

Literacia em Saúde Mental na Comunidade Escolar

Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Rita Cristiana Pereira Carneiro

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Vila Nova de Famalicão, dezembro de 2023

Rita Cristiana Pereira Carneiro

Literacia em Saúde Mental na Comunidade Escolar

**Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e
Psiquiátrica**

Trabalho realizado sob a Orientação de

Professora Doutora Ana Isabel Teixeira

Relatório de Estágio:

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de estágio de natureza profissional apresentado para defesa pública na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Rita Cristiana Pereira Carneiro, A32765, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola de Saúde do Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho. Confirmando que, em todo o trabalho conducente à sua elaboração, não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

AGRADECIMENTOS

Esta fase de trabalho académico fez-se com apoios muito importantes de cariz profissional e pessoal, os quais não quero deixar passar este momento sem lhes agradecer, pois, de certa forma, também o concretizaram comigo, entre eles:

À Professora Doutora Ana Teixeira, pela orientação e conhecimentos transmitidos, quer pela disciplina que lecionou quer pela disponibilidade que mostrou em dedicar o seu tempo na colaboração de supervisão deste trabalho. Agradeço-lhe a expansão da sua serenidade e resiliência para efetivar este documento;

Agradeço também, ao Presidente do Agrupamento de Escolas onde realizei o trabalho de investigação, pela sua amável disponibilidade em colaborar, assim como a todos os professores que dispensaram o seu tempo no preenchimento do questionário, autorizado e cedido gentilmente pela sua autora Dra. Luísa Campos;

Aos enfermeiros gestores, supervisores, orientadores e restantes elementos da equipa, com quem trabalhei ao longo dos 3 estágios de natureza profissional, pela ajuda concedida e integração importante no seio das equipas multidisciplinares, no desenvolvimento de experiência como EEESMP;

Aos utentes com patologia mental e suas famílias, por aceitarem –me como profissional para os seus cuidados em saúde mental e psiquiátrica;

Aos meus colegas de curso, pela camaradagem, convívio e entreaajuda ao longo desta jornada;

À minha enfermeira gestora, Enf^a Manuela Brito, pela flexibilidade com que realizou o meu horário de trabalho no serviço, de acordo com a disponibilidade que me era possível para conciliar os vários contextos;

Por último, mas para mim em primeiríssimo lugar no coração, dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus filhos, Tomás e Camila, e ao meu marido, Paulo, por tudo! E o tudo é força, amor, sorrisos, abraços, são frases de motivação e determinação para que consumasse mais um objetivo profissional e académico. Obrigada FAMÍLIA!

RESUMO

O presente documento que se inicia é objetivo da Unidade Curricular – Relatório de Estágio – que encerra, num conjunto de etapas, o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para a aquisição e desenvolvimento, tanto dos conhecimentos conquistados e aperfeiçoados nas aulas, quer das competências de intervenção específica do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, são preconizados 3 estágios curriculares de natureza profissional, respetivamente o Estágio I, II e III decorridos entre 16 de janeiro e 26 de maio de 2023.

Nesse âmbito, para este trabalho foram definidos os seguintes objetivos:

- Elaborar o relatório de estágio para a conclusão do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o qual terá apresentação com prova pública perante um júri;
- Refletir sobre a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nos diversos contextos onde intervém;
- Refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências no percurso dos estágios de natureza profissional, fundamentando as atividades realizadas com base na evidência científica, nos critérios éticos e na gestão;
- Promover uma prática baseada na evidência, realizando e desenvolvendo uma intervenção no contexto escolar de promoção de literacia em saúde mental nos docentes de uma comunidade escolar;
- Realizar um diagnóstico de situação nos docentes de uma comunidade escolar sobre o nível de literacia em saúde mental.

Foi selecionada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, sustentada na pesquisa de literatura, utilizando bases de dados científicas, com documentos de trabalho de investigação ou publicações periódicas, além da própria experiência vivenciada com os contributos de aprendizagem, nos contextos de estágio. Para a realização do estudo descritivo e exploratório, foi utilizada uma metodologia do tipo quantitativa.

Este relatório permitiu a reflexão crítica sobre a aquisição de competências do domínio comum e específico para o exercício profissional como enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, tendo por base os estágios de natureza profissionais realizados. A revisão integrativa da literatura permitiu identificar a necessidade e pertinência da realização de programas estruturados para a promoção da literacia em saúde mental na comunidade escolar, nomeadamente, nos docentes. O estudo empírico realizado na comunidade escolar demonstra igualmente essa necessidade, constituindo-se um diagnóstico de situação para futura intervenção.

Assim, considera-se que o percurso aqui explanado permitiu desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria, através de processos de tomada de decisão, constantes em atitudes e atos refletidos ao utente, família e comunidade.

Palavras-chave: Competências, Saúde Mental, Enfermeiro Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica, Professores, Literacia, Adolescente.

ABSTRACT

The present document that begins is the objective of the Curricular Unit - Internship Report - which concludes, in a set of stages, the 1st Master Course in Mental Health and Psychiatric Nursing.

For the acquisition and development of the knowledge gained and improved in the classes, and also the specific intervention skills of the specialist nurse in mental health and psychiatric, were realized 3 curricular stages of a professional nature, respectively Stage I, II and III, which took place between January 16th and May 26th, 2023.

In this context, the following objectives have been defined for this work:

- Prepare the internship report for the completion of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, which will be presented with public evidence and in the presence of a jury;
- Reflect on the importance of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing in the various contexts where he intervenes;
- Reflect on the process of acquiring and developing competencies in the course of work placements, substantiating the activities based on scientific evidence, ethical criteria and management;
- Promote a practice based on evidences, carrying out and developing an intervention in the school context to promote mental health literacy among teachers in a school community;
- Carry out a diagnosis of the situation among teachers in a school community regarding the level of mental health literacy.

A descriptive and critical-reflexive methodology was selected, supported by literature research, using scientific databases, with research work documents or periodic publications, in addition to the experience itself with learning contributions, in internship contexts. To carry out the descriptive and exploratory study, a quantitative methodology was used.

This report allowed critical reflection on the acquisition of competences of the common and specific domain for the professional exercise as a mental health and psychiatric

specialist nurse, based on the professional internships carried out. The integrated literature review has allowed to identify the need and relevance of structured programs to promote mental health literacy in the school community, particularly among teachers. The empirical study carried out in the school community also demonstrates this need and constitutes a situation diagnosis for future intervention.

Therefore, it is considered that the path explained here has allowed to develop competencies to provide specialized care in mental health and psychiatry, through decision-making processes, constant in attitudes and actions reflected to the user, family and community.

Keywords: Competencies, Mental Health, Mental Health Specialist Nurse, Teachers, Literacy, Adolescent.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado

AO – Assistentes Operacionais

APA – American Psychological Association

Cit. por – Citado por

CDE – Código Deontológico Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CRI – Centro de Respostas Integradas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DST – Doença Sexualmente Transmissível

DGS – Direção-Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Et al. – (et alli): e outras

IADEM – Investigação e Ação nas Demências

LSM – Literacia em Saúde Mental

n – Amostra

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização mundial da Saúde

p. – Página

PLA – Problemas Ligados ao álcool

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

RCEEEESMP – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

RSI – Rendimento Social de Inserção

SPSS® – Statistical Package for the Social Sciences®

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USAG – Unidade de Serviço de Apoio Geral

USF – Unidade de Saúde Familiar

% - Percentagem

ÍNDICE

Índice de Figuras	xiii
Índice de Quadros	xiii
Índice de Tabelas.....	xiii
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	4
1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E O CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	5
2. APLICAÇÃO DA TEORIA DE PEPLAU NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	11
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA COMPONENTE CLÍNICA.....	14
3.1. Estágio de natureza profissional I – internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda.....	14
3.2. Estágio de natureza profissional II – comunidade.....	18
3.3. Estágio de natureza profissional III – unidades especializadas.....	20
4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
4.1. Os domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas	23
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional e ética legal	25
4.1.2. Domínio da gestão de cuidados.....	27
4.1.3. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	31
5. CUIDAR DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM DIFERENTES UNIDADES DE CUIDADOS: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS.....	33
5.1. Cuidar da pessoa em fase de descompensação aguda	33
5.2. Cuidar da pessoa na comunidade	40

5.3. Cuidar da pessoa em contextos especializados	47
5.4. Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica	52
PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA	55
1. SAÚDE MENTAL E LITERACIA DOS PROFESSORES EM CONTEXTO ESCOLAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	56
2. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA	70
2.1. Descrição do programa a implementar.....	70
2.2. Resultados	73
2.3. Discussão.....	79
2.4. Conclusões	81
CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	I
ANEXO 1 - Quadro do algoritmo da rede de referenciação para o CRI.....	II
ANEXO 2 - LEQ.....	III
ANEXO 3 – Os perigos das Redes Sociais	V
ANEXO 4 – Questionário de avaliação de satisfação jogadores	VI
ANEXO 5 – Escala de avaliação da ansiedade de BECK.....	VIII
ANEXO 6 – Parecer do projeto de investigação submetida à CEASPESM.....	X
ANEXO 7 – LSMQ – Versão reduzida para a população adulta.....	XI
APÊNDICES.....	XIV
APÊNDICE 1 – Projeto de gestão sobre protocolo de referenciação entre ULS e CRI para jovens menores de 18 anos	XV
APÊNDICE 2 – Caso Clínico do Estágio I.....	XXII
APÊNDICE 3 – Plano de Cuidados I.....	XXVIII

APÊNDICE 4 – Planeamento das sessões “eu e os outros”	XXXI
APÊNDICE 5 – Apresentação do programa “eu e os outros”	XXXVII
APÊNDICE 6 – Apresentação sobre violência no namoro.....	XXXVIII
APÊNDICE 7 – Dinâmica de grupo: o que sabes sobre o álcool?.....	XLI
APÊNDICE 8 – Apresentação de métodos contraceptivos e DST	XLVII
APÊNDICE 9 – Critérios de inclusão e exclusão do utente e cuidador para referenciação ao EEESMP	XLIX
APÊNDICE 10 – Sessão de psicoeducação sobre o “burnout” a cuidadoras formais de uma IPSS.....	LI
APÊNDICE 11 – Questionário de satisfação sobre sessão formativa de burnout a cuidadoras formais de uma IPSS.....	LIV
APÊNDICE 12 – Planeamento das sessões na abordagem a utente com ansiedade.....	LVI
APÊNDICE 13 – Plano de Cuidados II	LVIII
APÊNDICE 14 – Planeamento das sessões de psicoeducação a utentes com “comportamento interativo comprometido”	LIX
APÊNDICE 15 – Apresentação sobre Saúde Mental Positiva.....	LXII
APÊNDICE 16 – Vinhetas para Psicoeducação de Saúde Mental Positiva.....	LXVI
APÊNDICE 17 – Pedido de autorização para o LSMQ – versão reduzida.....	LXVII
APÊNDICE 18 – Autorização para utilização do LSMQ pela autora.....	LXVIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria das Transições de Meleis.	7
Figura 2 - Processo de seleção dos artigos que integram a Revisão Integrativa da Literatura.	63

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Resultado da pesquisa	63
Quadro 2 - Apresentação dos resultados	64

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Calendarização das Sessões de Psicoeducação “Eu e os Outros”	42
Tabela 2 - Etapas da Revisão Integrativa da Literatura.....	62
Tabela 3 – Caracterização Sociodemográfica e Profissional (N=22).	73
Tabela 4 – Resultados da aplicação do questionário de Literacia em Saúde Mental para adultos – versão reduzida (LSMq_SVa) (N=22).....	75
Tabela 5 – <i>Score</i> dos fatores e total da (LSMq_SVa)	78

INTRODUÇÃO

Estando a saúde mental na ordem do dia, não só pelo período pós pandemia Covid 19, como pela emergência de intervenções necessárias a este nível, fruto dos números cada vez mais crescentes de pessoas afetadas desta ou daquela forma por algum tipo de patologia mental, é necessário e fundamental trabalhar o mais precocemente possível, desde as faixas etárias mais jovens. O stress está plasmado no compasso dos nossos dias, sem tempo para ajustes ou diferenças, estando-nos imposto a representação de papéis de maneira cada vez mais exigente mesmo desde tenra idade, onde quase já não é permitido o erro ou a insegurança de não estar à altura de determinada situação ou condição. Desta forma, resulta que atualmente as doenças mentais são diagnosticadas em idades cada vez mais novas.

Atualmente uma criança (pelo menos na grande maioria das vezes), não tem tempo para viver esta etapa da sua vida, desprendida de obrigações impostas pela sociedade, minimizando-a de ser criança para o ato de brincar; de descobrir e criar coisas novas por si; de gerir as suas emoções, regulando-as internamente; de imbuir-se dos valores primários de uma sociedade e de criar os seus próprios momentos de felicidade. Estas lacunas são promotoras de comportamentos e desenvolvimento de personalidades desajustadas, potenciadoras de atitudes erróneas que em muitos casos, caso não haja intervenção precoce, levam a perturbações mentais e comportamentais na criança ou jovem.

Estando as nossas crianças e jovens grande parte do seu dia, em ambiente escolar, este estudo de investigação é dirigido aos professores como elemento diferenciador na antecipação, minimização e promoção de atitudes que se poderão revelar insubstituíveis na promoção da saúde mental dos seus alunos, necessitando estes de estarem despertos e com conhecimento capaz de sinalizar situações passíveis de intervenção especializada. Assim, o estudo baseado na evidência que realizamos na parte II deste trabalho, revela a literacia em saúde mental dos professores num agrupamento de escolas da região norte do país.

Citando Ibukun et al. (2015), a escola é o contexto onde a criança mais facilmente demonstra sintomas de patologia mental, sendo os professores muito importantes nessa deteção e referenciação. Portugal é o país onde tem havido um acentuado aumento do

número de pessoas com doença mental, pelo que é inadiável que se trabalhe no aumento do nível de LSM dos portugueses (Morgado & Botelho, 2014).

Neste relatório são elencados, por sua ordem, Estágio de Internamento de Agudos; Estágio na Comunidade e Estágio em Unidades Especializadas, onde se descreve integralmente as intervenções que foram realizadas e que são da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), além de outras atividades complementares que se desenvolveram na cadência dessas intervenções. Além do referido, este trabalho incide também sobre a análise das competências comuns e específicas do EEESMP.

No decorrer da elaboração deste relatório realizou-se a Revisão Integrativa da Literatura sobre a temática da “Saúde Mental e Literacia dos Professores em Contexto Escolar: uma Revisão Integrativa da Literatura” e com base nesse levantamento científico foi desenvolvida a prática baseada na evidência através da prossecução de um trabalho de investigação. A conclusão deste ciclo de estudos permite a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo a investigação científica pilar insubstituível para o alcance do grau académico para o qual nos propusemos. Neste encaixe, o objetivo principal desta investigação foi descrever o resultado do nível de literacia em saúde mental numa amostra de professores num agrupamento de escolas da região norte no presente ano.

Para tal, este trabalho é constituído pelas seguintes partes:

A primeira, Introdução, inicia-se com um enquadramento do trabalho, nomeadamente dos estágios; na segunda parte, ela própria dividida em subcapítulos, entre os quais a abordagem à Teoria das Transições e o Cuidado à Pessoa com Alterações de Saúde Mental e Psiquiátrica; a Aplicação da Teoria de Peplau no Cuidado à Pessoa com Alterações de Saúde Mental e Psiquiátrica; a Contextualização dos Contextos Clínicos, com a descrição das características dos diferentes locais; os Pressupostos Teóricos Orientadores do Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros; e, o Cuidar da Pessoa com Alterações de Saúde Mental e Psiquiátrica em Diferentes Unidades de Cuidados, explanando as atividades desenvolvidas e a análise crítico-reflexiva tendo em vista as competências específicas do EEESMP. Na segunda parte, sublinha-se a Prática de Cuidados Baseada

na Evidência, com a Revisão Integrativa da Literatura sobre a “Saúde Mental e Literacia dos Professores em Contexto Escolar” e a investigação *in loco* do tema num Agrupamento de Escolas da Região Norte. Por último, na conclusão faz-se alusão a todo o desenvolvimento adquirido neste pequeno trecho da vida profissional assente nas competências que brotaram para o desenvolvimento do conhecimento em saúde mental e psiquiátrico.

A redação deste relatório seguiu as normas do Novo Acordo Ortográfico português e as linhas orientadoras da American Psychological Association (APA) – 7ª edição.

**PARTE I - O CAMINHO PERCORRIDO PARA O
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL
E PSIQUIÁTRICA**

1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E O CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Ao longo do tempo foram várias as teorias sob as quais a Enfermagem regeu a sua linha de orientação e prestação de cuidados. Iniciada com Florence Nightingale até 1950, a evolução da Enfermagem foi notória passando progressivamente de uma abordagem meramente prática do cuidado até à necessidade de procurar conceitos e sistemas que alicercem o saber para uma base científica de conhecimento.

Disse-nos Barros et. al (1997) que a Enfermagem é simultaneamente uma ciência e uma arte, pois se necessitamos de conhecimentos científicos para efetivar o cuidar também temos de ter capacidades e habilidades que dependem do ser intrínseco do enfermeiro, fazendo com que no cuidado prestado à pessoa seja incorporado num contexto próprio de acordo com aquela pessoa, adaptado às suas necessidades, percebendo que é uma experiência única para essa pessoa, proporcionando-lhe cuidados únicos e personalizados.

Deste modo, como cita Santo e Porto (2006): “O cuidado terapêutico possui dimensões científicas e tecnológicas, éticas e filosóficas, estéticas e interacionais cujo objeto é o ser humano, considerado como organismo físico, social, cultural e sensível. Nesse sentido, o que diferencia o cuidado de enfermagem de outras formas de cuidar é que ele representa um ato com intenção terapêutica, o que exige competência técnica, compromisso e ética dos seus agentes, que interagem entre si. Assim, o cuidado é uma ação com a finalidade de transformar um estado de desconforto ou dor em outro de mais conforto e menos dor. Portanto, ele possui uma perspectiva terapêutica sobre um sujeito que tem uma natureza física e mental”.

(Santo & Porto, 2006, p. 542).

Sabemos que a Enfermagem como profissão tal e qual a conhecemos hoje passou por vários estádios evolutivos, seja relativamente à pessoa doente ou saudável, abordando várias correntes e teorias desde o modelo religioso, o modelo biomédico e mais recentemente o modelo teórico-conceitual, com vista a produzir conhecimentos próprios de Enfermagem, sobre o cuidado à pessoa no *continuum* de saúde/doença.

Com a teoria das transições de Afaf Meleis, a Enfermagem assume um papel relevante no desenvolvimento de intervenções à pessoa que auguram que esta tenha mudanças eficazes em situações da sua vida. É claramente um processo desafiante dada a unicidade de cada pessoa, havendo necessidade da utilização de um conjunto de competências pelo enfermeiro no cuidado à pessoa, avistando que a sua atuação seja eficiente, atingindo os resultados esperados, evitando transições mal adaptativas (Meleis, 2010).

Concordando que todo o enfermeiro atuará de forma holística com a pessoa de quem cuida, a teoria das transições apresenta-se como uma orientação no sentido de contextualizar a mudança, de forma a compreender o processo de mudança e como uma estratégia para operacionalizar o cuidado à pessoa (Chick & Meleis, 1986).

Segundo (Meleis, 1991), numa transição a pessoa passa por uma mudança a nível do seu estado de saúde, na relação de papéis, quanto a expectativas ou habilidades. Normalmente existem pontos que convergem neste período que se revelam com uma desconexão com a rede social (ou de apoio), quando existe a perda ou indiferença sobre objetos significativos e aparecimento de novas necessidades que não estão relacionadas com o processo de mudança. Deste modo, neste processo pretende-se que a pessoa aprenda novos conhecimentos, modifique o seu comportamento, redefina o seu contexto social, suas necessidades internas e externas que afetam a seu estado de saúde.

Por conseguinte, Meleis designa transição ao espaço de tempo entre dois períodos de vida da pessoa, na qual esta vivencia dinâmicas, fluxos de movimento normalmente provocado por um período de desequilíbrio, conflitos interpessoais, incerteza ou alguma perturbação (Schumacher et al., 1999).

A Teoria das Transições de Meleis pode ser objetivamente visualizada na Figura 1, onde se identifica todo o processo de transição.

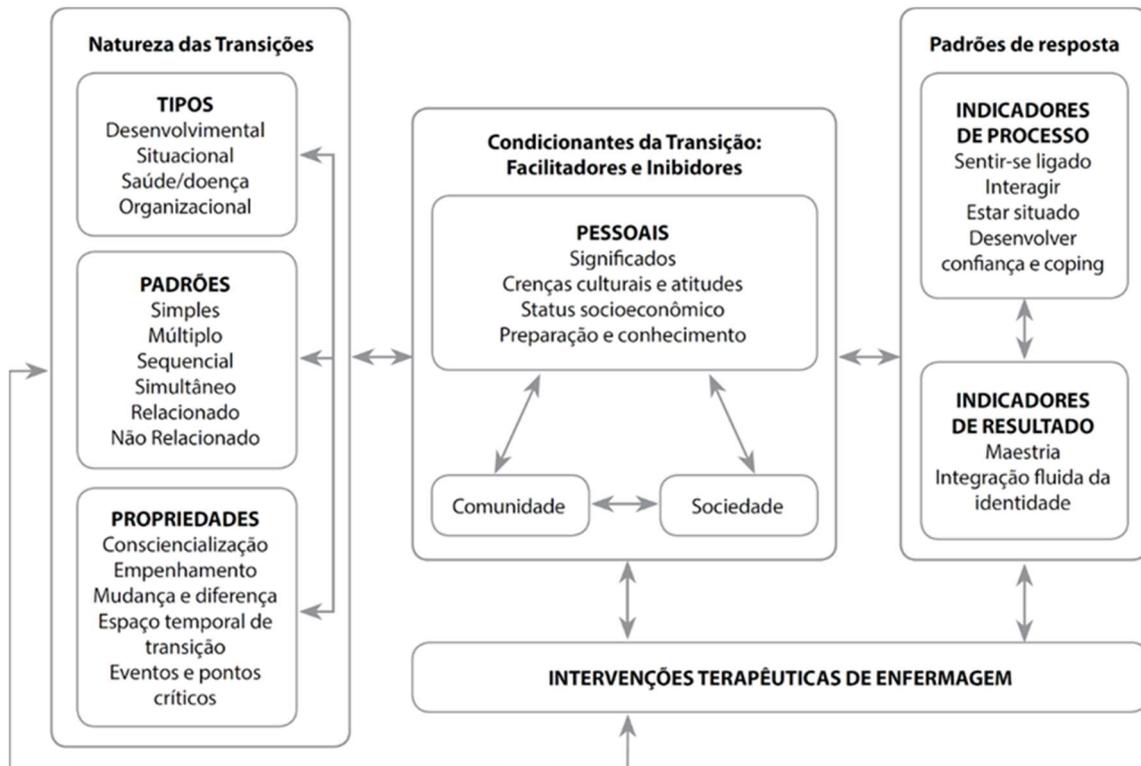


Figura 1 - Teoria das Transições de Meleis. Fonte: (Silva et al., 2021)

Quanto à natureza as transições podem ser classificadas segundo tipos, padrões e propriedades. Meleis propõe quatro tipos de transições relevantes a ter em conta pelo enfermeiro no cuidado à pessoa: desenvolvimental, situacional, saúde/doença e organizacional. Estes, tanto podem ocorrer de forma singular como podem ocorrer mais do que um tipo numa transição. A transição tipo desenvolvimental abarca situações onde a pessoa é o centro da transição e a forma como vivencia esse período como é o caso das diferentes fases que passamos em todo o processo vital, por exemplo a consciência da homossexualidade, a parentalidade, a adolescência, a menopausa (Schumacher & Meleis, 1994). A nível situacional, implica a perda ou a inclusão de pessoas ao seu contexto, necessitando que haja pelas pessoas que estão a vivenciar a transição redefinição dos seus papéis, como podemos objetivar nas situações de viuvez, institucionalização, imigração, casamento. Num processo de saúde/doença, a transição está relacionada exatamente com as situações em que a pessoa vivencia uma situação de doença em que o próprio com esse evento teve de redefinir o seu *self*, como é o caso quando ocorrem doenças cerebrovasculares, numa recuperação de uma cirurgia, por doenças autoimunes, crónicas e incapacitantes. Relativamente às transições organizacionais, são as que pressupõem mudanças quanto ao seu contexto institucional, social, político, económico como sejam a

alteração na estrutura da sua organização, novas metodologias, novos colegas de trabalho, novas práticas, tecnologias (Schumacher & Meleis, 1994). Perante o tipo de transição, Meleis refere que os enfermeiros devem centrar-se nos padrões das transições ao invés de se focarem somente no tipo de transição. Estes são designados simples, múltiplos, sequenciais ou simultâneos se os mesmos se sobrepuserem ou não; e se há ou não relação entre os tipos de transição. No que concerne às propriedades da transição são referidas a consciencialização, o *engagement*, mudança e diferença, tempo de transição, pontos críticos e eventos. Pela consciencialização compreende-se que a pessoa tem conhecimento e reconhece que está a atravessar uma transição (Schumacher & Meleis, 1994). O *engagement* é o nível de envolvimento da pessoa na transição, sendo que quanto mais consciencializada estiver maior será o seu envolvimento havendo, portanto, aqui alguma dependência nestas variáveis, pois só assim a pessoa poderá estar consciente das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. Quanto à mudança e diferença são dois aspetos que são parecidos, mas não são sinónimos. A mudança envolve a natureza, o tempo, a gravidade da situação e as expectativas (Meleis et al., 2000). Quanto à diferença é essencial que a pessoa configure alteração nos comportamentos ou perceções. Em relação ao tempo de transição, este compreende desde o evento inicial (onde se iniciou a transição) que é identificável, passando por um período de instabilidade, confusão até atingir a harmonia e estabilidade novamente. Os pontos críticos e eventos têm a ver com o facto de a pessoa ter consciência que existe uma situação nova de mudança, seja na aquisição de novas rotinas, estilos de vida ou comportamentos devendo o enfermeiro estar atento para prestar assistência o mais precocemente possível de forma a que haja um impacto *minor* na vida da pessoa, ajudando –a no processo de transição (Meleis et al., 2000).

