, havendo alguma transparência e descrição de sentimentos ao realizar os trabalhos de casa.

No que diz respeito ao sono, C. revelava um sono irregular, devido a seus desconfortos da gravidez. Durante as sessões, foi incentivada a realizar técnicas de relaxamento como respiração diafragmática e otimizar os posicionamentos, que devido ao seu estado gravítico poderiam causar desconforto.

Foi promovido o envolvimento do familiar, após a segunda sessão pois considerou-se que a manutenção destes relacionamentos como fatores protetores poderiam ajudar no bem-estar de C. Estava previsto agendar uma intervenção familiar. O apoio e presença do pai ou companheiro em todo o processo de gravidez e uma boa rede de suporte familiar (boa relação com os pais; contexto familiar positivo) é um dos fatores protetores para a saúde mental na grávida (Arrais & Araújo, 2017).

A última sessão embora programada não foi realizada. Houve tentativa de contato por via telefónica para reagendar, mas não foi correspondida.

Resumindo esta análise, verifica-se que será pertinente um acompanhamento no pós-parto. Fica planeado a programação de uma visita domiciliária, assim como, verificar a possibilidade de uma intervenção familiar em conjunto com a equipe multidisciplinar.

#### 1.8. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

Com base no que fora descrito anteriormente foi elaborado o seguinte programa de intervenção individual.

##### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 1

**LOCAL:** Gabinete na [REDACTED]

**DIA:**16/6

**DESTINATÁRIO:** Utente C.

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz sob orientação da Enfermeira orientadora.

**DURAÇÃO:** 50 minutos

**OBJETIVO GERAL:** Iniciar relação terapêutica.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Apresentação mútua; entrevistar utente; promoção da relação de ajuda com a utente; obter consentimento para participação em consultas de enfermagem; definir papéis dos intervenientes; realizar a colheita de dados.

**FUNDAMENTAÇÃO:** Comportamentos que demonstram respeito e criam relação incluem escuta ativa, disponibilidade e consistência. Essas atitudes são evidenciadas quando os

utentes são levados em consideração e a interação ocorre em parceria (Pereira & Botelho, 2014).

O puerpério representa um período crítico para alterações biológicas, psicológicas e sociais, sendo particularmente sensível à manifestação de transtornos psiquiátricos, incluindo a Depressão Pós-Parto. Também é reconhecida como um episódio depressivo maior vinculado ao nascimento de um bebé (Arrais & Araújo, 2017).

Fatores como idade, etnia, modalidade de gestação, grau de escolaridade, condições habitacionais e a disponibilidade de serviços de saúde foram avaliados como benéficos para a saúde da maioria das grávidas. No entanto, a alta incidência de gestações não intencionais foi identificada como um indicador negativo para uma gravidez saudável (Pires Gadelha et al., 2020).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	expositivo	5'	Apresentação dos intervenientes na sessão; Apresentação dos objetivos da sessão; Apresentação do programa de intervenção;	Cadeiras mesa
Desenvolvimento	interativo	40'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista semiestruturada – colheita de dado segundo Peplau e Modelo de Tidal;</li> <li>• Realização de genograma e ecomapa;</li> <li>• Obtenção de uma perspetiva de vida da utente;</li> <li>• Estabelecimento de confiança mútua;</li> <li>• Escuta Ativa</li> <li>• Relação de ajuda</li> </ul>	
Conclusão	expositivo	5'	Discussão sobre a sessão; Avaliação de expectativas futuras; Obtenção consentimento verbal esclarecido para participação nas sessões	
Avaliação	<p>A utente C. apresenta um aspeto geral aparentemente cuidado. O seu tom de pele é moreno e não está maquilhada. Está vestida com roupa simples, de cores escuras, adequada à estação do ano e ao seu estado gravídico. A sua idade aparenta corresponder à realidade.</p> <p>Apresenta inquietação na cadeira e nistagmo. O seu discurso é fluído e espontâneo, embora por vezes apresente fuga de ideias. No que diz respeito ao conteúdo do pensamento, parece existir ruminação, com persistência de pensamentos desagradáveis, especialmente em relação a si própria e aos seus comportamentos.</p> <p>Durante a narrativa da sua vida, C. faz alternâncias entre momentos cronológicos, não sendo clara a sequência de alguns episódios, embora a sua memória pareça estar preservada. Apresenta humor depressivo e emocionalmente instável, chorando facilmente durante a entrevista, especialmente quando o assunto envolve o seu passado e o filho.</p> <p>Manifesta conflitos com o seu companheiro. Aparentemente, possui crítica e compreensão em relação ao seu problema relacionado com o humor depressivo.</p> <p>Responde de forma adequada às questões colocadas e, após esclarecimento sobre o objetivo das sessões de enfermagem, consente em participar no programa. É fornecido apoio emocional durante a sessão.</p> <p>Utente apresenta receptividade a intervenção.</p>			

Planeia-se e agenda-se a próxima sessão.

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 2

**LOCAL:** Gabinete na [REDACTED] **DIA:** 21/6

**DESTINATÁRIO:** Utente C.

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz sob orientação da enfermeira orientadora.

**DURAÇÃO:** 50 minutos

**TIPO DE ATIVIDADE:** Intervenção Psicoterapêutica

**OBJETIVO GERAL:** Estabelecer diagnósticos de enfermagem;

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Promover o autoconhecimento; executar relação de ajuda;

**FUNDAMENTAÇÃO:** A intervenção e aconselhamento de profissionais com formação na área, são significativamente eficazes na redução dos níveis de ansiedade (Sequeira & Sampaio, 2020).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	expositivo	5'	<ul style="list-style-type: none"><li>• Resumo da sessão anterior;</li><li>• Apresentação dos objetivos da sessão;</li></ul>	Cadeiras mesa
Desenvolvimento	interativo	40'	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista semiestruturada – continuação de colheita de dados e perspetiva de vida da utente;</li><li>• Escuta Ativa</li><li>• Relação de ajuda;</li><li>• Reforço da motivação interna</li><li>• Auxílio nos preenchimentos dos instrumentos de avaliação:<ul style="list-style-type: none"><li>- Escala de Autoestima de Rosenberg;</li><li>- Inventário de Ansiedade de BECK;</li></ul></li></ul>	
Conclusão	expositivo	5'	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reflexão sobre os resultados obtidos;</li><li>• Solicitar “trabalho de casa”(Baptista, 2013): “as 10 regras para saborear os acontecimentos”</li><li>Discussão sobre a sessão;</li><li>• Avaliar expectativas futuras;</li></ul>	
Avaliação	C. apresenta discurso fluído e espontâneo. Demonstra-se disposta a partilhar suas experiências e expressar suas preocupações e verbaliza conflitos com a mãe, que perturbam o seu funcionamento. C. ao longo da consulta expressar esperança em relação a melhores resultados, mas pouca perspetiva mais positiva para o futuro. Resultados: Escala de Autoestima de Rosenberg: escores de 14 indica baixa autoestima. Inventário de Ansiedade de Beck: escore de 29 indica ansiedade moderada. Garanti que a utente respondia ao seu próprio ritmo e asseguro que não haverá pressão ou julgamento da minha parte. Achei essencial demonstrar empatia, reconheci e valorizei os desafios enfrentados e validei seus sentimentos, assim como demonstrei disponibilidade para esclarecer dúvidas enquanto preenchia. O que aconteceu, houve alguma dificuldade em perceber a linguagem um pouco mais complexa, foram exemplados com sinónimos, e ela respondeu que “assim é mais fácil”. Sugeri um trabalho de casa “as 10 regras para saborear os acontecimentos”(Apêndice I)			

adaptado de Baptista (2013), C demonstrou-se recetiva e com algum entusiasmo para a sua realização.

## Apêndice I- AS 10 REGRAS PARA SABOREAR OS ACONTECIMENTOS, Adaptado de Baptista, (2013)

As 10 regras para saborear os acontecimentos	1. Partilhar a experiência agradável com outras pessoas
	2. Criar uma memória do acontecimento
	3. Autocongratulação
	4. Melhorar a sua percepção
	5. Expressar os seus sentimentos
	6. Comparar os resultados com algo pior
	7. Deixar-se absorver pelo momento
	8. Contar as experiências agradáveis e ficar agradecido
	9. Evitar os pensamentos negativos
	10. Recordar que os bons momentos passam rápido

### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 3

**LOCAL:** Gabinete na [REDACTED]

**DIA:?**

**DESTINATÁRIO:** Utente C

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz sob orientação da Enfermeira Orientadora.

**DURAÇÃO:** 50 minutos

**OBJETIVO GERAL:** Fundamentar diagnóstico de enfermagem com aplicação de instrumentos de avaliação; realizar entrevista motivacional.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Aplicar instrumentos de avaliação; promover o autoconhecimento; executar relação de ajuda.

**FUNDAMENTAÇÃO:** A entrevista motivacional é uma habilidade complexa, que se aprende com a prática e que se orienta para ajudar os indivíduos a explorar e resolver ambivalências em relação a comportamentos de saúde específicos, como a adoção de estilos de vida saudáveis, adesão a tratamentos ou mudanças de comportamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

A importância do apoio familiar e a sugestão de uma intervenção familiar ressaltam a compreensão de que a saúde mental é influenciada por um contexto mais amplo. Este aspecto é crucial, especialmente considerando o impacto das relações familiares na saúde mental de indivíduos com condições como depressão pós-parto (Arrais & Araújo, 2017).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	expositivo	5'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos objetivos da sessão;</li> </ul>	Cadeiras mesa
Desenvolvimento	interativo	40'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de instrumentos de avaliação:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Autoestima de Rosenberg;</li> <li>- Inventário de Ansiedade de BECK;</li> </ul> </li> <li>• Escuta Ativa</li> <li>• Relação de ajuda</li> <li>• Reforço da autoeficácia de C. para se valorizar enquanto mãe e futura mãe.</li> </ul>	
Conclusão	expositivo	5'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão sobre a sessão;</li> <li>• Avaliação de expectativas futuras;</li> </ul>	
Avaliação	<p>A utente C. não compareceu. Feita tentativa telefónica para reagendar a consulta, sem sucesso, discutida a situação com Enfermeira Orientadora: considerou-se que a recuperação da saúde mental de C. dependeria também da compreensão e apoio do companheiro e da mãe. seria sugerida uma intervenção familiar. o apoio e presença do pai ou companheiro em todo o processo de gravidez e uma boa rede de suporte familiar (boa relação com os pais; contexto familiar positivo) é um dos fatores protetores para a saúde mental na grávida (Arrais &amp; Araújo, 2017).</p> <p>Resumindo esta análise, verifica-se que será pertinente um seguimento no pós-parto. Fica planeado o possível agendamento de uma visita domiciliária, assim como, verificar a possibilidade de uma intervenção familiar.</p>			

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrais, A. da R., & Araújo, T. C. C. F. (2017). Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3). <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316>
- Baptista, A. (2013). *Aprender a Ser Feliz - Exercícios de Psicoterapia Positiva* (Pactor, Ed.).
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/riv18015>
- Freitas, R. J. M., Araujo, J. L., Moura, N. A., Oliveira, G. Y. M., Feitosa, R. M. M., & Monteiro, A. R. M. (2020). Nursing care in mental health based on the TIDAL MODEL: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®. Artmed.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
- Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61–73. <http://hdl.handle.net/10400.26/23806>
- Pires Gadelha, I., Diniz, F. F., Aquino, P. de S., Silva, D. M., Balsells, M. M. D., & Pinheiro, A. K. B. (2020). Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. *Rev Rene*, 21. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142198>
- Regulamento nº 515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República, 2ª Série*(151), 21427–21430. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.

## APÊNDICE XI - Estudo de caso: Programa de Intervenção Individual: “Individualmente”

## 1. ESTUDO DE CASO

O propósito do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica prende-se com a competência específica prevista no Regulamento no 515 de 7 de agosto, (2018, p. 21428): Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”, com ênfase para a unidade de competência “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”, com base intervenções utilizadas na metodologia de gestor de caso, encaminhando para outras entidades, se necessário.

Este estudo de caso clínico tem como objetivo destacar a relevância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no planeamento e execução de intervenções individualizadas psicoterapêuticas e psicoeducacionais, com base no plano de cuidados.

A pessoa em estudo consentiu verbalmente que aprovava a sua participação nas sessões e na realização de estudo de caso clínico, salvaguardando-se a privacidade e identidade da mesma, de acordo com os princípios éticos e legais que guiam a conduta do enfermeiro.

As intervenções foram realizadas pela mestranda, acompanhada pela Enfermeira Orientadora. Durante as mesmas, foram seguidas as quatro fases do processo interpessoal de Peplau: fase de orientação – colheita de dados e compreensão do problema; fase de identificação – exploração de sentimentos e identificação dos diagnósticos de enfermagem; fase de exploração – objetivos e intervenções de enfermagem; e fase de resolução - de forma conjunta e cooperativa, se satisfazem as necessidades da pessoa e se completa a avaliação das intervenções (Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018).

### 1.1. IDENTIFICAÇÃO

A utente sobre quem se realiza este caso clínico é um homem de 22 anos, de nome A. reside nas [REDACTED], mas é natural do concelho [REDACTED]. Como habilitações literárias tem o ensino secundário. Cresceu com o pai (L) e tem a madrasta, com que se dá “razoavelmente bem”(sic). Neste momento encontra-se desempregado, já teve vários empregos em diversas

áreas. Trabalhou como taxista em junho durante 15-20 dias, mas deixou porque "não era o que puxava o meu coração" (sic). Último emprego num café restaurante.

Atualmente, reside com o pai e companheira do pai, numa habitação, com boas condições de habitabilidade. A irmã vive relativamente perto.

Hobbies: gosta de dançar, praticar yoga, cozinhar e recentemente frequenta a igreja.

## 1.2. HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Tendo por base o modelo de Peplau, foi realizada a colheita de dados nas primeiras duas sessões, estando o modelo teórico também presente nas restantes fases do processo de enfermagem.

Durante a intervenção, também foi tido em conta um modelo de Tidal, que este modelo foi concebido para fornecer uma estrutura de cuidados de enfermagem centrada na pessoa, promovendo a autonomia, o empoderamento e a sua recuperação (Freitas et al., 2020).

No que diz respeito à história de doença atual e origem do problema, resulta falta de ingestão de medicação e "consumiu ganzas com os amigos antes de ser internado"(sic).

Ficou internado pelo serviço de urgência com o diagnóstico de episódio maníaco grave com sintomas psicóticos e abuso de canabinóides. Estava previamente medicado com ácido valpróico 500mg 2 vezes dia; olanzapina 15mg 1 vez dia e lorazepam 2.5mg 1 vez dia (+meio comprimido em SOS se ansiedade diurna). Anteriormente ao internamento terá abandonado o regime medicamentoso por opção.

Tem um bom relacionamento a namorada (M), referindo que pretende ir morar com ela brevemente.

## 1.3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

Para além da existência de um histórico de distúrbio bipolar ou transtorno afetivo bipolar, não fora descrito nem recordado, por parte da utente outros antecedentes de relevância.

A nível familiar, a mãe suicidou-se quando o utente tinha 3 anos, após diagnóstico de neoplasia da mama, com provável depressão associada. O pai trabalha como taxista. Residem ambos com a companheira do pai (L) há 4 anos, com quem se dá razoavelmente bem. Tem uma irmã mais velha (Ma) de 28 anos refere um bom relacionamento, "é como

uma mãe" (sic) e vive relativamente perto. Tem bastantes amigos com quem convive diariamente.

#### 1.4. GENOGRAMA E ECOMAPA

Seguidamente estão expostos o genograma e ecomapa com base na história recolhida-

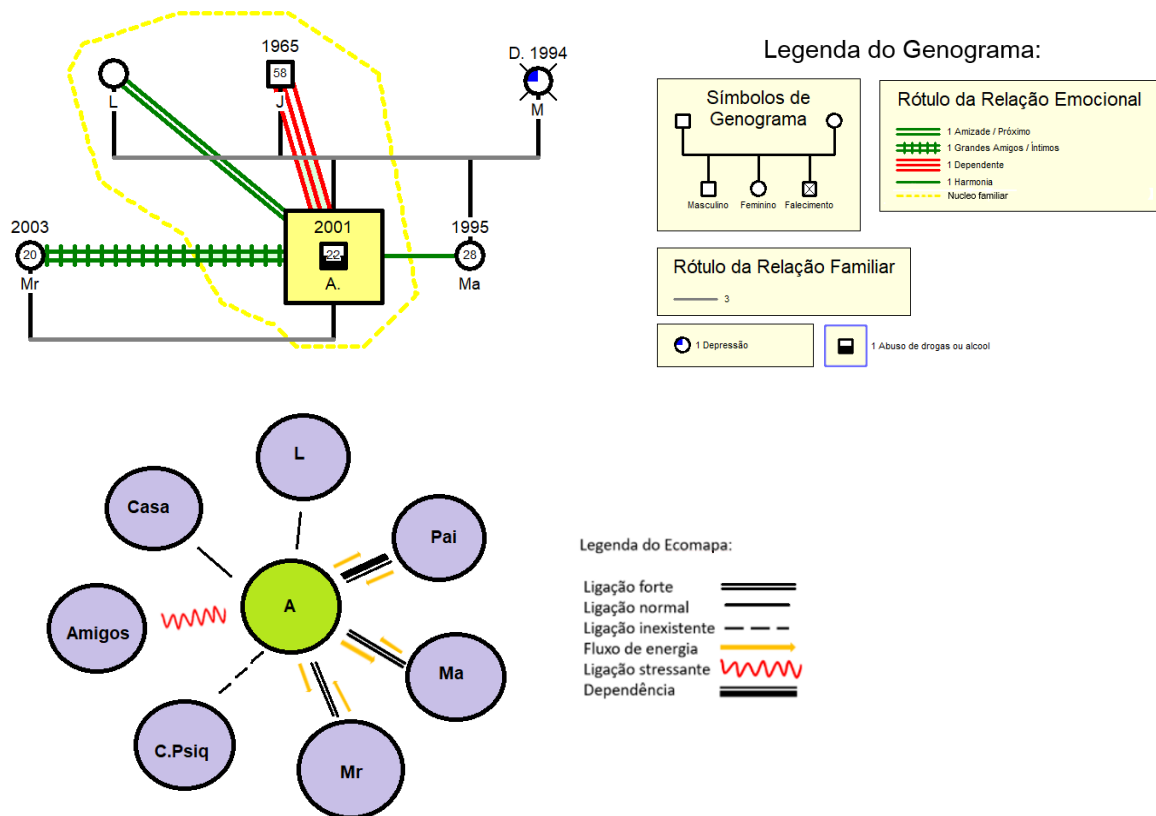


Figura 1- Genograma e Ecomapa

#### 1.5. EXAME MENTAL E AVALIAÇÃO SEMIOLÓGICA

O seguinte exame mental é baseado na entrevista da colheita de dados, realizada nessa consulta e complementada na seguinte. O exame mental fora descrito no quadro 1:

Quadro 1- Descrição do exame mental

<b>Apresentação geral:</b>	Aspetto cuidado, vestindo pijama hospitalar. Idade aparente correspondente à real, pele bronzeada.
<b>Consciência e Orientação:</b>	Apresenta-se consciente, com respostas adequadas, orientada em todas as referências.
<b>Postura:</b>	Sentado na cadeira em pose, com as pernas cruzadas
<b>Motricidade:</b>	Alguma inquietude motora, levantando-se para dramatizar cenas que antecederam o internamento.
<b>Expressão facial e mímica:</b>	Apresenta face expressiva, com labilidade emocional, choro fácil. O tom de voz é adequado.
<b>Contacto:</b>	Fácil

<b>Discurso e linguagem:</b>	Discurso espontâneo, algo pressionado, mas fluido e coerente, sem alterações sintático-gramaticais.
<b>Humor e emoções:</b>	Humor hipertímico.
<b>Pensamento:</b>	Taquipsíquico, ainda desorganizado, por vezes com fuga de ideias.
<b>Afetos:</b>	Afetos congruentes, com breve labilidade emocional.
<b>Percepção:</b>	Ideação delirante de grandiosidade e religiosa/mística, com ideias sobrevalorizadas de autoimportância.
<b>Memória:</b>	Não se constata alterações evidentes de memória, uma vez que existe evocação de conteúdos recentes e passados.
<b>Cognição e atenção:</b>	Não se verificaram dificuldades de cognição nem concentração, compreendendo o que se pedia e demonstrando raciocínio lógico.
<b>Insight e juízo crítico:</b>	Ausência de <i>insight</i> e juízo crítico prejudicado.