As condições da transição, sejam elas pessoais ou ambientais poderão facilitar ou dificultar o processo, pois admitindo que estas condições são regidas pelos significados, as atitudes e crenças culturais, nível socioeconómico, a preparação e o conhecimento, percebe-se que são importantes para que a transição se efetive de forma saudável (Meleis et al., 2000). Assim, pelo significado que a pessoa atribui ao evento este pode ser facilitador ou não da transição se a pessoa não relacionar os problemas que teve pela situação que viveu. Pelas crenças culturais e atitudes, a pessoa pode também retrair-se o que impossibilita que o enfermeiro chegue facilmente ao encontro das suas necessidades,

visto que a pessoa tende a vivenciar a situação sozinha sem se manifestar até que apareçam os sintomas físicos demonstrativos do seu estado psicológico. Outro dificultador é a situação económica baixa objetivado pela mesma razão (Meleis et al., 2000). Na preparação e no conhecimento, se a pessoa antecipadamente se começar a preparar para a mudança isto irá ajudá-la a experienciar a transição de uma forma mais facilitadora, pois poderá munir-se de estratégias para utilizar no processo transitório, assim como detém mais conhecimento para enfrentar a transição (Meleis, 1997). A pessoa procura na comunidade/sociedade recursos que a possam ajudar na transição, porém principalmente nas situações de saúde/doença por vezes nem sempre estão disponíveis e de fácil acesso sendo um ponto inibidor no processo de mudança. Relativamente aos indicadores de processo, estes estão identificados em: sentir-se conectado, interagir/relacionar-se, estar situado e desenvolver confiança e *coping*. O sentir-se ligado prevê que a pessoa continue a ter conexão com a família e amigos e até com os profissionais de saúde, para que estes possam esclarecer dúvidas e serem um apoio não só técnico como relacional para se sentir confortável para efetivar a mudança. Por meio da relação que o enfermeiro pode estabelecer com a pessoa, é criado um contexto de cuidados muito mais vigoroso e harmonioso, sendo encarado pela pessoa como um apoio favorável à sua transição (Meleis et al., 2000). A pessoa como indicador deve estar situada, ou seja, quanto ao tempo, espaço e às relações, percebendo de onde veio, onde está e para onde vai. Deverá desenvolver também a sua confiança no sentido de conseguir utilizar os seus recursos intrínsecos e também extrínsecos, para conseguir estratégias para ultrapassar favoravelmente o processo transitório. Os dois indicadores de resultado apresentado por esta teoria, são a mestria e a identidade fluída, sendo que por mestria caracteriza-se o domínio de novas competências, a aquisição de novos comportamentos necessários à sua nova condição, por novas habilidades ou até pela autoconfiança conquistada. A pessoa terá maior mestria quanto melhor domínio terá na gestão da sua nova situação. A identidade fluída, ou seja, a habilidade desenvolvida é um indicador de resultado que inclui que a pessoa consegue monitorizar a sua nova situação, a tomada de decisão, a agilidade e a interpretação da sua condição (Meleis & Swendsen, 1978).

Depois de fazer esta breve descrição da teoria das transições e focando-nos nas competências específicas do EEESMP, plasmadas no regulamento nº 515/2018 do Diário da República de 7 de agosto, de 2018, consegue-se identificar nomeadamente nas

competências F2¹, F3² e F4³ a aplicação deste modelo teórico relativamente às intervenções psicoterapêuticas realizadas à pessoa. Nas competências F2 e F3, o enfermeiro deverá fazer sempre uma avaliação inicial à pessoa, primordialmente pela entrevista clínica e pela observação clínica, de forma a perceber em que plano está permitindo-lhe estabelecer diagnósticos de enfermagem e respetivas ações, através de um plano de cuidados que deverá ser negociado com a pessoa, implementando-as de acordo com o tipo de transição, padrões de resposta e propriedades e avaliando-as com os indicadores de processo e de resultado. Observando a competência F4, esta teoria aplica-se no sentido em que o EEESMP deverá ajudar na mobilização de recursos pessoais, familiares ou da sociedade para que a pessoa recupere o seu estado de saúde mental e consiga integrar-se no seu contexto com funcionalidade. É previsto que o enfermeiro consiga estimular, ensinar e promover a adesão de um estilo de vida saudável, quer à pessoa envolvida no processo quer a família, por meio de intervenções terapêuticas especializadas e individualizadas a cada transição.

É perceptível o quão importante foi o contributo que Meleis facultou na atuação do enfermeiro à pessoa, e mais concretamente, o EEESMP no cuidado prestado ao doente com patologia mental. Estando presente um estado de saúde/doença mental, consegue-se por via deste modelo enquadrar especificamente a situação em que a pessoa se encontra, e após isso iniciar todo o processo de enfermagem de forma a agir o mais precoce e agilmente possível, minimizando os riscos e impactos nocivos.

Transportando esta teoria para a parte II deste relatório, onde se incide sobre a fase da adolescência, é importante realçar o papel do EEESMP, no cuidado e intervenção que pode direcionar ao jovem para ajudar a vivenciar e ultrapassar esta fase de transição de forma mais estável possível.

A adolescência é vista como uma fase de transição, entre os períodos da infância e de adulto, onde num curto espaço de tempo ocorre um amadurecimento físico, cognitivo,

¹ F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.

² F3. 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.

³ F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

social e emocional consideráveis (Kollar, 2011). Neste sentido, está considerada como a fase mais importante no desenvolvimento do ser humano, em termos de transição. Com a teoria de Meleis, podemos designar a adolescência como uma transição do tipo desenvolvimental, uma vez que está envolvida a construção da identidade, além das transformações físicas e emocionais, da aquisição de novos papéis e do seu desempenho neste processo. Ou seja, podemos dizer em termos práticos, que ocorre mudança física, onde o corpo de uma criança se transforma num corpo de adulto, mas também, relativamente ao seu papel de criança onde passará a assumir (no fim da transição) o novo papel de adulto.

Neste sentido, a abordagem do EEESMP é muito importante em vários pontos, entre eles, que reconheça a adolescência como um processo de transição único na vida desses jovens; caracterizando quanto à sua natureza, condições e padrões de resposta. Com esta aceção, poderá desenvolver de forma mais assertiva a sua intervenção com o adolescente, no objetivo principal de facilitar a transição, contribuindo para desta forma melhorar seus níveis de bem-estar, de si bastante inconstantes nesta fase da vida.

2. APLICAÇÃO DA TEORIA DE PEPLAU NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Hildegard Peplau é considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, pois foi quem descreveu há cerca de 40 anos atrás o primeiro modelo teórico de enfermagem psiquiátrica assente nas habilidades, atividades e funções específicas do enfermeiro que trabalha com doentes de foro mental (Stuart & Laraia, 2006).

Peplau virou o paradigma de então onde “o doente era considerado o objeto da ação de enfermagem e as enfermeiras deveriam agir para ou pelo doente” (Howk, 2004, p. 424) pelo paradigma da sua teoria, que vê a pessoa como “colaboradora ativa” no processo de enfermagem.

O trabalho desenvolvido pela autora insere-se na teoria de médio alcance que “determina coisas como a situação ou o estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área de prática e a atuação da enfermeira ou a intervenção” (Tomey & Alligood, 2004, p.8). Foca-se primordialmente na relação interpessoal do

enfermeiro-utente, como alicerce essencial na relação terapêutica, como é descrito no seu livro *Interpersonal Relations in Nursing*, (Peplau, 1952) onde convergiu as teorias interpessoais da psiquiatria para o resultado final entre essas e o processo comunicacional (Neeb, 2000). Foi também ela que introduziu o conceito de *Advanced Practice Nursing* (Tomey & Alligood, 2004).

O que Peplau nos deixou é muito importante na medida que foi através dos cuidados ao doente psiquiátrico que tentou estudar os conceitos e princípios que substanciam a relação interpessoal entre os dois, prevendo suporte, aprendizagem e crescimento pessoal. A partir daqui esta forma de estar passou de forma consciente a fazer parte quer do ensino quer da prática de Enfermagem (Almeida et al., 2005). Deve-se considerar de relevo também o papel da família, da cultura, da sociedade e do contexto onde ocorrem as alterações (Bittencourt et al., 2018).

São quatro os conceitos que estão na base da teoria interpessoal de Peplau: a pessoa; o meio; a saúde e a Enfermagem. A pessoa é vista como o sujeito que necessita dos cuidados de saúde. O meio ou ambiente é assumido como o contexto cultural e os hábitos da pessoa. A saúde no sentido de a pessoa ter uma vida com objetivos de construção individual e de comunidade, assentes na sua personalidade. Por último, a enfermagem como a ciência onde assenta todo o processo terapêutico entre enfermeiro e utente.

Também se observam pela mesma autora os conceitos de crescimento, desenvolvimento, comunicação e papel. No respeitante à comunicação, é considerado um processo aplicado pelo enfermeiro, onde o próprio poderá assumir diversos papéis no sentido de ajudar da forma mais conveniente a pessoa ao seu cuidado, suprimindo as suas necessidades, tendo em vista o seu crescimento e desenvolvimento individual (Santos & Nóbrega, 1996). A comunicação é uma forte componente nesta teoria, pois assumindo como foco da intervenção a relação terapêutica, a competência clínica é expressa através de técnicas interpessoais e de comunicação, em todo o processo de enfermagem (Stuart & Laraia, 2006).

Phaneuf (2005) conseguiu demonstrar, através de alguns fatores alicerçados nos princípios de Peplau, o quão substancial é a forma de comunicar e de relação entre o enfermeiro e a pessoa ao seu cuidado. Ou seja, quando o enfermeiro está mais atento e observa exatamente aquilo que está a afetar a vida da pessoa, consegue compreender,

analisar e explicar melhor o seu estado. Por outro lado, se em cada momento de contato com o utente o enfermeiro perspetivá-los como uma oportunidade para intervir, apoiar e compreendê-la, maior será a probabilidade dessa pessoa se autodeterminar e encorajar para reencontrar o sentido da sua vida. Neste sentido, o enfermeiro deve obter o máximo de informação credível possível afim de elaborar um plano de cuidados que se comprove ser eficiente na abordagem à pessoa.

Esta teoria como se tem vindo a referir, preconiza o enfermeiro como um peão ativo no processo de relação e comunicação, tendo em vista o cuidado à pessoa, para que esta enfrente as suas dificuldades e problemas, almejando o restabelecimento da sua saúde mental.

Peplau destacou-se como a primeira teórica da enfermagem psiquiátrica, a enaltecer sobre a importância da construção da relação interpessoal estabelecida com o utente de forma a que ele próprio consiga crescer e desenvolver-se a si mesmo (Bittencourt et al., 2018).

As fases identificadas por Peplau, nesta relação são: a preparação; orientação; identificação; exploração e resolução (Butts & Rich, 2011). Na primeira fase, de preparação, o enfermeiro faz a recolha de informação acerca do doente/contexto. Na fase de orientação o enfermeiro é procurado pelo utente pois percebe que tem alguma necessidade ou problema e que precisa de ser ajudado, sendo o início da relação terapêutica onde utente e enfermeiro se conhecem, existe o primeiro diálogo e se formulam expectativas e limitações ou esclarecimento de dúvidas. Na fase de identificação, os problemas são descritos pelo utente com maior pormenor, mediam-se expectativas trazidas pelo utente, comportando o enfermeiro o papel de conselheiro e identificam-se as questões imediatas a serem resolvidas pelo utente emancipando o utente para o seu papel ativo no processo de mudança. Na fase exploratória, o enfermeiro atua como regulador no processo, permitindo que o utente adote novos comportamentos, valorize ambientes saudáveis e utilize recursos necessários à sua recuperação. Por fim, na fase da resolução, o utente assume praticamente sozinho a sua autorresponsabilização dos seus comportamentos, revelando que conseguiu atingir um crescimento pessoal. Também o tempo de interação entre enfermeiro- utente diminui, havendo maior independência. Mutuamente é acordado o acompanhamento que poderá ser disponibilizado pelo enfermeiro de acordo com as necessidades da pessoa.

Em síntese, através de Peplau destaca-se o relacionamento interpessoal entre o profissional de saúde, particularmente o enfermeiro, e o utente ao limitar assimetrias, promovendo uma visão holística (que na sua essência já é uma particularidade da ciência de Enfermagem) pela forma única de compreensão do problema assim como pela priorização de expetativas, valores e crenças do indivíduo (Almeida et al., 2005).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA COMPONENTE CLÍNICA

3.1. Estágio de natureza profissional I – Internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda

O ensino clínico de natureza profissional I - internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda decorreu entre 16 de janeiro e 24 de fevereiro de 2023, numa Unidade Local de Saúde da Região Norte, no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, que contempla internamentos de adultos do sexo feminino e masculino, de duração curta.

Esta unidade integra o SNS, enquanto ULS desde 2009 e tem na sua área de influência a cobertura de dez concelhos que perfazem uma superfície total de 2.219 Km² (Instituto Nacional de Estatística, 2022), atingindo uma população residente de cerca de 231.293 utentes, classificados segundo a faixa etária em: 11,2% jovens com menos de 15 anos; 28,1% com idade igual ou superior a 65 anos. 60,7% da população encontra-se em idade ativa.

A prestação de cuidados de saúde à população é distribuída segundo várias unidades funcionais, entre elas, 12 unidades de Cuidados na Comunidade, 8 unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 1 unidade de Saúde Pública, 9 unidades de Saúde Familiar Modelo A e 7 unidades de Saúde Modelo B, num total de 37 unidades funcionais quanto a Cuidados de Saúde Primários. Quanto aos Cuidados de Saúde Diferenciados estes distribuem-se pelas seguintes linhas: Consulta Externa, Urgência, Internamento, Cirurgia Convencional (programada e urgente), Cirurgia Ambulatório, Hospital de Dia, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Serviços Domiciliários, Hospitalização Domiciliária e Telemedicina/Telessaúde.

O Serviço de Psiquiatria dá resposta através de: um serviço de Internamento Completo (homens e mulheres), Hospital Dia, Psiquiatria Comunitária, Psiquiatria de Ligação aos Serviços Hospitalares, Psiquiatria de Ligação aos CSP, serviço de Apoio ao Serviço de Urgência e Psiquiatria Forense (em colaboração com o Ministério da Justiça).

Quanto ao serviço de internamento (agudos) existe um total de vinte e quatro camas (lotação máxima) para internar os utentes provenientes tanto do serviço de urgência ou da consulta externa, de cariz voluntário ou involuntário. Existem quartos no serviço, não identificados por género para o sexo masculino e feminino. A colocação é feita de acordo com as necessidades não havendo um número predefinido do n.º de camas para homens e mulheres. Assim, quanto à estrutura física deste serviço nomeiam-se: um gabinete de enfermagem, uma sala de psicoterapia, uma sala de estar, dois gabinetes médicos, uma sala de reuniões, refeitório, um quarto de isolamento, doze quartos, uma casa de banho assistida, rouparia, sala de tratamentos, sala de trabalho, copa, sala de sujos, duas áreas exteriores com jardim, duas casas de banho para profissionais e um vestiário.

A equipa multidisciplinar é formada por médicos psiquiatras (onde também colaboram outras especialidades quando há necessidade de intervenção), secretariado clínico, assistentes operacionais, assistentes sociais, psicólogas, dez EEESMP (uma enfermeira em funções de chefia e três na equipa comunitária de Hospital Dia e Consulta Externa) e onze enfermeiros generalistas.

Na gestão do horário, em cada turno existe pelo menos um EEESMP de forma a poder realizar as intervenções psicoterapêuticas com os utentes. As atividades estruturadas de grupo, realizam-se da parte da manhã, de segunda a sexta-feira e dinamizam-se de acordo com o seguinte plano: segunda-feira (relaxamento); terça-feira (expressão de sentimentos); quarta-feira (dinâmicas de grupo); quinta-feira (leitura criativa); sexta-feira (atividades lúdicas). Na intervenção individualizada, realizam-se entrevistas aos utentes em gabinete privado pelo enfermeiro a quem está atribuído o utente, através da comunicação terapêutica onde se equacionam quais as atividades estruturadas individualizadas mais convenientes para a situação clínica do utente.

A atribuição de médico assistente no internamento é realizada consoante a área geográfica ou centro de saúde no qual o utente está inserido. Relativamente à atribuição de enfermeiro no internamento, este obedece ao plano de trabalho diário estabelecido para

cada turno. Quanto à distribuição dos utentes por quarto, evidencia-se como *modus operandi*, se requerem maior vigilância (por exemplo, utentes com ideação suicida, risco de fuga ou maior dependência nos autocuidados), ficam mais perto da sala de trabalho ou do balcão de vigilância.

Os diagnósticos mais frequentes têm sido a ideação suicida, psicoses e comportamentos autolesivos. Pela enfermagem, estes diagnósticos são individualizados, de acordo com a especificidade de cada utente com a patologia que lhe está associada.

Na admissão do utente no serviço, poderão ser retirados objetos para a manutenção da segurança dos próprios utentes, tais como: aparelhos áudio, imagem, de comunicação ou informático; objetos cortantes, fogueantes, perfurantes, de vidro como canivetes, giletes, frascos de perfume, desodorizante); cintos ou atacadores.

O contato telefónico não é permitido, mas podem receber chamadas do exterior entre as 09h30 e as 19h00, através do telefone do serviço.

O utente pode fumar, apenas no pátio exterior. O tabaco que ainda tiver em sua posse, à noite deve ser entregue aos assistentes operacionais.

As visitas são diárias, com horário definido. Só é admissível uma visita de cada vez por utente, que ocorrem em sala própria, exceto para utentes acamados. Uteses que tiveram alta clínica só poderão visitar outros utentes no serviço após 5 dias da data da sua alta. Os familiares do utente, de referência ou cuidador, pode solicitar entrevista com o médico ou enfermeiro, que em sequência do pedido é agendada por esses profissionais que entram diretamente em contato com a família a avisar do dia e hora em que os poderão receber. No dia da alta, o utente só abandona o serviço na companhia de um familiar de referência/cuidador, salvo indicação médica em contrário.

O utente pode também solicitar assistência religiosa, de acordo com a sua crença.

Desta forma, neste contexto, os utentes terão de ter mais de 18 anos, e possuírem descompensação clínica aguda, derivado de quadro psicopatológico grave. Estes serviços são fundamentalmente importantes para a estabilização psicopatológica de pessoas com doença mental grave, em fase de agudização ou de recidiva (Abreu et al., 2017). Portanto, esta unidade de saúde, presta cuidados específicos a pessoas com necessidades ao nível dos cuidados e de tratamentos inadiáveis, nos quais já não é possível assegurar em

ambulatório, por um curto período de tempo, de forma contínua devido a gravidade da sintomatologia e da disfuncionalidade que apresenta.

Voltando-nos para a Consulta Externa, aqui são desenvolvidas consultas de psiquiatria, pedopsiquiatria, de enfermagem e psicologia. Relativamente às atividades de enfermagem, são realizadas as consultas de monitorização, ou seja, há um seguimento efetivo dos utentes com prescrição de terapêutica injetável de longa duração que estejam em tratamento voluntário ou involuntário. Este é um momento, em que além do ato da administração do injetável, se avalia o utente, tanto ao nível de alterações do pensamento ou da perceção, trabalhando no sentido de implementar as intervenções necessárias à sua melhoria, evitando a evolução para agudizações importantes que provoquem reinternamentos. Além disto, realiza-se psicoeducação, fomentando a importância da adesão ao regime terapêutico, reparação, hábitos de vida saudáveis, abstinência aos consumos, entre outros.

A consulta de enfermagem pós-alta, foi criada no âmbito das competências do EEESMP, no sentido de identificar quais as maiores necessidades do utente, ajudando-o quer ao próprio, quer à família ou comunidade no ajuste ao processo de transição após a alta do internamento, que tanto pode ser de dias ou semanas. Aqui, poderão detetar-se dificuldades ou problemas que tenham surgido no regresso do utente à sua rotina diária. É normativa a avaliação do estado mental, assim como a adesão ao regime medicamentoso no sentido de perceber necessidades sentidas pelo utente, disponibilizando –se o enfermeiro para ajudar, através do seu contexto familiar, ou comunitário a progredir favoravelmente nesta nova etapa adaptativa. Caso, se apurem situações desviantes ao normal processo de transição, o EEESMP deve fazer o encaminhamento da situação para o elemento clínico do utente ou para algum recurso da comunidade que seja adequado para a situação em causa.

Esta consulta preferencialmente será dada nos 30 dias após alta do internamento de agudos. Poderá ser realizada por contato telefónico ou presencialmente, saindo o utente do serviço com data da marcação da consulta e contatos do serviço.

3.2. Estágio de natureza profissional II – Comunidade

Este estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) na região do Alto Minho, integrado numa ULS. Este Centro de Saúde é constituído, por outras duas unidades funcionais, designadamente a Unidade de Saúde Familiar (USF), e por uma Unidade de Serviço de Apoio Geral (USAG). Encontra-se ainda sediada neste centro de saúde, sob responsabilidade da ULS, a Equipa Coordenadora Local.

De acordo com o Documento da Qualidade da Unidade, a UCC é uma Unidade Funcional com autonomia organizativa, funcional e técnica. Assegura o seu funcionamento das 08h00 às 20h00 nos dias úteis e ao fim de semana e feriados sempre que se justificar, sendo que a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) para além do horário semanal, prolonga a sua atividade ao fim de semana e feriados das 09h00 às 17h00.

Relativamente à missão da UCC esta pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, dentro da sua área geográfica de intervenção, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Neste sentido, são disponibilizados cuidados de saúde, de apoio psicológico e social de proximidade, em contexto domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis que estejam em situações de fragilidade e risco ou de dependência física e funcional, assim como doenças que necessitem de um acompanhamento mais assíduo. Além disto, tem intervenção no domínio da educação para a saúde, da integração na rede de apoio à família e na disponibilização de unidades móveis de intervenção, para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados. Tratam-se de respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de proximidade às necessidades de cuidados de saúde e sociais da população tendo como parceiros da comunidade a autarquia, segurança social, instituições de solidariedade social, associações, agrupamentos de escolas, entre outros.

Na equipa multidisciplinar, existem dez enfermeiros, sendo dois enfermeiros generalistas e oito enfermeiros especialistas distribuídos pelas áreas: uma enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, dois enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, um enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, um enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e uma enfermeira gestora com a Especialidade em Enfermagem Comunitária, a desenvolver a coordenação da equipa.

Há também outros profissionais que dispõem de algumas horas que são destinadas à UCC nomeadamente: uma médica especialista em Medicina Geral e Familiar, um Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, uma Psicóloga Clínica, uma Assistente Social e uma Nutricionista.

As UCC são imprescindíveis, pelas respostas que podem ser dadas às necessidades das populações. São formadas por unidades que contemplam, diferentes grupos profissionais, em que se prevê uma eficiente e adequada gestão dos recursos existentes, respondendo com intervenções de âmbito domiciliário ou comunitário (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2014).

Segundo o documento da Qualidade visualizado, esta UCC dá resposta a uma população total de 11044 habitantes residentes, distribuídos por dezassete freguesias. É sobretudo uma população envelhecida, decorrente do processo migratório de uma faixa de população em idade ativa. Assim, cerca de 30,2% da população tem 65 ou mais anos de idade, com múltiplas problemáticas e fragilidades associadas.

Relativamente à sua intervenção, inclui diversos programas e projetos ao longo do ciclo vital da pessoa, entre eles:

- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)
- Comportamentos e Estilos de Vida Saudáveis – Grupo para a Promoção da Saúde
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
- Cuidados Paliativos em contexto comunitário
- DPOC – “Respirar bem, viver melhor”
- IADem- Investigação-Ação nas Demências
- Não à Diabetes
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)
- Prevenção de Acidentes – “Vive a tua vida, sempre em segurança”
- Rede Social – Conselho Local de Ação Social
- Rendimento Social de Inserção (RSI)

- Saúde das Pessoas Idosas Frágeis
- Saúde escolar – “Comunidade escolar mais saudável”
- Saúde Infantil
- Saúde Mental e Doenças Psiquiátricas/prevenção e controlo de problemas ligados ao álcool (PLA)
- Saúde Oral
- Saúde Reprodutiva – “Ser pais, um compromisso para a vida”

Dentro destes vários projetos de intervenção na comunidade, o EEESMP tem intervenção autónoma respetivamente no programa de PLA, assim como coopera junto com outras entidades no NACJR e no projeto IADem, desenvolvido em parceria com a Universidade do Minho, para avaliação do estado cognitivo da população alvo de estudo. Colabora também na Saúde Escolar com a enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, colocando em prática o Programa “Eu e os Outros”.

3.3. Estágio de natureza profissional III – Unidades especializadas

O ensino clínico de natureza profissional III – Unidades Especializadas decorreu entre 17 de abril a 26 de maio de 2023, numa instituição privada da região norte, nomeadamente, na unidade de Reabilitação Psicossocial.

A referida instituição é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sob a forma de fundação de solidariedade social, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de justiça e solidariedade. O instituto tem fins de saúde, dedicando –se sem fins lucrativos, à prevenção, promoção e proteção da saúde através da prestação de cuidados de medicina preventiva e curativa na área da psiquiatria e saúde mental e ainda na área da reabilitação física e dos cuidados paliativos.

Tem com missão o carisma da hospitalidade no acolhimento, assistência e cuidado especializado, preferencialmente às pessoas com doença mental e outras situações de sofrimento e maior vulnerabilidade.

Os valores da instituição estão assentes em 8 pilares, nomeadamente: sensibilidade em relação aos excluídos; serviço aos doentes necessitados; acolhimento libertador; saúde integral; qualidade profissional; humanidade na atenção; ética em toda a atuação; consciência histórica.

A unidade onde decorreu o estágio III, ocupa totalmente um dos três edifícios da instituição. No rés-do-chão e no segundo andar do edifício está instalada a Ala X e no primeiro andar a Ala Z. A acessibilidade aos pisos pode ser através de escadas interiores ou de elevador.

O rés-do-chão compõe-se: por um refeitório; uma copa e despensa; três salas de estar equipadas por sofás, cadeiras, mesas, rádio e televisões; duas salas para atividades ocupacionais e terapêuticas; um espaço de lazer, com acesso à internet e biblioteca; uma sala polivalente (usada para atividades com técnicos externos ao serviço e para receção de visitas das utentes); um gabinete de enfermagem e outro médico; uma sala de materiais; seis casas de banho interiores e outra exterior; uma lavandaria; um jardim anexo, com acesso livre e exclusivo para as utentes; um quarto de proteção individual e um quarto de isolamento.

O primeiro andar é formado por: doze quartos, com uma lotação máxima de vinte e cinco camas; quatro casas de banho; um refeitório; uma sala de estar com televisão, cadeiras e sofás; duas salas de atividades com mesas, cadeiras e material e apoio; um gabinete de enfermagem e outro médico; um quarto de emergência; rouparia. No segundo andar existem: vinte quartos, com uma lotação máxima de quarenta e duas camas; dez casas de banho, uma pequena sala de estar a meio do corredor central, contendo alguns sofás; quarto de arrumos.