## 1.6. PLANEAMENTO DE CUIDADOS

O processo de enfermagem é individualizado, sendo que uma só intervenção pode contribuir para a melhoria de vários diagnósticos, que estão correlacionados, pelo que se realiza um plano de cuidados (quadro 2), com vista à melhoria global do estado do utente A, baseado na taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2019).

Quadro 2- Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Bem-estar psicológico diminuído	Bem-estar psicológico melhorado
Conhecimento diminuído relacionado à falta de <i>insight</i> sobre a doença	Demonstrar aumento da compreensão e reconhecimento de sua condição de saúde mental.
<i>Coping</i> ineficaz	<i>Coping</i> melhorado Conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>
Auto controlo comprometido: Ansiedade moderada (Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS): 13 pontos (suspeita moderada de ansiedade) e 6 pontos (sem depressão significativa)	Auto controlo: ansiedade: Ansiedade reduzida
Humor deprimido	Humor melhorado
Comportamento desorganizado	Comportamento organizado
Adesão ao regime terapêutico comprometida (Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT): 28 pontos (baixa adesão))	Adesão ao regime terapêutico presente
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Realizar escuta ativa	Encorajar a expressão de emoções e sentimentos; Identificar com a doente situações a melhorar;
Estabelecer relação terapêutica	Disponibilizar presença, sem julgamentos; Realizar entrevista semiestruturada; Demonstrar empatia.
Promover autoestima	Fornecer reforço positivo; Promover a verbalização e escrita de coisas positivas sobre si; Realizar técnica cognitivo-comportamental, para desconstrução

	de crenças e valorização de coisas positivas na sua vida; Incentivar a valorização de habilidades; Estabelecer relação terapêutica
Promover autocontrole	Treinar o autocontrole Ensinar Sobre Estratégias de Redução da Ansiedade Executar Apoio Emocional Executar Intervenção Psicoeducativa gestão ansiedade Executar Relação de Ajuda Ensinar Técnica de Respiração Diafragmática; Treinar e orientar o utente sobre uso de Técnicas de Relaxamento Oferecer intervenções de distração voltadas à redução da tensão (caminhadas/exercício físico)
Modificação do comportamento	Consciencializar o utente para a necessidade de mudança Encorajar o utente a reavaliar o seu comportamento, tomando consciência das respetivas consequências; Realizar psicoeducação sobre consumos; Promoção de rede de apoio Promover comportamento de procura de saúde Apoiar na organização laboral e atividade de vida diárias Realizar escuta ativa Elucidar sobre alternativas disponíveis – Comunidade Terapêutica
Promover adesão ao regime terapêutico	Ensinar sobre efeitos secundários da medicação Ensinar sobre medicação Ensinar sobre regime de tratamento Reforçar adesão; Identificar formas de minorar efeitos secundários da terapêutica; Promover autorresponsabilização; Participar na sessão de grupo “adesão ao regime terapêutico”.
Promover suporte familiar	Encorajar verbalização de emoções à família; Treinar assertividade do utente; Reduzir estigma e auto-estigma

### 1.7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De acordo com o plano de cuidados elaborado anteriormente, foram programadas, e aplicadas cinco sessões de intervenção individual. Foram planeadas mais duas que não foram aplicadas, visto que o utente teve alta clínica para o domicílio.

Nas entrevistas iniciais, A. mostrou-se recetivo, com abertura para o diálogo e empenhado no seu processo de recuperação.

Constatou-se desde a primeira sessão, a dificuldade de aceitação da sua patologia, mostrando dificuldade em abordar a doença mental e foi evidente algum estigma associado. Deste modo primeira intervenção realizada na avaliação e aplicação de instrumentos, com o objetivo de obter mais informação para a elaboração do plano de cuidados e incentivar ao *insight*.

Através da aplicação dos instrumentos de avaliação, foi possível confirmar o diagnóstico de ansiedade moderada e identificar uma comprometida adesão ao regime terapêutico. Além disso, a avaliação apropriada a este contexto permitiu levantar outros diagnósticos relevantes. No que se refere ao uso de substâncias, não foi evidenciada a necessidade prioritária de intervenção, uma vez que o utente obteve uma pontuação baixa (3 pontos) no questionário de triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST-PT), indicando um uso ocasional de canabinóides. Contudo, foi mantida uma orientação constante para a abstinência e a prevenção de contextos que poderiam favorecer o consumo.

Nas duas primeiras intervenções foi evidente que o pensamento distorcido se mantinha. Existia alguma inquietação e delírios de grandeza, sente-se triste por “faltar a sessão fotográfica que estava programada, para iniciar a sua carreira” (sic), sendo notório a presença de delírio que se caracteriza por alteração do conteúdo do pensamento, ou seja, a existência de crenças fixas inabaláveis e pensamento organizado manifestada pelo discurso incompatível com a realidade (Gonzalez & Nunes, 2022).

Posteriormente refletiu-se que a abordagem teria que ser retificada, optando-se por uma intervenção modificação de comportamento, quando já existiam critérios. Nesta fase A. já se encontrava com motivação para a mudança e com capacidade cognitiva para entender as tarefas inerentes ao processo de mudança comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020).

As sessões finais foram programadas em colaboração com o utente, focando os problemas identificados. Infelizmente, não foi possível implementá-las devido à alta inesperada no dia seguinte após esta reavaliação. Esta alta não fora programada, e o planeamento relacionado à alta para uma instituição não foi realizado, resultando na alta do utente para o seu domicílio. Isto inviabilizou a avaliação da eficácia do plano de intervenção.

Nestas circunstâncias foi experimentada alguma frustração, devido à interrupção inesperada do plano de intervenção que estava preparado. Isso deveu-se, principalmente, à falta de oportunidade para avaliar os resultados esperados. A incerteza quanto à forma como A. lidaria com a sua condição fora do ambiente hospitalar e a continuidade da adesão ao tratamento contribuíram para um sentimento de impotência.

De um modo geral, essa situação inesperada despertou a necessidade de reavaliar a estratégia de cuidados, considerando a necessidade de existir um acompanhamento pós-

alta, que pode incluir consultas e contacto telefónico com o objetivo de avaliar a execução do plano de alta, discutir as instruções dadas, e esclarecer quaisquer questões ou problemas relacionados a essas orientações dadas aquando da alta (Weber et al., 2017) .

## 1.8. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL: “INDIVIDUALMENTE”

Em seguida será descrito o programa de intervenção individual e suas avaliações individuais.

### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 1

**LOCAL:** : Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do [REDACTED]

**DESTINATÁRIO:** Utente A

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz

**DURAÇÃO:** 50 minutos

**OBJETIVO GERAL:** Iniciar relação terapêutica.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Apresentação mútua; entrevistar utente; estabelecer relação de ajuda com a utente; obter consentimento para participação em consultas de enfermagem; definir papéis dos intervenientes; realizar a colheita de dados.

**JUSTIFICAÇÃO:** Comportamentos que demonstram respeito e criam relação incluem escuta ativa, disponibilidade e consistência. Essas atitudes são evidenciadas quando os utentes são levados em consideração e a interação ocorre em parceria (Pereira & Botelho, 2014).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	expositivo	5'	Apresentação dos intervenientes na sessão; Apresentação dos objetivos da sessão; Apresentação do programa de intervenção;	Cadeiras mesa
Desenvolvimento	interativo	40'	Entrevista semiestruturada - colheita de dado segundo Peplau; Realização de genograma e ecomapa; Obtenção de uma perspetiva de vida da utente; Estabelecimento de confiança mútua; Escuta Ativa Relação de ajuda	
Conclusão	expositivo	5'	Discussão sobre a sessão; Avaliar expectativas futuras; Obtenção consentimento verbal esclarecido para participação nas sessões	
Avaliação	<p>Utente encontrava-se calmo, disponível e encaminhou-se voluntariamente a sala para ter um local mais privado. O seu tom de pele é claro, o cabelo apesar de despenteado, encontra-se limpo. A idade aparenta-se ser igual à real. Um pouco emagrecido.</p> <p>Com aspeto cuidado e pijama da instituição. O seu discurso era fluido e espontâneo. Partilhou facilmente a sua história de vida.</p> <p>Apresentava coerência no raciocínio, no entanto demonstrava alguma dúvida quanto a necessidade de estar internado. Com falta de <i>insight</i> quanto a seu estado de saúde. Por vezes referiu que se sentia capaz de voltar ao seu dia-a-dia. Demonstrou vontade de ter alta brevemente.</p> <p>Optou-se por construir uma relação de confiança com o utente, demonstrou-se empatia, compreensão e respeito pelos sentimentos e suas perspetivas. E por fim foi elucidado com informações claras e objetivas sobre o motivo do internamento, os benefícios do tratamento e os riscos associados à alta prematura.</p> <p>Respondeu adequadamente às questões colocadas e após esclarecimento do objetivo das sessões de enfermagem consentiu na participação no programa.</p>			

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 2

**LOCAL:** : Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do [REDACTED]

**DESTINATÁRIO:** Utente A

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz

**DURAÇÃO:** 40 minutos

**OBJETIVO GERAL:** Estabelecer diagnósticos de enfermagem

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Aplicar instrumentos de avaliação; Realizar colheita de dados;

Promover o autoconhecimento; Executar relação de ajuda.

**JUSTIFICAÇÃO:** Tendo em conta o processo interpessoal de Peplau é de destacar a importância da construção de relações interpessoais como um requisito para o utente atingir o seu desenvolvimento e crescimento pessoal, em colaboração com o enfermeiro. Esta teórica apresenta um processo com quatro fases distintas: orientação, identificação, exploração e resolução. A fase inicial, conhecida como orientação, corresponde ao momento inicial da interação em que o enfermeiro identifica as necessidades e informações essenciais sobre o problema que estão a enfrentar (Bittencourt et al., 2018).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	expositivo	5'	Apresentação dos objetivos da sessão; Resumo de como a utente se tem sentido	Cadeiras mesa
Desenvolvimento	interativo	30'	Entrevista semiestruturada - colheita de dados Aplicação de instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"><li>• Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS);</li><li>• Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT);</li><li>• Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST-PT);</li><li>• Escala de Esperança de Herth;</li></ul> Realização de escuta ativa.	
Conclusão	expositivo	5'	Discussão sobre a sessão; Reflexão sobre os resultados obtidos; Planeamento de nova sessão.	
Avaliação	A. encontra-se no quarto, deitado. Mostra-se surpreso com a minha presença e disponível . Mostrou-se receptivo à realização das escalas como previamente havíamos acordado. Obtêm-se os seguintes scores: <ul style="list-style-type: none"><li>• Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS): 13 pontos (suspeita moderada de ansiedade) e 6 pontos (sem depressão significativa);</li><li>• Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT): 28 pontos (baixa adesão)</li><li>• Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST-PT):3 pontos (uso casual de canábionóides)</li><li>• Escala de Esperança de Herth: 22pontos (Esperança percebida alta).</li></ul> À medida que ia realizando as escalas, A. interrompia para justificar o porquê de determinada escolha, acabando por verbalizar emoções e partilhar vivências. Durante esse processo, surgiram algumas incertezas que foram devidamente esclarecidas, e enfatizou-se a finalidade da escala como ferramenta de avaliação da avaliação da eficácia da intervenção. A escala do consumo de substâncias despertou alguma duvidas, no intuito de responder e saber que teria sido um consumo desadequado em determinadas alturas.			

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 3

**LOCAL:** : Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do [REDACTED]

**DESTINATÁRIO:** Utente A

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz

**DURAÇÃO:** 50 minutos

**OBJETIVO GERAL:** Adesão ao regime terapêutico

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Identificar e abordar crenças negativas; Esclarecer dúvidas quanto ao regime terapêutico.

**JUSTIFICAÇÃO:** A psicoeducação é uma forma de educação para a saúde, com enfoque nas atitudes e comportamentos dos indivíduos, fornecendo-lhes experiências de aprendizagem que facilitem a adaptação voluntária de comportamentos que promovam a sua saúde. É uma intervenção de Enfermagem que compreende intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas. Esta intervenção deve incidir sobretudo na literacia sobre sinais e sintomas, etiologia, prognóstico e tratamento farmacológico e não farmacológico (Sequeira & Sampaio, 2020).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	5'	Apresentação dos objetivos da sessão;	Cadeiras Mesa
Desenvolvimento	Interativo	40'	Realização de psicoeducação sobre: benefícios da adesão ao regime terapêutico, minimizando aspetos negativos doença mental; Esclarecimento de dúvidas; Entrevista motivacional – estabelecer metas atingíveis, aumentar o compromisso com o tratamento; Espaço para verbalização de sentimentos.	
Conclusão	Expositivo	5'	Avaliação de expectativas futuras; Incentivo à participação na sessão de grupo; Pedido de trabalho de casa: "Reflexão Terapêutica: Melhorando o Bem-Estar Mental" Planeamento de nova sessão.	
Avaliação	Utente apresentava-se com um humor triste e depressivo. Compareceu na sessão acompanhada por um <i>dossier</i> que apresentava uma fotografia sua e no interior um diário nas cartas escritas pela namorada. Utente parecia muito orgulhoso e recetivo a intervenção. Foi realizada a validação positiva deste momento de autovalorização e autoconhecimento. No entanto o utente demonstrou falta de capacidade em cumprir com os seus objetivos de preencher o diário, e deste modo a meio da sessão pediu para ir arrumá-lo no seu quarto. Foi respeitada a sua decisão e este voltou autonomamente para onde nos encontrávamos. Com o decorrer da intervenção, mantinha o discurso de falta de reconhecimento da sua condição em necessidade estar internado. Apresentou labilidade emocional, manifestou angústia e frustração. Com esta situação foi necessária uma abordagem delicada e empática. Foi incentivado a expressar os seus sentimentos e suas emoções. Com esta abordagem, houve alteração do discurso e foi evidente por uma expressão facial mais relaxada e menos tensa. Houve flutuações notáveis nas suas respostas, expressões emocionais e comportamentais. Por vezes falava de forma grandiosa e exagerada sobre sua aparência física e futuro talento como modelo fotográfico. O discurso é repleto de grandiosidade e falta de conexão com a realidade, demonstrando um claro delírio de grandeza. Não foi viável continuar com intervenção programada e foi evidente a necessidade de avaliar continuamente as respostas e ajustar a abordagem terapêutica de acordo com as mudanças no comportamento e no estado emocional do utente. Apesar da instabilidade da sessão foi possível agendar a seguinte e utente demonstrou compreensão e vontade em continuar o programa			

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 4.1

**LOCAL:** : Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do [REDACTED]

**DESTINATÁRIO:** Utente A

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz

**DURAÇÃO:** 50 minutos

**OBJETIVO GERAL:** Promoção do autoconhecimento;

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Incentivar autoconhecimento; Promover a mudança de comportamento.

**JUSTIFICAÇÃO:** No contexto dos comportamentos relacionados com a saúde e a doença, a autorregulação ou autoconhecimento requerem e à participação ativa do indivíduo na gestão de suas próprias mudanças de comportamento. Isso envolve a definição de metas pessoais, o indivíduo desempenhando um papel ativo na definição de seu comportamento e a ênfase nos processos que são utilizados para alcançar essas metas (Leal & Ribeiro, 2021).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	2'	Apresentação dos objetivos da sessão;	Cadeiras Mesa
Desenvolvimento	Interativo	40'	Identificar, conjuntamente com o utente, comportamento que necessita de se mudar (comportamento-alvo); Terminar a motivação para a mudança; Informar o utente da importância da sua participação ativa no processo terapêutico de mudança; Consciencializar utente para a necessidade de mudança; Incentivar o utente a identificar os Prós e Contras do seu comportamento; Incentivar um tenta identificar os estímulos que aumentam os comportamentos desadequados;	
Conclusão	Expositivo	20'	Avaliar expectativas futuras; Incentivar participação no trabalho de casa: Registos de atitudes/estratégias adequadas para modificar para o comportamento Planear nova sessão.	
Avaliação	Utente não psicótico, mas sem critica pessoal de comportamentos. Foi abordado sobre a sua vontade e necessidade de ir para uma comunidade. Refere que está interessado em ir, mas não sabe descrever porque quer ir. Manteve algum déficit de critica para a sua situação, mas diz estar motivado para ir para uma comunidade. Foi notório que se encontrava motivado para a mudança com um nível baixo, ou seja, ao nível de preparação. Tende apresenta-se com uma pouca capacidade cognitiva para entender as tarefas inerentes ao processo de mudança comportamental, e estas são alguns dos critérios para que esta intervenção seja adequada (Sequeira & Sampaio, 2020). Feito reforço positivo, tendo em conta que foi evidente alguma motivação para uma nova perspetiva. Utente foi ajudado a refletir, acerca de adotar estratégias para manter abstinência após a alta e encontrar objetivos de vida realistas e exequíveis. Incentivado a realizar trabalho de casa, e descrever estas estratégia de modo a analisá-las na sessão seguinte, utente mostrou-se recetivo.			