Esta unidade, relativamente aos recursos humanos funciona com uma equipa de catorze auxiliares; uma encarregada de setor; uma animadora sociocultural e uma ajudante de ocupação; doze enfermeiros de cuidados gerais; três EEESMP; enfermeiro chefe com Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; dois médicos psiquiatras; um médico de medicina interna; duas psicólogas; duas assistentes sociais; um fisioterapeuta; um professor de educação física; um terapeuta ocupacional; um assistente espiritual.

O circuito do utente desde que entra na unidade, inicia-se com a estabilização do utente pela unidade X. Aqui são avaliadas as capacidades, potencialidades e efetuadas intervenções terapêuticas, onde se verifica se a utente tem capacidade de recuperação e no caso de possuir é proposta transferência para a unidade Z. Nestas situações e havendo evolução positiva, é proposto ao utente algum tipo de atividade formativa. Posteriormente, e não havendo recuos no processo de reabilitação o utente poderá ser proposto para outra unidade onde existe um processo de maior autonomização relativamente as atividades de vida diária. Neste sentido, espera-se que o utente confeccione as suas refeições, faça a lista e realize as suas compras, utilize transportes públicos, entre outros. Esta unidade tem capacidade para nove camas e os utentes são supervisionados na aquisição e promoção da sua autonomia de forma constante. Eventualmente, estando o utente a desenvolver bem estas competências pode ser proposto para ser inserido num dos três apartamentos existentes para viver os seus dias de forma autónoma. Espera-se nesta fase que o utente tenha capacidade para estar inserido de forma completa na sociedade, havendo esporadicamente alguma visita de supervisão.

Esta unidade de médio e longo internamento está destinada a utentes do sexo feminino e está praticamente sempre preenchida na totalidade das suas 63 vagas. As utentes vêm de várias regiões a norte de Portugal, com as mais diversas patologias mentais. No presente ano, a utente mais nova tinha 22 anos e a utente mais velha tinha 73 anos.

O tipo de apoio financeiro destas utentes é por via do SNS, na sua grande maioria, tendo neste momento 7 em regime de comparticipação pela ADSE e 1 utente em internamento particular. Do total de utentes desta unidade, 7 estão em regime de internamento involuntário.

Neste ano, por ordem decrescente, na unidade, estão diagnosticadas as seguintes patologias mentais: Esquizofrenia Paranóide; Transtornos da Personalidade; Debilidade Intelectual; Transtornos Esquizoafetivos; Transtorno Afetivo Bipolar.

4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo procura-se fazer uma análise da aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEESMP. Concretamente será realizada uma reflexão sobre os conhecimentos adquiridos na vertente teórico-prática e como estes se traduziram no fomento de experiências significativas pelos três estágios de natureza profissional.

O conhecimento em si, não é só naturalmente fruto da experiência, como refere (Hesbeen & Martins, 2001). Terá necessariamente que haver uma reflexão, que deve até ser discutida sob pontos de vista de conceptualização, para verdadeiramente haver a mais-valia de adquirir conhecimento e competências.

Além disto, (Le Boterf, 2003) acrescenta que o enfermeiro deve mobilizar-se a ele próprio como “instrumento de trabalho” no sentido de ser mais um apoio na busca de soluções para ajudar a pessoa de quem cuidamos, ao invés de deixarmos somente como objetivo primordial do nosso trabalho o “saber fazer” as técnicas da profissão de enfermagem. Neste enalce, o enfermeiro deverá concentrar “saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas” (OE, 2018, p. 21427)

4.1. Os Domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas

O desenvolvimento de um enfermeiro especialista em termos formativos prevê além da dotação de um saber agir e de conhecimentos científicos, o desenvolvimento crítico e reflexivo aprimorando a sua capacidade de adaptação a diferentes contextos, configurando os estágios de natureza profissional o palco nobre de aplicação do conhecimento na prática clínica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define que o Enfermeiro Especialista é “O enfermeiro que possui conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, considera as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde,

demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo assim um conjunto de competências especializadas relativas a um determinado campo de intervenção” (OE, 2010, p. 2).

Para que tal aconteça existem um conjunto de competências comuns que estão suportadas na prática clínica de todas as áreas de especialidade de Enfermagem que pressupõem uma “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória” (OE, 2019, p. 4745).

Estes domínios constam na atribuição do título de EEESMP, como refere o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019). Consideram-se quatro tipo de domínios:

- A- “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (A1, A2).
- B- “Domínio da melhoria contínua da qualidade” (B1, B2 e B3).
- C- “Domínio da gestão de cuidados” (C1 e C2).
- D- “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (D1 e D2).

No domínio da competência A, pelo artigo 5º o enfermeiro: “a) “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 (A1); b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)” (OE, 2019, p. 4745).

No domínio da competência B, pelo artigo 6º o enfermeiro “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2) e garante um ambiente terapêutico e seguro (B3)” (OE, 2019, p. 4745).

No domínio da competência C, pelo artigo 7º o enfermeiro “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1) e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)” (OE, 2019, p. 4745).

No domínio da competência D, pelo artigo 8º o enfermeiro “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1) e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2)” (OE, 2019, p. 4745).

Seguidamente são formalizados estes domínios e explicado como me propôs atingir na prática clínica a matriz de cada um, através dos estágios de natureza profissional.

4.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional e ética legal

Neste domínio, como EEESMP somos recorrentemente confrontados com inúmeras situações ambivalentes e complexas, que põem à prova as tomadas de decisão, seja pela natureza particular do utente com patologia mental seja pelos contextos familiares, sociais ou institucionais onde este está inserido. O saber movimentar-se dentro do que é a ética profissional e lidando com as inúmeras situações da *praxis* clínica antevê conhecimento, saber ético e profissional, virtude e sensibilidade. Devemos ter capacidade de agir segundo normas, valores deontológicos e princípios éticos tendo sempre como finalidade suprema a proteção da dignidade da pessoa (M. Vieira, 2007).

Ainda sobre isto, (R. Nunes & Brandão, 2007) considera que há uma ética própria da Enfermagem, no sentido em que esta é o próprio local onde decorre a prática e onde tomamos essas mesmas decisões éticas. Esta conduta de ação está plasmada, com os seus princípios e valores, no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE).

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (OE, 2019), neste domínio o Enfermeiro Especialista “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (p. 3).

Respeitar a autonomia pressupõe, para o profissional, respeitar e ajudar o utente a superar os seus sentimentos de dependência, expressando os seus valores e preferências legítimas, e envolvê-lo na decisão sobre a sua saúde. É geralmente aplicado a pessoas capazes de decidir autonomamente (Lopez, 1997). No entanto, como constata (Fry, 1999), nem sempre esta autodeterminação está presente seja no caso da imaturidade, incapacidade

física ou psicológica, pelo que por vezes é “justificável intervir nas ações destes indivíduos para os proteger dos resultados perigosos das suas escolhas ou ações” (Fry, 1999, p. 112).

A invasão da privacidade e a restrição da liberdade são situações que devem ser bem ponderadas e usadas apenas e só quando justificadas face à necessidade, ao risco e à beneficência, devendo ser devolvida o mais rapidamente possível para que a pessoa tenha possibilidade de se autodeterminar (Fry, 1999).

É de importância extrema que o EEESMP tenha consciência da sua responsabilidade ética de “exercer a sua profissão na convicção profunda de que lidam com pessoas humanas particularmente vulneráveis e para as quais o fenómeno da doença é profundamente incapacitante e indesejável” (Nunes & Brandão, 2007, p12).

De forma constante ao longo dos três estágios foram trazidas à discussão aspetos que constam desta competência um pouco por todos os elementos da equipa multidisciplinar, incluindo-nos enquanto estudantes da especialidade, sob a forma de questões ou até de pensamentos e inquietações face a situações que eram vivenciadas e tomadas de decisão que eram necessárias fazer. Cada um dos três estágios com as suas características próprias, foram palco de situações particulares algumas vezes difíceis de avaliar do ponto de vista ético e legal, o que para mim foi também um desafio para a construção de estratégias para resolver problemas, que foi sendo trabalhada naturalmente ao longo de toda a componente prática. Desta forma, a competência A1 foi processada durante toda a jornada da prática clínica necessariamente através da relação estabelecida quer com o utente, quer a família e equipa multidisciplinar. Estas tomadas de decisão foram sempre alicerçadas em juízos com conhecimento e pensamento crítico-reflexivo, no qual se engloba o enquadramento jurídico, assim como as questões éticas e deontológicas já mencionadas anteriormente, nunca ultrapassando os limites e responsabilidades da nossa ação.

Na competência A2 devemos garantir valores universais como a igualdade; a liberdade responsável, com capacidade para escolhas e atenção ao bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional na relação profissional, constantes no CDE do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015).

Neste ponto poder-se-á já fazer alusão à questão da gestão do ambiente seguro, embora também seja matéria que tocará em pontos seguintes. Abordamos aqui, uma vez que com base nos valores e princípios elencados, e estando a vulnerabilidade e instabilidade física e mental presente nos utentes aos nossos cuidados, torna-se fundamental a formação e preservação de ambientes que sejam seguros do ponto de vista físico de forma a minimizar possíveis atos de auto e heteroagressão, caso específico dos quartos de contenção física presentes nos contextos de Estágio I e Estágio III, respetivamente de agudos e de reabilitação psicossocial. Este local dentro de um serviço foi aquele espaço que nos trouxe mais questionamento, inquietação e até mesmo insegurança quanto à sua utilização; no sentido de privarmos a liberdade de uma pessoa enquanto profissionais de saúde e até mesmo a fazer o exercício de nos colocarmos no lugar daquela pessoa e de como seria a nossa resposta ou reação. Estas salas foram desenvolvidas com o propósito de permitir a segurança da pessoa e não o contrário, no entanto foi difícil visualizar um local desprovido de qualquer objeto (pelo menos que se entenda ser potencialmente perigoso), o que o tornou aos nossos olhos estéril e desconfortável. Mais do que tudo e visto a frieza do espaço teve de ser ainda mais imperioso a comunicação verbal e não verbal de forma de desenvolver a relação terapêutica nestas situações, quer ao nível do olhar, do toque, tom de voz e diálogo por vezes difícil de estabelecer. Tentou-se desta forma proteger os direitos humanos e a gestão da prática dos cuidados, na tentativa de garantir a segurança, privacidade e dignidade humana do utente (competência A2), assim como a gestão de um ambiente terapêutico seguro (competência B3) (OE, 2019).

4.1.2. Domínio da Gestão de Cuidados

Neste domínio, a nossa centralidade, enquanto estudante de mestrado dos estágios de natureza profissional da especialidade de saúde mental e psiquiátrica foi no sentido de integrar o melhor possível a equipa multidisciplinar. Isto prevê que não se ultrapassassem limites quer relativos à nossa função dentro da área de competência que nos engloba, mas também não interferindo com outros profissionais de áreas diversas, respeitando as especificidades e intervenções de cada profissional. Foi objetivo a promoção de um ambiente profissional assertivo com toda a equipa disciplinar nos diversos contextos de estágio, fomentado com propostas de melhoria para o serviço/profissionais quer para os

utentes, visando um contributo cada vez melhor para a prestação de cuidados, tendo no horizonte o respeito e opinião dos vários intervenientes, conseguindo acatar pontos de vista contrários de forma a aceitar a crítica e os ensinamentos dos colegas e outros profissionais, para que de forma construtiva se otimizassem processos e tomadas de decisão sempre que necessário.

No campo da gestão de cuidados ressalta a clarividência de que o trabalho em equipa é um dos alicerces fundamentais para que haja um *continuum* de cuidados o mais completo possível, fazendo-o pela partilha de informação quer informal quer formal (através das passagens de turno e dos registos no processo de enfermagem), no qual deverá constar alguns requisitos, entre eles o sigilo profissional e a não emissão de juízos de valor ou depreciativos do utente. Além desta questão, podemos também acrescentar a supervisão e delegação de tarefas de Enfermagem, passando aqui a nossa responsabilidade não para o ato, mas para a operacionalização das referidas tarefas, não abdicando da segurança dos utentes. A este respeito, estas eram delegadas em pessoal funcionalmente dependente, como sejam os assistentes operacionais (AO), os quais demonstraram preparação e experiência necessárias para ajudar quando solicitados. É exemplo a distribuição dos cigarros e cumprimento dos seus horários, a toma de medicação assistida durante as refeições quando o número de elementos da equipa de Enfermagem por algum motivo não era o suficiente para supervisionar todos os utentes nestes horários e era pedida a colaboração do AO; a proibição de determinados objetos/acessórios potencialmente perigosos principalmente no contexto de internamento de agudos e de longa duração ou mesmo no atendimento às visitas/ familiares supervisionando as normas dentro dos protocolos previstos para o serviço. Estas situações estão incluídas na gestão do risco, onde também se podem juntar a minimização de planos de fuga do serviço, a partilha de objetos/comida entre os vários utentes, atos de promiscuidade ou abusos (de vária ordem) entre os próprios, assim como nos contatos telefónicos e virtuais estabelecidos com o exterior.

Foi também objetivo no âmbito da gestão, a definição de critérios para a referenciação da "Consulta de Jovens" no Centro de Respostas Integradas, assim como do procedimento de referenciação/articulação interinstitucional para a referida consulta (APÊNDICE 1). Isto resultou da necessidade sentida, na UCC onde se realizou o estágio II, uma vez que têm sido cada vez mais as situações em que os pais ou cuidadores de jovens procuram o

EEESMP, solicitando ajuda e apoio para o seu filho. É notório e evidente os consumos cada vez mais acentuados de vários tipos de adição, em idades muito precoces e quanto mais cedo se reagir, maior é a probabilidade de ter bons resultados no tratamento. Segundo o procedimento de articulação existente, a referenciação de utentes deverá ser efetuada através do médico de família do utente; no entanto dada a urgência de certos casos e com o tempo de espera das consultas a problemática urge em ser encaminhada no menor tempo possível. Ademais, era necessário auscultar e perceber pela equipa do CRI, quais os critérios que são necessários existir para que o jovem tenha o atendimento na UCC, pelo EEESMP e quais os critérios que passam para fora dessa intervenção, e que exige a referenciação e parceria da citada entidade, por forma a uniformizar um procedimento de atuação para estas situações.

Desta forma, para a sua efetividade, achou-se oportuno o planeamento de uma reunião, que decorreu no dia 22 de março de 2023, com início às 11h15 e término às 12h30. Estiveram presentes a gestora da UCC, Enfermeiro orientador; estudante de mestrado da Especialidade em SMP; Diretor do CRI; Médico pedopsiquiatra; Técnica Superior e Enfermeira.

Iniciou-se a reunião, debatendo algumas questões da Rede de Referenciação entre os Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Diferenciados (Pedopsiquiatria) e o CRI. Assim, quanto à sinalização de jovens para o acompanhamento no CRI, a técnica informou que deve ser sempre preenchida a ficha de sinalização já existente, além do preenchimento relativo ao documento de Consentimento Informado para acompanhamento de menores. Estes são os primeiros passos, sem os quais o processo de referenciação não tem qualquer validade, sendo, portanto, vital a sua execução. Relativamente, aos critérios de referenciação de jovens para a consulta e lembrando que existe 3 níveis de intervenção (1 - com comportamentos de risco; 2 - Consumo de baixo risco ou nocivo; 3 - Dependência - necessidade de tratamento especializado), os CSP poderiam atuar no primeiro nível, referenciando as situações de 2º e 3º nível para o CRI.

Eventualmente utentes sem alteração no comportamento de risco do primeiro nível ou com necessidade de acompanhamento por Psicologia poderiam ser referenciados, em condições de excecionalidade.

A nível da intervenção no primeiro nível, poderá a UCC, realizar intervenções breves, bem como o treino de competências através da aplicação de programas de intervenção comunitária (Ex. Eu e os Outros) caso tenham formação para o efeito. Também, a parceria com a consulta de Saúde Infantil poderia ser uma estratégia importante para a identificação destas problemáticas, pelo enfermeiro que acompanha o desenvolvimento físico e psicológico do jovem.

Questionou-se os critérios de classificação dos utentes para posicioná-los no primeiro ou segundo nível, sendo que a perda de funcionalidade foi apontada pelo pedopsiquiatra como uma das características principais para a passagem para o segundo nível, quer nos comportamentos aditivos com ou sem substância.

Apontaram-se ainda como muito importantes vários outros pontos a ter em conta, como situações de policonsumos, destruturação do jovem, história familiar psiquiátrica e de outras patologias como o (PHDA, por exemplo) como fundamentais para a referenciação para o CRI.

O CRI reconheceu a importância do trabalho realizado pelo EEESMP para a "triagem" dos utentes na referenciação para o tratamento, assim como um elemento de ligação e de operacionalização deste processo.

A equipa do CRI, nomeadamente o corpo clínico, mostrou-se disponível para uma eventual sessão de sensibilização / esclarecimento para a capacitação dos profissionais dos CSP de forma a identificarem, acompanharem e referenciar as situações de Comportamentos Aditivos e Dependência sem substância (*gaming e gambling*) nos jovens, uma vez que segundo referiram estas situações passam muitas vezes impercetíveis aos profissionais.

Pretendemos com a realização deste trabalho, dar preenchimento ao domínio da gestão no contexto de trabalho. Para isso, foram considerados os nossos conhecimentos teóricos e competências técnicas, garantindo assim o sucesso dos projetos, além da maior eficiência no trabalho desenvolvido dentro da nossa atividade na área da saúde mental. Foi objetivo gerir a informação que nos foi direcionada, disponibilizando uma intervenção personalizada a cada utente, pautada em registos que posteriormente serão realizados e analisados para gerar conhecimento fatural do grupo de intervenção.

4.1.3. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é onde primordialmente se desenvolve a capacidade de autoconhecimento e assertividade do enfermeiro, além de uma atuação que é especializada em evidência científica na área da sua atuação.

Relativamente ao autoconhecimento, é descrito no Regulamento n.º. 515/2018, publicado no Diário da República, 2.ª. série, n.º. 151, de 7 de agosto de 2018, através da primeira competência do EEESMP que “1 — Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”

Enquanto estudante desta especialidade esta competência está na gênese da evolução e desenvolvimento assinaláveis enquanto enfermeiros, uma vez que estando consumada na atuação à pessoa, há o garante da identificação de emoções e sensações (nossas e do outro), além de outras variáveis pessoais que podem interferir na relação terapêutica. Neste sentido, ao conseguirmos identificar e gerindo antecipada e assertivamente estes fenómenos de transferência e contratransferência, iremos invariavelmente ter preservados os limites da relação terapêutica, permitindo-nos trabalhar em intervenções “psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” sem condicionalismos para os resultados que prevemos alcançar (OE, 2018, p. 21428).

A ferramenta do autoconhecimento deve ser continuamente trabalhada por cada um, tentando que haja uma evolução ao longo do nosso trajeto profissional cada vez mais sofisticado e especializado, facilitando a relação de ajuda ao utente psiquiátrico, envolvido em vulnerabilidades e limites próprios, onde a maturidade e a disponibilidade são peças principais para esse incremento. Não foram escassas as situações em que durante os estágios de natureza profissional houvesse algum questionamento no sentido de: será que estamos a seguir a nossa atenção e cuidados à pessoa na melhor direção? Estarei a conseguir gerir da melhor maneira a relação terapêutica?

Sem efetivamente termos a resposta a estas e outras questões, o que ressalta desta entrega pessoal para além do profissionalismo, é a autenticidade e a genuinidade com que realizamos a nossa vocação na ajuda à pessoa cuidada. Assim, a utilização do nosso *self* enquanto instrumento terapêutico, mediado pela comunicação verbal e não verbal é decisivo para estabelecermos uma relação de ajuda efetiva e humanizada.

Phaneuf (2005, p. 359) tem sido uma das autoras que mais realça esta componente interpessoal, trabalhada na relação de ajuda onde a retrata como a “capacidade da pessoa que ajuda de permanecer sinceramente ela própria no decurso da relação com a pessoa ajudada”. É, pois, uma “capacidade essencial ao estabelecimento do clima de confiança e de simplicidade necessária à criação de uma aliança terapêutica” (Phaneuf, 2005, p. 359).

Outra das aprendizagens que procuramos sedimentar, particularmente desde que encetamos o percurso nos contextos de estágio deve-se ao aperfeiçoamento da escuta ativa. Nesta área, ocorrem diversas vezes situações que nos chocam, põem em dúvida os nossos valores e limites, parecem desafiar os contornos da condição humana, tanto através do que ouvimos ou observamos, porém, a autora citada sublinha a importância do não julgamento, quer verbalizado ou não verbalizado, recebendo a comunicação que o outro estabelece, de forma despojada abrindo-nos às palavras, gestos e sofrimento emitidos pela pessoa (Phaneuf, 2005).

Embora este pedido por vezes não seja fácil de gerir, fruto dos nossos costumes, tradições, cultura e até preconceitos devemos investir no não julgamento permitindo ao enfermeiro “deixar-se penetrar, sem preconceito nem reserva, pelo que exprime a pessoa ajudada pelo seu comportamento verbal e não verbal”. Acrescenta ainda que deverá haver a “aceitação incondicional do outro, no respeito pela sua dignidade e numa compreensão profunda dos seus comportamentos e motivações”, mas opõem-se ao “o encorajamento a sentimentos negativos, a ações repreensíveis” (Phaneuf, 2005, p. 331).

Resumindo, apesar da escuta ativa e do não julgar ser já um instrumento utilizado pelos enfermeiros e não exclusivamente pelos especialistas, esta área específica da saúde mental e psiquiátrica veio dificultar estas condições, acrescentando em nós uma resiliência ainda maior para atingir estes objetivos, uma vez que possivelmente nascemos e crescemos em ambientes formativos balizados em expectativas que são aceitáveis na sociedade. E por isso mesmo, perante vários casos de utentes (muitos deles, casos sociais) deparamo-nos a interrogar do porquê daquela decisão de vida; em que modelos e contextos foi formada e desenvolvida aquela personalidade; quais as motivações para determinados comportamentos; o que faríamos se não nos sentíssemos amados ou com sentimento de pertença a um lugar, família ou comunidade?

Pode-se ainda apontar no domínio das aprendizagens, funcionando como um elo que interliga todo o espectro do autoconhecimento, a empatia; ajudando-nos a compreender os nossos sentimentos ao permitir não cair na tentação de achar que adivinhamos ou sabemos de forma irrefutável o que o outro sente ou pensa. É importante termos sempre presente que o EEESMP não vai atuar como o “salvador de tudo” o que está errado, mas sim ajudar o melhor possível o doente psiquiátrico a restaurar a sua saúde mental/familiar. Relativamente à evidência científica que está assente numa *praxis* clínica que é suportada por conhecimentos científicos válidos e de alta diferenciação, pode-se retratar que no decorrer dos três estágios conseguiu-se praticar os novos conhecimentos, nomeadamente pelas teóricas Peplau e Meleis nos cuidados prestados aos utentes, através de intervenções psicoterapêuticas planeadas e de outras atividades destinadas, nomeadamente, à formação dirigida a cuidadoras formais numa IPSS e às famílias, através da entrevista clínica.

5. CUIDAR DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA EM DIFERENTES UNIDADES DE CUIDADOS: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS

5.1. Cuidar da pessoa em fase de descompensação aguda

Cuidar da pessoa em internamento de agudos, pressupõe que a mesma esteja a passar por uma crise que deve ser avaliada e acompanhada o mais eficazmente possível de forma a estabilizar a pessoa no melhor tempo terapêutico possível. Sequeira (2016) definiu crise como:

“um estado temporal de desorganização, habitualmente associado a um desequilíbrio emocional, que advém da ineficácia das estratégias de coping que o indivíduo habitualmente utiliza (...) este encontra-se incapaz de resolver o problema por si só, daí a necessidade de ajuda (...) traduz a incapacidade pessoal para lidar com uma situação de forma adaptativa, devido a uma dificuldade em utilizar os seus recursos ou devido à gravidade e repercussões da situação” (p.204).

Foi por via desta perceção, que obtivemos o primeiro contato com o internamento da pessoa em “fase aguda”. Pessoalmente este primeiro impacto representou um desafio uma vez que quer no meu percurso profissional ou mesmo académico ainda não tinha tido a oportunidade de observar *in loco* esta perspetiva.

No âmbito deste estágio foi proposto alcançar determinados objetivos: realizar avaliações iniciais de Enfermagem em SMP; utilizar e avaliar a saúde mental do utente através de instrumentos adequados ao seu problema; realizar plano de cuidados individualizado e especializado na SMP ao utente; prestar cuidados de Enfermagem específicos em SMP (psicoterapêuticos e psicoeducacionais); intervir como elemento da equipa multidisciplinar, integrando os cuidados de Enfermagem no cuidado holístico à pessoa com patologia do foro mental; envolver a família ou cuidador na prestação de cuidados ao utente; aplicar as competências comunicacionais e relacionais com o utente, assim como, demonstrar competências de autoconhecimento e autoconsciencialização.

Além do mencionado, podemos referir que este estágio facultou oportunidades de desenvolver as competências específicas do EEESMP, que serão explanadas pelas atividades que desenvolvemos, consoante as necessidades que foram sendo identificadas e das oportunidades a que fomos tendo acesso para as conseguir trabalhar. Foi neste intuito, que se procurou atingir os objetivos de estágio anteriormente referidos, na medida em que os mesmos vão de encontro às competências que se esperam alcançadas pelo EEESMP.

Particularmente neste estágio, a pessoa está num processo de transição entre o seu estado de saúde/doença, onde o internamento pode ocorrer de forma voluntária ou não; neste caso denominado de compulsivo ou involuntário, de acordo com a Lei de Saúde Mental. O utente que é observado no serviço de urgência, não raras vezes fica “em observação” cerca de 24 a 48h, período findo em que é enviado para o serviço de internamento ou tem alta. Nesta medida, um dos grandes objetivos da permanência do utente em regime de internamento é a sua estabilização, promovendo o controlo de sintomas e a própria adesão à terapêutica (que muitas vezes está na origem dos reinternamentos).

Constatou-se que a metodologia de trabalho utilizada é como enfermeiro de referência, estando o utente atribuído a um designado profissional da equipa, que tem como responsabilidade primária a construção de um plano terapêutico individualizado e

especializado em SMP, de acordo com as suas particularidades, sendo posteriormente discutido em equipa multidisciplinar para aprimoramento do plano. Neste estágio de natureza profissional houve uma boa integração na equipa multidisciplinar, tanto pela aceitação em contribuir com informação complementar, como pela observação a entrevistas realizadas aos utentes, na discussão de casos em reuniões com médicos, psicólogos e assistentes sociais, em formação em serviço, em observação para operacionalização da gestão da alta ao utente. A média contratualizada neste serviço de internamento a utentes em fase de descompensação aguda é de 15 dias. Os diagnósticos mais comuns são a psicose, patologia depressiva, consumos de tóxicos, síndrome de descompensação alcoólica, perturbação bipolar e demência.

Foram apresentados vários programas de intervenção no serviço, sendo que parte deles não estão a ser implementados por serem muito extensos e por vezes os utentes têm alta, sem se conseguir concluir a intervenção psicoterapêutica. Desta forma, contornou-se a existência deste problema, com a realização de um conjunto de atividades, que decorrem toda a semana de forma contínua, para que no seu conjunto ajudem a equipa de Enfermagem a conseguir melhorar a relação terapêutica com os utentes e vice-versa, assim como a desenvolver as competências que estão preconizadas no cuidado à pessoa com patologia mental. Estas intervenções estão espelhadas em atividades que já se encontram definidas semanalmente e que estão distribuídas de 2^a a 6^a feira da seguinte forma: 2^a feira (sessão de relaxamento, de grupo); 3^a feira (atividade de expressão de emoções e sentimentos); 4^a feira (leitura criativa); 5^a feira (atividade ao ar livre e lazer) e 6^a feira (temática livre/jogos). Estas atividades são de grupo para promover a interação grupal, a integração de novos doentes no serviço e promover as relações comunicacionais no grupo. São realizadas entre as 10h30 e as 11h00 horas. Normalmente, existem sempre dois momentos de maior descontração; no início para promover o quebra-gelo entre os participantes e no fim para partilhar ideias e opiniões da experiência vivida por cada um. Este conjunto de atividades, que em conjunto com o enfermeiro monitor foram trabalhadas diariamente são muito importantes, uma vez que através do grupo e de uma forma informal, discutem-se temas sérios e também exige organização dos cuidados pelos enfermeiros e impõem rotina para a organização diária do tempo dos utentes.

Neste estágio, foi possível realizar mais de cinco avaliações iniciais. Relativamente a esta intervenção, conseguiu-se pôr em prática a aptidão para comunicar com o utente,

habilidade para observar atentamente o comportamento do utente, ser capaz de realizar a técnica de entrevista e ainda, ser capaz de retirar de forma eficiente e aprimorada a informação mais relevante para a história de saúde mental do utente, permitindo construir um plano de cuidados especializado para as necessidades do próprio, com base nos diagnósticos identificados.

A avaliação inicial de enfermagem é um processo organizado e sistemático de colheita de informação por várias fontes de forma a saber quais as alterações relativas às diferentes necessidades da pessoa, para identificar os seus problemas, de perceber os recursos pessoais internos e externos e a planificar as intervenções de enfermagem que possam dar resposta a essas necessidades (Phaneuf, 2001).

O modelo de avaliação do estado mental e da história do utente, que está preconizado no processo de Enfermagem em Saúde Mental consta de vários pontos, a considerar: identificação e caracterização da pessoa; história psiquiátrica; história da queixa atual e motivo de observação; diagnóstico atual e anteriores; terapêutica atual e anteriores; história pessoal e padrão de sono. São ainda considerados também: o exame físico e exame do estado mental onde se deve fazer referência a aparência; atitude; comportamento; atividade psicomotora; discurso; humor; afeto; pensamento; percepção; *insight*; juízo crítico e cognição.

A realização desta intervenção de Enfermagem, foi importante para o desenvolvimento da competência 2 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (RCEEEESMP), onde se considera que o EEESMP deve assistir a pessoa ao longo da sua vida, na otimização da sua saúde mental, recolhendo informação relevante para a compreensão global do estado de saúde mental do utente. Por outro lado, ao repetir várias vezes esta intervenção, permite ao EEESMP treinar no aprimoramento da técnica da entrevista e da recolha de dados, uma vez que vai ouvir sempre histórias de vida diferentes, com idades e patologias variáveis, facultando uma aprendizagem rica e contínua para o desenvolvimento deste procedimento. Sendo enfermeira, a trabalhar profissionalmente já na área da saúde mental, foi demonstrado à vontade e domínio na realização da avaliação inicial em SMP. Neste percurso foi também objetivo a realização de um trabalho para entrega e avaliação do enfermeiro supervisor, relativamente ao processo de Enfermagem em SMP a um utente

selecionado por nós em contexto de estágio, onde teria que estar incluída uma avaliação inicial, diagnósticos de Enfermagem, com linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); planeamento de cuidados, estrutura e conteúdo das intervenções realizadas com o utente e avaliação final (APÊNDICE 2). Desta forma, foram identificados focos e diagnósticos de Enfermagem: Ideação Suicida, presente; Humor ansioso, presente; Autocontrolo Ansiedade, comprometido; Insónia Inicial, presente; Ferida Traumática Autolesiva Pulsos, Ferida Cirúrgica Autolesiva Pernas.

Neste caso, a utente assinalou desde o primeiro momento a relação conflituosa que tem com a mãe que a deixa sempre muito ansiosa. A utente refere-se a essa relação como de amor-ódio, porque embora saiba que esta lhe tem dado ao longo da vida o que precisa, tem falhado com afetos e na relação interpessoal consigo. Refere que a mãe lhe chama nomes impróprios, que não tem confiança nela, que lhe diz ser “um fracasso na vida”. Foram identificados como diagnósticos de Enfermagem: “Autocontrolo da Ansiedade comprometido” e “Humor ansioso” e “Insónia inicial presente”, tendo obtido na Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) um score de 18 pontos (ansiedade presente) e na Escala de Pittsburgh para Avaliação da Qualidade do Sono - versão portuguesa (PSQI-PT) um score de 7 (qualidade pobre de sono). Nesta perspetiva, foi realizada a intervenção de Enfermagem “Executar Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson” (RMPJ), com o objetivo de diminuir o nível de ansiedade que sente e provoca maior consumo de tabaco, maior impulsividade e agressividade no contato com os outros, assim como melhorar a qualidade do sono, através de estratégias não farmacológicas, uma vez que também havia um consumo excessivo de benzodiazepinas. Outro diagnóstico identificado foi o “Ideação Suicida presente”, já que a utente referia que “eu quero morrer desde os meus 15 anos, sei que a minha vida não é má de todo, mas para mim é angustiante ter de viver, tenho sempre a ideia de querer morrer e estou sempre a espera de oportunidade para o fazer, com aquilo que acho que não vou sobreviver.... por exemplo, já não tomo comprimidos porque sei que não matam, mas se subisse a um arranha céus, atirava-me, faço isto por impulso (...)” (SIC). Foi aplicado o instrumento de avaliação – Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999), cujo score foi de 123 pontos (alto risco). Além destes diagnósticos, existia também um outro, o de “Ferida Traumática Autolesiva Pulsos” e “Ferida Cirúrgica Autolesiva Pernas”.

Relativamente à utente, esta não se projeta no futuro no momento da entrevista clínica. Deverá por isso ser desenvolvido como intervenção psicoterapêutica a reestruturação cognitiva, relação de ajuda, escuta ativa e RMPJ, de forma a orientar, capacitar, melhorar, reforçar e ajudar a desenvolver estratégias pessoais e familiares para suprimir o diagnóstico de ideação suicida, melhorar a ansiedade e o humor, assim como melhorar o padrão de sono da utente (APÊNDICE 3).

Com a intervenção psicoterapêutica dirigida a esta utente, foi possível alcançar a competência nº 4 do RCEEEESMP, que sublinha a importância que o EEESMP, no sentido de ajudar a pessoa ao nosso cuidado a alcançar a normalização do seu estado de saúde mental, ou então a integrar e aceitar o seu estado de saúde/doença; na implementação do plano de cuidados com as intervenções que lhe estão associadas, sejam elas psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais ou psicoeducacionais.

Foi importante constatar a variação de humor dos utentes ao longo do dia, havendo necessidade em alguns casos de ajustes, quer farmacológico quer ao plano terapêutico, inicialmente elaborado. A consciência deste facto permitiu enquanto futura EEESMP, aprimorar a prática profissional e ética, com base na responsabilidade profissional e nos direitos da pessoa humana; desenvolver a melhorar um ambiente terapêutico e seguro com os cuidados prestados, sendo também um mobilizador na equipa multidisciplinar para dar respostas aos obstáculos encontrados. A terapia farmacológica, de responsabilidade médica, é um ato que exige ao enfermeiro além da sua preparação, a sua administração e supervisão. Neste contexto de internamento, o momento de administração está destacado para o horário das refeições, ou seja, na sala de refeições ou no quarto, no caso da ceia (22h), sendo sempre com toma supervisionada.

Quanto aos cuidados direcionados ao utente neste contexto, estes foram prestados em 3 âmbitos já anteriormente designados: psicoterapêutico; socioterapêutico e psicoeducacional.

No âmbito psicoterapêutico, as atividades de expressão de emoções e sentimentos e da leitura criativa que conseguimos desenvolver permitiu exatamente que os utentes identificassem por eles mesmos os sentimentos que lhes provocaram tanto a leitura de um conto ou história como a partilha livre da história pessoal de cada um com o grupo, e em conjunto houvesse uma reflexão sobre a mensagem sobre a experiência vivida, de forma

a perceberem a melhoria que deveriam fazer para a resolução dos seus problemas do dia a dia através de estratégias de *coping*. No âmbito socioterapêutico, através das atividades ao ar livre e lazer, como a jardinagem que se realizou numa das áreas ao ar livre, com a plantação de suculentas e arranjo de outras flores pelos utentes, a qual aderiram sempre com muito entusiasmo e empenho. Este recanto está completamente atribuído, para que de forma autónoma, os utentes executem o trabalho como desejarem, funcionando o EEESMP como um participante secundário, sobretudo de supervisão. Também a realização de jogos ao ar livre conseguiu despertar sorrisos e fâcias de felicidade entre os utentes, lembrando histórias pessoais da sua juventude.

É essencial que seja estimulado na pessoa os aspetos da comunicação, simbolização e socialização, para que de forma grupal se assista ao desenvolvimento da pessoa (Vecchiato, 2003).

Neste estágio conseguiu-se também colaborar no processo de referenciação de um utente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, com o preenchimento de um documento próprio para o efeito onde constam alguns dados da pessoa e da justificação do motivo da solicitação. Seguidamente, foi preenchido outro documento relativo à funcionalidade do utente, para as “Funções Mentais” e para “Atividades e Participação”, definidas pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Deste modo, foi possível desenvolver outra das competências esperadas para este estágio, nomeadamente a competência nº 2 que previa a realização da avaliação global (onde se insere a história de saúde do utente, em especial para história de saúde mental).

Ciente que algumas das intervenções de Enfermagem, assim como as intervenções psicoterapêuticas que realizamos não tenham sido implementadas até à sua finalização, quer pela questão do tempo limitado que os utentes permanecem em regime de internamento, quer pela incompatibilidade de horários, quer até por vezes o próprio utente não aceitar em determinado dia colaborar na intervenção que planeamos; apesar de todas essas condicionantes, acreditamos que o estágio que decorreu neste contexto proporcionou um acréscimo de vivências que indiscutivelmente trouxe vários momentos de reflexão profunda e de análise crítica, além de permitir uma nova capacidade adaptativa às diversas situações que têm por base uma patologia mental.

5.2. Cuidar da pessoa na comunidade

Trabalhar numa UCC, comporta, segundo o decreto lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro (artigo 11º) o seguinte:

“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.” (p.1184)

Como referido no ponto 3.2 deste trabalho, o EEESMP intervém autonomamente no programa de PLA, assim como coopera junto com outras entidades no NACJR e no projeto IADem. Colabora na Saúde Escolar juntamente com a enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, especificamente com o Programa “Eu e os Outros”.

Somente os enfermeiros estão alocados à UCC com horário completo, pois os restantes elementos da equipa multidisciplinar têm apenas algumas horas disponíveis para apoio à unidade. Os enfermeiros prestam maioritariamente a sua atividade, no domicílio ou noutras estruturas da comunidade, como escolas, IPSS., com atividades planeadas e estruturadas de acordo com os objetivos propostos.

Assim, face ao referido, nesta UCC no que respeita à nossa intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, concretizou-se: i) visita domiciliária de ESMP; ii) Saúde escolar – “Comunidade escolar mais saudável”; iii) projeto IADem; iv) referênciação de jovens ao CRI e v) formação a cuidadores formais.

No que concerne à visita domiciliária, esta pauta-se por objetivos importantes, nomeadamente assegurando que há a continuidade de cuidados à pessoa com doença mental, tentando promover a sua autonomia e a inclusão no seu contexto familiar e comunitário.

Foi nosso objetivo realizar, em conjunto com o EEESMP, a VD de acordo com o plano de cuidados individualizado para o utente (atendendo às necessidades específicas de saúde e sociais do utente), articulando quando foi necessário com outras estruturas da

comunidade (a nível interno com o enfermeiro e médico de família, como a nível externo, com a Câmara Municipal, GNR, IPSS, entre outros). Este plano de cuidados, não é fixo, ou seja, conforme a avaliação que fizermos durante a entrevista e observação na VD, poderá ser reformulado para convergir pontos que possam ter ficado inoperáveis para a funcionalidade do utente e/ou família. No nosso caso, foram elaborados plano de cuidados, que constaram como focos principais a intervir a adesão ao regime terapêutico, autocuidados, ocupação, stress do prestador de cuidados, suporte social).

Foi importante perceber com esta experiência que imensas vezes, o utente não consegue voltar à sua atividade laboral, nomeadamente após um surto psicótico, perdendo a funcionalidade que tinha anteriormente. Nestes casos, o EEESMP pode ajudar no sentido de colaborar com o utente a integrar um grupo de intervenção e reabilitação, através de atividades acompanhadas por outros.

Outra das atividades desenvolvidas foi no âmbito da saúde escolar, conjuntamente com a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, relativo ao projeto do “Eu e os Outros”. Este é um projeto vocacionado para jovens entre os 10 e os 18 anos, com o objetivo de “promover a reflexão em grupo sobre temas do desenvolvimento ligados à adolescência, criando uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social. Constitui-se como um instrumento promotor de processos de tomada de decisão, confrontação no seio do grupo e exploração de informação”(Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências - SICAD, 2012).

Foi selecionado, pelos docentes da escola, um grupo constituído por uma turma profissional do 11º ano que integra a área de formação de multimédia. É formada por 8 alunos, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, com 4 alunos do sexo feminino e 4 do sexo masculino.

No dia 01/02 /2023, houve uma reunião com o diretor de turma, para fazer o diagnóstico da situação, nomeadamente na identificação de necessidades/áreas problemáticas. Nesse sentido, identificaram-se como principais problemas a comunicação; as relações interpessoais; o ciúme e a regulação emocional.

Desta forma, foi selecionada a História 5: Amores e Desamores que aborda temas como: o amor e a paixão; a atração; ciúme doentio; maus tratos no relacionamento; a agressividade associada aos consumos (álcool); DST's; sexualidade segura, uso do

telemóvel. O objetivo desta abordagem, através da leitura e interpretação da história, é que a turma compreendesse quais são os riscos que as redes sociais têm acoplados, quando se inicia conversas com desconhecidos; entender que tipo de competências devem adquirir para fazer face a problemas de risco; melhorar relações interpessoais e o pensamento crítico-reflexivo.

O planeamento da atividade previu-se para 7 sessões, de 90 minutos cada, como demonstra a tabela abaixo.

Tabela 1 - Calendarização das Sessões de Psicoeducação “Eu e os Outros”

Turma	Enfº	História	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7
10º D	Ricardo Rita	5 - Amores e Desamores	03/03/2023 das 11h05 às 13h30 (TM1)	03/03/2023 das 11h05 às 13h30 (TM2)	08/03/2023 das 11h05 às 12h45 (Fis)	14/03/2023 das 14h30 às 16h00 (AI)	17/03/2023 das 14h30 às 16h00 (sem disciplina)	24/03/2023 das 14h30 às 16h00 (sem disciplina)	31/03/2023 das 14h30 às 16h00 (sem disciplina)

No decorrer de cada sessão, foi nosso objetivo introduzir dinâmicas que fossem oportunas para serem trabalhadas com o grupo, criando momentos de interatividade entre o grupo, debate de opinião, desmitificar crenças, melhorar conhecimentos sobre a saúde e estilos de vida saudável, esclarecer dúvidas. Para tal, criamos atividade extra história, em que apelamos à participação conjunta da turma.

Sumariamente, foram trabalhados os conteúdos durante as sessões da seguinte forma: 06-03-2023 (sessão 1 e 2) – No âmbito do projeto "Eu e os Outros" foi realizada a primeira e segunda sessão. Iniciou-se com uma dinâmica de apresentação de pares, em que os intervenientes aderiram na sua totalidade.

Foi apresentado o projeto (APÊNDICE 4 e 5) e iniciou-se a leitura da história com a seleção dos parágrafos 3, 4, 8, 10, 24, 29 e 87 com a participação dos alunos.

Preencheram o Life Effectiveness Questionnaire (LEQ) (ANEXO 2), que é utilizado para avaliar as competências emocionais da turma antes de dar início à história do Programa “Eu e os Outros”. Funciona como uma auscultação prévia sobre a perceção dos alunos

sobre si mesmos e do autoconhecimento. Deverá ser aplicado pré, após e 6 meses após trabalhar os conteúdos da História selecionada.

Os pontos de discussão e debate foram a identificação dos elementos pertencentes à turma com determinadas características; ingredientes para uma relação amorosa "saudável".

Na identificação de comportamentos de risco, o grupo feminino, descreveu a utilização de sites de conversação aleatória (Chat rolete). Por fim, houve a visualização de um vídeo alusivo à utilização indevida das redes sociais como comportamento de risco para a pedofilia e a realização da balança decisional acerca das vantagens e desvantagens da utilização das redes sociais *versus* contato direto (ANEXO 3).

Dia 08-03-2023 (sessão 3) – Realizou-se o resumo sobre as sessões 1 e 2 e sobre as temáticas abordadas. Apresentação de um trabalho de grupo, pelos jovens, sobre a violência doméstica e posteriormente, visualizou-se um vídeo. Em complementaridade foi realizada uma apresentação sobre a temática da Violência no Namoro nomeadamente quanto aos tipos e formas e aos mitos, estimulando a discussão/debate (APÊNDICE 6). O grupo mostrou-se participativo e motivado para esta temática, verificando-se diferentes opiniões no grupo.

Retomou-se a história "Amores e Desamores" com os parágrafos 29, 37 e 38, onde surgiu a temática dos consumos de álcool e as suas consequências, ficando acordado ser abordado na próxima sessão.

Dia 15-03-2023 (sessão 4) - Resumo da sessão anterior, abordando a temática desenvolvida sobre a "Violência no namoro". Realizada dinâmica de grupo, através de um jogo "O que sabes sobre o álcool?" (APÊNDICE 7) e continuação da leitura da história "Amores e Desamores" (p. 46, 48, 52, 53 e 88). Introdução ao tema das DST e da contraceção, que foi desenvolvido na sessão seguinte.

Dia 24-03-2023 (sessão 5) - Resumo da sessão anterior, abordando a temática desenvolvida sobre o álcool. Continuação da leitura da história "Amores e Desamores" (p. 88, 89, 54 e 56). Visualização de um vídeo sobre "O sexo consentido" e discussão sobre a temática, relativamente ao livre consentimento, à linguagem obtida pela linguagem verbal e não verbal, a sinceridade, a manipulação e a pressão para a relação sexual e a utilização de substâncias psicoativas. Retomou-se a leitura da história. Apresentação do tema sobre métodos contraceptivos (APÊNDICE 8) e

observação direta, com exposição dos diversos métodos e abordagem às DST, tendo ficando programado cada aluno investigar sobre uma DST à escolha para debate na sessão seguinte.

Dia 27-03-2023 (sessão 6) – Resumo da sessão anterior. Alguns alunos fizeram o levantamento das DST's mais frequentes. De uma forma geral, foram verbalizando as suas características e como devem proceder para evitar contágios através da relação sexual. Retomou-se a História 5. Trabalhados os parágrafos 57, 62, 65, 70, 64, 66, 93, 75, 77, 73, 82, 74, 79, 85 e 84. Durante a seleção de parágrafos foram trabalhados os seguintes temas: estilos de comunicação - passiva, assertiva, manipuladora e agressiva; utilização dos serviços de saúde; a solidariedade e o companheirismo; demonstrar disponibilidade para ajudar perante os problemas dos amigos; a resolução de problemas e a assertividade.

Dia 30-03-2023 (sessão 7) - Resumo da sessão anterior e validação dos conhecimentos adquiridos. Aplicação do LEQ e Questionário de Satisfação (ANEXO 4). É preconizado realizar um Follow-up após 6 meses, no sentido de aferir resultados, antes e após a intervenção psicoeducativa, os quais não foram ainda identificados, dado não ter atingido esse espaço temporal até à realização deste trabalho. No entanto, pela receptividade e opinião verbalizada pelo grupo, percebe-se que houve boa aceitação dos mesmos. Foi destacada a pertinência do tema, uma vez que confessaram terem dificuldades em se relacionarem uns com os outros, em desenvolver a empatia, assim como elogiaram a forma interativa, através de um jogo, para aprender mais sobre temas muito importantes para as suas vidas.

Com o finalizar desta intervenção no âmbito da saúde escolar, foi importante reforçar a ideia do quanto é importante a comunicação na relação com o jovem adolescente, certos de que cada palavra ou gesto podem ter imensas interpretações. Em contraponto, é particularmente importante notar também que é notória a avidez do seu conforto quando há disponibilidade para os ouvir, para sermos “mais um deles”, mostrando-lhes que há quem os queira ouvir e se preocupe com as suas inquietações e em quem podem confiar. Nesse sentido, foi nosso anseio realizar uma escuta ativa, para lhes demonstrar o apoio necessário para os seus problemas, enigmas e de desconstrução de ideias, criando uma atmosfera receptiva e de aceitação. Com isto, aprimoramos o treino de habilidade de comunicação em grupo, perceptível pelo tom de voz usado, pela expressão facial e postura

desta turma escolar. Também relativamente à nossa imagem, esta atividade permitiu refletir sobre o nosso autoconhecimento, expressados essencialmente pela comunicação não verbal, que eventualmente possam ter que ser melhorados nesta interatividade quando ouvimos coisas que possam soar como descabidas ou até provocatórias.

O projeto IADem – Investigação e Ação nas Demências, é uma parceria de cooperação entre várias estruturas da sociedade, nomeadamente entre a Unidade Local de Saúde (ULS) com a UCC onde se realizou o estágio de natureza profissional e uma Instituição Particular de Solidariedade Social (Santa Casa da Misericórdia do mesmo concelho) e a Universidade do Minho (representado pelo Centro de Investigação de Psicologia) para dar resposta às necessidades e dificuldades sentidas dos cuidadores informais de pessoas com Demência desse concelho. Permite ainda, a continuidade da promoção do bem-estar e a consciencialização dos intervenientes e da comunidade em geral, para alavancar o seu *empowerment*. Cuidadores que têm ao seu cuidado, doentes com demência são postos diariamente à prova, com desafios diários de sobrecarga física e emocional enorme, sendo extremamente crucial perceberem que para serem cuidadores de outro (s) têm necessariamente de cuidarem também de eles mesmos. É por isto, necessário aumentar o seu nível de conhecimento e dotá-los com estratégias para saber como minimizar efeitos indesejáveis.

Neste encaixe, visto que a saúde mental está imensamente afetada, quer no utente quer no cuidador ou família com estas patologias, foi-nos proposto a construção dos critérios de referenciação (inclusão e exclusão), de diagnóstico e plano de intervenção, relativamente à participação do EEESMP, no sentido de colaborar com a equipa multidisciplinar, no âmbito das suas competências. Posto isto, elaborou-se um conjunto de critérios de situação, conjuntamente com a Enfermeira Gestora da UCC, que posteriormente irão ser incluídos em procedimento de atuação entre a equipa de ECCI da unidade e das USF abrangidas pelo concelho, as quais poderão referenciar as situações ao EEESMP, para a sua intervenção (APÊNDICE 9).

Finalizando, ainda neste ensino clínico foi cumprido o último objetivo previsto no âmbito da psicoeducação, o da formação, realizado às colaboradoras (cuidadoras formais) de um Centro Social, abrangido pela UCC onde decorreu o estágio. Realizou-se no dia 29 de

março de 2023, das 14h00 às 15h15, onde se abordou o tema do “Burnout” (APÊNDICE 10).

Foi proposto este tema “Burnout” ao enfermeiro orientador e à enfermeira gestora da UCC, visto que os estudos demonstram que esta é uma das classes profissionais onde ocorre frequentemente esta problemática, fruto do teor e exigência que esta atividade exige. Cabe-nos a nós, enquanto EEESMP, cuidar também de quem cuida os outros, dotando estes profissionais de conhecimentos e estratégias de *coping* eficazes que lhes permitam evitar alcançar o *stress* patológico. Assim, é benéfico que se aposte na saúde destes trabalhadores, nomeadamente na prevenção do Síndrome de Burnout. No decorrer da sessão de psicoeducação foi possível evidenciar que este tema causou muito interesse e entusiasmo para o grupo, identificando-se diversas vezes com frases e conceitos que iam sendo apresentados. Foi uma sessão dinâmica, com comunicação participada pela totalidade do grupo, expondo dúvidas e até partilhando da suas próprias vivências e experiências de trabalho. Conseguiu-se perceber que trabalham no que gostam, mas que existem dificuldades em gerir o *stress* diário da exigência profissional com a vida pessoal, além das relações interpessoais entre o grupo. Foi importante, neste campo informar que existem estratégias que podem atenuar os efeitos nefastos do *stress* diário, como falar das suas emoções com alguém em quem confiam, promover atividades de relaxamento e distração, como *hobbies*, para se descentrarem dos problemas. Hoje em dia, a maior parte dos trabalhadores, para atenuar os efeitos ansiosos, de frustração e tristeza têm atitudes de fuga a essas emoções através da ingestão diária de bebidas alcoólicas, do uso de tóxicos, toma de calmantes regulares, ao invés da prática de exercício físico, ioga ou outras técnicas de relaxamento (Vaz Serra, 2011).