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 4.2

**LOCAL:** : Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do [REDACTED]

**DESTINATÁRIO:** Utente A

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz

**DURAÇÃO:** 50 minutos

**OBJETIVO GERAL:** Promoção da mudança de comportamento.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** incentivar autoconhecimento; Substituir comportamentos/pensamentos desajustados por outros mais adequados

**JUSTIFICAÇÃO:** a modificação uma abordagem comportamental que visa progressão positiva nenhuma pessoa que apresenta um diagnóstico de enfermagem alterado de natureza do comportamento. Várias técnicas podem ser utilizadas no âmbito desta intervenção de forma independente ou em conjunto, como o treino de autocontrole, *role playing* entre outras (Sequeira & Sampaio, 2020).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	2'	Apresentação dos objetivos da sessão;	Cadeiras Mesa
Desenvolvimento	Interativo	50'	Avaliação do progresso realizado desde a sessão anterior; Encorajar ou tenta reavaliar o seu comportamento, tomando consciência das respetivas consequências; Analisar as reações do utente grande situações hipotéticas que envolve quem o levem ao aparecimento do comportamento; Treinar com o utente, estratégias de modificação de comportamento ( <i>role-playing</i> ); Assistir ou tente identificar os seus pontos positivos e reforçá-los positivamente; Realizar escuta ativa; Treinar com o negociar com o utente os objetivos a atingir até à sessão seguinte.	
Conclusão	Expositivo	5'	Resumo e avaliação da sessão	
Avaliação	<p>Utente calmo e colaborante. Aspeto cuidado e olhar dirigido. Postura e linguagem adequada.</p> <p>Feito resume da sessão anterior, estimulada a partilha de sentimentos e comportamentos recentes. A. referiu que não foi capaz de realizar a tarefa sugerida na sessão anterior, por ter dificuldade em organizar as ideias, mas mantém-se motivado para ir para comunidade terapêutica. Foi evidente alguma ansiedade relativamente a esta mudança que foi confirmada pelo utente.</p> <p>Também foi notória a necessidade aprofundar esta abordagem de intervenção, e foi reforçada a sua importância.</p> <p>Feito reforço dos benefícios da comunidade terapêutica, como apoio 24 horas, terapia estruturada, e ambiente seguro. Feito apoio emocional, ouvidas as preocupações de A. e validados seus sentimentos.</p> <p>Nos decorrer da sessão foi identificada o desconforto em voltar a interagir com amigos futuramente, referiu “ser mais fácil ir para um sítio onde há pessoas com problemas como eu”, e foi evidente a dificuldade em falar sobre a doença mental.</p> <p>Deste modo foi identificada a necessidade de intervir e realizar psicoeducação sobre gestão de ansiedade e estigma face a doença mental. Utente concordou com a necessidade identificada.</p> <p>Não foi viável executar a intervenção planejada integralmente, devido à demonstração de outras necessidades de intervenção.</p>			

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 5

**LOCAL:** : Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do [REDACTED]

**DESTINATÁRIO:** Utente A

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz

**DURAÇÃO:** 40 minutos

**OBJETIVO GERAL:** Aumentar o conhecimento sobre estigma face à doença mental

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Promover o autoconhecimento e autocontrole; Promoção da Literacia em saúde mental.

**JUSTIFICAÇÃO:** Existe injustiça social para com as pessoas que sofrem com problemas desta natureza. A falta de conhecimento em relação à doença mental e o seu tratamento é ainda evidente. O estigma repercute-se de forma prejudicial nas próprias pessoas, retardando ou impedindo-as de procurar cuidados de saúde, o tratamento e a sua reabilitação. Alguns estudos demonstram que o contacto com as pessoas que sofrem de doença mental e o grau de literacia sobre estas problemáticas são os fatores mais influentes no combate ao estigma (Martins, 2019).

O estigma pode definir-se como uma desaprovação social, que resulta de características presumidas, comportamentos ou crenças que não se adequam às normas (culturais, políticas, económicas ou sociais) impostas pela sociedade (Oliveira & Azevedo, 2014).

Devido à estigmatização e discriminação, as pessoas com doença mental têm frequentemente os seus direitos humanos violados e a muitos são negados direitos económicos, sociais e culturais, com restrições aos direitos ao trabalho e à educação, bem como aos direitos reprodutivos e ao direito ao mais alto padrão de saúde atingível (WHO, 2021).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	expositivo	2'	Apresentação dos objetivos da sessão;	Cadeiras mesa
Desenvolvimento	interativo	40'	Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior, e o insight sobre a sua doença; Ensinar sobre o estigma face a doença mental; Encorajar o utente a partilhar suas experiências pessoais estigmatizantes; Promover da autoestima e autoaceitação do utente, destacando suas forças e qualidades; Identificar e explorar crenças limitantes relacionadas à sua condição e o	

			estigma na doença mental, (exploração de pensamentos automáticos negativos e sua substituição por pensamentos mais realistas e positivos); Promover a autoestima ajudando o utente a desenvolver autocompaixão, autoaceitação e autorregulação emocional. Incentivar o utente a buscar ajuda profissional quando necessário e a se envolver em tratamento contínuo.
Conclusão	expositivo	5'	Resumo e avaliação da sessão

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 6

**LOCAL:** : Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do [REDACTED]

**DESTINATÁRIO:** Utente A

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz

**DURAÇÃO:** 40 minutos

**OBJETIVO GERAL:** Diminuir a ansiedade

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Ensinar sobre estratégias de redução de ansiedade; Executar técnica de relaxamento; Melhorar o humor.

**JUSTIFICAÇÃO:** O relaxamento caracteriza-se por um estado de consciência que envolve sentimentos de paz, alívio de tensão, stress, medo e ansiedade, incluindo sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stress e ansiedade (Payne, 2003).

O relaxamento permite à pessoa desenvolver capacidades para lidar com os sintomas físicos que contribuem para a ansiedade de uma forma mais eficaz. A expansão do *mindfulness* deve-se ao facto de trabalhar processos trans diagnósticos comuns a vários problemas de saúde mental, podendo ser integrado em vários programas. De acordo com alguns estudos as intervenções baseadas no *mindfulness* de formação moderadamente eficazes no seu tratamento de sintomas psicóticos e como complemento o tratamento farmacológico (Sequeira e Sampaio, 2020).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	10'	Resumo da sessão anterior; Apresentação dos objetivos da sessão;	Cadeiras Mesa
Desenvolvimento	Interativo	30'	Relembrar estratégias de autocontrolo de ansiedade; Breve explicação sobre benefícios do relaxamento muscular; Despertar motivação e interesse; Executar técnica de relaxamento muscular, com auxílio de guia (apêndice1). Entregar folheto: Figura 1: "sofres de ansiedade" Analisar e esclarecer dúvidas sobre o folheto.	Folheto Guia

<b>Conclusão</b>	Expositivo	10'	Promover a expressão de opiniões e sentimentos face a intervenção realizada. Avaliar expectativas futuras; Planear nova sessão.
<b>Avaliação</b>	Não foi possível efetuar a intervenção		

### APÊNDICE 1- Guia (adaptado de: Sampaio et al., 2023)

Pedir para fechar os olhos e mantê-los fechados durante a técnica.

Iniciar a técnica:

– **Mão e antebraço direito:** Contrair os músculos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço direito. Sente a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Braço direito:** Contrair os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sente a tensão no braço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

- **Mão e antebraço esquerdo:** Contrair e descontrair os músculos utilizando o procedimento descrito para os do lado direito.

– **Braço esquerdo:** Contrair e descontrair os músculos utilizando o procedimento descrito para o do lado direito.

– **Parte superior da face (testa):** Contrair os músculos, levantando as sobrancelhas o mais alto possível / franzindo a testa. Sente a tensão na testa e no centro do couro cabeludo (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Parte central da face (parte superior das bochechas e nariz):** Contrair os músculos, fechando fortemente os olhos e franzindo o nariz, levantando-o. Sente a tensão em redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Parte inferior da face (parte inferior das bochechas, boca e queixo):** Contrair os músculos, fechando fortemente os dentes e empurrando os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente (10 seg.). Sente a tensão à volta dos maxilares e do queixo. Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

- **Pescoço:** Contrair os músculos, empurrando fortemente o queixo para baixo, contra o peito, sem tocar neste ou empurrando a cabeça para trás, contra a cadeira. Sente a tensão no pescoço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Peito, ombros e parte superior das costas:** Contrair os músculos, inspirando profundamente, guardando o ar dentro dos pulmões e empurrando os ombros e as omoplatas para trás (como se quisesse tocar com um ombro no outro). Sente a tensão no peito, ombros e costas (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Abdómen:** Contrair os músculos, encolhendo fortemente o estômago (como que para evitar um soco). Sente o estômago tenso e apertado (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Coxa direita:** Contrair os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita (como que para «fugir com o rabo à seringa») e contraindo os músculos da parte superior da perna. Sente a tensão na nádega e na coxa (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Parte inferior da perna direita:** Contrair os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sente a tensão na barriga da perna (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Pé direito:** Contrair os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sente a tensão na palma do pé (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Coxa esquerda:** Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para a do lado direito.
- **Parte inferior da perna esquerda:** Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para a do lado direito.
- **Pé esquerdo:** Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para o do lado direito.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/riv18015>
- Freitas, R. J. M., Araujo, J. L., Moura, N. A., Oliveira, G. Y. M., Feitosa, R. M. M., & Monteiro, A. R. M. (2020). Nursing care in mental health based on the TIDAL MODEL: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>
- Gonzalez, I. S., & Nunes, L. (2022). Evidências da utilização do treino metacognitivo na pessoa com psicose: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 27*, 158–180. <https://doi.org/10.19131/rpesm.331>
- International Council of Nurses. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®. *Artmed*.
- Leal, I., & Ribeiro, J. L. P. (2021). *Manual de Psicologia da Saúde*. Pactor.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde* (2ª). Lusociência.
- Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem, 18*(2), 61–73. <http://hdl.handle.net/10400.26/23806>
- Regulamento nº 515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República, 2ª Série*(151), 21427–21430. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. da C. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. In 1.ª. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Saudemental.pt*. (n.d.). Retrieved October 26, 2023, from <https://saudemental.pt/folhetos-informativos/>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Weber, L. A. F., Lima, M. A. D. da S., Acosta, A. M., & Marques, G. Q. (2017). Transição do Cuidado do Hospital para o Domicílio: Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem, 22*(3). <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>

APÊNDICE XII - Estudo de caso: Programa de Intervenção Individual: “Passo a passo”

## 1. ESTUDO DE CASO

Este estudo de caso clínico tem como objetivo destacar a relevância da intervenção do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no planeamento e execução de intervenções individualizadas psicoterapêuticas e psicoeducacionais-

O indivíduo em questão deu o seu consentimento verbal para participar nas sessões e para a elaboração de um estudo de caso clínico após a primeira consulta de enfermagem para integrar o programa de tratamento com medicamento opióide. A privacidade e a identidade dessa pessoa foram rigorosamente protegidas, em conformidade com os princípios éticos e legais que norteiam a prática de enfermagem.

As intervenções Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foram realizadas pela mestranda, acompanhada pela Enfermeira Orientadora. Durante as mesmas, foram seguidas as quatro fases do processo interpessoal de Peplau: fase de orientação – colheita de dados e compreensão do problema; fase de identificação – exploração de sentimentos e identificação dos diagnósticos de enfermagem; fase de exploração – objetivos e intervenções de enfermagem; e fase de resolução - de forma conjunta e cooperativa, se satisfazem as necessidades da pessoa e se completa a avaliação das intervenções (Bittencourt, Marques, & Barroso, 2018).

### 1.1. IDENTIFICAÇÃO

O utente sobre quem se realiza este caso clínico é um homem de 24 anos, de nome J. residente em Leiria. Como habilitações literárias tem o ensino secundário. Cresceu com a mãe até aos cinco anos, tendo sido colocado a viver com os avós paternos com quem não tinha uma boa relação. Aos 18 anos saiu de casa dos avós e foi viver com a mãe.

Neste momento encontra-se desempregado, já teve vários empregos em diversas áreas. O último emprego foi numa panificadora, donde fora despedido devido a faltas associadas a consumos.

Atualmente, reside sozinho com o cão numa loja/barbearia, que pelo que descreve tem condições mínimas de habitabilidade. A mãe e irmã vive relativamente perto.

Sem outras relações presentemente. Como *hobbies* descreve que gostar de jogar, cuidar do cão e cortar cabelo de outras pessoas.

## 1.2. HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

J. procura serviço por iniciativa própria devido a consumos descontrolados de heroína.

Padrão de Consumo: início aos 14 anos com canábis e tabaco, mantendo consumo diário; início aos 16 anos de álcool (atualmente não consome); início aos 21 anos de cocaína fumada (consumo diário) e aos 22 anos de heroína fumada (1 a 2gr diariamente).

Gastos diários em torno de 120 euros. Alergia ao pólen; asmático não medicado;

Refere que estava medicado com diazepam e quetapina no domicílio, não sabe especificar a posologia.

Avaliação Hemodinâmica: Tensão Arterial: 142/76 mmHg; Frequência Respiratória: 72 p/min; Frequência Cardíaca: 68 bat/min; Peso – 86Kg; Dor – 0; Glicemia Capilar – 118mg/dl, Temperatura: 36,5º.

Nega comportamentos de risco atuais. Testagem a Hepatite C e HIV negativa.

## 1.3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

Não foram descritos nem recordados, por parte de J. outros antecedentes de relevância, para além da existência de um histórico de obesidade na infância.

O pai é residente no estrangeiro e ex-toxicodependente e a mãe tem antecedentes de depressão e histórico de vítima de violência doméstica.

Mantém uma relação distante, mas saudável com irmã e pai e uma relação de dependência e conflituosa com mãe.

#### 1.4. ENOGRAMA E ECOMAPA

Com base na informação recolhida foram elaborados os seguintes genograma e o ecomapa.

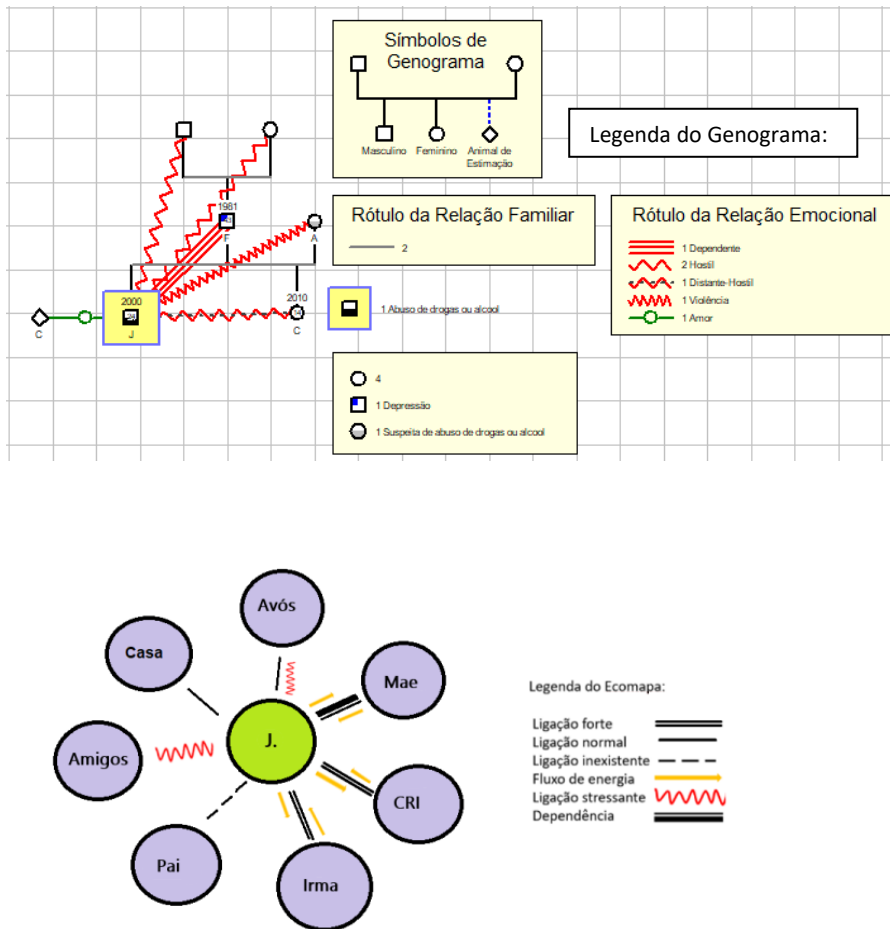


Figura 1- Genograma e Ecomapa

#### 1.5. EXAME MENTAL E AVALIAÇÃO SEMIOLÓGICA

O seguinte exame mental é baseado na entrevista da colheita de dados, realizada no primeiro contato com J, e descrito no Quadro 1.