A avaliação da satisfação da sessão foi traduzida em folha própria disponibilizada no final da sessão (APÊNDICE 11). O grupo referiu que consideram este tipo de formação uma mais valia para a sua aprendizagem pessoal, saindo mais esclarecidas e com outra “forma de olhar para as coisas”. Referiram que gostariam de ter outras formações neste âmbito, pois com as vidas tão preenchidas sabem que necessitam de informações e têm dúvidas no dia a dia, mas que não têm tempo nem sabem como procurar informação para esclarecer as suas dúvidas, e que estas iniciativas são realmente muito importantes para contornarem alguns dos seus problemas.

Em jeito de síntese, pode-se afirmar que durante este estágio foram desenvolvidas e concretizadas atividades que foram de encontro às competências previstas no RCEEEESMP, onde é expectável que o EEESMP, na sua atuação, tenha a capacidade de realizar uma avaliação global das necessidades do utente, família ou comunidade, nos mais variados contextos onde o utente se mobiliza. Além do referido foi também objetivo a implementação de programas de psicoeducação, nomeadamente projetos de promoção da saúde mental numa escola e de prevenção da perturbação mental na comunidade, no caso específico de cuidadoras formais de uma IPSS quanto à prevenção do Burnout, com o objetivo de trabalhar a literacia e o *empowerment* desses grupos para terem a determinação do seu estado de saúde mental.

5.3. Cuidar da pessoa em contextos especializados

As unidades especializadas de saúde mental e psiquiátrica têm como objetivo maior a capacitação do utente, no sentido de que este atinja o expoente máximo da sua capacidade, em termos de autonomia pessoal, social, profissional e familiar; através da reabilitação psicossocial. Esta é promotora de uma abordagem diferenciada, com objetivos concretos face ao tratamento comum da patologia mental, permitindo holisticamente dar resposta às necessidades individuais de cada pessoa. Desta forma, prevê-se a melhoria das competências individuais e sociais do utente, utilizando os devidos suportes sociais à sua condição e autonomia.

Lancaster et al., (1999, p. 274), afirma que “a reabilitação de doentes crónicos pretende reconverter, aumentar ou manter a capacidade funcional” e a Organização Mundial de Saúde (2002), acrescenta que é um processo dirigido particularmente às pessoas com perturbações mentais, que estejam incapacitadas ou debilitadas, para que melhorem a sua funcionalidade na comunidade, promovendo a ativação de competências individuais e sociais.

Face ao contexto e à sua especificidade foram ainda definidos com a equipa um conjunto de objetivos específicos para este estágio de natureza profissional:

- Perceber a dinâmica organizacional, estrutura física e funcionalidade da unidade de Reabilitação Psicossocial e do GIS (Gabinete Integrado de Serviços) de Saúde Mental;

- Colaborar com a equipa multidisciplinar nos cuidados especializados;
- Refletir sobre as intervenções psicoterapêuticas realizadas pelos enfermeiros nesta unidade e realizar sessão de psicoeducação às utentes com Perturbação da Personalidade;
- Estabelecer relação terapêutica com os utentes, nas várias psicopatologias;
- Intervir em necessidades identificadas no serviço/ pela chefia relativamente à formação.

Embora já com mais de uma década, a afirmação de (Lieberman, 1993), citado por Ferreira (2013) explica fielmente na prática como é que a reabilitação psicossocial ajuda o utente com patologia mental grave, na medida em que “(...) procura ajudar os doentes a lidar com os problemas da sua vida diária, proporcionando-lhe oportunidades para um desempenho aceitável dos papéis sociais e das relações interpessoais com os outros, amortecendo stressores e tornando possível um conjunto de opções em relação ao trabalho e ao alojamento dos utentes” (Ferreira, 2013, p. 39).

Foi nosso intuito, que os residentes nesta unidade expressassem os seus sentimentos, emoções e experiência de vida, através da escuta ativa e do fortalecimento da relação terapêutica no decorrer dos dias; fortalecendo a auto estima e cultivando a autoconfiança enquanto pessoas. A preparação e encorajamento pela otimização da autonomia é fundamental nos utentes com patologia mental grave, pois com falta de incentivo é extremamente fácil sentir o desinteresse e inação para a assiduidade de pequenas tarefas do quotidiano, entre elas o autocuidado. Também a socialização entre o grupo e colaboradores que estão protegidos dentro do mesmo teto é extraordinariamente crucial para a perceção da importância das relações interpessoais, assim como a sua reintegração no seu contexto socio/familiar.

Foram desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas, de forma individualizada e de grupo através da Relação de Ajuda (RA). Iniciou-se com a entrevista de avaliação dirigida a uma utente com perturbação da personalidade *Borderline* selecionada por estar com nível de ansiedade moderado, no sentido de ouvir as suas preocupações e pensamento que derivaram para a sintomatologia ansiosa.

Percebendo a entrevista como “uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à

resolução de problemas” (Phaneuf, 2005, p. 250). Assim, está aberta a condição para a relação de ajuda que de acordo com Chalifour (2008) é a “*relação entre um interveniente e um cliente que interagem no sentido de obter uma resposta satisfatória a um problema, modificar um comportamento, gerir um sintoma, desenvolver habilidades de adaptação ou de autocontrolo*” (p. 10).

Desenvolveram-se sessões de 45 a 50 minutos cada, no total de 4 sessões (1 sessão/dia) (APÊNDICE 12 e 13).

Na sessão zero (inicial), começou por explicar-se o objetivo, número e tempo de cada sessão. Determinou-se o nível de ansiedade através da Escala de Depressão de Beck, na qual a utente pontuou com 23 pontos (ansiedade moderada) (ANEXO 5).

Procurou fazer-se uma avaliação do conhecimento perceptível que a utente tinha acerca do que é a ansiedade, sinais e sintomas. Explicou-se linearmente conceitos e esclarecimento de dúvidas. Como trabalho para casa, pediu-se a utente que identificasse situações que habitualmente lhe causam ansiedade, preenchendo um quadro onde escrevia: situação que originou ansiedade; nível de ansiedade gerado; sintomas; estratégias para gerir a ansiedade. Realizou-se a avaliação inicial de Enfermagem, colhendo dados sociodemográficos e da sua história de vida. Ensinou-se sobre a técnica de relaxamento a realizar e os seus benefícios. Por último, obteve-se o consentimento livre e esclarecido sobre a intervenção a realizar. Nas sessões intermédias, respeitantes às sessões 1 e 2, fez-se um resumo da sessão anterior e procedeu-se a técnica do relaxamento muscular progressivo de *Jacobson*, e de imaginação guiada, na sala de *snoezelen* da unidade, por cerca de 45 minutos. Após a sessão, a utente referiu sentir-se como uma sensação de leveza e que por momentos achava que ia adormecer, tal foi a tranquilidade que sentiu durante a técnica executada. Assumiu que gostaria de fazer mais vezes e que gostou sobretudo da imaginação guiada, no sentido que a levou a reencontrar-se em lugares na infância onde foi feliz e que permaneceu naquele lugar bastantes minutos e ficou com pena de se ter “vindo embora” tal foi a felicidade que lhe trouxe.

Na última sessão, foi solicitado feedback sobre as sessões de relaxamento. Foi refletido o trabalho de casa em conjunto com a utente sobre as estratégias, conversando sob formas de evolução e de autoconhecimento para minimizar o impacto da ansiedade em si mesma, obrigando-a a refletir sobre cada um dos exemplos que deu e de como lidou com os

mesmos. Ensinou-se sobre estratégias para diminuir a ansiedade como: técnica de distração; técnica de respiração diafragmática; trabalhar o dizer NÃO; utilizar um objeto pessoal importante para si, que lhe transmita maior segurança como um terço, fotografia, anel.

Outra das nossas intervenções foi a psicoeducação a um grupo de 6 utentes com patologia da Perturbação da Personalidade. Achou-se oportuno fazer intervenção em grupo, para promover a interação entre pares, cujos benefícios já estão amplamente comprovados. O fato de haver maiores oportunidades de aprendizagem entre pares, de se apelar à aceitação de diferenças entre os mesmos, da tolerância, aceitarem opiniões divergentes das suas, assim como o promover um sentido de cooperativismo é sem dúvida uma experiência de aprendizagem mais rica para desenvolver as suas competências pessoais e sociais (Towsend, 2011).

Desta forma, foi realizada 1 sessão de 60 minutos em 3 semanas consecutivas, abordando o programa MENTIS PLUS + da autora Sónia Teixeira, relativamente ao Fator 6 onde são trabalhadas as Habilidades da Relação Interpessoal (APÊNDICE 14). Dado que, por auscultação dos profissionais que trabalhavam na unidade, referiram que face à patologia que estas utentes apresentavam, o relacionamento com o grupo era muito difícil, ocorrendo muitas discussões e fraca gestão das suas emoções, o que ocasionava situações de auto e heteroagressividade, achou-se importante trabalhar as emoções durante estas sessões.

O Fator 6, das habilidades da relação interpessoal, foi cumprido integralmente durante as sessões de grupo, através do método expositivo, interrogativo e participativo, com apresentação de *Power Point* realizado sobre a Saúde Mental Positiva (APÊNDICE 15), com a participação ativa e dinâmica de todas as participantes.

Constatamos ao longo da intervenção psicoeducacional que a mesma teve boa recetividade, tendo estado todos os elementos sempre presentes. Foi nosso cuidado não sobrepor as sessões com outras atividades que as utentes tinham dentro da unidade, de forma a não interferir com o quotidiano de cada uma. Foi também notório no decorrer de cada sessão, a atenção que foram dando ao tema, reconhecendo as dificuldades que sentiam em se expressar e em se relacionarem com os outros, fruto muitas vezes de contextos de vida complicados. Os momentos de partilha das emoções e do “abrir de

alma” foi visto como vias de acesso para obter uma certa tranquilidade e empatia por parte do grupo, o que lhes trazia maior proximidade e compreensão em relação a cada uma nas suas formas de estar e de ser.

A psicoeducação também foi necessária na medida em que lhes proporcionou outro “*empowerment*” no domínio da literacia da doença, uma vez que percebem o que depende delas para melhorarem o autocontrolo, as relações com os outros, a adesão à terapêutica e às estratégias de *coping* que podem desenvolver.

As dinâmicas passaram por pôr em prática o exercício da “caixa das relações”, no qual levamos uma caixa para a sessão e pedimos para cada uma escrever numa folha quais as suas dificuldades/problemas, de forma anónima, colocando-a novamente na caixa para posteriormente se lerem todas as folhas apontando o grupo soluções para as situações referidas. Outra dinâmica foi a colocação de algumas questões em cima da mesa e à vez cada participante ia lendo uma questão e respondendo dando o seu ponto de vista, abrindo um espaço no fim para que cada pessoa falasse sobre o que estas questões lhes fizeram pensar ou sentir. Solicitamos como tarefa de casa, a identificação de 5 coisas que poderão acontecer se não se trabalharem as relações. Por fim, na última sessão dinamizou-se através do exercício das pedras basilares. Foi levada para a sessão um conjunto de pedras que tinham inscritos alguns dos valores essenciais para uma relação e pediu-se a cada utente para ir escolhendo a pedra do valor que no seu entender deveria ser mais trabalhado por ela própria, explicando o porque dessa escolha. Em forma de despedida, foi oferecido a cada utente um conjunto de 3 vinhetas com afirmações de “Manter a calma e não confrontar”; “Perceber o que me aborrece e contrariar com pensamentos bons”; e “Aceitar os Outros e não desistir de Si”, para as mesmas os colocarem nos seus quartos no sentido de as utilizarem quando se sentirem mais ansiosas ou nervosas, relembrando-lhes como deverão responder a essas situações (APÊNDICE 16).

Ainda neste contexto de estágio, tive a oportunidade de conhecer o GIS tendo permanecido um dia de observação “*in loco*” quanto à sua intervenção na comunidade, mais especificamente no treino de atividades instrumentais da vida diária (AIVD) durante o período da manhã e em visita domiciliária no período da tarde. O objetivo maior desta intervenção é que a pessoa com doença mental grave esteja melhor preparada para se adaptar ao seu contexto, promovendo-lhe a autonomia e a tomada de decisão nas

atividades do dia a dia, como a realização de compras, a gestão do dinheiro, a utilização de serviços, a confeção de refeições, entre outras, diminuindo a sobrecarga dos seus cuidadores.

Observou-se que durante o treino de AIVD, cada um dos utentes tinha a sua contribuição nos vários passos do processo, desde quem levava o dinheiro para o supermercado, quem levava a lista das compras, quem seleccionava os produtos na prateleira, quem verifica o troco. O mesmo aconteceu na preparação da refeição, estando a cada utente atribuída a tarefa de cortar os alimentos, vigiar a cozedura, lavar a loiça, emprar. Percebeu-se também que os utentes que já estavam neste treino há mais tempo, tinham outra forma de gerir o tempo, o espaço e mostravam-se mais à vontade com o que faziam em contraponto com outros.

Foi também importante notar em contexto de visita domiciliária, o papel do EEESMP quanto à proximidade da relação terapêutica que estabelece com os utentes e suas famílias, quer a nível emocional quer de gestão medicamentosa, de apoios comunitários que necessite ou de cuidados médicos. Muitas vezes é a única visita que têm numa ou em várias semanas dado o isolamento social e familiar em que vivem, o que torna imprescindível este contato. Neste sentido, Townsend (2011) enfoca o papel extremamente relevante que o EEESMP tem na monitorização da adesão ao regime medicamentoso oral no domicílio e aos seus possíveis efeitos secundários. Nesta mesma ótica o RCEEEESMP, refere que o EEESMP deve incentivar e promover essa adesão medicamentosa, especialmente à pessoa com patologia mental grave ou de cronicidade, ajudando na gestão da toma de medicação, quando houver tal necessidade.

5.4. Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

Os enfermeiros mais do que qualquer outro profissional de saúde é aquele que concentra a maioria do seu tempo de trabalho no contato direto com os utentes, sendo –lhe reconhecida essa dedicação e a responsabilidade pela criação de uma relação e ambiente terapêutico ímpares (Taylor, 1992). Nesta lógica, o EEESMP é aquele que na área da saúde mental e psiquiátrica possui mais ainda estas competências, ao proporcionar um

meio terapêutico adequado promovendo um ambiente emocionalmente favorável à sua estabilização, através de avaliações sistemáticas ao plano de cuidados estabelecido.

Perante isto, no texto precedente das Competências Específicas do EEESMP que consta do Regulamento refere:

“(...) as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por (...) EEESMP, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. (...) O EEESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427).

A componente clínica, neste encaixe, foi diferenciadora ao permitir ao EEESMP a reflexão crítica e reflexiva nos vários contextos e com os vários tipos de utentes com patologia mental, associando os conhecimentos científicos em termos formativos com a capacidade de saber agir/estar, assim como a capacidade adaptativa do nosso *self* às exigências das situações.

Deve-se entender que o alvo das nossas intervenções e cuidados são pessoas complexamente fragilizadas emocionalmente, a par das suas famílias e que é exigido aos profissionais (particularmente ao EEESMP), não só conhecimentos especializados de boas práticas, mas acima de tudo uma abordagem holística para as pessoas, destinatárias desses cuidados, mesmo havendo o risco de desenvolverem situações de substituição e paternalismo, o que pede ajustes aos cuidados de acordo com a unicidade de cada pessoa e de cada situação (Nunes, 2014).

Consideramos que o desenvolvimento pessoal e profissional foi acrescido com a componente clínica, nomeadamente o autoconhecimento, sobre a consciência de nós próprios como profissionais ou pessoas que cuidam de outros, assim como da relação terapêutica e interdisciplinar. Foi necessário realizar momentos de introspeção, quer em pleno palco de atuação das nossas intervenções quer mesmo fora desse palco,

particularmente quando realizamos registos no “diário de bordo” ou pesquisas sobre protocolos de atuação no serviço/patologias/farmacologia assim como participação em avaliação de casos com a equipa multidisciplinar ou sessões psicoterapêuticas individuais e de grupo. Portanto, todos os estágios de natureza profissional, com os seus contextos, proporcionaram esse desenvolvimento pessoal e profissional, promovendo que a nossa intervenção como EEESMP fosse numa perspectiva de melhoria das nossas competências especializadas e no contato com os utentes/famílias, de forma a multiplicar esse crescimento interior.

A tónica desse crescimento foca-se essencialmente na relação terapêutica e comunicacional estabelecida com a pessoa de quem cuidamos, notando que devemos apostar no desenvolvimento da nossa capacidade de observação e da utilização do nosso *self* como instrumentos de trabalho, possibilitando-nos avaliar eficazmente as respostas/reações do outro, promovendo um ambiente terapêutico de troca de mensagens verbais e não verbais e com limites estabelecidos.

Pode-se considerar que o processo de aquisição de competências e de desenvolvimento pessoal, mesmo nas mesmas áreas, é único para cada profissional. Para tal evolução é necessário que a pessoa faça a sua reflexão sobre o vivenciado, que exercite bem esse ato para que esse esforço seja traduzido em alteração de comportamentos e atitudes, o que desemboca no conceito de aprendizagem de vida (Lopes & Nunes, 1995).

PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA

1. SAÚDE MENTAL E LITERACIA DOS PROFESSORES EM CONTEXTO ESCOLAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Na sociedade atual já não é desconhecido que para ter uma vida saudável e equilibrada é importante promover a nossa saúde mental, estando esta orientada de acordo com o bem-estar psicológico, emocional e social. De acordo com este nível pode estar afetado o pensamento, sentimentos e/ou comportamentos da pessoa na sua vida diária. Também, a forma como cada pessoa lida com o stresse, como o relacionamento Interpessoal com os outros e as tomadas de decisão são também questões importantes para a saúde mental do indivíduo (Galderisi et al., 2015).

Debruçando-nos sobre a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental é um estado onde a pessoa detém bem-estar, tem noção das suas próprias habilidades, consegue gerir normalmente situações de tensão no seu dia a dia, trabalhar e produzir, sendo capaz de contribuir positivamente para a sua comunidade (World Health Organization, 2004).

Keyes (2014), refere que na saúde mental existem três aspetos a ter em conta: o bem-estar emocional, psicológico e social. No bem-estar emocional insere-se a felicidade, interesse pela vida e satisfação; o bem-estar psicológico supõe o gostar de si e da sua personalidade, ser competente na gestão das responsabilidades da sua vida e, por último, no bem-estar social, inclui-se o funcionamento positivo e a sua contribuição para a sociedade, sentindo-se parte integrante desta, onde o próprio dá o seu melhor para uma sociedade cada vez melhor e com sentido para todas as pessoas.

De volta a Galderisi et al. (2015) sustentando-se em Jahoda (1958), a saúde mental foi categorizada em três domínios: o da autorrealização onde a pessoa tem a capacidade de experimentar totalmente o seu potencial; o de senso de domínio sobre o seu contexto e o de autonomia, ou seja, tem a capacidade de identificar e resolver os problemas.

Murphy (1978), contrapôs esta ideia ao afirmar que haveria muito peso cultural a ter que ser tido em linha de conta, sendo que, atualmente partimos de uma ideia unânime quanto à definição de saúde mental de que esta não é unicamente a ausência de doença. Esta posição é partilhada por Pais Ribeiro et al. (2015), que afirma que a saúde mental não deve ser dissociada quer da saúde física quer do comportamento humano, sendo neste momento um vértice assinalável da saúde pública.

O Department of Health and Human Services (1999), sugere como definição de saúde mental uma homeostasia entre a parte interna do próprio, utilizando as suas habilidades, alinhadas com os valores universais da sociedade; habilidades essas sociais ou cognitivas básicas. A pessoa expressa-se, reconhece as emoções, cria relação com os outros; é capaz de gerir eventos stressantes e adversos e desenvolve interação social. Coexiste harmonia entre o físico e a mente promotor de um estado de equilíbrio interno.

A referida saúde mental é importante praticamente desde a nossa conceção. A OMS sugere que em sociedade devemos contribuir para a nossa saúde mental e dos demais na promoção de bem-estar mental, prevenindo as perturbações mentais, e proteger os direitos humanos na assistência a doentes com patologia mental (World Health Organization, 2019).

Nesta medida, a LSM é um meio extremamente importante para desenvolver a saúde mental dos adolescentes, sendo os professores especialmente cruciais nesta demanda. Em Portugal, o nível de literacia dos adolescentes em saúde mental é parco assim como a restante população apresenta níveis desadequados (Pedro et al., 2016).

A OMS, (World Health Organization, 2012) registou que um adolescente em cada cinco pode desenvolver algum tipo de patologia mental antes dos 14 anos de idade à semelhança da restante população onde a incidência de doenças mentais é alta (Biddle et al., 2007). Tanto os sintomas de ansiedade como de depressão são os que representam a fatia maior das perturbações mentais, mesmo no período da adolescência sendo importante analisar dados para elaborar métodos de prevenção e intervenção a serem instituídos nesta faixa do ciclo vital (Salle et al., 2012). Os fatores de proteção adquiridos ou fortalecidos acabam por acontecer quando se previne e promove a saúde, minimizando os fatores de risco, incidência e prevalência das perturbações mentais. Numa intervenção promotora de saúde, a prevenção consiste na alteração da forma como a pessoa se expõe ao risco e na capacitação dos mecanismos internos de enfrentar os problemas (Arango et al., 2018).

É atualmente considerado um problema de saúde pública o fato do nível de LSM dos adolescentes ser baixo pois acarreta que estes não procurem os serviços de saúde que os possam ajudar a resolver antecipadamente os seus problemas, afetando o seu normal desenvolvimento, culminando muitas vezes no desenvolvimento de doença psiquiátrica

(Rosa et al., 2014). Por estas razões, nos anos anteriores é perceptível um maior investimento na área de investigação sobre a LSM.

O termo de literacia em saúde foi lançado, na década de 70 (Simonds, 1974) por conta de outro termo, o da educação para a saúde, de crescente importância para a área da saúde pública e dos cuidados de saúde prestados à população. É um conceito que visa a compreensão das complexas demandas da saúde, de forma a haver uma abordagem informada e de responsabilidade pela sua própria saúde, da família e da comunidade (Balbo, 2007). Em 1993, o conceito de LS era “a capacidade para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam et al., 1993, p. 151).

A grande prova de interesse à volta deste tema foi consumada em 2016, na China, através da 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde da OMS (Morgado et al., 2021).

Por ordem concetual, Jorm e colaboradores em 1997, definiram LSM como “conhecimento e crenças sobre transtornos mentais que auxiliam no seu reconhecimento, gestão ou prevenção” (Jorm et al., 1997, p. 182). Mais tarde, em 2019, acrescentam que a pessoa deve usar os conhecimentos que adquiriu na prática do seu dia a dia, beneficiando-se tanto a si como a pessoas da sua esfera de interação. Percebeu –se que a LSM não era conhecida da população em geral, nem tão pouco as perturbações mentais existentes, assim como poderiam ter um papel ativo na sua própria saúde mental. Antes disso, somente os profissionais da saúde mental tinham a capacidade de aumentarem conhecimento na área, ficando a população como agentes passivos da receção da informação sobre a saúde mental (Jorm, 2019).

Esta componente deve ser promovida ativamente na fase da adolescência (World Health Organization, 2013), entendendo-se que quanto melhor for o nível de literacia nesta fase, haverá uma preparação mais efetiva de conhecimentos e comportamentos que tem um impacto e tradução salutogénica direta na sua vida de adulto (Morgado & Botelho, 2014).

Em Portugal, define-se o período cronológico da adolescência entre os 10 e os 19 anos, estando em linha com o que é preconizado pela OMS. Este mesmo organismo, em 2017, criou um relatório onde está considerado que a promoção da saúde, especialmente a mental é urgente investir dado os números alarmantes de doenças psiquiátricas registado. As vantagens que decorrerão dessa pro atividade nomeadamente ao nível económico,

social e demográfico serão notórias tanto pela produtividade dos adolescentes, como da redução dos custos indexados ao tratamento das perturbações mentais levando ao aumento do capital social. Considerando o que o Mental Health Action Plan 2013-2020 afirmou e que foi extensível até 2030, a governação de cada país tem a obrigação de promover e proteger a saúde mental nas idades iniciais de vida de forma a prevenir a ocorrência de doenças mentais (World Health Organization, 2013).

Num estudo que Loureiro realizou em 2016, com a população portuguesa de adolescentes sobre a depressão e o abuso de álcool, percebeu que estes lidam com os problemas de diferentes formas, sendo que o conhecimento que detêm sobre a saúde mental é decisiva para a tomada de decisões. Realça também que é na escola que devem ser disseminados esses conhecimentos pela comunidade escolar, com base em programas de educação para a saúde (Loureiro, 2016).

Benevides et al. (2015) através de um estudo nacional com adolescentes da ilha de S. Miguel, percebeu que estes apresentavam níveis mais altos de insucesso escolar se tivessem patologia depressiva e que em contra corrente alunos com boa integração escolar, quer de colegas quer de professores, e satisfação elevados observavam níveis baixos na dimensão da depressão.

Percebe-se portanto, a importância de estarem interligados e em constante trabalho mútuo os Ministérios da Educação e da Saúde, por forma a que desde cedo as crianças desenvolvam *“a aquisição de competências ..., permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida, e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis (...) estimulando o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa”* (Ministérios da Educação e da Saúde, 2006).

A escola é o local onde crianças e adolescentes se desenvolvem a vários níveis sendo atualmente o palco preferencial da promoção da saúde. É central na vida dos alunos, constituindo –os de bases de conhecimentos para as habilidades do quotidiano, de construção de auto estima e comportamentos assertivos representando uma oportunidade de acesso para a incorporação de hábitos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos erróneos. Numa escola devem ser trabalhadas competências, como a autoconsciencialização e dotar os adolescentes de capacidades para conseguirem detetar precocemente que alguns sintomas e comportamentos devem ser atendidos por um

profissional da área da saúde mental são estratégias pulsantes para o seu bem-estar biopsicossocial (Kantorski et al., 2014).

Num espírito colaborativo, quando existe a efetiva participação de professores, pais e outros agentes, em rede interdisciplinar, promove-se um ambiente escolar com mais saúde e bem-estar beneficiando não só os próprios, mas toda a comunidade (Vieira et al., 2014). Os professores são elementos indispensáveis na promoção da saúde, enquanto educadores no sentido da consciência que poderão desenvolver acerca de situações merecedoras de atenção e acompanhamento na comunidade escolar. É importante que reformulem a relação que têm com o aluno, na medida em que a mesma deve estar além dos conhecimentos científicos passados para esferas como o desenvolvimento pessoal do aluno nos processos de aprendizagem. Nesta reconversão, o professor deixa de ser o elemento central dividindo a posição com o aluno, ficando a exclusividade da sua superioridade na legitimidade do processo do saber (Leite, 2003). Neste sentido, os professores estão defronte de novos desafios, novas competências que inevitavelmente têm de ser trabalhadas nas escolas, nos diferentes saberes nomeadamente na educação para a saúde facultando empoderamento aos adolescentes no domínio da saúde mental. Este alcance é possível com a socialização nesta área da informação acerca da saúde mental e a consciencialização da sociedade em geral, a partir da educação (Baldoino et al., 2018). Os professores podem atuar como diferenciadores, na educação, ao potencializar cuidados e atenção sobre o tema da saúde mental, desejando-se que sejam treinados para responder às questões levantadas pelos alunos (Vieira et al., 2014).

Em 2008, através de um estudo realizado por Hoffmann e colaboradores percecionou-se que as perturbações de cariz emocional eram as mais prevalentes no atendimento da saúde mental mostrando que a comunicação entre escola e a saúde deve ser consubstanciada para esbater esta tendência e reduzir o número de atendimentos a este nível (Hoffmann et al., 2008).

O efeito no decréscimo destes atendimentos resultará de pontes criadas pela qualificação da escola e dos seus educadores a nível da LSM, onde se consiga promover ambientes de bem-estar e de prevenção em saúde, a partir de parcerias fomentadas com outras instituições por forma a vigorar a rede contextual onde o adolescente se insere (Lima et al., 2012).

Como tal, esta revisão torna-se pertinente num tema atual e de futuro que deverá ser alvo de intervenção por parte dos EEESMP. Assim, esta revisão tem como objetivo principal mapear os estudos que avaliam o nível de literacia em saúde mental dos professores, e os seus principais resultados.

1.1.Método

A revisão integrativa da literatura é um método que consiste na síntese do conhecimento produzido em determinada área com a finalidade de incorporar a aplicabilidade dos resultados alcançados na prática. Pretende também uma análise abrangente da literatura no sentido de discutir métodos, resultados de pesquisas e a produção de estudos no futuro. Ou seja, com este método alcançamos um conhecimento sólido sobre determinado tema que foi baseado em estudos anteriores (Mendes et al., 2008).

A revisão integrativa é realizada sequencialmente em 6 etapas, que estão a seguir, sumariamente descritas.

A primeira etapa, a da identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, é a fase onde definimos um tema e uma questão norteadora a que queremos dar resposta e que não raras vezes inclui uma problemática vivenciada na prática de enfermagem. É também nesta etapa que como pesquisadores já devemos ter conhecimento das teorias que estão subjacentes ao tema assim como definições de forma a que quando se formula a questão de investigação esta seja a mais clara e objetiva possível. Na segunda etapa, deve-se definir os critérios de inclusão e exclusão, que serão o que vai determinar a procura da pesquisa nas diversas bases de dados, pelos descritores. Este passo, à semelhança da definição da questão de revisão, é de extrema importância, no que concerne a execução do procedimento de amostragem, mediado pelos critérios de inclusão e exclusão de artigos, validando a confiabilidade dos resultados finais da revisão. Na terceira etapa há a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, ou seja, o investigador organiza e sumaria as principais informações de cada artigo, normalmente construindo uma tabela que seja de fácil leitura. Aqui devem estar nomeados a amostra do estudo, os objetivos do artigo, a metodologia, os resultados e as principais conclusões. Na quarta etapa devemos fazer a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, sendo que

cada artigo deverá ser analisado profundamente e criticamente de forma a explicar resultados semelhantes ou discrepantes. Foi elaborada a Tabela 2 com as quatro fases de trabalho descritas.

Na quinta etapa há a interpretação dos resultados onde o investigador deve utilizar a avaliação que realizou na etapa anterior e compará-la quer com o conhecimento teórico, quer conclusões e implicações da revisão integrativa. Na última etapa que corresponde a apresentação da síntese da revisão/síntese do conhecimento, o investigador deve elencar os principais resultados alcançados com a revisão da literatura descrevendo as etapas percorridas e a sua análise (Mendes et al., 2008). A quinta etapa estará descrita no capítulo seguinte e a última etapa é a realização do artigo.

Tabela 2 – Etapas da Revisão Integrativa da Literatura.

Etapa	Aplicação
1. Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa	O tema escolhido foi: Literacia em Saúde Mental dos Professores em Contexto Escolar . A pergunta de investigação foi construída de acordo com o método PICO (P- professores do 2º e 3º ciclo; I – intervenção de psicoeducação; C- (Comunidade Escolar); O- Literacia em Saúde Mental): Qual o nível de literacia em saúde mental dos professores da comunidade escolar que lidam com os adolescentes? Os descritores da frase booleana foram: “health literacy” AND “mental health” AND "school teachers”.
2. Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos	Considerou-se artigos com os seguintes critérios de inclusão: estudos realizados com professores que lecionam para a população adolescente que tenham sido publicados nos últimos 10 anos (entre 2013 e 2023); escritos na língua portuguesa ou inglesa; textos completos e de acesso livre. Como critérios de exclusão definiu-se estudos que não respondem ao objetivo identificado ou estudos de caso. A pesquisa foi realizada entre 10 de janeiro e 05 de março de 2023, com o motor de busca EBSCOhost, nas bases de dados MEDLINE e CINAHL.
3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados	Os artigos foram triados inicialmente através dos que estavam em acesso livre e na fase posterior pela leitura do título, resumo e leitura

integral, desde que estivessem de acordo com os critérios de inclusão descritos.

4. Avaliação dos estudos Após a apuração dos artigos para inclusão, estes foram organizados incluídos num quadro, onde se visualiza sinteticamente a informação mais relevante.

1.2. Resultados

Identificou-se 254 artigos com os descritores previstos. Aplicando os critérios de elegibilidade e exclusão resultou um total de 4 artigos para Revisão Integrativa da Literatura – Figura 2.

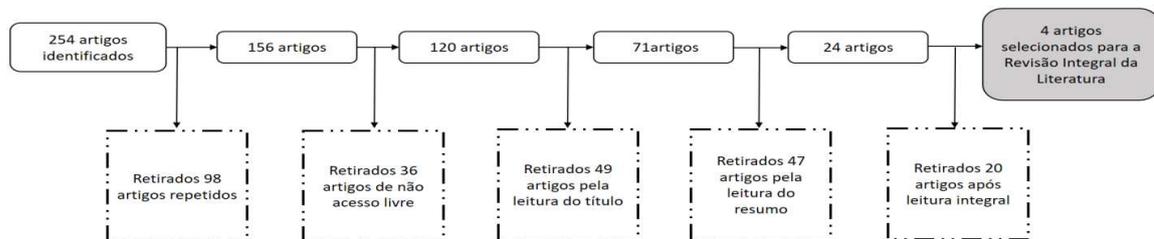


Figura 2 - Processo de seleção dos artigos que integram a Revisão Integrativa da Literatura.

O trabalho de pesquisa e seleção relativamente a cada base de dados consultada está refletido no Quadro 1.

Quadro 1 - Resultado da pesquisa

Base de Dados	Número de artigos encontrados	Artigos com acesso livre	Artigos selecionados após leitura do título	Artigos selecionados após leitura do resumo	Artigos selecionados após leitura integral
MEDLINE Complete	111	83	47	16	2
CINAHL Complete	45	37	24	8	1

Scielo	14	14	6	3	1
Total	170	134	77	27	4

Reduzindo após a revisão e exclusão dos artigos anteriormente pesquisados, apresentam-se os resultados de 4 artigos selecionados (n=4), designadamente quanto ao tema do estudo, questão de investigação e objetivos definidos. No quadro que se segue (...) estão descritos as conclusões e/ou resultados alcançados com as investigações desenvolvidas nos trabalhos científicos pesquisados, de modo a dar resposta ao projeto.

Quadro 2 - Apresentação dos resultados

- Autor - Ano - Título - País	- Tipo de estudo - Instrumento de colheita de dados	- População / Amostra	- Objetivo geral
- Ghasper -2017 -Promoting mental health first aid 1, literacy in secondary schools -Inglaterra	- Estudo Controlado Randomizado	2.000 professores realizada pela National Association of Schoolmaster s and Union of Women Teachers (NASUWT)	Ajudar os professores a entender e identificar problemas de saúde mental em crianças por meio de um programa de psicoeducação
Principais conclusões:			
Cerca de 98% dos professores entraram em contato com alunos que acreditavam estar com problemas de saúde mental. 91% afirmavam serem crianças com ansiedade ou ataques de pânico, com 79% acreditam que alguns dos seus alunos estavam com depressão, 64% percebiam crianças que se automutilavam, 49% de crianças com			

distúrbios alimentares e 47% testemunharam alunos com transtornos obsessivo-compulsivos, em todas as idades, incluindo crianças com menos de quatro anos. 89% dos professores relataram que problemas de saúde mental em crianças eram a causa da falta de concentração nas aulas. 91% dos professores entrevistados acreditavam que os problemas familiares em casa criam ou contribuem para problemas de saúde mental dos alunos, com 72% dos professores relatando pressões da mídia social como causa e 55% o impacto sobre as crianças da pobreza familiar ou preocupações financeiras. Apenas 24% dos professores entrevistados disseram estar confiantes de que seriam capazes de obter apoio oportuno de serviços especializados, como Serviços de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (CAMHS). Cerca de 46% dos entrevistados afirmaram que nunca receberam nenhuma psicoeducação sobre saúde mental infantil.

<p>- Yamaguchi et al. - 2021 - A survey of mental health literacy in Japanese high school teachers - Japão</p>	<p>Professores de 27 escolas japonesas responderam a um questionário autoaplicável que avaliou (a) conhecimentos sobre saúde/doenças mentais, (b) reconhecimento correto de doenças específicas (depressão, esquizofrenia e síndrome do pânico), (c) confiança em ajudar os alunos com sintomas depressivos e (d) confiança no ensino de conhecimentos de</p>	<p>alunos do ensino médio (10º a 12º ano) e professores (n=665)</p>	<p>Melhorar a literacia em saúde mental através da educação escolar. Os recursos educacionais disponíveis para os professores foram desenvolvidos. Este artigo descreve os processos de desenvolvimento e o conteúdo desses recursos</p>
---	---	---	--

	saúde mental aos alunos.		
<p>Principais conclusões: É o primeiro estudo a investigar LSM em professores do ensino médio no leste da Ásia (Japão). A literacia dos professores japoneses do ensino médio que participaram do presente estudo era baixo sobre saúde mental e patologias do foro mental. A maioria dos professores desconhecia a alta prevalência de doenças mentais na adolescência e qual a tempo ideal do sono para a prevenção da depressão. Também, a maioria dos professores não reconheceram corretamente a depressão e esquizofrenia nas vinhetas. Além disso, são poucos professores que sentem confiança em ajudar os alunos com sintomas depressivos ou em ensinar conhecimentos de saúde mental aos alunos. Essa falta de conhecimento, baixo reconhecimento e baixa confiança pode levar a dificuldade/incapacidade em apoiar alunos com problemas de saúde mental.</p> <p>Apesar de vários programas de LSM dirigidos para professores tenham sido desenvolvidos, apenas alguns foram confirmados como eficazes. Programas para professores com eficácia comprovada é necessário serem desenvolvidos. Esses programas eventualmente poderão precisar ser incorporados à formação de professores no nível universitário, porque na maioria dos países/áreas do Leste Asiático, além do Japão, a inclusão da LSM não é ensinada atualmente.</p>			
<p>- Miller et al. - 2019 -Teacher Mental Health_Literacy is Associated with Student_Literacy_in the Adolescent Depression Awareness Program - Estados Unidos da América</p>	<p>- Estudo randomizado intervenções pré e pós-educação sobre estigma foram analisadas usando um modelo multinível ajustado no Mplus</p>	<p>66 professores e 6.679 alunos do ensino médio</p>	<p>-Explorar a literacia em saúde mental da depressão e o estigma de professores e dos alunos.</p>
<p>Principais conclusões:</p>			

A Literacia em depressão relativamente ao professor foi significativamente associada à literacia em depressão dos alunos na pós-avaliação, mas não foi associada ao estigma do aluno. O estigma do professor não foi significativamente relacionado à literacia ou estigma da depressão do aluno na pós-avaliação. Estas conclusões destacam a importância de melhorar a literacia em depressão do professor, afim de maximizar a literacia em depressão do aluno, diminuindo consequentemente as preocupações sobre crenças estigmatizadas de professores para alunos.

<p>- Amaral et al. - 2020 - ProMenteSã: Formação de professores para promoção da saúde mental na escola - Portugal</p>	<p>- Estudo não- experimental, analítico, construído com base num programa de formação designado 'ProMenteSã' - Avaliada a eficácia com recurso a um questionário aplicado 'antes' e 'após' a intervenção.</p>	<p>13 professores, maioria género feminino, casados e a residir em meio urbano.</p>	<p>- Promover a saúde mental nas escolas através da (in)formação e capacitação de professores do 2º e 3º ciclo do ensino básico.</p>
--	--	---	--

Principais conclusões:

Relativamente à aquisição de competências no domínio da saúde mental, verificou-se que após a aplicação do Programa *ProMenteSã* os professores apresentaram um aumento significativo de conhecimentos nas temáticas 'consumos e dependências-novos comportamentos aditivos' e 'importância do sono na promoção da saúde mental', apesar de globalmente em todas as dimensões os valores médios aumentarem. Apesar disto, em contraponto, ao comparar o antes e após intervenção de psicoeducação, apurou-se pelo teste Wilcoxon-Mann-Whitney, que não são evidentes diferenças significativas entre as duas amostras.

Apuraram-se 4 artigos como resultado da revisão integrativa da literatura. Estes foram publicados em continentes distintos, como Europa (Inglaterra e Portugal), América do

Norte (Estados Unidos da América); e Ásia (Japão). São estudos que se realizaram entre 2017 e 2021.

1.3.Discussão

De uma forma geral, os professores alvo dos estudos, confirmaram que nunca tinham recebido nenhuma formação sobre saúde mental infantil (NASUWT, 2017), ao mesmo tempo que apontam para a impreparação para trabalhar em intervenção precoce apesar da prevalência das doenças mentais ser cada vez mais elevada. No entanto, consideram-se elementos que podem ser cruciais na ajuda aos jovens com sofrimento emocional, sendo necessário ensinar sobre saúde mental de forma a adquirirem habilidades em primeira ajuda.

Constatou-se que é muito importante desenvolver ações de psicoeducação na área da saúde mental para a comunidade escolar, permitindo atribuir aos professores mais literacia em saúde mental, de forma a quebrar com crenças negativas, diminuindo assim a estigmatização nessas circunstâncias, ao mesmo tempo que aumenta as hipóteses do adolescente que tenta procurar ajuda, encontrando alguém capaz de disponibilizar a primeira ajuda.

Nesta linha, os enfermeiros, e em particular os EEESMP, são a melhor aposta em disponibilizar psicoeducação em primeiros socorros de saúde mental para os professores permitindo aumentar a literacia destes ao mesmo tempo que os ajuda a desenvolver habilidades para apoiar os alunos em situações de sofrimento emocional, promovendo o encaminhamento em tempo útil para os serviços de apoio à Infância e Adolescência.

Considera-se, em contraponto, que a falta de conhecimento dos professores em LSM leva à deteção tardia de doença mental para um tratamento oportuno e apropriado, marcando uma vez mais como vértice a criação de uma cultura em saúde mental, informando desde o aparecimento dos primeiros sinais de uma doença mental. Estes estudos demonstram o quão urgente é a formação de políticas de saúde mental, assim como programas de saúde mental onde os vários setores cooperem, nomeadamente o setor da educação e da saúde, permitindo incluir também além dos utentes, os prestadores de cuidados ao jovem.

Devem ser trabalhadas estratégias para combater o preconceito, discriminação e preconceito acerca da patologia mental, entre elas, programas de psicoeducação de forma a promover a literacia em saúde mental (Wei et al., 2013). Aumentando o nível de literacia, aumenta-se o conhecimento e reduz-se o estigma resultando num aumento dos comportamentos de procura de ajuda (em tempo útil) (Conner et al., 2015), observando que as escolas são o local mais adequado para implementar estes programas.

CONCLUSÃO

Com o decorrer desta revisão foi possível detetar que a LSM no contexto escolar é ainda insuficiente, tanto no grupo alvo dos professores como nos seus alunos. Torna-se fundamental apostar nesta consciencialização para que aumente a literacia, ao nível da identificação de patologias mentais e tratamento precoce, quer individualmente quer em termos de toda a comunidade escolar, neste caso, mais especificamente nos professores.

Estamos perante um número de estudos ainda muito ínfimo relativamente ao tema que se pretende estudar o que resulta numa limitação considerável para a revisão integrativa. Apenas se conseguiu apurar 4 artigos que compreendessem todos os critérios de inclusão, 3 internacionais e 1 nacional. Em Portugal, apenas em 2019 se considerou como grupo alvo os professores, relativamente à LSM, resultando no programa ProMenteSã divulgado em 2020. Também pelos anos em que foram realizados os estudos, entre 2017 a 2021, se antevê que é um tema que só recentemente começou a suscitar interesse e preocupação da comunidade científica. Geograficamente estes estudos têm uma distribuição praticamente mundial o que leva a crer que a LSM terá de ser trabalhada pelos vários profissionais de forma transversal, visto que ressalvam o baixo nível de literacia nesta população. É unânime a importância do professor e do contexto escolar para o bem-estar psíquico do aluno, mas também evidente a desigualdade entre o conhecimento que o professor não detém para ajudar o aluno e as suas necessidades emocionais e psíquicas, sendo urgente investir na formação educativa neste ambiente. Não obstante, o critério de inclusão em acesso livre também restringiu o número de artigos científicos válidos para serem analisados, pois porventura alguns podem ter ficado excluídos mesmo possuindo relevância para este estudo.

Deste modo, pode-se aferir que os professores desempenham um papel fundamental na aprendizagem e promoção da LSM nos contextos educativos, todavia são ainda pouco os estudos sobre esta temática.

2 A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

2.1. Descrição do programa a implementar

Relativamente ao programa que procuramos implementar, este consistiu numa primeira fase em realizar o diagnóstico de situação ao procurar avaliar o nível de literacia em saúde mental numa amostra de professores num agrupamento de escolas da região norte no presente ano, relativamente a problemas de saúde mental que atingem a adolescência. Com base neste propósito foi traçado um percurso, orientado segundo uma base de investigação científica, que seguidamente é formalizada em maior pormenor.

Definindo, a investigação científica resume-se a estudar, através de uma metodologia científica os fenómenos e processos da vida e das pessoas, de forma a tentar encontrar respostas a essas questões, funcionando como um método particular de aquisição de conhecimentos (Fortin, 2009). Segundo este autor (2009), é possível “*descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos*” (p.160).

Para construir a questão de investigação que ressalta da motivação para estudar este tema apoiamo-nos considerando o método PICO, já falado anteriormente. Este engloba os P: participantes; I: a intervenção; C: comparação; O: resultados.

Desta forma, na ânsia de procurar compreender como se encontra no contexto escolar, o nível de conhecimento sobre a saúde mental instituiu-se a seguinte questão de investigação:

Qual o nível de literacia em saúde mental dos professores do 2º e 3º ciclo de um agrupamento de escolas do norte do país?

Neste encaixe, estabeleceu-se o seguinte objetivo geral do estudo:

Descrever o resultado do nível de literacia em saúde mental dos professores do 2º e 3º ciclo de um agrupamento de escolas do norte do país.

Os resultados desta primeira etapa irão permitir a aplicação da intervenção promotora do aumento da literacia em saúde mental no grupo de professores, ajustada às necessidades identificadas no contexto de aplicação. Posteriormente, numa terceira e quarta etapas (Follow-up) serão avaliados os resultados e manutenção dos mesmos no seio da comunidade escolar em estudo.

A metodologia desta investigação, além da revisão da literatura anteriormente explanada pelos diversos artigos encontrados relativos ao tema, foi trabalhada segundo um estudo transversal, descritivo e exploratório do tipo quantitativo, para esta primeira etapa.

O projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (CEASPESM), com parecer favorável emitido a 27 de julho de 2023 (ANEXO 6).

Foi selecionado o instrumento de avaliação: questionário sociodemográfico e de Literacia em Saúde Mental para adultos – versão reduzida (LSMq_SVa), da autoria de Campos et al., (2022), com autorização prévia para a sua aplicação (APÊNDICE 17 e 18).

O LSMq - versão para adultos é um instrumento de medida, sobre o relato pessoal do inquirido; validado, de curta aplicação, que avalia a literacia em saúde mental (ANEXO 7).

Como sugere Dias et al., (2018) considerou-se a utilização deste instrumento visto estar preparado para avaliar programas de promoção de LSM assim como, instrumento de suporte para identificar necessidades de intervenção em contextos, como o da comunidade escolar deste estudo.

O questionário é formado por duas partes distintas; uma relativa à recolha de dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, nacionalidade, residência, habilitações académicas e proximidade a pessoas com problemas de saúde mental) e a segunda parte, relativamente à avaliação da LSM. Esta versão reduzida é composta por 16 itens, avaliados por uma escala tipo *Likert* cotada de 1 a 5 em que “1” corresponde a discordo muito; “2” discordo; “3” não concordo, nem discordo; “4” concordo; e “5” concordo muito.

Contém quatro dimensões: primeira, a do conhecimento de problemas de saúde mental (itens 7, 10, 11, 12, 14, 15); segunda, a das crenças erradas/estereótipos (itens 2, 5, 6);

terceira, a das competências de procura de ajuda e de primeira ajuda (itens 4, 8, 16) e, por fim, quarta, a das estratégias de autoajuda (itens 1, 3, 9, 13). A segunda dimensão, das “crenças erradas/estereótipos” no final terão de ser cotados inversamente, ou seja, pontuações mais altas correspondem a níveis inferiores na dimensão, o que traduz níveis mais altos de literacia em saúde mental. Assim, os resultados nestas quatro dimensões são obtidos através do somatório dos valores de todos os itens, o que nos dá um *score* total.

Os participantes do estudo foram os professores do 2º e 3º ciclo de um agrupamento de escolas da região norte do país, estando assim assumido o critério de inclusão. Relativamente aos critérios de exclusão, foram definidos os professores do 1º ciclo do mesmo agrupamento; professores do 2º e 3º ciclo de outro agrupamento. Previamente foi realizado pedido de autorização ao Diretor do Agrupamento de Escolas explicando alvo e objetivo do estudo, confirmando-lhe que estavam salvaguardadas as questões relativas à confidencialidade e proteção dos dados. Foi recebida confirmação sobre autorização da realização do referido estudo.

No que concerne ao tamanho da amostra dos professores, o mesmo diz respeito ao número de professores que aceitaram participar no estudo. Estes foram notificados pela direção da escola, através do envio do email, com o link para a participação no estudo, pela plataforma *Google Forms*. Nessa linha foi garantido, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que o acesso ao questionário só foi possível após a aceitação da participação do docente, de forma voluntária, quando acedeu à plataforma para que fossem respeitados todos os requisitos éticos indispensáveis à investigação. A duração da participação no estudo, por via do preenchimento dos questionários teve a duração delimitada entre o dia 31 de julho a 15 de agosto de 2023.

Para efeitos de posterior análise dos dados, os mesmos foram codificados e guardados em suporte informático, com palavra passe garantindo só o acesso à equipa de investigação.

Na fase posterior, para realizar a análise e tratamento dos dados recolhidos pelos instrumentos de avaliação utilizou-se o Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Posteriormente, serão desenvolvidas as fases 2, 3 e 4, que contemplarão a implementação da intervenção, avaliação e reavaliação dos resultados.

2.2. Resultados

De acordo com o previamente estruturado, após a aplicação dos questionários supracitados, são de seguida apresentados os resultados do perfil sociodemográfico da amostra e posteriormente os resultados da literacia dos professores sobre a saúde mental.

Os resultados apresentam-se de acordo com cada componente sobre a literacia em saúde mental.

Foram incluídos no total 22 professores, das quais 71,4% eram do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino, como se pode verificar no quadro abaixo. Relativamente à idade, os inquiridos apresentavam uma idade média de 53 ± 7 anos, compreendido entre 43 e 66 anos.

No que respeita à nacionalidade, os professores eram maioritariamente portugueses (91,4%) e 8,6% luso-franceses. Quanto à naturalidade, eram oriundos de vários lugares, pertencendo 35% à França, seguido de Viana do Castelo e Vila Verde com 15% e com 10% de Argentina e Ponte da Barca.

Mais de metade dos inquiridos afirmou ter uma Licenciatura em Línguas (53.3%) e apenas 1 pessoa afirmou não estar a lecionar no momento do preenchimento do questionário.

Tabela 3 – Caracterização Sociodemográfica e Profissional (N=22)

Características dos inquiridos		n=22
Características sociodemográficas		
Idade (anos)		53 ± 6,65
Sexo	Feminino	17 (77,3%)
	Masculino	5 (22,7%)
Estado Civil	Casado ou união de facto	22 (100%)
	Solteiro	0 (0%)
Naturalidade	França	7 (35%)
	Viana do Castelo	3 (15%)

	Vila Verde	3 (15%)
	Ponte da Barca	2 (10%)
	Argentina	2 (10%)
	Braga	1 (5%)
	Arcos de Valdevez	1 (5%)
	Porto	1 (5%)
Nacionalidade	Portuguesa	19 (86,4%)
	Portuguesa/ Francesa	3 (13,6%)
Características Profissionais		
Tipo Licenciatura	Línguas (Português e Espanhol/Francês)	8 (53,3%)
	1.º ciclo	2 (13,3%)
	1º e 2.º ciclo do Ensino Básico	2 (13,3%)
	Filosofia	1 (6,7%)
	Sociologia do Desporto	1 (6,7%)
Escolaridade	Licenciatura	13 (59,1%)
	Mestrado	9 (40,9%)
Situação Profissional	Leciona	21 (95,5%)
	Não leciona	1 (4,5%)
Saúde Mental		
Conhece alguém com histórico de problemas de saúde mental?	Sim	22 (100%)
	Não	0 (0%)
Problema de saúde mental	Depressão	7 (31,8%)
	Ansiedade	6 (27,3%)
	Esquizofrenia	3 (13,6%)
	Bipolaridade	2 (9,1%)
	Esgotamento	2 (9,1%)
	Demência	1 (4,5%)

	Burnout	1 (4,5%)
Relação com a pessoa	Familiar	11 (50%)
	Amigo	7 (31,8%)
	Outro	2 (9,1%)
	Próprio	2 (9,1%)

Todos os docentes afirmaram conhecer alguém com problemas de saúde mental, sendo a depressão (31,8%) e a ansiedade (27,3%) os principais problemas. Temos com percentagens mais baixas, relato de outras patologias mentais como a esquizofrenia (13,6%), bipolaridade e esgotamento (9,1%), demência e burnout (4,5%). Relativamente à proximidade na relação com a pessoa em questão, indicou que metade dos casos foram com familiares, sendo que 9,1% admitiu ter sido o próprio a passar pela situação.