Quadro 1- Descrição do exame mental

<b><u>Apresentação geral:</u></b>	Aspetto cuidado, roupa adequada a estação. Idade aparente correspondente à real, pele ligeiramente pálida
<b><u>Consciência e Orientação:</u></b>	Apresenta-se consciente, com respostas adequadas, orientada em todas as referências.
<b><u>Postura:</u></b>	Sentado na cadeira, irrequieto.
<b><u>Motricidade:</u></b>	Alguma inquietude motora.
<b><u>Expressão facial e mímica:</u></b>	Apresenta face expressiva, O tom de voz é adequado.
<b><u>Contacto:</u></b>	Fácil
<b><u>Discurso e linguagem:</u></b>	Discurso espontâneo, algo pressionado, mas fluido e coerente, sem alterações sintático-gramaticais.
<b><u>Humor e emoções:</u></b>	Humor depressivo

<b><u>Pensamento:</u></b>	quanto ao curso, algum bloqueio de pensamento, na medida em que as ideias por vezes não retomam o seu curso inicial. Quanto à forma, verifica-se fuga de ideias, descarrilamento e circunstancialidade, uma vez que J. alterna assuntos de forma acelerada, incluindo detalhes irrelevantes. Neste sentido, foi essencial ir intervindo de forma a direcionar a entrevista para o que se pretendia
<b><u>Afetos:</u></b>	Afetos congruentes, com breve labilidade emocional.
<b><u>Perceção:</u></b>	Não se apuram alterações a este nível
<b><u>Memória:</u></b>	Não se constata alterações evidentes de memória, uma vez que existe evocação de conteúdos recentes e passados.
<b><u>Cognição e atenção:</u></b>	Não se verificaram dificuldades de cognição nem concentração, compreendendo o que se pedia e demonstrando raciocínio lógico, apesar de uma tendência a minimizar consequências dos seus comportamentos.
<b><u>Insight e juízo crítico:</u></b>	Ausência de <i>insight</i> e juízo crítico prejudicado.

## 1.6. PLANEAMENTO DE CUIDADOS

O processo de enfermagem é individualizado, sendo que uma só intervenção pode contribuir para a melhoria de vários diagnósticos, que estão correlacionados, pelo que se realiza um plano de cuidados geral (Quadro 2), com vista à melhoria global do estado do utente J, baseado na taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2019).

Quadro 2- Plano de Cuidados

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções	Resultados esperados	Indicadores de avaliação
Problema comportamental: Abuso de drogas	Realizar psicoeducação sobre consumo; Realizar psicoeducação sobre transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias; Monitorizar consumos; Ensinar sob controlo de impulsos. Ensinar sobre comportamento de procura de saúde Promover realização de atividades prazerosas: caminhar, pintar, cuidar do cão. Realizar Entrevista Motivacional Ensinar a reconhecer gatilhos e situações de risco que podem desencadear o consumo de substâncias. Promover o autocontrolo Desenvolver plano para prevenção de recaídas e de urgência Promoção de rede de apoio Promover comportamento de procura de saúde Apoiar na organização laboral e atividade de vida diárias Realizar escuta ativa Elucidar sobre alternativas disponíveis – Comunidade Terapêutica	Abuso de drogas reduzido; Continuidade no programa	5/12- Escala ASSIST: baixo risco para consumos de álcool; Risco moderado para consumos tabaco e canábis e alto risco para opiáceos e cocaína.  12/01- Escala ASSIST: moderado risco para consumos de álcool tabaco e canábis, opiáceos e cocaína.
Auto controlo comprometido: Ansiedade	Ensinar Sobre Estratégias de Redução da Ansiedade Executar Apoio Emocional Executar Intervenção Psicoeducativa gestão ansiedade Executar Relação de Ajuda Ensinar Técnica de Respiração Diafragmática; Executar Relaxamento muscular autogénico (Schultz) Treinar e orientar o utente sobre uso de Técnicas de Relaxamento	Auto controlo: ansiedade NIC: Redução da ansiedade	5/12- Inventário de ansiedade de BECK-ansiedade moderada (22 pontos)  12/01- Inventário de ansiedade de

	Oferecer intervenções de distração voltadas à redução da tensão (caminhadas/exercício físico)		BECK- ansiedade leve (27 pontos)
Adesão ao regime terapêutico comprometida	<p>Avaliar evolução da adesão ao regime de tratamento</p> <p>Avaliar evolução da resposta à medicação</p> <p>Avaliar evolução da satisfação com cuidados de saúde</p> <p>Ensinar sobre efeitos secundários da medicação</p> <p>Ensinar sobre medicação</p> <p>Ensinar sobre regime de tratamento</p> <p>Reforçar adesão</p> <p>Discutir as preocupações financeiras relativas ao regime de medicamentos.</p> <p>Determinar o conhecimento do utente sobre os medicamentos.</p> <p>Determinar os fatores que podem impedir o utente de tomar os medicamentos prescritos.</p> <p>Desenvolver estratégias com o utente para melhorar a adesão ao regime medicamentoso prescrito.</p> <p>Desenvolver estratégias para controlar os efeitos adversos dos medicamentos.</p> <p>Determinar o impacto do uso dos medicamentos no estilo de vida do utente.</p> <p>Orientar o utente sobre o momento de procurar atendimento médico</p>	Adesão ao Regime Terapêutico /medicamentoso	<p>5/12- Escala de MARS</p> <p>Adesão inconsistente ao regime medicamentoso</p> <p>12/01- Escala de MARS</p> <p>Adesão inconsistente ao regime medicamentoso, sem alteração de resultados</p>
Comunicação familiar não eficaz	<p>Promover comunicação familiar efetiva;</p> <p>Incorajar verbalização de emoções à família/mãe;</p> <p>Treinar assertividade da utente: <i>roleplay</i> e Técnica de Inversão de papéis;</p> <p>Orientar familiar sobre estratégias de redução/cessão do consumo.</p>	Comunicação familiar eficaz	Não foram avaliados de forma conclusiva

## 1.7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De acordo com o plano de cuidados elaborado anteriormente, foram programadas oito sessões, e aplicadas sete sessões de intervenção individual (Apêndice II).

Nas entrevistas iniciais, J. mostrou-se recetivo, com abertura para o diálogo e empenhado no seu processo de recuperação. Demonstrou *insight* para os seus consumos de heroína e cocaína, no entanto, negava que os restantes consumos seriam um problema, e afirmava, de forma premente, não ser dependente de canabionídes, “não consigo passar sem a minha ganza, e nunca vou deixar” (sic).

Em todas as sessões apresentava-se com sinais iniciais de ansiedade/abstinência que diminuíram após a ingestão de metadona. Os conflitos com a mãe foram abordados e foi motivado a refletir como estes afetam o seu bem-estar geral. As avaliações de risco para substâncias e ansiedade indicaram nível de ansiedade moderada e alto risco para opiáceos e cocaína. Durante a intervenção 5Rs refletiu sobre os benefícios da metadona e a necessidade de se integrar na sociedade e procurar emprego.

No início do processo, apesar de haver uma oportunidade para J. ingressar numa comunidade terapêutica, que poderia fornecer estratégias de enfrentamento eficazes para controle a médio e longo prazo, ele consistentemente recusou essa opção.

Durante outra sessão e após o consumo recente de heroína e cocaína, o utente admitiu dificuldade em manter abstinência e cumprir compromissos. Demonstrou conhecimento teórico sobre recompensas associadas ao consumo, mas dificuldade em aplicar estratégias saudáveis. A entrevista motivacional e a técnica da balança ajudaram a identificar prós e contras do consumo.

Fora agendada uma intervenção familiar, no entanto J apareceu sozinho, demonstrando decepção com a ausência da mãe. Foi realizado reforço positivo pelo comparecimento e abordagem de perspetivas futuras.

Nesta consulta, realizada após a toma presencial de metadona, a atividade "Lidando com situações aparentemente irrelevantes/gatilhos" mostrou-se muito eficaz. O utente conseguiu identificar decisões que poderiam levar a recaídas e refletiu sobre algumas estratégias para evitar essas situações(Laranjeira et al., 2021).

Para finalizar foram novamente aplicados os instrumentos de avaliação, que indicaram um risco moderado de consumo de substâncias, com o utente expressando satisfação por estar alinhado com seus objetivos atuais. Os resultados também indicaram um nível de ansiedade leve, sugerindo eficácia das intervenções. O utente manteve-se sem consumir heroína, demonstrando assertividade e gratidão durante a sessão.

Refletindo sobre as intervenções realizadas com o utente J., pode-se concluir que houve avanços significativos, mas também desafios contínuos, como era de esperar visto que está descrito que " o nível de motivação varia de pessoa para pessoa e pode se diversificar em uma mesma pessoa em relação ao tempo, dependendo do momento e da situação em que o indivíduo está" (Laranjeira et al., 2021, p. 51).

A negação em relação aos consumos de canabinóides e a dificuldade em comprometer-se totalmente com a mudança mostram que ainda há trabalho a ser feito. A inconsistência em aceitar ajuda, como recusar a oportunidade de ingressar numa comunidade terapêutica, e o comportamento ambivalente em relação às mudanças sugerem a necessidade de abordagens mais adaptadas e talvez mais focadas na motivação. A expressão de decepção com a ausência da mãe e a ansiedade moderada, embora tenham sido abordadas, ainda são áreas que requerem atenção.

As próximas sessões devem continuar a reforçar a autoconsciência e a importância do comprometimento com o processo de recuperação, assim como, a necessidade de incluir a equipa multidisciplinar neste processo.

#### 1.8. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL: "PASSO A PASSO"

##### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 1-05/12

**LOCAL:** CRI [REDACTED]

**DESTINATÁRIO:** Utente A

**TERAPEUTA:** Enfermeira mestranda Diana Ferraz

**DURAÇÃO:** 50 minutos

**OBJETIVO GERAL:** Estabelecer relação de ajuda; iniciar relação terapêutica.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Apresentação mútua; Promoção da relação ajuda com o utente; Obtenção do consentimento para participação em consultas de enfermagem; Definição de papéis dos intervenientes; Realização a colheita de dados.

**JUSTIFICAÇÃO:** A relação de ajuda é uma componente fundamental, envolvendo a criação de um espaço terapêutico de confiança, empatia e apoio, onde o utente se sente seguro para explorar e enfrentar seus desafios mentais e emocionais (Sequeira & Sampaio, 2020).

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	2'	Apresentação dos intervenientes na sessão; Apresentação dos objetivos da sessão; Apresentação do programa de intervenção;	Cadeiras mesa
Desenvolvimento	interativo	40'	Entrevista semiestruturada - colheita de dados segundo Peplau; Realização de genograma e ecomapa; Obtenção de uma perspetiva de vida da utente; Estabelecimento de confiança mútua; Escuta ativa Relação de ajuda Obtenção consentimento verbal esclarecido para participação nas sessões	
Conclusão	Expositivo	2'	Discussão sobre a sessão; Avaliar expectativas futuras;	
Avaliação	<p>Sessão foi iniciada com a apresentação da enfermeira aí escritos objetivos da sessão. Entendo concordou e mostrou-se disponível.</p> <p>Consciente e orientado. Adequado e colaborante. Higiene cuidada. Pele corada e hidratada.</p> <p>Início com a descrição da razão que o motivou a pedir ajuda e esse dirigir voluntariamente ao CRI.</p> <p>Durante a consulta, o utente descreveu detalhadamente o seu estado emocional atual e os desafios que enfrentava. Mostrou falta de perceção sobre a necessidade de mudança, evidenciando conforto apenas em alguns dias desde o início do programa. Descreveu suas atividades diárias, fonte de rendimentos e apoios recebidos, mencionando relações familiares e de grupos. Expressou preocupação com a abstinência total, refletindo sobre seu comportamento futuro no programa de metadona e a possibilidade de ingressar numa comunidade.</p> <p>Também demonstrou reflexão antecipada por referir que “a mãe tratava do cão quando estivesse na comunidade” (sic) Feito reforço positivo quanto a essa atitude que demonstrou agrado.</p> <p>A entrevista foi conduzida de modo a motivar a utente a refletir sobre a sua necessidade para recorrer a pedir ajuda. Foi incentivado a refletir sobre o momento em que decidiu por este caminho.</p> <p>No fim da entrevista procedeu-se a uma conclusão e resumo. Consequentemente foi incentivado a perspetivar um futuro próximo sem consumos e com consumos de modo a refletir e ponderar qual a sua necessidade no momento.</p> <p>Utente identificou essa necessidade, no entanto referiu não se sentir preparado para estar totalmente abstinente no momento. Demonstrou preocupação de qual seria o comportamento que poderia levar a ser expulso do programa de metadona.</p> <p>Por se manter a possibilidade de ingressar numa comunidade na semana seguinte, foi incentivado novamente a refletir sobre as necessidades para o futuro. Executa-se apoio emocional. Conclui-se que J. apresenta um pensamento que manifesta <i>insight</i> e crítica, apresentando-se na fase contemplativa do ciclo de mudança. Embora demonstrasse consciencialização do problema e necessidade de alterar comportamentos, ainda se apresentava ambivalente sobre o processo necessário para a mudança, denotando-se</p>			

pouco compromisso com a resolução do seu problema e com o seu futuro (Sequeira & Sampaio, 2020).

### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 2-05/12

**LOCAL:** CRI de [REDACTED]

**TIPO DE ATIVIDADE:** Psicoterapêutica

**OBJETIVO GERAL:** Estabelecer diagnósticos de enfermagem.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Aplicar instrumentos de avaliação; Entrevista motivacional. Promover o autoconhecimento; executar relação de ajuda

**JUSTIFICAÇÃO:** A consulta mais detalhada é direcionada para os aspetos identificados na avaliação inicial, visando explorar pormenores essenciais para a identificação dos diagnósticos de enfermagem atuais. Esta consulta é realizada sem preconceitos ou estigmas, e, uma vez consentida, permite ao enfermeiro compreender a perspetiva da pessoa sobre a sua situação. Nestas circunstâncias, contribui para fortalecer e aprofundar a relação terapêutica iniciada no momento do acolhimento(Sequeira & Sampaio, 2020).

#### PLANO DA SESSÃO:

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	expositivo	5'	Apresentação dos objetivos da sessão; Resumo de como a utente se tem sentido	Cadeiras mesa
Desenvolvimento	interativo	50'	Preenchimento de instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"><li>• Inventário de ansiedade de Beck</li><li>• Escala de adesão a terapêutica (MARS)</li><li>• Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST-PT)</li></ul> Escuta ativa; Entrevista motivacional; Identificação de metas atingíveis (redução de consumo exequível); Motivar para a mudança; Consciencialização para a necessidade de mudança; Prevenção de recaída; Apoio na tomada de decisão; Intervenção breve 5Rs.	
Conclusão	expositivo	5'	Discussão sobre a sessão; Reflexão sobre os resultados obtidos; Planeamento da nova sessão.	
Avaliação	Utente , com contacto fácil e aspeto mais cuidado Apresenta-se com alguma se sudorese foi-se desaparecendo ao longo da sessão, provavelmente associado a sintomas de privação que desapareceu após a toma cloridrato de metadona. Apresenta discurso fluído e espontâneo. Verbaliza conflitos com a mãe, que refere perturbarem o seu funcionamento.			

Aplicados Instrumentos de avaliação. Apresentou na escala ASSIST: baixo risco para consumos de álcool; Risco moderado para consumos tabaco e canábis e alto risco para opiáceos e cocaína. Sem crítica para os seus consumos, referindo controlá-los sem dificuldade.

Apresentou *score* de 27 pontos no inventário de ansiedade de BECK-significando uma ansiedade moderada, o que corrobora com o seu discurso de sentir-se ansioso, embora não seja congruente com algumas respostas que dá, nomeadamente “estou capaz de me orientar com o que tenho” ou “sinto-me inútil às vezes” (sic)

Na escala de adesão a terapêutica (MARS) revela adesão inconsistente ao regime medicamentoso.

Terminou-se com a intervenção breve 5Rs em que refletiu e concluiu que "eu acredito que a metadona pode me dar mais controle sobre minha vida diária. Já comecei a me sentir mais focado em arranjar trabalho" (sic)

Utente colaborou em toda a sessão, e demonstrou interesse e foi agendada a seguinte.

### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 3-19/12

**LOCAL:** CRI de [REDACTED]

**TIPO DE ATIVIDADE:** Psicoeducação

**OBJETIVO GERAL:** Prevenção de recaída

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Aumentar a consciência do utente sobre os factores de risco pessoais de recaídas: Promover o desenvolvimento de estratégias adaptadas às suas necessidades para enfrentar esses desafios.

**JUSTIFICAÇÃO:** Após o utente ter admitido consumos no fim-de-semana e apresentar testes com resultados positivos para consumos e opiáceos, cocaína e canábis, foi evidente uma recaída nos consumos.

As recaídas, que acontecem com frequência devem ser enfrentadas no princípio do não julgamento, confronto ou preconceito e baseadas na realidade vivida pelo utente. Reforçar as razões para a mudança, os riscos de não mudar, fortalecer a crença do utente sobre as suas capacidades e manter a abstinência e possibilidades da mudança (Silva Filho et al., 2023).

Prevenção da recaída é um conjunto de estratégias que tem como objetivo preparar o utente para identificar situações de risco e desenvolver capacidades para as enfrentar. Deste modo é necessário auxiliar o utente na avaliação de riscos e fatores de proteção, na tomada de decisão identificação de lugares situações e pessoas que poderão ser aqueles que estimulam o uso o que contribui a manutenção de abstinência (Laranjeira et al., 2021).