Relativamente ao questionário da LSM, foi possível verificar no domínio das Estratégias de Autoajuda (Fator 4) que todas as respostas foram entre *Concordo* e *Concordo Muito*, indicando alguma homogeneidade. Constata-se que metade das questões demonstraram a ausência de opinião, indicando a resposta *Não concordo nem discordo*, maioritariamente no grupo de questões relativas ao Conhecimento sobre Problemas de Saúde Mental. Nas Crenças Erradas/ Estereótipos, foi a parte do questionário em que os inquiridos indicaram um maior desacordo com as afirmações que incluíam os itens 2, 5 e 6, indicando a resposta *Discordo* ou *Discordo Muito*. Relativamente ao domínio das Competências de Primeira Ajuda e Comportamentos de Procura de Ajuda, assim como de Estratégias de Autoajuda, os dados mostra-nos uma vez mais a seu conteúdo homogéneo, variando as respostas entre o *Concordo* e *Concordo Muito* em todos os itens avaliados.

Tabela 4 – Resultados da aplicação do questionário Literacia em Saúde Mental para adultos – versão reduzida (LSq_SVa) (N=22)

Dimensões da escala Literacia em Saúde Mental para adultos – versão reduzida (LSq_SVa)		n (%)
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental		

Q7 - Alterações no funcionamento cerebral podem levar ao aparecimento de perturbações mentais	Não concordo, nem discordo	2 (9,1%)
	Concordo	15 (68,2%)
	Concordo muito	5 (22,7%)
Q10 - Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas	Não concordo, nem discordo	1 (4,5%)
	Concordo	11 (50%)
	Concordo muito	10 (45,5%)
Q11 - A duração dos sintomas é um dos critérios importantes para o diagnóstico de uma perturbação mental	Discordo	5 (22,7%)
	Não concordo, nem discordo	5 (22,7%)
	Concordo	7 (31,8%)
	Concordo muito	5 (22,7%)
Q12 - Uma perturbação mental afeta os pensamentos	Concordo	11 (50%)
	Concordo muito	11 (50%)
Q14 - Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve	Não concordo, nem discordo	4 (18,2%)
	Concordo	10 (45,5%)
	Concordo muito	8 (36,4%)
Q15 - Situações de grande stress podem causar perturbações mentais	Não concordo, nem discordo	4 (18,2%)
	Concordo	9 (40,9%)
	Concordo muito	9 (40,9%)
Crenças erradas/estereótipos		
Q2 - Uma perturbação mental não afeta o comportamento	Discordo	8 (36,4%)
	Discordo muito	14 (63,6%)
Q5 - Uma perturbação mental não afeta os sentimentos	Não concordo, nem discordo	2 (9,1%)
	Discordo	8 (36,4%)
	Discordo muito	12 (54,5%)
Q6 - Só os adultos têm perturbações mentais	Discordo	3 (13,6%)
	Discordo muito	19 (86,4%)
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda		
	Concordo	7 (31,8%)

Q4 - Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um psicólogo	Concordo muito	15 (68,2%)
Q8 - se uma pessoa próxima de mim estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-a a procurar um médico psiquiatra	Não concordo, nem discordo	1 (4,5%)
	Concordo	8 (36,4%)
	Concordo muito	13 (59,1%)
Q16 - Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um médico psiquiatra	Não concordo, nem discordo	1 (4,5%)
	Concordo	9 (40,9%)
	Concordo muito	12 (54,5%)
Estratégias de autoajuda		
Q1 - A prática de exercício físico contribui para uma boa saúde mental	Concordo	7 (31,8%)
	Concordo muito	15 (68,2%)
Q3 - Dormir bem contribui para uma boa saúde mental	Concordo	6 (27,3%)
	Concordo muito	16 (72,7%)
Q9 - Uma alimentação equilibrada contribui para uma boa saúde mental	Discordo	1 (4,5%)
	Concordo	12 (54,5%)
	Concordo muito	9 (40,9%)
Q13 - Fazer algo que dê prazer contribui para uma boa saúde mental	Concordo	9 (40,9%)
	Concordo muito	13 (59,1%)

Quando analisados os quatro fatores, de acordo com a cotação própria do questionário de LSMq, temos quanto ao Fator 1 (Conhecimentos sobre Problemas de Saúde Mental) um valor médio de 25 pontos. A escala previa resultados entre 6 e 30 e neste Fator apresentaram-se resultados entre 19 e 30 pontos (o valor máximo desta escala).

No Fator 2 (Crenças Erradas/Estereótipos) calculou-se uma mediana de 4 pontos. A escala previa resultados entre 3 e 15 e neste Fator obteve-se resultados entre 3 (valor mínimo) e 6 pontos.

O Fator 3 (Competências de Primeira Ajuda e Comportamentos de Procura de Ajuda) tem um valor médio de 14 pontos. A escala previa resultados entre 3 e 15 pontos e neste Fator

apresentaram-se resultados entre os 12 e os 15 pontos, sendo onde se conseguem valores com menor dispersão.

O Fator 4 (Estratégias de Autoajuda) tem uma mediana de 18,5 pontos. A escala previa resultados entre 4 e 20 pontos e neste Fator apresentaram-se resultados entre 14 e 20 pontos.

Assim, verifica-se que o Fator 2, foi aquele onde se obteve respostas com pontuação mais baixa relativamente aos Fatores 1, 3 e 4. Nestes últimos, a homogeneidade das respostas foi semelhante, apresentando uma medida de dispersão próxima de 3.

Tabela 5 – Score dos fatores e total da LSMq_SVa

Fator	Mediana [Amplitude Interquartil]
Conhecimentos sobre Problemas de Saúde Mental (F1)	25 ± 3,28
Crenças Erradas/Estereótipos (F2)	4 [3;5]
Competências de Primeira Ajuda e Comportamentos de Procura de Ajuda (F3)	14 [13;15]
Estratégias de Autoajuda (F4)	18,5 [17;20]
Score Total	71 ± 6,01

Relativamente ao *Score* total, teve resultados entre os 62 e 80 pontos (valor máximo), tendo apresentado uma média de 71 pontos (em 80 possíveis), pelo que, em média, obtiveram 88,75% da pontuação máxima possível.

2.3. Discussão

Nesta parte do trabalho, faz-se a discussão dos resultados que se revelaram mais importantes para a análise desta investigação.

Foi através de uma análise descritiva que se procurou interpretar os valores calculados, de acordo com as frequências absolutas obtidas pela aplicação do instrumento de avaliação, traduzindo esses achados numa leitura posterior das dimensões que integraram os itens, pelo seu somatório. Assim, foi possível demonstrar que os docentes responderam de forma muito similar nos Fatores 1, 3 e 4, obtendo-se uma medida com pouca dispersão e um desvio padrão globalmente muito próximo do valor máximo de pontos nessas dimensões, o que valida essa homogeneidade. Pode-se aferir que os docentes, por estes resultados alcançados têm bom nível de literacia nas dimensões de Conhecimentos sobre Problemas de Saúde Mental; Competências de Primeira Ajuda e Comportamentos de Procura de Ajuda, assim como em Estratégias de Autoajuda. Em contraponto, no Fator 2 foi onde os docentes obtiveram os valores mais baixos, indiciando uma baixa literacia quanto à dimensão das Crenças Erradas/Estereótipos, atingindo uma mediana de 4 (sendo 3 o valor mínimo de resultado). Porém, quanto ao *score* total, o valor médio manteve-se alto com um valor de 71 pontos em 80 possíveis, permitindo concluir que a LSM desta amostra de professores apresenta um bom nível de resultados.

Apesar de na revisão integrativa da literatura, a evidência científica nos traduzir que a literacia nos professores é baixa sobre saúde mental e patologias de foro mental e que não sentem confiança em ajudar os alunos ou a ensinar conhecimentos de saúde mental aos alunos, este estudo não comprovou esses resultados. Mais ainda, a evidência científica realizada por o EEESMP sobre a LSM é drasticamente escassa na população alvo dos docentes, o que tornou a concretização deste trabalho mais desafiante, no sentido de uma discussão e comparação dos resultados obtidos.

Nesta medida, deverão ser realizados mais estudos na comunidade escolar, dirigida aos vários profissionais que aí laboram, desenvolvendo programas de intervenção particularmente aos professores, uma vez que são escassos. Em Portugal, o programa ProMenteSã (Amaral et al., 2020.) foi desenvolvido com professores, com base nessa necessidade formativa para a promoção de saúde mental na escola, o qual se verificou que após a sua aplicação, os docentes apresentaram um aumento significativo de

conhecimentos nas temáticas dos “consumos e dependências – novos comportamentos aditivos” e sobre a “importância do sono na promoção da saúde mental”. No entanto, fazendo a comparação entre antes e após a aplicação do programa psicoeducativo não houve diferenças muito significativas entre as duas amostras, o que significa que os programas devem ser melhorados para que se tornem realmente eficazes. Isto é corroborado também a nível internacional, dado que dos programas que existem poucos são os que demonstraram eficácia para aumentar a literacia dos professores.

O estigma e o preconceito continuam a ser domínios que revelam muita resistência à mudança de atitudes e comportamentos na comunidade escolar, designadamente nos professores, quer no nosso país como no estrangeiro, havendo uma necessidade urgente de intervenção psicoeducativa para melhorar a literacia destes, afim de maximizar a literacia dos alunos nesta componente, diminuindo conseqüentemente as preocupações sobre crenças estigmatizadas de professores para os alunos.

Este breve estudo comprovou isso mesmo, uma vez que na dimensão das Crenças Erradas e Estereótipos foi onde houve uma cotação mais baixa, muito próximo dos valores mínimos que o Fator contempla, demonstrando que apesar de termos uma amostra reduzida de professores em estudo, também aqui se corrobora o baixo nível de literacia.

Loureiro et al., (2012) afirma que o reconhecimento atempado e a procura de ajuda diferenciada acontecerão certamente quando, quer alunos, professores e outros educadores, tiverem conhecimento sobre as perturbações mentais e as suas alterações iniciais, o tipo de ajuda mais indicado para cada situação e a forma como chegar a essas ajudas, assim como em conhecimentos e aptidões, no alcance desejável da LSM.

Em 2012, Oliveira et al., realizaram um estudo nacional, com base numa versão do *Opinions about Mental Illness Scale (OMI)*, antes e após a aplicação do Programa de Sensibilização SMS Estigma (Saúde Mental Sem Estigma), que traduziu dados da eficácia em combinar estratégias educativas e de contato na redução do estigma face às doenças mentais. Estando evidente que o estigma é uma realidade incontestável na nossa sociedade, Arboleda-Flórez (2002) sugere um conjunto de estratégias para combatê-lo. A nível educativo, ao investir no aumento da promoção da LSM; em forma de contestação, ao ir contra as representações culturais da sociedade sob a forma de estereótipos negativos sobre a saúde mental; pelo contato ao promover comunicação e participações ativas entre

peças com doença mental e a comunidade; a nível legislativo, criando leis que regulem situações discriminatórias; também através da defesa dos direitos da pessoa com doença mental e, por último, pelo desenvolvimento do autoestigma, ou seja, desenvolvendo junto do doente a capacidade deste em recriar novos significados para a sua condição, procurando um papel na sociedade mais valorizável.

2.4. Conclusões

Estando a LSM, enquadrada entre a área da saúde e da educação, e entendendo o papel vital que a escola tem na sociedade, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento das nossas crianças e jovens, esta constitui-se como uma trave mestra para que haja uma responsabilidade social mais congruente, com resultados mais satisfatórios na melhoria do bem-estar da comunidade escolar. Assim, é de carácter urgente a introdução de conteúdos programáticos acerca da LSM nos programas de saúde escolar, perspetivando que isso resulte na adoção de estilos de vida mais saudáveis pelos estudantes, promovendo-lhes bem-estar físico e mental, pois desenvolvendo conhecimentos acerca das perturbações mentais e do comportamento podem reconhecer e reagir atempadamente na prevenção da instalação da doença.

Pela evidência científica investigada, os resultados de estudos com adolescentes mostram o quão importante é necessário investir na promoção da LSM nesta faixa etária, pois tem continuamente havido um crescimento acelerado do número de jovens com perturbações mentais, sendo particularmente importante e urgente o desenvolvimento de intervenções que gerem respostas rápidas, concretas e de qualidade às necessidades dos cuidados que são exigidos, tanto de prevenção como de tratamento.

Não obstante, esta necessidade sai também fortalecida no sentido de diminuir o estigma, crenças erradas e preconceitos associados às patologias mentais que infelizmente ainda estão culturalmente muito embrenhadas no nosso país e que leva a que não se valorizem essas patologias como necessárias a um tratamento especializado, atrasando a procura de serviços de saúde. Os professores, entre outros educadores, estão numa posição privilegiada, dentro da comunidade escolar, pelo tempo que passam com os seus alunos, assumindo um papel de destaque nas suas vidas na formação da individualidade do aluno e no desenvolvimento de conhecimentos e competências, prevendo-se que sejam aí

desenvolvidas estratégias integradoras do adolescente com os seus pares (Lawrence, et al., 2017).

Noutra vertente, os professores podem funcionar como aliados fundamentais na procura de ajuda pelos jovens, na medida em que se tiverem os conhecimentos adequados sobre o que são perturbações mentais e as suas principais apresentações, podem funcionar como mensageiros aos pais da importância de intervenção a nível da saúde mental, alertando da necessidade da procura dos serviços de saúde.

Quanto ao EEESMP, a sua atuação profissional assume a excelência quando implementa intervenções psicoeducativas no contexto escolar, aos alunos, professores e pais no desenvolvimento de competências e aptidões que aumentem os seus níveis de LSM, o que vai de encontro ao preconizado no RCEEESMP. É o profissional especializado, que pela sua formação e contexto onde atua, tem um papel insubstituível e inestimável para a deteção e encaminhamento de problemas de saúde mental nos jovens adolescentes (Antai-Otong & Zimmerman, 2016).

CONCLUSÃO

Na prossecução deste relatório, um dos grandes objetivos foi o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, mormente na sua especificidade em SMP. Nesta base, a realização dos três estágios de natureza profissional, foram motores para esse desenvolvimento assim como o assento deste trabalho, ao relatar a evidência científica de programas e da investigação realizada sobre a literacia em saúde mental dos professores.

Foi propósito melhorar os conhecimentos teóricos sobre esta temática para através deste estudo, desenvolver competências para avaliar, diagnosticar e implementar intervenções, pelo EEESMP, que vão de encontro às necessidades percecionadas sobre a literacia no contexto escolar.

Teve uma importância relevante, constatar que o EEESMP é o principal instrumento terapêutico, na prestação de cuidados, sendo fundamental o seu desenvolvimento pessoal e de autoconsciência para a aliança terapêutica com o utente, os quais estiveram pautados continuamente neste caminho académico. Por isso, com as particularidades singulares do processo de comunicação entre o EEESMP e o utente, que ressaltam da relação terapêutica, procurou-se ter especial atenção aos mecanismos de transferência e contratransferência, da gestão de emoções e sentimentos, de forma a não beliscar os objetivos da nossa intervenção ao utente com patologia mental, nos seus vários contextos.

Considera-se, a partir desta perspetiva, que se conseguiram desenvolver as competências comuns e específicas do EEESMP, plasmadas no RCEEEESMP, ao realizar de forma crítica e reflexiva as experiências vivenciadas, assim como através da descrição das intervenções efetuadas nos diversos contextos operativos, que desembocou na análise desses conteúdos práticos, com base na evidência científica que sustenta essas intervenções.

Quanto ao tema da literacia em contexto escolar, salienta-se como uma necessidade básica, o desenvolvimento e avaliação de intervenções junto destes educadores na comunidade, para aumentar a LSM, trabalhando o EEESMP no domínio das suas competências como prevê o supracitado regulamento. Esse trabalho deverá constar da implementação de projetos que melhorem o nível de conhecimento do utente, família e comunidade quanto à perceção e avaliação do seu estado de saúde mental.

Apesar da insuficiência de estudos acerca desta temática nos docentes, este trabalho procurou também ser mais um ponto no desenvolvimento da Enfermagem, enquanto ciência, melhorando o conhecimento, o que originou mais dados sobre a investigação da literacia na sua prática. Conseguiu-se assim desenvolver a prática baseada na evidência, com resultados que poderão demonstrar uma tendência que deve ser considerada em análise para intervenção futura neste contexto.

Deve ser assinalado que o EEESMP, possui um conjunto de competências específicas que lhe permitem ser um elemento central nas equipas multidisciplinares, na parceria que pode desenvolver com os enfermeiros responsáveis pela saúde escolar, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, que se traduzirá numa mais valia para colmatar necessidades e ultrapassar dificuldades de procura de ajuda, assim como numa vertente psicoeducativa à comunidade escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, T., Ribeiro, J., Fonseca, M., & Von Doellinger, O. (2017). The Impact of Creating an Inpatient Team in an Acute Psychiatric Ward. *PsiLogos*, 33–42. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/13263/14485>
- Almeida, V. de C. F. de, Lopes, M. V. de O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 202–210. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>
- Amaral, M. O. P., Silva, D. M. da, Costa, M. da G. A., Gonçalves, A. M., Pires, S. M. C. S., Cruz, C. M. V. e M., Cabral, L. do R., & Gil, N. C. dos S. P. (2020). ProMenteSã: Formação de professores para promoção da saúde mental na escola. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO02246>
- Antai-Otong, D., & Zimmerman, M. L. (2016). Treatment Approaches to Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Nursing Clinics of North America*, 51(2), 199–211. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.005>
- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Arboleda-Flórez, J. (2002). What causes stigma? *World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, 1, 25–26.
- Balbo, L. (2007). Thinking Health Promotion Sociologically. Em *The Role of Theory in Health Promotion*.
- Baldoino, L. S., Silva, S. M. D. N., Ribeiro, A. M. N., & Ribeiro, E. K. C. (2018). Educação em saúde para adolescentes no contexto escolar: um relato de experiência. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(4), 1161. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230656p1161-1167-2018>
- Barros, M. A. (1997). O cuidar de ontem e de hoje. *Nursing*, 10(11x), 8–13.
- Benevides, J., Sousa, M., Barreto-Carvalho, C., & Nunes-Caldeira, S. (2015). Sintomatologia Depressiva e (In)satisfação Escolar. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 013–018. <https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.05.109>

- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of health & illness*, 29(7), 983–1002. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x>
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2011). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Jones and Bartlett Publishers.
- Campos, L., Dias, P., Costa, M., Rabin, L., Miles, R., Lestari, S., Feraihan, R., Pant, N., Sriwichai, N., Boonchieng, W., & Yu, L. (2022). Mental health literacy questionnaire-short version for adults (MHLq-SVa): validation study in China, India, Indonesia, Portugal, Thailand, and the United States. *BMC Psychiatry*, 22(1), 713. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04308-0>
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica*. Lusodidacta.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern. Em Chinn PL, ed. *Nursing research methodology: issues and implementation* (pp. 237–257). Aspen. <http://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Conner, K. O., McKinnon, S. A., Ward, C. J., Reynolds, C. F., & Brown, C. (2015). Peer education as a strategy for reducing internalized stigma among depressed older adults. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 186–193. <https://doi.org/10.1037/prj0000109>
- Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General*.
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1318. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Ferreira, Z. G. (2013). *Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada – Estilos de Vida Saudáveis*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de saúde.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.

- Fry, S. T. (1999). Ética na Prática da Enfermagem Comunitária. Em M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.), *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª, pp. 101–126). Lusociência.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry, 14*(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Glasper, A. (2017). Promoting mental health first aid literacy in secondary schools. *British Journal of Nursing, 26*(16), 944–945. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.16.944>
- Hesbeen, & Martins. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusociência.
- Hoffmann, M. C. C. L., Santos, D. N., & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cadernos de Saúde Pública, 24*(3), 633–642. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300017>
- Howk, C. (2004). Hildegard Peplau – Enfermagem Psicodinâmica. Em A. Tomey & M. Allgood (Eds.), *Teorias de Enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (4.ª ed., pp. 423–434). Lusociência.
- Ibukun, A., Oluyemi, O., Abidemi, B., Suraj, A., & Ola, F. (2015). Literacy about Attention-deficit/Hyperactivity Disorder among Primary School Teachers in Lagos, Nigeria. *British Journal of Medicine and Medical Research, 8*(8), 684–691. <https://doi.org/10.9734/bjmmr/2015/18089>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022, Novembro 23). *XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral da Habitação - Censos 2021*.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11258-000>
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. Em *International Handbook of Health Literacy* (pp. 53–66). Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch004>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

- Kantorski, L. P., Nunes, C. K., Sperb, L. C. S. de O., Pavani, F. M., Jardim, V. M., & Coimbra, V. C. C. (2014). A intersetorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(2), 651–662.
- Keyes, C. L. M. (2014). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. Em *Bridging Occupational, Organizational and Public Health* (pp. 179–192). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11
- Kollar, M. L. (2011). Promoção da Saúde do Adolescente e da sua Família. Em M. J. Hochenberry & D. W. Wilson (Eds.), *Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8.^a). Elsevier Editora, Lda.
- Lancaster, J., Onega, L., & Forness, D. (1999). Teorias, Modelos e princípios educacionais aplicados à enfermagem comunitária. Em M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.), *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, 97 Famílias e Indivíduos* (4.^a). Lusociência.
- Lawrence, K., Estrada, R. D., & McCormick, J. (2017). Teachers' experiences with and perceptions of students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 141-148.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Artmed Editora.
- Leite, C. (2003). *Para uma escola curricularmente inteligente*. Edições Asa.
- Lieberman, R. P. (1993). Adiestramiento en Habilidades Sociales. Em R. P. Lieberman (Ed.), *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico* (pp. 130–168).
- Lima, D. F. de, Malacarne, V., & Strieder, D. M. (2012). O papel da escola na promoção da saúde – uma mediação necessária. *EccoS – Revista Científica*, 28, 191–206. <https://doi.org/10.5585/eccos.n28.3521>
- Lopes, A., & Nunes, L. (1995). Enquadramento da Ética na Enfermagem. *Revista Servir*, 43(6), 297–301.
- Lopez, M. (1997). *Fundamentos da Clínica Médica: a relação paciente-médico*. MEDSI.
- Loureiro, L. M. (2016). Literacia em saúde mental acerca da depressão e abuso de álcool de adolescentes e jovens Portugueses. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2(2), 2–11. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2016.2.2.33>
- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S., & Mendes, A. M. (2012). Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n.7, 13–17. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0074>

- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: development and progress* (2nd ed.). Lippincott.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Meleis, A. I. (1997). Immigrant transitions and health care: an action plan. *Nursing Outlook*, 45(1), 42. [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(97\)90058-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(97)90058-0)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I., & Swendsen, L. A. (1978). Role supplementation: an empirical test of a nursing intervention. *Nursing research*, 27(1), 11–18.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Miller, L., Musci, R., D'Agati, D., Alfes, C., Beaudry, M. B., Swartz, K., & Wilcox, H. (2019). Teacher Mental Health Literacy is Associated with Student Literacy in the Adolescent Depression Awareness Program. *School Mental Health*, 11(2), 357–363. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9281-4>
- Ministérios da Educação e da Saúde. (2006). *Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde*.
- Morgado, T., & Botelho, M. (2014). Intervenções promotoras de literacia em saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 90–95.
- Morgado, T., Loureiro, L., & Botelho, M. (2021). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. *Revista de Enfermagem Referência, V Série(Nº6)*. <https://doi.org/10.12707/RV20133>
- Murphy H. B. (1978). The meaning of symptom-check-list scores in mental health surveys: a testing of multiple hypotheses. *Social Science & Medicine*, 12(2A), 67–75.
- NASUWT. (2017). *Schools need support to deal with mental health upsurge among pupils*. <https://www.nasuwat.org.uk/article-listing/bullying-harassment-and-mental-healthissues.html>

- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Lusociência.
- Nunes, L. S. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 94–99.
- Nunes, R., & Brandão, C. (2007). *Humanização da saúde*. Gráfica de Coimbra.
- Nutbeam, D., Wise, M., Bauman, A., Harris, E., & Leeder, S. (1993). *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*. AGPS.
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa Saúde mental sem Estigma: Efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 30–37. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0068>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com Futuro!*
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Lei n.º 156/2015 - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Em *Diário da República*, 1.ª série — N.º 181. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018, Agosto 7). *Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Em *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Direcção Geral de Saúde.
- Pais Ribeiro, J., Neto, C., Silva, M., Abrantes, C., Coelho, M., Nunes, J., & Coelho, V. (2015). Ulterior validação do questionário de saúde geral de goldberg de 28 itens. *Psicologia, Saúde & Doença*, 16(3), 278–285. <https://doi.org/10.15309/15psd160301>

- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Peplau, H. E. (1952). Interpersonal relations in nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 52(6), 765.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Ed. Esp. 1*, 125–132.
- Salle, E., Rocha, N. S., Rocha, T. S., Nunes, C., & Chaves, M. L. F. (2012). Escalas psicométricas como instrumentos de rastreamento para depressão em estudantes do ensino médio. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(1), 24–27. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000100005>
- Santo, F. H. do E., & Porto, I. S. (2006). De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. *Escola Anna Nery*, 10(3), 539–546. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300025>
- Santos, S. S. C., & Nóbrega, M. M. L. da. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de peplau: análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(1), 55–64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671996000100007>
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., Meleis, A. I.; K. L., & Meleis, A. I. (1999). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. Em E. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life Transitions in the older adult: issues for nurses and other health professionals* (pp. 1–26). Springer. <http://repository.upenn.edu/nrs><http://repository.upenn.edu/nrs/10>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2012). *Relatório Programa Eu e os Outros 2011-2012*. <https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Documents/Relat%C3%B3rio%20Programa%20Eu%20e%20os%20Outros%202011-2012.pdf>

- Silva, C. F. T., Pedreira, L. C., Do Amaral, J. B., Mussi, F. C., Martorell-Poveda, M. A., & de Souza, M. L. (2021). The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>
- Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2006). *Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica* (8ª ed.). Elsevier España SA.
- Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de mereness* (13.ª). Artes Médicas.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teorias de Enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Lusociência.
- Towsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência.
- Vaz Serra, A. (2011). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Adriano Vaz Serra.
- Vecchiato, Mauro. (2003). *Terapia psicomotora*. Editora da Universidade de Brasília.
- Vieira, M. (2007). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Universidade Católica Editora.
- Vieira, M. A., Gadelha, A. A., Moriyama, T. S., Bressan, R. A., & Bordin, I. A. (2014). Evaluating the effectiveness of a training program that builds teachers' capability to identify and appropriately refer middle and high school students with mental health problems in Brazil: an exploratory study. *BMC Public Health*, 14(1), 210. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-210>
- Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A., & McGrath, P. (2013). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 109–121. <https://doi.org/10.1111/eip.12010>
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*.
- World Health Organization. (2012). *Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44875/9789241503648_eng.pdf

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013 - 2020*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

World Health Organization. (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/310981>

Yamaguchi, S., Foo, J. C., Kitagawa, Y., Togo, F., & Sasaki, T. (2021). A survey of mental health literacy in Japanese high school teachers. *BMC Psychiatry*, 21(1), 478.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03481-y>

ANEXOS

ANEXO 1 - QUADRO DO ALGORITMO DA REDE DE REFERENCIAÇÃO PARA O CRI

	PROBLEMAS	INTERVENÇÃO	CUIDADOS DE SAÚDE
NÍVEL I	<p>Sinais de alarme Perturbações de comportamento Consumo de baixo risco Consumo de risco Doenças crónicas diversas Consumo nocivo Dependência ligeira</p>	<p>Prevenção seletiva e indicada Deteção precoce Intervenção precoce Intervenção breve Programas de intervenção comunitária</p>	<p>Cuidados de Saúde Primários: • Unidades Funcionais</p> <p>Cuidados de Saúde Especializados: • Centros de Respostas Integradas - Equipa Técnica Especializada nos CAD (Prevenção)</p>
NÍVEL II	<p>Consumo nocivo Dependência Policonsumo Comportamentos de risco Comorbilidade</p>	<p>Prevenção indicada Intervenção breve Programas de intervenção comunitária Tratamento integrado Redução de Riscos e Minimização de Danos Reinserção</p>	<p>Cuidados de Saúde Especializados: • Centros de Respostas Integradas - Equipas Técnicas Especializadas nos CAD • Unidades de Alcoologia • Comunidades Terapêuticas • Áreas de Dia / Centros de Dia • Equipas / Unidades de Saúde Mental Comunitária • Equipas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica</p>
NÍVEL III	<p>Dependência grave Policonsumo Comorbilidade física Psicopatologia grave</p>	<p>Tratamento integrado Programa STOP Desintoxicação / Desabitação Internamento por patologia psiquiátrica Programas de tratamento com opióides Redução de Riscos e Minimização de Danos Reinserção</p>	<p>Cuidados de Saúde Especializados: • Centros de Respostas Integradas - Equipas Técnicas Especializadas nos CAD • Unidades de Alcoologia • Comunidades Terapêuticas • Unidades de Desabitação</p> <p>Cuidados de Saúde Hospitalares: • Serviços Locais de Saúde Mental • Serviços de Especialidades Médico-Cirúrgicas</p>

ANEXO 2 - LEQ

IDADE: ____ (anos) ____ (meses)	
DATA DE REALIZAÇÃO: ____/____/____	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	CÓDIGO _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

LEQ

POR FAVOR LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES
Não é um teste – não existem respostas certas nem erradas.