## PLANO DA SESSÃO:

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	5'	Apresentação dos objetivos da sessão;	Cadeiras Mesa Papel com quadro.
Desenvolvimento	Interativo	30'	<p>Ensinar a reconhecer gatilhos e situações de risco que podem desencadear o consumo de substâncias (fatores de risco e protetores);</p> <p>Promover o autocontrole;</p> <p>Identificar os gatilhos para o consumo: (emoções negativas, situações difíceis, diversão e prazer, problemas físicos ou psicológicos, hábitos adquiridos com o consumo, lidar com a recuperação, horários de risco);</p> <p>Promoção de rede de apoio;</p> <p>Realizar a atividade “Lidando com situações aparentemente Irrelevantes” que tenha como objetivo: identificar decisões aparentemente sem importância e que podem levar a recaída. Esta atividade é desenvolvida em 3 etapas:</p> <p>1ª: pedir ao utente que identifique a última recaída descrevendo a situação e os acontecimentos precedentes (quais as decisões que levaram à recaída? quais seriam as decisões alternativas que evitariam a recaída?)</p> <p>2ª pedir ao utente que identifique alguma atitude relativa a qualquer especto da vida(trabalho lazer amigos escola, família) tomada recentemente, ou prestes a ser tomada (gatilhos).</p> <p>3ª Identificar a que identifique quais seriam as opções mais seguras e as mais arriscadas que poderiam facilitar uma recaída, descrevendo num quadro (adaptado de Laranjeira et al., 2021).</p>	
Conclusão	Expositivo	10'	<p>Expressão de opiniões e sentimentos face à intervenção realizada;</p> <p>Avaliação de expectativas futuras;</p> <p>Planeamento de próxima sessão.</p>	
Avaliação	<p>Consulta realizada no seguimento de toma presencial de metadona.</p> <p>Utente orientado, colaborante e adequado. Apresenta alguma inquietude que foi acalmando no decorrer da consulta.</p> <p>Admitiu consumos heroína e cocaína na noite anterior. Feita tentativa de exploração do acontecimento com pouco sucesso, uma vez que refere que a única causa, fora o acesso a dinheiro. Expressiu a dificuldade em se manter sem consumos e de cumprir com compromissos/regras.</p> <p>Referiu estar a procurar mudar a sua morada para a casa da avó, com o objetivo de pedir e manter o acesso ao rendimento de reinserção social... Neste momento, será apenas o seu único objetivo para um futuro próximo.</p> <p>Sem vontade de procurar emprego, ou de mudança de outros hábitos de vida.</p> <p>Realizada intervenção com intuito de procura motivação para mudança de comportamentos e <i>insight</i> face à sua situação atual.</p> <p>Apresenta literacia acerca do sistema de recompensa associado aos consumos, verbaliza estratégias saudáveis de recompensa, mas não as consegue/não quer colocar em prática.</p> <p>Utente colaborou em toda a sessão, e demonstrou interesse e foi agendada a seguinte.</p> <p>Referiu que pouco antes de consumir se tinha lembrado do que se tinha discutido na intervenção anterior, e houve algum arrependimento por parte em faltar com o</p>			

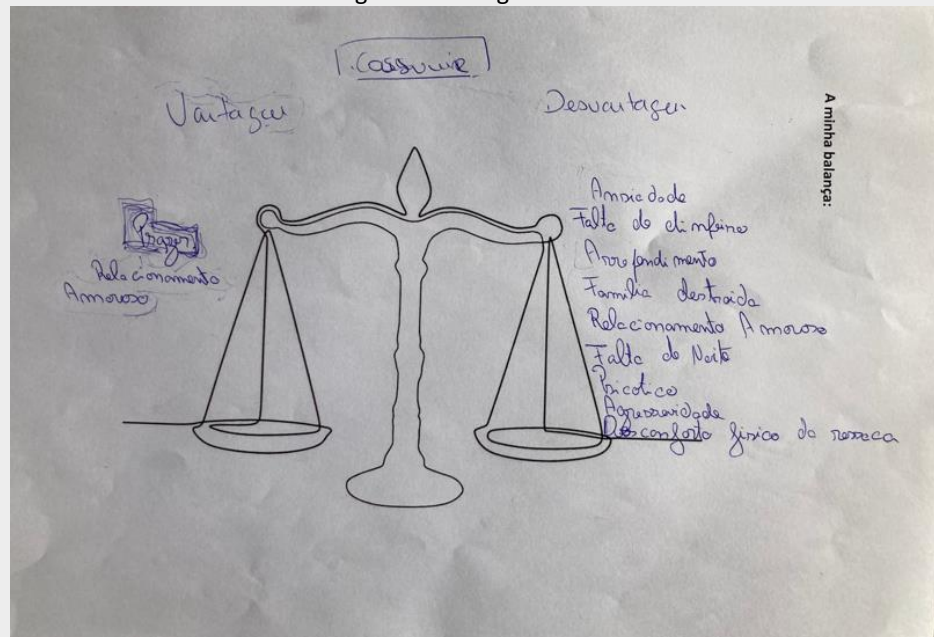
compromisso que tinha feito.

Houve necessidade de mudar a abordagem programada e realizou-se uma intervenção psicoterapêutica mais direcionada par fomentar o autocontrolo e incrementar a motivação para evitar o consumo de heroína. Além das intervenções relacionadas com uma entrevista motivacional, onde se constatou que o utente se mantinha na fase de contemplação, aplicou-se a técnica da balança para auxiliar o utente a ponderar e identificar as vantagens e desvantagens de manter o consumo.

A colaboração do utente sugere que a técnica foi compreendida e aplicada de maneira eficaz, auxiliando-o na identificação das implicações do comportamento aditivo. No entanto, a verdadeira eficácia será observada ao longo do tempo, na medida em que o utente aplica ou não as reflexões realizadas na sua prática diária e no processo de mudança comportamental.

No fim, dediquei tempo para refletir sobre a eficácia da sessão e o impacto direto na jornada do utente em busca da abstinência. Houve motivação e envolvimento do utente ao escrever o que estava a ser descrito o papel, no entanto, quando questionado se queria levar o papel para ler posteriormente recusou foi incentivado a tirar uma fotografia para mais tarde recordar. Foi com clareza que o utente identificou os Prós e Contras manter o consumo e foi evidente que tem alguma literacia quanto às consequências dos consumos, mas apesar do *feedback* contínuo durante a sessão o utente refere: “tenho que pensar mais sobre o assunto” (sic)

Feito resumo sobre a sessão e agendada a seguinte.



## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 4-22/12

**LOCAL:** CRI de [REDACTED]

**TIPO DE ATIVIDADE:** Psicoterapêutica

**OBJETIVO GERAL:** Promover autocontrolo no intuito de evitar consumos

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Explorar de forma mais aprofundada a necessidade de evitar consumos e as razões subjacentes ao desejo de mudança; promover o autocontrolo.

**JUSTIFICAÇÃO:** O autocontrolo refere-se a vontade, com as seguintes características específicas: “disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e atividades de vida diárias” de acordo do com o ICN (2017) citado por Sequeira & Sampaio,(2020).

Existe a indicação de terapias breves direcionadas para o ensino e treinos de autocontrole para atingir os objetivos de abstinência ou diminuição da quantidade ou frequência de uso de substância(Sequeira & Sampaio, 2020).

**PLANO DA SESSÃO:**

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	10'	Início da intervenção questionando como se tem sentido e se a última abordagem foi satisfatória. Apresentação dos objetivos da sessão;	Cadeiras Mesa
Desenvolvimento	Interativo	30'	Colaboração na definição de metas específicas e alcançáveis relacionadas à abstinência; Estabelecimento de objetivos pessoais alinhados com a mudança desejada; Discussão sobre os ganhos pessoais e mudanças positivas associadas à abstinência; Promoção de aprendizagens que facilitem respostas de autocontrolo Aplicação da técnica PROARR (Queirós, 2014).	
Conclusão	Expositivo	10'	Promoção da expressão de opiniões e sentimentos face a intervenção realizada; Avaliação de expectativas futuras; Planeamento de nova sessão.	
Avaliação	<p>Consulta realizada no seguimento de toma presencial de metadona. O utente apresentou-se orientado, colaborante e adequado para a consulta, cumprindo o horário marcado. Relatou abstinência desde a última sessão, resistindo a oportunidades de consumo, o que foi positivamente reforçado.</p> <p>Durante a intervenção psicoeducacional sobre as consequências do uso de substâncias e promoção do autocontrole, mostrou-se conhecedor, mas tendeu a minimizar os malefícios do consumo, indicando a necessidade de reforço educacional nesta área. Em relação à dinâmica familiar, mencionou instabilidades e a possibilidade de passar o Natal sozinho, parecendo confortável com essa ideia. Utilizada técnica PROAR, utente demonstrou <i>feedback</i> na sua realização, mas referiu “ser mais para as crianças aprenderem, porque já costuma fazer quando lhe apetece” (sic)</p> <p>Acrescento que seria pertinente explorar mais a fundo a perceção do utente sobre a técnica PROAR e sua aplicabilidade na sua rotina, além de reforçar a educação sobre os riscos associados ao consumo de substâncias</p> <p>Utente colaborou em toda a sessão, e demonstrou interesse.</p>			

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 5- 3/01

**LOCAL:** CRI de [REDACTED]

**TIPO DE ATIVIDADE:** Psicoterapêutica

**OBJETIVO GERAL:** Diminuir a ansiedade.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Aumentar literacia sobre ansiedade; ensinar sobre estratégias de redução de ansiedade; executar técnica de relaxamento; avaliar motivação;

**JUSTIFICAÇÃO:** A ansiedade trata-se de um sinal de alerta para um perigo próxima faz com que as pessoas sejam capazes de reagir para lidar com essa ameaça iminente (Sequeira e Sampaio, 2020).

O relaxamento caracteriza-se por um estado de consciência que envolve sentimentos de paz, alívio de tensão, *stress*, medo e ansiedade, incluindo sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de *stress* e ansiedade (Payne, 2003). O relaxamento permite à pessoa desenvolver capacidades para lidar com os sintomas físicos que contribuem para a ansiedade de uma forma mais eficaz. A expansão do *mindfulness* deve-se ao facto de trabalhar processos trans diagnósticos comuns a vários problemas de saúde mental, podendo ser integrado em vários programas. De acordo com alguns estudos as intervenções baseadas no *mindfulness* de formação moderadamente eficazes no seu no tratamento de sintomas psicóticos e como complemento o tratamento farmacológico (Sequeira e Sampaio, 2020).

### PLANO DA SESSÃO:

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	10	Início da intervenção perguntado se se tem sentido ansiedade nos últimos dias, e como se tem sentido na globalidade. Apresentação dos objetivos da sessão;	Cadeiras Mesa Folheto Guia
Desenvolvimento	Interativo	30'	Realizar psicoeducação sobre Ansiedade: - O que é a ansiedade? - Efeitos físicos e mentais - Causas e teorias - Ansiedade generalizada Entregar folheto: Figura 1: "sofres de ansiedade" Analisar e esclarecer dúvidas sobre o folheto. Despertar motivação e interesse; Intervenção psicoterapêutica: Executar técnica de relaxamento muscular, com	

			auxílio de guia; Aplicação da técnica de <i>mindfulness</i> “toma consciência do momento presente” com recurso ao Guia (Apêndice 1) e com auxílio a aplicação 29K FJN (Fundação José Neves, 2024);
<b>Conclusão</b>	Expositivo	10’	Promoção a expressão de opiniões e sentimentos face a intervenção realizada. Avaliar expectativas futuras; Planear nova sessão.
<b>Avaliação</b>	<p>Consulta realizada no seguimento de toma presencial de metadona. Utente orientado, colaborante e adequado. Inquieto e com sudorese acentuada. Higiene cuidada</p> <p>Refere consumos e <i>ecstasy</i> e metanfetaminas no dia 29/12 e 31/12, consumos associados a festas de passagem de ano. Estes consumos foram descritos com satisfação, visto que conseguiu não consumir heroína. Realizada escuta ativa, e feito esclarecimento que não será o comportamento mais adequado e quais os seus riscos.</p> <p>Refere estar em risco de não ter onde dormir, visto que tem cerca de 8 meses de pagamento de renda em atraso. Não manifesta preocupação com esta situação, apenas mantém o discurso de querer ter uma morada para pedir SRI; “ só que é receber algum dinheirinho para comprar o meu tabaco” (sic) Neste momento será o seu único objetivo futuro.</p> <p>Utente confirma que se mantém constantemente ansioso, realizada psicoeducação programada, utente participou e demonstrou interesse, no entanto não se mostrou disponível para realizar no momento a técnica sugerida, refere que noutra altura irá instalar a aplicação 29K FJN para praticar mais tarde.</p> <p>Realizado agendamento da próxima consulta, e reforçada a importância de permanecer no programa, assim como de comparecer a próxima consulta agendada com a presença da mãe.</p>		

### Apêndice 1- Guia (adaptado de: Sampaio et al., 2023)

Pedir para fechar os olhos e mantê-los fechados durante a técnica. Iniciar a técnica:

- **Mão e antebraço direito:** Contrair os músculos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço direito. Sente a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Braço direito:** Contrair os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sente a tensão no braço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Mão e antebraço esquerdo:** Contrair e descontraír os músculos utilizando o procedimento descrito para os do lado direito.
- **Braço esquerdo:** Contrair e descontraír os músculos utilizando o procedimento descrito para o do lado direito.
- **Parte superior da face (testa):** Contrair os músculos, levantando as sobrancelhas o mais alto possível / franzindo a testa. Sente a tensão na testa e no centro do couro cabeludo (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Parte central da face (parte superior das bochechas e nariz):** Contrair os músculos, fechando fortemente os olhos e franzindo o nariz, levantando-o. Sente a tensão em redor dos olhos, no nariz e

no alto das bochechas (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Parte inferior da face (parte inferior das bochechas, boca e queixo):** Contrair os músculos, fechando fortemente os dentes e empurrando os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente (10 seg.). Sente a tensão à volta dos maxilares e do queixo. Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Pescoço:** Contrair os músculos, empurrando fortemente o queixo para baixo, contra o peito, sem tocar neste ou empurrando a cabeça para trás, contra a cadeira. Sente a tensão no pescoço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Peito, ombros e parte superior das costas:** Contrair os músculos, inspirando profundamente, guardando o ar dentro dos pulmões e empurrando os ombros e as omoplatas para trás (como se quisesse tocar com um ombro no outro). Sente a tensão no peito, ombros e costas (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Abdômen:** Contrair os músculos, encolhendo fortemente o estômago (como que para evitar um soco). Sente o estômago tenso e apertado (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Coxa direita:** Contrair os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita (como que para «fugir com o rabo à seringa») e contraindo os músculos da parte superior da perna. Sente a tensão na nádega e na coxa (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Parte inferior da perna direita:** Contrair os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sente a tensão na barriga da perna (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Pé direito:** Contrair os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sente a tensão na palma do pé (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

– **Coxa esquerda:** Contrair e descontraindo os músculos, utilizando o procedimento descrito para a do lado direito.

– **Parte inferior da perna esquerda:** Contrair e descontraindo os músculos, utilizando o procedimento descrito para a do lado direito.

– **Pé esquerdo:** Contrair e descontraindo os músculos, utilizando o procedimento descrito para o do lado direito.



Figura 1 - Folheto: sofres de ansiedade?(Saudemental.Pt, n.d.)

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 6- 8/01

**LOCAL:** CRI de [REDACTED]

**TIPO DE ATIVIDADE:** Psicoterapêutica

**OBJETIVO GERAL:** Promover a comunicação familiar

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos usados pela família; facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos entre J e a mãe.

**JUSTIFICAÇÃO:** Esta sessão irá ser integrada numa consulta agendada antecipadamente por uma das terapeutas de referência.

A qualidade das relações entre os membros da família, como disfunção familiar, comunicação ineficaz e falta de supervisão, está ligada a consumo de substâncias psicoativas. Sentimentos de fraca ligação familiar também são um fator de risco para o consumo dessas substâncias. A avaliação e a reabilitação de um consumidor devem ter em consideração o contexto em que surge, tanto a nível familiar como social(Direção Geral de Saúde, 2014).

### PLANO DA SESSÃO:

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	5'	Esclarecimento dos objetivos da sessão	Cadeiras Mesa
Desenvolvimento	Interativo	20'	Auxiliar a família na definição de metas comuns para a melhoria da comunicação, incentivando o consenso e a colaboração. Ensinar estratégias para lidar com desacordos de forma construtiva, incentivando a resolução de conflitos de maneira não prejudicial. Adaptar estratégias comunicacionais de acordo com	

			a necessidades encontradas. Realizar escuta ativa
<b>Conclusão</b>	Expositivo	5'	Planear nova sessão.
<b>Avaliação</b>	<p>Utente compareceu sozinho para a toma presencial de metadona.  Refere que a mãe não poderá comparecer, visto que já não se lembrava desta marcação.  Utente parece um pouco triste com a atitude da mãe em não poder comparecer a consulta e reforçou que compareceu a hora marcada. Demonstrou-se um pouco desapontado com a atitude da mãe, mas com esperança, visto que referiu “marcamos a próxima que ela diz que quer vir” (sic) Mas refere que mais tarde irá estar com a mãe e com a irmã.  Feito reforço positivo desta atitude.  Visto não ser viável realizar a intervenção familiar, foi adaptada a intervenção e abordada perspectivas futuras e objetivos a curto prazo.  Mantém pouca crítica e <i>insight</i> para o seu problema no que diz respeito a ter fonte de rendimento de modo a permanecer a viver onde vive, “ posso ficar sem abrigo que não me importo” (sic).  Refere não ter consumos de heroína a cerca de 15 dias e que pertente manter-se abstinente.  Pretende renovar o Cartão de Cidadão, visto que não sabe onde o guardou.  Utente parece um pouco menos confortável com esta abordagem em equipe, expressa pouco os seus sentimentos, e por vezes responde a algumas perguntas com o deve ser respondido e não com o realmente pensa, tal comportamento é evidente pela sua postura tensa sentado na cadeira e expressão facial séria.  Planeia-se próxima sessão.</p>		

### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 7-11/01

**LOCAL:** CRI de [REDACTED]

**TIPO DE ATIVIDADE:** Psicoeducação

**OBJETIVO GERAL:** Prevenir a recaída

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Aumentar a consciência do utente sobre os factores de risco pessoais de recaídas e promover o desenvolvimento de estratégias adaptadas às suas necessidades para enfrentar esses desafios.

**JUSTIFICAÇÃO:** Após o utente ter admitido se manter abstinente de consumir heroína a cerca de 15 dias, identificou-se a necessidade de intervir neste momento na prevenção de recaídas.

As recaídas, que acontecem com frequência devem ser enfrentadas no princípio do não julgamento, confronto ou preconceito e baseadas na realidade vivida pelo utente. Reforçar as razões para a mudança, os riscos de não mudar, fortalecer a crença do utente sobre as

suas capacidades e manter a abstinência e possibilidades da mudança (Silva Filho et al., 2023).

Prevenção da recaída é um conjunto de estratégias que tem como objetivo preparar o utente para identificar situações de risco e desenvolver capacidades para as enfrentar. Deste modo é necessário auxiliar o utente na avaliação de riscos e fatores de proteção, na tomada de decisão identificação de lugares situações e pessoas que poderão ser aqueles que estimulam o uso o que contribui a manutenção de abstinência (Laranjeira et al., 2021).

#### PLANO DA SESSÃO:

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	5'	Apresentação dos objetivos da sessão;	Cadeiras Mesa Papel com quadro.
Desenvolvimento	Interativo	30'	<p>Ensinar a reconhecer gatilhos e situações de risco que podem desencadear o consumo de substâncias (fatores de risco e protetores);</p> <p>Promover o autocontrole;</p> <p>Identificar os gatilhos para o consumo: emoções negativas, situações difíceis, diversão e prazer, problemas físicos ou psicológicos, hábitos adquiridos com o consumo, lidar com a recuperação, horários de risco;</p> <p>Realizar a atividade “Lidando com situações aparentemente Irrelevantes/gatilhos” que tenha como objetivo: identificar decisões aparentemente sem importância e que podem levar a recaída. Esta atividade é desenvolvida em 3 etapas:</p> <p>1ª: pedir ao utente que identifique a última recaída descrevendo a situação e os acontecimentos precedentes (quais as decisões que levaram à recaída? quais seriam as decisões alternativas que evitariam a recaída?</p> <p>2ª pedir ao utente que identifique alguma atitude relativa a qualquer aspecto da vida(trabalho lazer amigos escola, família) tomada recentemente, ou prestes a ser tomada (gatilhos).</p> <p>3ª Identificar a que identifique quais seriam as opções mais seguras e as mais arriscadas que poderiam facilitar uma recaída, descrevendo num quadro (adaptado de Laranjeira et al., 2021).</p> <p>Aplicar instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventário de ansiedade de Beck</li> <li>• Escala de adesão a terapêutica (MARS)</li> <li>• Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST-PT)</li> </ul>	
Conclusão	Expositivo	10'	<p>Promover a expressão de opiniões e sentimentos face a intervenção realizada.</p> <p>Avaliar expectativas futuras;</p> <p>Planear nova sessão.</p>	
Avaliação	<p>Consulta realizada no seguimento de toma presencial de metadona.</p> <p>.A atividade "Lidando com situações aparentemente Irrelevantes/gatilhos" foi particularmente eficaz, ajudando o utente a identificar decisões críticas que poderiam levar a recaídas e a desenvolver estratégias para evitar essas situações no futuro.</p>			

Quadro decisões:

Decisão/Gatilho	Alternativa segura	Alternativa de risco
- Discussão	- beber a água	
- contacto com pessoas	- que faça bem	
- álcool	- sedimentos	
	- gestão melhor	
	- utilize drogas	
	p/ outras coisas	

No final da sessão, pediu-se ao utente para responder a instrumentos de avaliação. Concluiu-se que há um risco moderado de consumo de álcool, tabaco, canábis, opiáceos e cocaína. Observou-se um aumento no consumo de álcool e canábis, com uma diminuição nos opiáceos e cocaína, estando o utente satisfeito com estes resultados, pois alinham-se com os seus objetivos atuais. Em relação aos níveis de ansiedade, identificou-se uma ansiedade leve (18 pontos), sugerindo que as intervenções foram adequadas devido à evolução positiva. Quanto à Escala de Adesão à Terapêutica, os resultados mantiveram-se estáveis, pois ainda não foi aplicada uma intervenção específica devido à falta de tempo e vontade do utente em abordar este foco. Refere que se mantém sem consumos de heroína e apesar de sentir alguns sintomas associados à sua falta refere que pretende manter este comportamento e que está disponível para realizar testes que o comprovem. Agendado testes para o dia seguinte. Foi de reforço positivo desta atitude. Durante toda a sessão o tento manteve-se assertivo expondo os seus sentimentos e opiniões de forma clara e agradecendo todas as opiniões dadas quanto aos seus comportamentos (Laranjeira et al., 2021).

### PROGRAMA DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL- PLANO DE SESSÃO 8-16/01

**LOCAL:** CRI de [REDACTED]

**TIPO DE ATIVIDADE:** Psicoeducativa

**OBJETIVO GERAL:** Ensinar sobre transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias;

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Aumentar literacia sobre transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias

**JUSTIFICAÇÃO:** A promoção da adesão ao regime terapêutico, através da psicoeducação sobre importância da mesma, redução do estigma relacionado com os Comportamentos Aditivos e Dependências e promoção de *insight* face à comportamento. As evidencias indicam que um dos desafios significativos enfrentados pelo sistema de saúde é a falta de adesão ou o não cumprimento adequado dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. Essa questão tem implicações não apenas na morbidade e mortalidade, mas também contribui para o aumento da resistência aos antimicrobianos, entre outros problemas (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Atividades de adesão terapêutica referem-se a ações em que os utentes seguem as orientações do tratamento, incluindo: a correta toma de medicamentos, agendamento e comparecimento a consultas, ajustes no estilo de vida bem como a gestão autônoma de outros comportamentos que contribuem para a promoção da saúde e melhoria dos resultados nos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Os distúrbios da ansiedade, depressões, hiperatividade e défice de atenção, perturbações do comportamento, têm uma correlação elevada com o desenvolvimento futuro de consumos nocivos e quadros de dependência de substâncias psicoativas (Direção Geral de Saúde, 2014).

### PLANO DA SESSÃO:

Etapas	Método	Duração (minutos)	Estratégias/atividades	Recursos
Introdução	Expositivo	10'	Apresentação dos objetivos das sessões	Cadeiras
Desenvolvimento	Interativo	30'	Promover a discussão sobre; -o que é saúde/saúde mental? -Intoxicação aguda; -Transtorno psicótico; -Síndrome de abstinência com delirium; -Síndrome, estado de abstinência; -Síndrome de amnésia; -Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia Exercício: Ouvir um excerto de episódio de <i>podcast</i> : EPISÓDIO 2/13: "NÃO, NÃO, NÃO, NÃO VOU CONSEGUIR" (Fumaça, 2022). Esclarecimento de dúvidas e fornecimento de estratégias não farmacológicas de controlo da dependência; Entrega e discussão de folheto informativo: figura 2- "Olá, está tudo bem? Vamos falar sobre saúde mental".	Mesa
Conclusão	Expositivo	10'	Avaliação da sessão. Agradecer a participação	
Avaliação	Intervenção programa, mas aplicada neste momento presente			

## Não separe o corpo da mente!

**O que é a saúde mental?**  
Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental é um estado de bem-estar em que cada pessoa demonstra o seu maior potencial, consegue lidar com os desafios normais, trabalhar de forma produtiva, contribuir para a comunidade e formar relações significativas com os outros.  
**Não é a simples ausência de doença.**

**O que é uma perturbação mental?**  
Podem ser diagnosticadas como perturbação mental: alterações do pensamento, do humor/emoções, da energia e/ou do comportamento que **adquirem intensidade severa ou persistem no tempo**, aliadas ao sofrimento e/ou disfunção. Nestas estão incluídas as perturbações da ansiedade, do humor (como a depressão), obsessivo-compulsiva, psicóticas (como a esquizofrenia), de uso de substâncias ou adições, e perturbações do comportamento alimentar.

## Algo não está bem...

A ajuda médica é essencial para reduzir a gravidade dos sintomas ou mesmo atenuar ou prevenir a evolução de uma perturbação mental. São a família e os amigos que reconhecem que "alguma coisa não está bem" antes de todos os sintomas surgirem. À virginilha, o médico e a sação podem levar os doentes a não procurarem ajuda, mas é possível ajudar e tratar.



Para mais informações, visita [saudemental.pt](http://saudemental.pt)

## Chuta os mitos para o canto!

- ✗ **"As psicoterapias e consultas são uma perda de tempo"**  
Estes procedimentos são realizados por técnicos com formação específica, podendo ser combinados com um tratamento farmacológico.
- ✗ **"Os medicamentos são químicos e provocam dependência"**  
Os medicamentos são seguros e devem ser usados sob orientação médica, não devendo exceder o seu uso.
- ✗ **"As pessoas com doenças mentais são violentas"**  
A doença mental não é um indicador de violência.



## Olá, está tudo bem?

Vamos falar sobre saúde mental



**Como posso pedir ajuda?**

Linha SMS24  
808 24 24 24 | 24h todos os dias

Linha Voz Amiga  
21 354 45 45 ou 91 280 26 69 | 16h às 24h

SOS Estudante  
23 945 40 20 | 20h à 01h.

Figura 2- Folheto: Olá, está tudo bem? Vamos falar sobre saúde mental (Saudemental.Pt, n.d.)

## REFERÊNCIAS BICLIOGRÁFICAS

- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/riv18015>
- Direção Geral de Saúde. (2014). *Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/30/diagnostico-de-policonsumos-e-intervencao-breve-em-adolescentes-e-jovens/>
- Fumaça. (2022). *Desassossego – saúde e doença mental*. <https://fumaca.pt/desassossego-investigacao-sobre-saude-e-doenca-mental/>
- Fundação José Neves. (2024). *App 29k FJN*. <https://www.joseneves.org/29-k-fjn>
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®*. Artmed.
- Laranjeira, R., Padin, M. de F. R., & Sakiyama, H. M. T. (2021). *Tratamento do Uso de Substâncias Químicas Manual prático de intervenções e técnicas terapêuticas*. Artmed Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento- Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE\\_AdesaoTratamento.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf)
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde (2ª)*. Lusociência.
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional - Aprenda a ser Feliz*. Porto Editora.
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. da C. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. 1.ª*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Saudemental.pt*. (n.d.). Retrieved October 26, 2023, from <https://saudemental.pt/folhetos-informativos/>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Silva Filho, J. A. da, Batista Neto, J. B. dos S., Graça, J. M. B. da, Oliveira, S. R. de, & Vargas, D. de. (2023). *Intervenção Breve para uso de Substâncias Psicoativas no Brasil: revisão sistemática. Saúde Em Debate, 47*(138). <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313823>

APÊNDICE XIII - Ficha Técnica: Programa “Saúde Mental: um desafio coletivo”

# Saúde Mental: um desafio coletivo

Literacia em Saúde Mental nos Enfermeiros em  
Internamento Cirúrgico – Estigma

**Data:** 8 e 15 de fevereiro

**Local:** Sala de Formação Serviço TN2B (a confirmar)

**Horário/Duração:** 15:30-17.00 (1.30min)

**Destinatários:** Enfermeiros do Serviço TN2B

**Formadoras:** Enf. Diana Ferraz



<b>FICHA TECNICA</b>	
<b>Sessão 1 : “Saúde Mental: um desafio coletivo”</b>	
<b>Temática</b>	Literacia em Saúde Mental para Enfermeiros em Internamento Cirúrgico- Avaliação Inicial
<b>Local</b>	Sala Reuniões do serviço de Internamento de Tore Nascente 2º Piso Ala B
<b>Data</b>	29 de janeiro a 8 de fevereiro de 2024
<b>Duração</b>	30 minutos
<b>Responsável/ Dinamizador</b>	Estudante do Mestrado da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Diana Ferraz
<b>Destinatários</b>	Equipa de Enfermagem do Internamento
<b>Recursos materiais</b>	Questionário em formato digital
<b>Objetivos</b>	Avaliar o conhecimento prévio sobre saúde mental através de um questionário. Introduzir o tema do programa e discutir a importância e a sua relevância Reflexão em grupo sobre crenças, atitudes, emoções e comportamentos relacionados à saúde mental.
<b>Fundamentação:</b>	A sessão inicial é crucial para estabelecer uma base sólida para o programa, começando com a avaliação do conhecimento e atitudes prévias em relação à saúde mental. Isso permite uma personalização do conteúdo das sessões subsequentes para melhor atender às necessidades dos participantes. A introdução ao tema e a reflexão em grupo são estratégias eficazes para promover o ajuste e a motivação, além de fomentar um ambiente de aprendizado colaborativo.
<b>Desenvolvimento</b>	Aplicação do primeiro questionário para avaliação inicial. Breve apresentação sobre os objetivos e a estrutura do programa.
<b>Avaliação</b>	Adesão ao programa de 16 enfermeiros.
<b>Sessão 2: “Saúde Mental: um desafio coletivo”</b>	
<b>Temática</b>	Literacia em Saúde Mental para Enfermeiros em Internamento Cirúrgico
<b>Local</b>	Sala Reuniões do serviço de Internamento de Tore Nascente 2º Piso Ala B
<b>Data</b>	8 de fevereiro e 15 de fevereiro de 2024, às 15:30 horas
<b>Duração</b>	90 minutos
<b>Responsável/ Dinamizador</b>	Estudante do Mestrado da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Diana Ferraz
<b>Destinatários</b>	Equipa de Enfermagem do Internamento
<b>Recursos materiais</b>	Cadeiras Mesas Computador Suporte digital (PowerPoint®)(Apêndice I) Guião de <i>roleplay</i>
<b>Estratégias</b>	Método expositivo e interativo

<b>Objetivos</b>	<p>Sensibilizar para a temática de Estigma na doença mental.  Aumentar a literacia em saúde mental dos enfermeiros  Consciencializar sobre comportamentos;</p>
<b>Fundamentação:</b>	<p>A intervenção de combate ao estigma em saúde mental encontra-se entre as áreas prioritárias de atuação na área da saúde mental visto que é um fenómeno complexo, que envolve conhecimentos de diversas áreas disciplinares na qual o EEESMP tem um contributo muito relevante.</p> <p>O EEESMP, tendo em conta as suas competências específicas tem um papel fundamental em implementar “intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a SM, as perturbações e doenças mentais”(Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 311504221).</p> <p>O Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental é fundamental para a diminuição do estigma nos enfermeiros, visto que fornece uma estrutura educacional e orientações claras sobre como entender, abordar e tratar as questões de SM de maneira respeitosa e eficaz (Sampaio et al., 2023).</p> <p>A doença mental caracteriza-se por distúrbios significativos na cognição, regulação emocional ou comportamento, frequentemente acompanhados de angústia ou prejuízo funcional, que podem ser exacerbados quando não geridos corretamente em um ambiente hospitalar (WHO, 2020). O estigma em torno da doença mental conduz à discriminação, e isso pode, por sua vez, levar a que as pessoas sejam excluídas da sociedade e lhes sejam negadas as oportunidades que a maioria das pessoas considera garantidas.(International Council of Nurses, 2019).</p> <p>Em Portugal 22.9 % da população sofre de alguma perturbação psiquiátrica/doença mental. Cerca de 34%de pessoas com “perturbações graves” e 82% com “perturbações ligeiras”, não recebe tratamento adequado. O consumo de psicofármacos é uma das necessidades inerentes à doença mental grave, mas em Portugal os padrões de prescrição e utilização revelam uma preocupante tendência de crescimento (Almeida et al., 2013; Conselho Nacional de Saúde, 2019).</p> <p>Apesar dos investimentos na área da saúde mental em Portugal, ainda se observa uma lacuna no conhecimento sobre DOENÇA MENTAL e no combate ao estigma, o que influencia negativamente o tratamento e a recuperação dos utentes (Martins, 2019).</p> <p>Programas de formação em serviço são cruciais para equipar os enfermeiros com as competências necessárias para superar esses desafios, melhorando o conhecimento e as atitudes em relação à doença mental e promovendo práticas de cuidado mais inclusivas e compassivas (Querido et al., 2016).</p> <p>A literacia em saúde mental é identificada como um fator chave na melhoria do cuidado aos utentes com doença mental, e sua promoção é essencial para combater o estigma e garantir que as práticas de saúde sejam baseadas em conhecimentos atualizados e atitudes não preconceituosas (Sousa, 2017; Tambag, 2018). O fortalecimento da literacia em saúde mental entre os profissionais de enfermagem deve ser uma prioridade, conforme evidenciado pela necessidade de abordagens educativas que incluam o contato direto com utentes com doença mental e o protesto contra a discriminação(Nacional Health Board, 2008; Rüsçh et al., 2005).</p> <p>Além disso, o reconhecimento do próprio estigma por parte dos enfermeiros é uma etapa crucial para o desenvolvimento da empatia e para a prestação de cuidados terapêuticos eficazes (Pereira &amp; Botelho, 2014).</p> <p>O role-play pode ajudar os indivíduos a desenvolver habilidades de comunicação, aprimorar a empatia, resolver conflitos e melhorar suas capacidades de tomada de decisão, sendo assim uma estratégia adequada para diminuir os comportamentos estigmatizantes (Sequeira &amp; Sampaio, 2020).</p>

	<p>A integração de pessoas com doença mental em programas de combate à discriminação e estigma, de forma significativa, reflete-se na promoção do podcast "Desassossego – saúde e doença mental". Este <i>podcast</i>, ao abordar a realidade dos cuidados de saúde mental em Portugal através de experiências pessoais, política e prática, incorpora a ideia de envolvimento ativo de indivíduos afetados por problemas de saúde mental. Contribui para a destigmatização e sensibilização, alinhando-se com estratégias eficazes que promovem a compreensão e a inclusão social, seguindo os princípios destacados para o sucesso de programas contra o estigma (Fumaça, 2022; Nacional Health Board, 2008).</p> <p>Em conclusão, é evidente que os enfermeiros, sejam capacitados e apoiados para melhorar a literacia em saúde mental e combater o estigma associado à doença mental, assegurando que todos os utentes recebam cuidados adequados independentemente da sua condição.</p>
<b>Desenvolvimento</b>	<p><b>Antes da sessão:</b> Configuração do ambiente de formação, assegurando a disponibilidade de todos os recursos e materiais didáticos necessários;</p> <p><b>Durante a sessão:</b> Apresentação mais fundamentada do tema a abordar aos enfermeiros, reservando um momento para reflexão; Definição de saúde mental, doença mental, e estigma conforme a Organização Mundial da Saúde; Avaliação e debate acerca da prevalência e impacto das doenças mentais em Portugal; Abordagem e análise crítica dos determinantes sociais de saúde mental; Instrução sobre o estigma e as atitudes estigmatizantes em relação às pessoas com problemas e saúde mental num contexto de cuidados de saúde; Discussão, com base em mitos sobre a doença mental; Exploração dos sinais de alerta de comportamentos estigmatizantes (em nós, nós e os outros, e nós e o mundo); Aplicação do <i>roleplay</i> adaptados a este contexto através dos guiões, discussão dos mesmos. Promover e apresentar os <i>podcasts</i> de "Desassossego – saúde e doença mental" (Fumaça 2022).</p> <p><b>Conclusão:</b> Agradecimento, e isentivo em ouvir os <i>podcasts</i> de Fumaça (2022) futuramente partilhados.</p>
<b>Avaliação</b>	<p>Algumas avaliações não documentadas pelo questionário foram de encontro a que a abordagem fora adequada, um enfermeiro refletiu que "Olha, nunca tinha pensado como o que digo pode afetar tanto os outros. realmente algumas coisas que dizemos como brincadeira podem ser mesmo mal interpretadas."(sic), demonstrando reflexão sobre os seus comportamentos.</p> <p>Foi evidente a falta de conhecimento atualizado relativamente a saúde mental em Portugal, houve comentários como: "Ao falares sobre quantas pessoas sofrem com estas coisas e como os recursos são poucos, fez-me querer ajudar mais. Temos de tentar fazer a diferença" (sic). Pode ser indicador de aumento de conhecimento neste tema e conseqüentemente um aumento da literacia em saúde mental.</p> <p>A avaliação das sessões será feita aquando da aplicação dos questionários utilizados para a avaliação do Projeto de Melhoria continua dos Cuidados de Enfermagem: "Literacia em Saúde Mental nos Enfermeiros em Internamento Cirúrgico- Estigma", e na discussão dos resultados</p>
<b>Sessão 3: "Saúde Mental: um desafio coletivo"</b>	
<b>Temática</b>	Promoção da Saúde Mental e Combate ao Estigma através da Audição de <i>Podcast</i>
<b>Local</b>	Distribuição Digital – Via E-mail e Plataformas de Comunicação Digital
<b>Data</b>	16 de fevereiro e 1 de março de 2024

<b>Duração</b>	13 Episódios – Recomenda-se a audição de um episódio por dia
<b>Responsável/ Dinamizador</b>	Estudante do Mestrado da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Diana Ferraz
<b>Destinatários</b>	Equipa de Enfermagem do Internamento
<b>Recursos materiais</b>	Telemóvel/computador: Links para acesso ao <i>podcast</i> "Desassossego – saúde e doença mental" Auriculares (opcional)
<b>Estratégias</b>	Método expositivo e interativo
<b>Objetivos</b>	Incentivar enfermeiros a explorar conteúdos sobre saúde mental; Promover os <i>podcasts</i> " Desassossego – saúde e doença mental" como recurso educacional (Fumaça, 2022); Fomentar discussões e reflexões sobre temas de saúde mental dentro da equipa de enfermagem.
<b>Fundamentação</b>	<p>A necessidade de abordar o estigma associado à saúde mental e melhorar a literacia nesta área entre os profissionais de saúde é crítica. A audição e discussão do <i>podcast</i> "Desassossego – saúde e doença mental" oferece uma oportunidade única de aprendizado e reflexão sobre a realidade da saúde mental em Portugal, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem mais empática e informada.</p> <p>Ao incentivar os enfermeiros a ouvir este <i>podcast</i>, que aborda desde experiências pessoais até questões políticas e práticas relativas à saúde mental em Portugal, promove-se uma forma de contacto indireto com pessoas com doença mental e contextos reais. Estão diretamente correlacionadas a importância da literacia em saúde mental, como destacado por Sousa (2017) e Tambag (2018), e a necessidade de estratégias educativas que incluam contato direto com pessoas com doença mental (Nacional Health Board, 2008; Rüsç et al., 2005).</p> <p>Ao promover uma intervenção não presencial, supera-se uma barreira importante no combate ao estigma, permitindo que os enfermeiros se envolvam com conteúdo educativo em um formato acessível e flexível, o que é particularmente relevante em ambientes de cuidados de saúde onde o tempo e os recursos são muitas vezes limitados.</p> <p>Além disso, reconhecer o próprio estigma e desenvolver empatia, como mencionado por Pereira &amp; Botelho (2014), é crucial para a prestação de cuidados terapêuticos eficazes como já fora anteriormente referido. O <i>podcast</i> "DESASSOSSEGO" serve não apenas como uma ferramenta para aumentar o conhecimento, mas também como um meio para os enfermeiros refletirem sobre suas próprias atitudes e preconceitos, promovendo uma mudança comportamental positiva em direção a práticas de cuidado mais inclusivas e compassivas, conforme apontado por Querido et al. (2016).</p>
<b>Desenvolvimento</b>	Escolha dos episódios do <i>podcast</i> " Desassossego – saúde e doença mental " que abordam de forma mais abrangente os desafios e necessidades identificadas na sessão anterior. Envio regular de e-mails ou mensagens com <i>links</i> para os episódios, acompanhados dos temas abordados. Criação de um grupo virtual interno para permitir que os enfermeiros compartilhem suas reflexões e discutam os temas dos episódios.
<b>Avaliação</b>	Foram realizadas discussões informais sobre as temáticas abordadas em cada episódio. A maioria dos enfermeiros referiu disponibilidade para ouvir quase a totalidade dos podcasts. Os enfermeiros reagiram positivamente à flexibilidade e relevância dos conteúdos, apreciando a oportunidade de aprender de uma forma mais autónoma e adaptável às suas rotinas. Alguns referiram mesmo terem gostado de como as entrevistas foram conduzidas por parte dos repórteres. O facto de as narrativas serem feitas pela própria pessoa, incentivou à audição.

	<p>Nenhum dos participantes tinha conhecimento destes episódios. A maioria referiu pertinente esta vertente de partilha de casos de doença mental. Alguns referiram não ouvir mais episódios por falta de tempo.</p> <p>A avaliação das sessões será complementada aquando da aplicação dos questionários utilizados para a avaliação do Projeto de Melhoria contínua dos Cuidados de Enfermagem: “Literacia em Saúde Mental nos Enfermeiros em Internamento Cirúrgico- Estigma”</p>
<b>Sessão 4: “Saúde Mental: um desafio coletivo</b>	
<b>Temática</b>	Literacia em Saúde Mental para Enfermeiros em Internamento Cirúrgico- Avaliação Final
<b>Local</b>	Sala Reuniões do serviço de Internamento de Tore Nascente 2º Piso Ala B
<b>Data</b>	1 de março a 15 de março de 2024
<b>Responsável/ Dinamizador</b>	Estudante do Mestrado da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Diana Ferraz
<b>Destinatários</b>	Equipa de Enfermagem do Internamento
<b>Recursos materiais</b>	Telemóvel/computador com questionário final.
<b>Objetivos</b>	<p>Aplicar o segundo questionário para avaliar o impacto do programa na literacia em saúde mental.</p> <p>Proporcionar um espaço para reflexão sobre o aprendizado ao longo das sessões.</p> <p>Discutir informalmente os próximos passos e como aplicar o conhecimento adquirido na prática profissional.</p>
<b>Fundamentação</b>	A avaliação final é um componente essencial para medir o impacto do programa na literacia em saúde mental dos participantes. Proporcionar um espaço para reflexão e discussão facilita a consolidação do aprendizado e incentiva a aplicação prática dos conhecimentos e habilidades desenvolvidos durante o programa.
<b>Desenvolvimento</b>	Início com a aplicação do questionário final; Incentivo á colaboração dos participantes.
<b>Avaliação</b>	Comparação das respostas dos questionários inicial e final para avaliar o progresso dos participantes; Responderam 10 enfermeiros que participaram no programa.
<b>Referências Bibliográficas</b>	<p>Almeida, J. M. C. de, Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M. G., Gusmão, R., Corrêa, B., Gago, J., Talina, M., &amp; Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1.º Relatório. Em Faculdade de Ciências Médicas (Ed.), <i>Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da.</i> 978-989-98576-0-5</p> <p>Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde Mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Em <i>Conselho Nacional de Saúde, República Portuguesa.</i> <a href="https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf">https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf</a></p> <p>Fumaça. (2022). <i>Desassossego – saúde e doença mental.</i> <a href="https://fumaca.pt/desassossego-investigacao-sobre-saude-e-doenca-mental/">https://fumaca.pt/desassossego-investigacao-sobre-saude-e-doenca-mental/</a></p> <p>International Council of Nurses. (2019). <i>Mental health is a human right – end discrimination now.</i> <a href="https://www.icn.ch/news/icn-mental-health-human-right-end-discrimination-now">https://www.icn.ch/news/icn-mental-health-human-right-end-discrimination-now</a></p> <p>National Health Board. (2008). <i>Stigma: a guidebook for action - tackling the discrimination, stigma and social exclusion experienced by people with mental health problems and those close to them.</i> Health Scotland.</p>

<https://www.healthscotland.com/documents/2526.aspx>

Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61–73. <http://hdl.handle.net/10400.26/23806>

Querido, A., Tomás, C., & Carvalho, D. (2016). O estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Spe. 3*, 67–72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0120>

Regulamento nº 515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República, 2ª Série(151)*, 21427–21430. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

Sampaio, F. M. C., Pereira, P. F., castro, S. A. P., Morgado, T. M. M., & Lourenço, T. M. G. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Sousa, J. F. de. (2017). O estigma da saúde mental. *Psicologia.pt*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1120.pdf>

Tambag, H. (2018). Effects of a Psychiatric Nursing Course on Beliefs and Attitudes about Mental Illness. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 420–426. [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)

# APÊNDICE I - APRESENTAÇÃO DA SESSÃO EM SUPORTE DIGITAL (POWERPOINT®)

## Saúde Mental: um desafio coletivo

Diana Fátima  
1 e 15 de fevereiro de 2024  
PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
E terapia em saúde mental nos enfermeiros em treinamento clínico - Estigma

## Resumo

Durante esta conversa, vamos falar sobre:

- ↻ Conceitos Básicos em Saúde Mental
- ↻ Doença Mental em Portugal
- ↻ Determinantes sociais da Saúde Mental
- ↻ Estigma associado à Doença Mental
- ↻ Atividade

## O que é saúde mental?

Em que pensa quando pensa na saúde mental?  
O que é que isso significa para si?

## Saúde Mental é...

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza suas próprias capacidades, consegue lidar com os stress normais da vida, pode trabalhar produtivamente e é capaz de fazer uma contribuição para a sua comunidade (OMS, 2000).  
Adaptado de: Organização Mundial de Saúde (2000). Saúde Mental: O Estado de Bem-Estar. Disponível em: <http://www.who.int/pt-br/news-room/factsheets/fs104>

Três ideias são centrais para esta definição de saúde mental: é uma parte integral da saúde, é mais do que a ausência de doenças e está intimamente ligada ao bem-estar geral.

## Doença Mental é...

Doenças mentais incluem uma ampla gama de problemas com diferentes sintomas. No entanto, elas são geralmente caracterizadas por alguma combinação de mudanças ou perturbações nos pensamentos típicos, emoções, comportamento e relacionamentos com os outros (OMS, 2011).

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) refere-se a doenças mentais como "transtornos".

Saúde mental não é o oposto de doença mental.

Saúde mental significa bem-estar, em vez de apenas viver sem uma doença.

Você pode ter uma boa saúde mental enquanto convive com uma doença mental e uma saúde mental fraca mesmo que não tenha uma doença mental.

## O que é doença mental?

Caracterizado por um desequilíbrio da generalidade da organização da personalidade do indivíduo.

Pensamentos

Emoções

Comportamentos

Relações com os outros

## O que é doença mental?

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de uma doença mental.

- ↳ 1 em cada 4 pessoas irá desenvolver uma perturbação mental ao longo da sua vida;
- ↳ 5 das 10 causas principais causas de incapacidade e morte prematura são doenças psiquiátricas.
- ↳ Estima-se que em 2030 a Depressão irá ser a principal causa de incapacidade e morte prematura, acima de outras patologias como as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias, a diabetes, as doenças infecciosas, etc.

## Que percentagem de pessoas em Portugal sofrem de doenças mental??

Prevalência anual de perturbações psiquiátricas em Portugal e em outros países europeus (%)

País	Perturbações de ansiedade	Perturbações do humor	Perturbações de personalidade	Perturbações por uso de substâncias	TOTAL
PORTUGAL	46,2	2,9	3,5	1,0	53,6
ALEXANDRIA	6,2	3,8	0,2	0,1	10,3
BELGICA	6,2	6,2	1,0	0,2	13,6
BULGARIA	7,0	3,4	0,8	0,2	11,4
ESPAÑA	5,9	4,9	0,5	0,3	11,6
FRANÇA	10,0	7,5	1,8	0,2	19,5
HOLANDA	8,8	6,8	1,0	0,2	16,8
IRLANDIA DO NORTE	14,0	0,8	3,4	0,5	18,7
ITALIA	5,8	3,8	0,2	0,1	9,9
ROMÉLIA	4,0	0,5	1,0	0,2	6,7

Fonte: estudo epidemiológico Nacional de Saúde Mental - Relatório (Almeida et al., 2013)

## Que percentagem de pessoas em Portugal sofrem de doenças mental??

Cerca de 34% de pessoas com "perturbações graves" e 82% com "perturbações ligeiras", não recebe tratamento adequado.

O consumo de psicofármacos é uma das realidades inerentes à doença mental grave, mas em Portugal os padrões de prescrição e consumo revelam uma preocupante tendência de crescimento.

(Almeida et al., 2013; Conselho Nacional de Saúde, 2019).

## Determinantes Sociais da Saúde Mental

Esses fatores frequentemente afetam comunidades inteiros, a que coloca grupos de pessoas em maior risco de saúde mental precária. Como eles afetam a saúde mental e física de grupos de pessoas, são chamados de "determinantes sociais da saúde".

Os determinantes sociais da saúde mental incluem:

Estado de emprego	Moradia	Segurança alimentar
Trauma	Pobreza	Educação
Acesso aos cuidados de saúde	Racismo	Outros

Os desafios da saúde mental são em grande parte influenciados pelos ambientes sociais, económicos e físicos nos quais as pessoas vivem

OMS e Fundação Calisto Tanzi, 2014

## Estigma é...

- O estigma inclui tanto uma atitude negativa quanto o ato físico de discriminação que resulta do preconceito negativo (Corrigan, 2004).
- Estigma significa pensar menos numa pessoa por causa da sua condição.
- O estigma pode fazer com que as pessoas se sintam indesejadas e envergonhadas. Muitas vezes, é mais difícil de lidar do que a própria doença.
- A estigmatização da doença mental pode interagir com outras formas de estigma relacionadas a identidades sociais, como raça, género e sexualidade. O estigma é especialmente difícil para pessoas que vivem com estas condições, pois pode criar barreiras ao acesso aos apoios sociais e estruturais necessários. Isso pode resultar em experiências adicionais de estigma. (Corrigan, 2004)

## Estigma é...

- Estereótipos** • categorização
- Preconceitos** • julgamento prévio negativo
- Discriminação** • comportamento associado ao preconceito

(Corrigan, 2004).

## Verdades ou Mitos

- É CONTAGIOSA
- É SINAL DE LOUCURA
- É SINAL DE FRAQUEZA
- NÃO É POSSÍVEL TER UMA VIDA NORMAL
- É PERIGOSA
- PESSOAS COM DOENÇAS MENTAIS SÃO VIOLENTAS
- DOENÇAS MENTAIS SÃO "VIVÊNCIAS"
- NÃO PODEM CURAR

## Verdades ou Mitos

- DOENÇAS MENTAIS SÃO CULPA DE UMA "INFÂNCIA TRAUMATIZANTE"
- VOCÊ NÃO PODE AJUDAR ALGUÉM QUE SOFRE COM ALGUMA DOENÇA MENTAL
- SE É PRECISO IR AO PSQUIATRA O CASO DEVE SER GRAVE
- TRISTEZA E DEPRESSÃO SÃO A MESMA COISA
- OS MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL CURAM
- QUEER E LUGAR DE HUMOR COM FREQUÊNCIA É BIPOLAR
- QUANTO ALTO SUICÍDIO NÃO É MATA

## Estigma nos utentes é...

- Os utentes dos serviços de saúde mental sentem-se estigmatizados pelos profissionais, por diversos motivos:
- ❖ A falta de interesse manifestado pelos profissionais em relação ao utente e à sua história de vida;
  - ❖ Sentimento generalizado de um tratamento farmacológico (dosagem e tipo de droga) estandarizado;
  - ❖ Perceção de diagnósticos associados a prognósticos negativos;
  - ❖ Informação insuficiente em relação ao tratamento e opções de acompanhamento terapêutico na comunidade, assumindo incapacidade;
  - ❖ Rotulação e generalizações negativas;
  - ❖ Desconsideração das preferências pessoais.

(Corrigan e Watson, 2002).

## Como parar o estigma

- Tratar a todos com respeito
- Seja empático, atencioso e não julgador
- Desafiar o estigma quando o vê
- Esteja atento à linguagem que utiliza
- Aprofundar os factos sobre saúde mental e doenças mentais
- Ajudar a sensibilizar para a saúde mental.

## Atividade: Vamos falar sobre linguagem!

Todos nós somos diferentes, mas todos merecemos ser tratados com respeito. Aqui estão algumas sugestões de escolhas linguísticas para discutir questões de saúde mental sem ser estigmatizante.

- | Fazer   | Não Fazer   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar a pessoa em primeiro lugar</li> <li>Informar-se sobre doenças mentais</li> <li>Falar abertamente sobre doenças mentais</li> <li>Falar sobre estigma</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Falar sobre as doenças mentais como algo de que se envergonhar</li> <li>Referir-se às pessoas pela sua doença</li> <li>Ser preconceituoso</li> <li>Fazer piadas sobre as doenças e pessoas com doenças ou desinformação</li> </ul> |



- Termos a evitar**
- Doido
  - Especial
  - Anormal
  - Psicopata
  - Psicótico
  - Psiquiátrico
  - outros

## Actividade:



APÊNDICE XIV – Questionário - Literacia em Saúde Mental nos Enfermeiros em Internamento  
Cirúrgico – Estigma - Formulários Google

# Literacia em Saúde Mental nos Enfermeiros em Internamento Cirúrgico — Estigma

Introdução e contexto:

Este estudo está a ser realizado no âmbito do Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado pela Escola Superior de Saúde de Leiria, sob a orientação da professora Catarina Tomás, encontra-se a ser convidado(a) como voluntário(a) a participar no estudo de investigação intitulado: Literacia em Saúde Mental nos Enfermeiros em Internamento Cirúrgico — Estigma.

O principal objetivo deste trabalho objetivo avaliar a literacia em saúde mental dos enfermeiros, no contexto de internamento de cirúrgico, de modo a verificar a existência ou não de estigma e, caso exista, desenvolver intervenções que sensibilizem os profissionais para esta problemática e promovam a sua diminuição, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

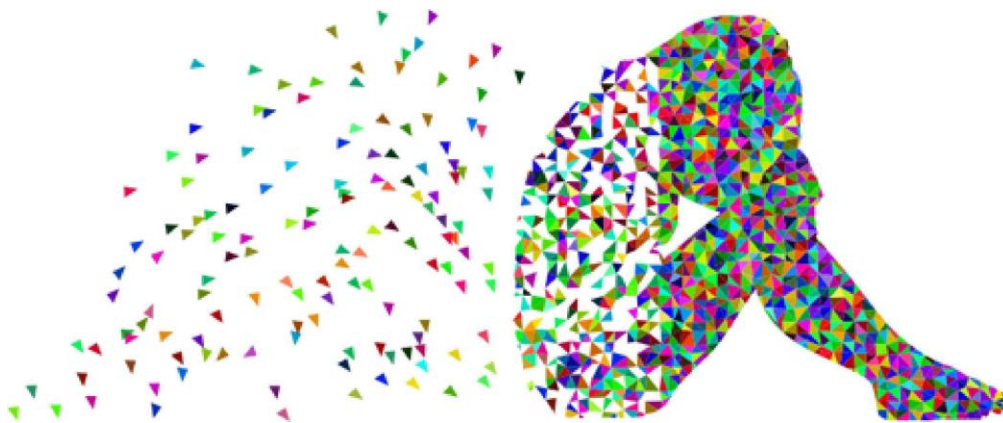
A Organização Mundial de Saúde recomenda a introdução de ações que auxiliem o combate a estigmatização, a discriminação e outras violações dos direitos humanos contra pessoas com perturbações mentais e deficiências psicossociais (WHO, 2021). Este estudo será realizado em quatro momentos pela aplicação de um programa denominado "Saúde Mental: um desafio coletivo" a realizar de acordo com disponibilidade da equipe de enfermagem. O tratamento de dados será feito com recurso ao programa SPSS e os resultados serão usados para fins estatísticos.

**Participação voluntária:** A sua participação neste estudo é voluntária, isto é, pode escolher participar ou não, sendo que, caso decida participar, poderá desistir a qualquer momento sem ter de facultar uma justificação, para isso, basta fechar o browser sem submeter as suas respostas. A decisão de não participar no estudo ou de desistir de participar no mesmo não terá nenhuma consequência, sendo garantido que não terá nenhum prejuízo independentemente da sua decisão.

**Ética:** Este estudo foi submetido à Comissão do Centro Hospitalar de Leiria e mereceu o parecer favorável para a sua realização. Os dados serão guardados até ao período de dois anos após a discussão do projeto.

Serei eu, Diana Marlene Félix Ferraz, a encarregada de proteção de dados, com vista ao cumprimento de todas as obrigações legais decorrentes do RGPD. Para o esclarecimento de quaisquer dúvidas pode contactar o número **919992842**

\* indica uma pergunta obrigatória



## "Caracterização Sociodemográfica"

*Por favor, forneça as suas informações sociodemográficas básicas para nos ajudar a entender melhor seu perfil*

1. Digite seguido: as primeiras 2 letras do nome da sua mãe e os 2 últimos números do seu número de Contribuinte (NIF) \*  
(exemplo: MR36)

\_\_\_\_\_

2. Género \*

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino (F)

Masculino (M)

Outro: \_\_\_\_\_

3. Idade \*

*Marcar apenas uma oval.*

20-29

30-39

40-49

50-59

>60

4. Tempo de exercício profissional na área de enfermagem? \*

*Marque todas que se aplicam.*

0-9

10-19

20-29

30-39

>40

5. Formação Académica\*

*Marcar apenas uma oval.*

Bacharelato

Licenciatura

Pós-graduação

Especialidade

Mestrado

Doutoramento

6. Possui alguma história de doença mental diagnosticada? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

7. Se respondeu "Sim" na pergunta anterior, especifique a(s) doença(s) mental(ais) diagnosticada(s):

---

---

---

---

---

8. Teve algum contacto pessoal direto com pessoas portadoras de doença mental? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## "Escala de Crenças de Saúde para Profissionais de Saúde"

Para responder às perguntas que se seguem deve assinalar para cada uma delas o grau em que concorda com cada uma das afirmações, assinalando com uma cruz no número correspondente. Deve responder a todos os itens não deixando nenhum em branco. Não existem respostas certas ou erradas por isso deve responder de acordo com aquilo em que acredita.

Não concordo mesmo nada ①	Concordo pouco ②	Concordo ③	Concordo a maioria das vezes ④	Concordo plenamente ⑤
------------------------------	---------------------	---------------	-----------------------------------	--------------------------

1.As pessoas que experienciam acontecimentos estressantes como um desastre natural, desemprego, guerra ou conflitos conjugais, ficam mais vulneráveis à doença. \*

1. Não concordo mesmo nada
2. Concordo pouco
3. Concordo
4. Concordo a maioria das vezes
5. Concordo plenamente

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

2.Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para apresentar queixas físicas sem explicação médica \*

6. Não concordo mesmo nada
7. Concordo pouco
8. Concordo
9. Concordo a maioria das vezes
10. Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

2

3

4

5

3- Pessoas com história de maus-tratos na infância terão mais tendência para \*  
apresentar mais sintomas físicos na  
idade adulta

11. Não concordo mesmo nada

12. Concordo pouco

13. Concordo

14. Concordo a maioria das vezes

15. Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

2

3

4

5

9. 4- Os problemas de vida que os utentes estão a enfrentar aumentam a \*  
probabilidade de desenvolver sintomas Físicos

1. Não concordo mesmo nada

2. Concordo pouco

3. Concordo

4. Concordo a maioria das vezes

5. Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

2

3

4

5

5- Pacientes sem problemas psicológicos apresentam menos sintomas físicos \* do que pacientes com problemas psicológicos

- 6. Não concordo mesmo nada
- 7. Concordo pouco
- 8. Concordo
- 9. Concordo a maioria das vezes
- 10. Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 2
- 3
- 4
- 5

6- Nos doentes otimistas e positivos existe uma melhor recuperação da doença do que nos doentes pessimistas

\*

- 11. Não concordo mesmo nada
- 12. Concordo pouco
- 13. Concordo
- 14. Concordo a maioria das vezes
- 15. Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 2
- 3
- 4
- 5

7- Em muitos casos, os sintomas das pessoas decorrem mais de problemas psicológicos do que de problemas físicos.

\*

- 16. Não concordo mesmo nada
- 17.       Concordo pouco
- 18. Concordo
- 19.       Concordo a maioria das vezes
- 20.       Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 2
- 3
- 4
- 5

8- As pessoas com mais problemas de vida têm maior probabilidade de ficarem doentes

\*

- 21. Não concordo mesmo nada
- 22.       Concordo pouco
- 23. Concordo
- 24.       Concordo a maioria das vezes
- 25.       Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

9- A morte de um ente querido poderá aumentar a vulnerabilidade das pessoas \* para desenvolver sintomas e doenças

- 26. Não concordo mesmo nada
- 27.       Concordo pouco
- 28. Concordo
- 29.       Concordo a maioria das vezes
- 30.       Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 2
- 3
- 4
- 5

10- Muitas vezes as pessoas procuram os médicos do serviço de saúde para tratar problemas psicológicos \*

- 31. Não concordo mesmo nada
- 32.       Concordo pouco
- 33. Concordo
- 34.       Concordo a maioria das vezes
- 35.       Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

1 1- Pessoas com problemas psicológicos exacerbam os sintomas físicos (por \*  
exemplo, apresentam limiar de dor mais baixo) do que pessoas sem  
problemas psicológicos

- 36. Não concordo mesmo nada
- 37. Concordo pouco
- 38. Concordo
- 39. Concordo a maioria das vezes
- 40. Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 2
- 3
- 4
- 5

1 2- A evolução de uma doença depende apenas do seguimento da terapêutica \*

- 41. Não concordo mesmo nada
- 42. Concordo pouco
- 43. Concordo
- 44. Concordo a maioria das vezes
- 45. Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

13- Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para utilizar os serviços de saúde

\*

- 46. Não concordo mesmo nada
- 47. Concordo pouco
- 48. Concordo
- 49. Concordo a maioria das vezes
- 50. Concordo plenamente

***Marcar apenas uma oval.***

- 2
- 3
- 4
- 5

14- Nada do que os pacientes façam, para além de realizar a terapêutica adequada, vai afetar a evolução da sua doença

\*

- 51. Não concordo mesmo nada
- 52. Concordo pouco
- 53. Concordo
- 54. Concordo a maioria das vezes
- 55. Concordo plenamente

***Marcar apenas uma oval.***

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

15- Se as pessoas sentirem que podem controlar a sua doença, terão provavelmente resultados mais positivos e uma melhor evolução da doença

\*

- 56. Não concordo mesmo nada
- 57. Concordo pouco
- 58. Concordo
- 59. Concordo a maioria das vezes
- 60. Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 2
- 3
- 4
- 5

16- As pessoas que seguem melhor os tratamentos prescritos são as mentalmente mais saudáveis

\*

- 61. Não concordo mesmo nada
- 62. Concordo pouco
- 63. Concordo
- 64. Concordo a maioria das vezes
- 65. Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

17- Os utentes com muito apoio social podem viver mais anos do que os que vivem sós ou que não têm amigos

\*

- 66. Não concordo mesmo nada
- 67.       Concordo pouco
- 68. Concordo
- 69.       Concordo a maioria das vezes
- 70.       Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 2
- 3
- 4
- 5

18- O efeito sobre a saúde de estar isolado socialmente pode ser comparável ao efeito de, por exemplo, fumar, ser obeso ou não realizar atividade física

\*

- 71. Não concordo mesmo nada
- 72.       Concordo pouco
- 73. Concordo
- 74.       Concordo a maioria das vezes
- 75.       Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

19- Se os doentes encontrarem um significado positivo para a sua doença (por exemplo, dar mais valor à vida) terão provavelmente uma melhor evolução dessa doença \*

- 76. Não concordo mesmo nada
- 77.       Concordo pouco
- 78. Concordo
- 79.       Concordo a maioria das vezes
- 80.       Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 2
- 3
- 4
- 5

20- As pessoas com história de abuso físico ou sexual na infância vão provavelmente utilizar mais os serviços de saúde do que aqueles que não tenham sido abusados \*

- 81. Não concordo mesmo nada
- 82.       Concordo pouco
- 83. Concordo
- 84.       Concordo a maioria das vezes
- 85.       Concordo plenamente

*Marcar apenas uma oval.*

- 2
- 3
- 4
- 5

21- Quem cuida de doentes **crônicos** tem mais tendência para desenvolver sintomas de doença

\*

- 86. Não concordo mesmo nada
- 87. Concordo pouco
- 88. Concordo
- 89. Concordo a maioria das vezes
- 90. Concordo plenamente

**Marcar apenas uma oval.**

- 2
- 3
- 4
- 5

22- A evolução da doença depende apenas dos pacientes \*

- 91. Não concordo mesmo nada
- 92. Concordo pouco
- 93. Concordo
- 94. Concordo a maioria das vezes
- 95. Concordo plenamente

**Marcar apenas uma oval.**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

## **"Mental Illness: Clinician's Attitudes Seale - MICA-4"**

*Para cada uma das perguntas (1-16), responda, assinalando apenas uma das colunas. A doença mental nesta escala refere-se às condições para a qual um indivíduo seria visto por um psiquiatra.*

1. Aprendo sobre saúde mental, apenas porque faz parte do currículo e não é um tema sobre o qual me interesse pesquisar mais. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

2. As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente \* para ter uma boa qualidade de vida.

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

3. Trabalhar na área da saúde mental é tão respeitável como em outras áreas da saúde e assistência social. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

4. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o admitiria a nenhum dos meus amigos porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente

\*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

5. As pessoas com doença mental grave são, a maior parte das vezes, perigosas.

\*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

6. O pessoal de saúde / assistência social sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental).

\*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

7. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum dos meus colegas de trabalho porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

**Concordo pouco**

**Concordo**

**Concordo** a maioria das vezes

Concordo plenamente

8. Ser um profissional de saúde/assistente social da área da saúde mental não é o mesmo que ser um verdadeiro profissional de saúde/assistente social \*

*Marcar apenas uma oval.*

**Não concordo** mesmo nada

Concordo pouco

**Concordo**

**Concordo** a maioria das vezes

**Concordo** plenamente

9. Se um colega mais experiente me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu não seguiria as suas indicações. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

10. Sinto-me igualmente confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.

\*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

11. É importante que qualquer profissional de saúde/assistente social que apoie uma pessoa com doença mental também garanta que a sua saúde física seja avaliada.

\*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

12. As pessoas em geral não precisam de ser protegidas das pessoas com doença mental grave.

\*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

13. Se uma pessoa com doença mental, se queixar de um sintoma físico, como \* uma dor no peito, eu vou atribuir esse sintoma à sua doença mental.

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

14. Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas para um psiquiatra. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

15. Utilizaria o termo "louco", "maluco", "doido" etc. para descrever aos meus colegas, pessoas com doença mental que eu já vi no meu trabalho. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

16. Se algum(a) dos(as) meus(minhas) colegas me dissesse que tinha doença \* mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele(a).

*Marcar apenas uma oval.*

Não concordo mesmo nada

Concordo pouco

Concordo

Concordo a maioria das vezes

Concordo plenamente

### Avaliação do Programa "Saúde Mental: um desafio coletivo"

Finalizado o programa, torna-se agora importante refletir sobre o que foi realizado.

Considerando a sua opinião de elevada importância, agradeço a sua colaboração no preenchimento destas perguntas. Responda a cada item, a qual diz respeito ao seu grau de satisfação com os vários critérios avaliados.

10. Organização do Programa: Estratégias utilizadas \*

*Marcar apenas uma oval.*

Mau

Insuficiente

Suficiente

Bom

Muito Bom

11. Organização do Programa: Cumprimento de horários \*

*Marcar apenas uma oval.*

Mau

Insuficiente

Suficiente

Bom

Muito Bom

12. Formador/s e metodologias de apresentação: \*

Clareza na transmissão de conhecimentos

*Marcar apenas uma oval.*

Mau

Insuficiente

Suficiente

Bom

Muito Bom

13. Formador/s e metodologias de apresentação: \*

Domínio dos temas desenvolvidos

*Marcar apenas uma oval.*

Mau

Insuficiente

Suficiente

Bom

Muito Bom

14. Formador/s e metodologias de apresentação: \*

Gestão do tempo disponível

*Marcar apenas uma oval.*

Mau

Insuficiente

Suficiente

Bom

Muito Bom

15. Resultado e Expetativas: Utilidade prática das sessões \*

*Marcar apenas uma oval.*

Mau

Insuficiente

Suficiente

Bom

Muito Bom

16. Resultado e Expetativas: Temas abordados face às expetativas \*

*Marcar apenas uma oval.*

Mau

Insuficiente

Suficiente

Bom

Muito Bom

17. Satisfação global em relação ao Programa: “Saúde Mental: um desafio coletivo” \*

*Marcar apenas uma oval.*

Mau

Insuficiente

Suficiente

Bom

Muito Bom

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE XV- Autorização do Conselho de Ética para realização de Estudo de  
Investigação



Exma. Senhora  
Enf.ª Diana Marlene Félix Ferraz  
Serviço de Cirurgia Geral, 2º Piso TN - Ala B  
Centro Hospitalar [REDACTED]

**Parecer 67/CECHL/2023**  
**Comissão de Ética do Centro Hospitalar [REDACTED]**

**Parecer:** 67/CECHL/2023

**Título do Projeto/Estudo:** Literacia em Saúde mental nos enfermeiros em internamento cirúrgico – Estigma

**Investigador Principal:** Enf.ª Diana Marlene Félix Ferraz

**Parecer:**

Favorável


Rejeitado

Outros

Observações: Após análise do estudo, esta Comissão considerou que o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação, deve ser reformulado, de forma a que esteja explícito, durante quanto tempo os dados irão ser guardados após termino do mesmo. Tendo sido rececionado o documento com a alteração solicitada, decidiu-se dar parecer favorável à realização do estudo.

Deliberado em reunião plenária da Comissão de Ética de 09 de agosto de 2023, por unanimidade dos membros presentes. Mais se informa, que esta alteração carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Leiria, 25 de agosto de 2023

  
\_\_\_\_\_  
Catarina Faria  
Presidente da Comissão de Ética

Rua das Oliveiras  
Pórcos, 2410 - 101 Leiria  
Telefone: 244811000 - Ext. 4606  
Email: [comitecia@chleiria.rta.ssaude.pt](mailto:comitecia@chleiria.rta.ssaude.pt)  
[www.chleiria.pt](http://www.chleiria.pt)

Centro Hospitalar [REDACTED] credited by  
Joint Commission International



APÊNDICE XVI—Autorização do Conselho de Administração para realização de Estudo  
de Investigação



CENTRO HOSPITALAR

CI - Centro de Investigação  
Ref.º 83/2023

CA

DELIBERAÇÃO DO  
Conselho de Administração  
Acta nº 25/2023/CA/CG

Autorizado  
2023/05/06

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar [redacted] E.P.E.

Presidente  
Alexandre Borges  
Vogal Executiva  
Salvato Felis  
Diretor Clínico  
Emília Fial  
Dir.º Diretora

[Handwritten signature]

Leiria, 30 de agosto de 2023

**Assunto:** Trabalho académico, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na ESSLei-IPLEiria, intitulado "Literacia em Saúde mental nos enfermeiros em internamento cirúrgico – Estigma", submetido pela Enf.ª Diana Marlene Félix Ferraz, a exercer funções no Serviço de Cirurgia Geral, 2º Piso TN - Ala B do [redacted]

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 epigrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação.

Este estudo irá decorrer no Serviço de Cirurgia Geral, 2º Piso TN, tendo como objetivos gerais, avaliar a literacia em saúde mental dos enfermeiros, no contexto de internamento de cirurgia, de modo a verificar a existência ou não de estigma e, caso exista, desenvolver intervenções que sensibilizem os profissionais para esta problemática e promovam a sua diminuição.

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 07 de 2023.08.09. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

[Handwritten signature]

(JOÃO MORAIS)

Mo E. S. 2023-09-08 P. J. M. B. C.

Rec. de 2023-09-01 P. B. C.  
Rua dos Olivais  
Pórtico, 2410 - 187  
Telefone: 244911000; Ext: 4003/4002; Fax: 244911007  
Email: CIATC@chleiria.ips-leiria.pt  
www.chleiria.pt

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by  
Joint Commission International