Este questionário tem como finalidade revelar a forma como pensa e se sente sobre si próprio. É importante que:

- Seja honesto (a);
- Dê respostas sobre si, sem questionar os outros;
- Responda como se sente neste momento (e não como se sentiu em outra altura da sua vida, ou como se poderá sentir no futuro).

As suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para pesquisas/estudos ou desenvolvimento de programas. As respostas não serão utilizadas de forma a caracterizá-lo (a), de forma individual.

Utilize a escala de 8 pontos para classificar de verdadeiro (Descreve-me), ou falso (Não me descreve) cada uma das afirmações abaixo. Por favor não deixe nenhuma afirmação em branco.

FALSO NÃO ME DESCREVE								VERDADEIRO DESCREVE-ME
1	2	3	4	5	6	7	8	
Esta afirmação não me descreve; não tem nada a ver comigo		Mais falso do que verdadeiro		Mais verdadeiro do que falso			Esta afirmação tem muito a ver comigo, descreve-me muito bem	

ALGUNS EXEMPLOS

A. Sou criativo (a).

1 2 3 4 5 **6** 7 8

(Colocou um círculo à volta do 6 porque considera que "Eu sou criativo (a)" é por vezes verdade. Ou seja, a afirmação por vezes descreve-o (a)).

B. Sou bom (boa) a escrever poesia.

1 **2** 3 4 5 6 7 8

(Colocou um círculo à volta do 2 porque considera que a afirmação é mais falsa do que verdadeira. O que quer dizer que sente que não é muito bom (boa) a escrever poesia.)

C. Gosto de brincar com animais.

1 2 3 4 5 ~~6~~ **7** 8

(Colocou um círculo à volta do 6, porque o primeiro pensamento foi o de que a afirmação era mais verdadeira do que falsa, no entanto, corrigiu para 7, para demonstrar que a afirmação a (o) descrevia muito bem.)

Se tiver alguma dúvida sobre o questionário, peça esclarecimento.

Agradecemos a sua disponibilidade e participação.

LEQ

Falso **Verdadeiro**
não tem nada a ver comigo tem tudo a ver comigo

Colocar um X no quadrado correspondente à sua opção	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Planeio e uso o meu tempo de forma eficiente.								
2. Sou bem sucedido em situações sociais.								
3. Quando trabalho num projecto, dou o meu melhor para que os detalhes estejam correctos.								
4. Se houver uma ideia melhor, mudo facilmente os meus pensamentos ou opiniões.								
5. Consigo fazer com que as pessoas trabalhem para mim								
6. Consigo manter-me calmo em situações stressantes								
7. Gosto de estar ocupado e activamente envolvido em actividades.								
8. Estou confiante de que tenho a capacidade de ser bem sucedido (a), em qualquer coisa que pretenda fazer.								
9. Não desperdiço tempo								
10. Sou competente em situações sociais.								
11. Tento obter os melhores resultados nas coisas que faço.								
12. Sou aberto(a) a novas ideias.								
13. Sou bom (boa) líder quando é necessário realizar uma tarefa								
14. Fico calmo e ultrapasso a ansiedade em situações novas ou que impliquem mudança.								
15. Gosto de ser activo e energético								
16. Quando me dedico mesmo a algo fico confiante de que terei sucesso.								
17. Sou capaz de gerir bem a forma como uso o meu tempo.								
18. Comunico bem com as outras pessoas								
19. Tento fazer o melhor que me é possível								
20. Sou adaptável e flexível na minha forma de pensar e ideias								
21. Como líder, quando é necessário realizar uma tarefa, motivo bem as outras pessoas.								
22. Mantenho-me calmo quando as coisas correm mal.								
23. Gosto de ser uma pessoa activa, que se envolve nas coisas								
24. Acredito que consigo.								

ANEXO 3 - OS PERIGOS DAS REDES SOCIAIS

https://www.youtube.com/watch?v=Gc7_gXzZ5dU



[Os perigos das redes sociais. Coby Persin legendado em português.](#)

Coby Persin (original)

<https://www.youtube.com/user/zipkid>

99)

Demonstra os perigos das redes sociais, onde ele, com autorização dos pais de 3 adolescentes de 12, 13 e 14 anos, as adiciona em uma rede social, mantém contato e marca encontros.

www.youtube.com

ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO JOGADORES

Ao longo dos últimos meses participaste na implementação de um projeto de investigação que envolveu várias sessões de trabalho, duas delas preenchidas com o preenchimento de questionários. As perguntas que agora te colocamos têm a ver com a maneira como avalias esta experiência.

1. Código	Região	Instituição	Aplicador	Jogador	N.º de sessões realizadas no teu grupo de aplicação/turma? (confirma com o teu Mestre de Jogo)	N.º de sessões que te recordas de ter participado?

2. GERAL (coloca um círculo à volta do número)	Nada					M
2.1 Gostaste da experiência?	1	2	3	4	5	6
2.2 Foi fácil participar nas sessões?	1	2	3	4	5	6
2.3 Participaste ativamente nas sessões?	1	2	3	4	5	6
2.4 Se para o ano fosse possível repetir a experiência com outros temas gostarias de participar?	1	2	3	4	5	6
2.5 Aconselharias um(a) amigo(a) a passar por esta experiência?	1	2	3	4	5	6

3. CONTEÚDOS (Os temas foram...)	Nada					Muito
3.1 ... falados de forma clara/de fácil compreensão?	1	2	3	4	5	6
3.2 ... úteis para a tua vida?	1	2	3	4	5	6

4. TAREFAS (a forma de trabalhar os temas foi...)	Nada					Muito
4.1 ... diferente do que estás habituado?	1	2	3	4	5	6

4.2... bem apresentada (os materiais tinham uma boa imagem)	1	2	3	4	5	6
4.3... animada (as tarefas eram divertidas e dava vontade de participar)	1	2	3	4	5	6

5. TEMPO (como avalias o tempo para explorar os temas)	Mau					Muito Bom
5.1 ... por sessão	1	2	3	4	5	6
5.2 ... por programa (total de sessões)	1	2	3	4	5	6
5.3 ... o espaçamento das sessões (normalmente 1 vez semana e/ou de 15 em 15 dias)	1	2	3	4	5	6

6. APLICADORES/PARTICIPANTES	Mau					Muito Bom
6.1 ...o entusiasmo dos aplicadores nas sessões	1	2	3	4	5	6
6.2 ... o domínio dos assuntos demonstrado pelos aplicadores	1	2	3	4	5	6
6.3 ... a qualidade da participação da turma	1	2	3	4	5	6
6.4 ... a qualidade da relação dos aplicadores com a turma	1	2	3	4	5	6

7.1 Do que gostaste mais?

Do que gostaste menos?

Obrigado pela tua ajuda!

ANEXO 5 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE BECK

	0	1	2	4
	<u>Ausente</u>	<u>Suave</u> , não me incomoda muito	<u>Moderado</u> , é desagradável mas consigo suportar	<u>Severo</u> , quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigueiro				
2. Sensação de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Taquicardia				
8. Insegurança				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufoco				
12. Tremor nas mãos				
13. Trémulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade em respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				

18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Escala de Avaliação da Ansiedade de Beck (BECK⁴ et al, 1)

⁴ BECK, AT.; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R.A. (1988). The Beck Anxiety Inventory. *J. Consult. Clin. Psychol.* 56, 893-897

ANEXO 6 – PARECER DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO SUBMETIDA À CEASPESM



A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

COMISSÃO DE ÉTICA

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

CEASPESM_8a/2023

DATA DE RECEÇÃO NA CE 15/05/2023

PARECER DO RELATOR:

TÍTULO DO ESTUDO: Literacia em Saúde Mental no Contexto Escolar

PROMOTOR DO ESTUDO: N/A

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO: Enfermeira Rita Carneiro e Professora Doutora Ana Teixeira

LOCAL DO ESTUDO: O estudo irá desenvolver-se no Agrupamento Escolar da Região Norte

OUTRAS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES: Sem informações.

OBJETIVOS DO ESTUDO: O objetivo do estudo é descrever o resultado do nível de Literacia em Saúde Mental numa amostra de professores do 2º e 3º ciclo de um agrupamento da região norte do país.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. Os instrumentos de avaliação “questionário sociodemográfico” e “Questionário de literacia em saúde mental para adultos” definidos para dar cumprimento ao objetivo traçado foi devidamente autorizado pelo autor para a sua aplicação. Os investigadores informam, que a participação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento mas sem a identificação do email para o devido efeito. **“As respostas do questionário serão codificadas. Os dados serão guardados num portátil com password, ao qual apenas a investigadora e orientadora terão acesso, garantindo o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos seus dados”.**

Relativamente ao consentimento informado referem “Assim, declaro que compreendi qual o objetivo do estudo, os benefícios e os seus riscos, pelo que assino este conteúdo documental”. **Estão salvaguardados os benefícios e os riscos associados, bem como, o tempo de preenchimento do questionário.**

PARTICIPANTES NO ESTUDO: Professores do 2º e 3º ciclo no agrupamento de escolas da região norte.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO: “Os critérios de inclusão definidos foram professores do 2º e 3º ciclo no agrupamento de escolas da Região Norte. Os critérios de exclusão foram os professores do 1º ciclo do mesmo agrupamento; Professores do 2º e 3º ciclo de outro agrupamento de escolas”.

TAMANHO DA AMOSTRA: A amostra será constituída por todos os professores do 2º e 3º ciclo no agrupamento de escolas da Região Norte que autorizem a sua participação neste estudo: **“Os professores serão notificados via direção da escola com o envio do email com o link para a participação no estudo”.**

DURAÇÃO DO ESTUDO: O estudo encontra-se delimitado entre 31 de julho a 15 de agosto de 2023.

RECURSOS FINANCEIROS: Sem informações.

REQUISITOS PREENCHIDOS: *Chek list*

Em conclusão, da nossa análise resulta o entendimento de que o estudo reúne as condições necessárias, para a emissão de um parecer favorável.

Relator: Mafalda Silva

A Presidente
Isilda Ribeiro

Assinado por: **ISILDA MARIA DE OLIVEIRA
CARVALHO RIBEIRO**
Num. de Identificação: 08093830
Data: 2023.07.27 16:44:08+01'00'



27/07/2023

ANEXO 7 – LSMQ – VERSÃO REDUZIDA PARA A POPULAÇÃO ADULTA

LSMq_SVa

Questionário de literacia em saúde mental para adultos - versão reduzida

Campos, Dias, Costa, Rabin, Miles, Lestari, Feraihan, Pant, Sriwichai, Boonchieng, & Yu (2022)

Este questionário tem como objetivo recolher a perceção individual sobre questões de saúde mental. Pedimos-lhe alguns minutos para responder às perguntas que se seguem. Agradecemos a sua colaboração.

Data	_____ / _____ / _____
Sexo	<input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> prefiro não responder
Idade	_____ anos
Nacionalidade	_____
País de residência	_____
Escolaridade	<input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> ensino básico 1º ciclo (atual 4º ano/ antiga instrução primária/4ª classe) <input type="checkbox"/> ensino básico 2º ciclo (atual 6º ano/antigo ciclo preparatório) <input type="checkbox"/> ensino básico 3º ciclo (atual 9º ano/antigo 5º ano liceu) <input type="checkbox"/> ensino secundário (atual 12º ano/antigo 7º ano liceu/ano propedêutico) <input type="checkbox"/> ensino pós secundário (cursos de especialização tecnológica não superior) <input type="checkbox"/> curso técnico superior profissional – qual? _____ <input type="checkbox"/> bacharelato (inclui antigos cursos médios) – qual? _____ <input type="checkbox"/> licenciatura – qual? _____ <input type="checkbox"/> mestrado – qual? _____ <input type="checkbox"/> doutoramento
Estado civil	<input type="checkbox"/> solteiro/a <input type="checkbox"/> casado/a/ união de facto <input type="checkbox"/> divorciado(a)/separado/a / união de facto <input type="checkbox"/> viúvo/a
Ocupação	<input type="checkbox"/> estudante <input type="checkbox"/> empregado/a <input type="checkbox"/> trabalhador-estudante <input type="checkbox"/> outra Profissão (caso se aplique) _____
Se estudante, indicar:	Ano _____ Curso (caso se aplique) _____
Conhece alguém que tem ou teve um problema de saúde mental?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não sei
Se sim, qual foi ou qual é o problema?	_____
Qual a relação que tem com essa pessoa?	<input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> eu próprio/a <input type="checkbox"/> outro/a

Correspondence: mcampos@ucp.pt

How to cite:

Campos, L., Dias, P., Costa, M., Rabin, L., Miles, R. Lestari, S., Feraihan, R., Pant, N., Sriwichai, N., Boonchieng, W., & Yu, L. (2022). Mental Health Literacy questionnaire - Short Version for adults (MHLq-SVa): Validation study in China, India, Indonesia, Portugal, Thailand, and USA. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04308-0>

Research Centre for Human Development, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal

LSMq_SVa

Questionário de literacia em saúde mental para adultos - versão reduzida

Campos, Dias, Costa, Rabin, Miles, Lestari, Feraihan, Pant, Sriwichai, Boonchieng, & Yu (2022)

As questões seguintes centram-se em aspetos relacionados com questões de saúde mental, tais como o que o que pensa sobre este tipo de problemas ou que recursos as pessoas podem procurar para serem ajudadas. Para cada frase, por favor seleccione a opção que indique o quanto concorda ou discorda. Responda de forma sincera, sem se preocupar em fornecer respostas “certas”.

	Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. A prática de exercício físico contribui para uma boa saúde mental.					
2. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.					
3. Dormir bem contribui para uma boa saúde mental.					
4. Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um psicólogo.					
5. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.					
6. Só os adultos têm perturbações mentais.					
7. Alterações no funcionamento cerebral podem levar ao aparecimento de perturbações mentais.					
8. Se uma pessoa próxima de mim estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-a a procurar um médico psiquiatra.					
9. Uma alimentação equilibrada contribui para uma boa saúde mental.					
10. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.					
11. A duração dos sintomas é um dos critérios importantes para o diagnóstico de uma perturbação mental.					
12. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.					
13. Fazer algo que dê prazer contribui para uma boa saúde mental.					
14. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.					
15. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.					
16. Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um médico psiquiatra.					

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões. Muito obrigado pela sua colaboração

Correspondence: mcampos@ucp.pt

How to cite:

Campos, L., Dias, P., Costa, M., Rabin, L., Miles, R., Lestari, S., Feraihan, R., Pant, N., Sriwichai, N., Boonchieng, W., & Yu, L. (2022). Mental Health Literacy questionnaire - Short Version for adults (MHLq-SVa): Validation study in China, India, Indonesia, Portugal, Thailand, and USA. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04308-0>

Research Centre for Human Development, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PROJETO DE GESTÃO SOBRE PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO ENTRE ULS E CRI PARA JOVENS MENORES DE 18 ANOS

Unidade Local de Saúde do [REDACTED] – Centro de Saúde [REDACTED]: Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]
CRI – Centro de Recursos para a Inclusão

Protocolo de parceria, no âmbito do processo para a gestão do jovem menor com comportamento de risco para adição, com ou sem substância, entre:

1.º Outorgante) Unidade Local de Saúde [REDACTED], E.P.E. (designada por [REDACTED]), com sede em [REDACTED], neste ato representada pelo seu Presidente do Conselho de Administração, [REDACTED].

A entidade participante neste protocolo é a seguinte unidade funcional da [REDACTED]:

Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED] (designada por [REDACTED]), coordenada por [REDACTED].

A [REDACTED] pretende assegurar respostas diferenciadas, tendo em conta as necessidades em cuidados de saúde e sociais da população, assumindo parcerias com as estruturas da comunidade e articulando, efetivamente, com as outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (designado por ACeS).

2.º Outorgante) Centro de Recursos para a Inclusão (designado por CRI), com sede em [REDACTED] [REDACTED] neste ato representado pelo seu Diretor Dr. [REDACTED].

Considerando que:

- As intervenções ao nível da promoção da saúde e prevenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) junto de crianças, adolescentes e jovens têm tido um crescente investimento ao longo dos últimos anos, no sentido de prevenir e reduzir a

probabilidade de desenvolvimento de perturbações ao nível da saúde mental, pelas diretivas internacionais em saúde (EMCDDA, 2011, 2019);

- No estudo de 2019, sobre Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas (SICAD) concluiu-se que o álcool é a principal substância psicoativa consumida pelos jovens dos 13 aos 18 anos (sendo que 25% já atingiram episódios de embriaguez de forma severa); seguindo –se o tabaco com 38% experienciado pelos jovens e a cannabis com 13% experimentado, sendo que em 1% faz parte da vida diária do jovem;
- No estudo de 2020, sobre Uso Problemático de Internet e Jogo (SICAD), percebeu-se que 1 em cada 3 jovens com idade 18 anos, começou a usar a internet com menos de 10 anos de idade. Concluiu-se também que 50% destes jovens utiliza a internet para jogar, sendo 15% com apostas a dinheiro;
- Não ocorrendo um processo de desenvolvimento normal do jovem, poderão surgir conflitos que colocam o jovem em situações de risco, nomeadamente a experimentação de comportamentos aditivos (com ou sem substância), obrigando a avaliação e intervenção;
- De acordo com o IOM, citado por EMCDDA (2009), a prevenção indicada está prevista para pessoas que evidenciam sinais ou sintomas precoces ligados às dependências e aos comportamentos aditivos, assim como a pessoas com consumo de substâncias psicoativas, de forma a prevenir que estas passem do uso nocivo à dependência, possibilitando a intervenção precoce, com maior eficácia;
- Existe uma grande diversidade de contextos a intervir nomeadamente ao nível dos recursos físicos e humanos, é fundamental perceber o enquadramento dos parceiros de saúde nos vários níveis de intervenção por forma a harmonizar a intervenção dos cuidados.

Desta forma, é celebrado livremente o presente protocolo que se regerá pelas seguintes cláusulas:

Cláusula 1.^a

(Objeto)

O presente protocolo tem como objeto contribuir para a inclusão de jovens até aos 18 anos, em contexto de promoção e prevenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências, do concelho de ██████████.

Cláusula 2.^a

(Período de vigência)

O presente protocolo terá um período de vigência de três anos, renovando-se por períodos de igual duração, mediante a avaliação do grau de execução do mesmo, a efetuar pelos outorgantes.

Cláusula 3.^a

(Alterações)

1. Qualquer dos outorgantes poderá, em qualquer momento, solicitar alterações ou aditamentos ao presente protocolo, devendo para o efeito, notificar os outros outorgantes por escrito, acompanhado do projeto de alterações pretendidas.
2. Qualquer alteração ao protocolo só produzirá efeitos se for mutuamente aceite por todos os outorgantes, reduzida a escrito e assinada pelas pessoas com poderes para vincular cada uma das entidades outorgantes.

Cláusula 4.^a

(Critérios de inclusão)

Um jovem será considerado para realização de uma intervenção breve pelo enfermeiro, caso reúna os seguintes critérios de inclusão, em simultâneo:

- Jovem com idade inferior a 18 anos;
- Jovem que apresente fatores de risco de elevado risco relacionado com os CAD;
- Jovem com consumos de baixo risco;
- Jovem que apresenta perturbações do comportamento;
- Jovem que apresenta compromisso, real ou potencial, da sua funcionalidade.

Cláusula 5.^a

(Critérios de exclusão)

Um jovem não será considerado por este protocolo, caso apresente um ou mais dos seguintes critérios de exclusão:

- Jovem com idade igual ou superior a 18 anos;
- Jovem que não resida no concelho de [REDACTED]

Cláusula 6.^a

(Casos omissos)

Os casos omissos neste protocolo e as eventuais dúvidas serão resolvidas ou esclarecidas, por consenso, entre as partes signatárias.

Cláusula 7.^a

(Acompanhamento)

O acompanhamento dos jovens com CAD, abrangidas pelo presente protocolo, será realizado de acordo com o algoritmo da rede, que se encontra em Anexo 1.

Cláusula 8.^a

(Critérios para alta)

Um jovem terá alta caso apresente um ou mais dos seguintes critérios:

- Jovem com resolução do problema de saúde;
- Jovem que deixe de residir no concelho de [REDACTED];
- Jovem que seja transferido para o nível de intervenção 2 e 3.

Cláusula 9.^a

(Plano de Saúde Individual)

Cabe à [REDACTED], nomeadamente à saúde mental e psiquiátrica, no caso de um jovem apresentar os critérios de inclusão acima descritos, constarem as responsabilidades respeitantes ao Plano de Saúde Individual (designado por PSI). Como tal deve:

- Convocar os pais/encarregados de educação, através do meio mais adequado para cada caso específico, para esclarecimento e pedido de autorização dos mesmos. Esta autorização deve ser efetuada por escrito, através do preenchimento e assinatura de consentimento informado (APÊNDICE 2);
- Averiguar, a possibilidade de a equipa de saúde escolar integrar a reunião para, simultaneamente, ser realizado o Plano Saúde Individual, facilitando a articulação dos vários intervenientes para adequar, da melhor forma, as medidas para cada adolescente/jovem, quer pedagógicas quer de saúde;
- Apoiar a implementação, monitorização e revisão do PSI;
- Caso, haja informação pelo [REDACTED] que um adolescente/jovem apresenta um ou mais critérios de alta (descritos na cláusula 8.^a), convocar uma reunião com os pais/encarregado de educação, e outras entidades que considere pertinentes para, em articulação com os mesmos, planear a alta do jovem.

Cláusula 10.^a

(Responsabilidades e obrigações do 1.º Outorgante)

Cabe à [REDACTED], nomeadamente à equipa de saúde mental e psiquiátrica, as seguintes responsabilidades e obrigações:

- Receber um jovem com compromisso, real ou potencial, e averiguar se este apresenta os restantes critérios de inclusão para ser considerado na rede de referênciação, com nível I;
- Caso se confirme que o jovem menor apresenta os critérios inclusivos, deve desenvolver todas as ações descritas na cláusula 9.^a;
- Em caso de alta, articular com as entidades necessárias, através dos meios mais adequados para cada caso específico, de forma a assegurar a continuidade do acompanhamento.

Cláusula 11.^a

(Responsabilidades e obrigações do 2.º Outorgante)

Cabe ao CRI as seguintes responsabilidades e obrigações:

Cláusula 12.^a

(Dever de confidencialidade)

1. Toda a informação partilhada pelos outorgantes resultante deste protocolo destina-se a ser utilizada no exercício da respetiva atividade profissional.
2. Com a celebração do presente protocolo, os outorgantes vinculam-se, recíproca e conjuntamente, a cumprir com todos os limites constitucionais e legais, designadamente ao disposto na legislação sobre proteção de dados pessoais, no que diz respeito ao acesso e tratamento desses dados e sigilo profissional.

Cláusula 13.^a

(Encargos)

1. Os outorgantes assumem os encargos necessários à execução das ações descritas nas cláusulas respetivas (9.^a, 10.^a, 11.^a).

Não existe qualquer transferência de verba financeira, entre os outorgantes, no âmbito deste protocolo.

Cláusula 15.^a

(Responsabilidade conjunta)

1. Cada um dos outorgantes partilha responsabilidade conjunta no que diz respeito ao cumprimento do objeto do presente protocolo.
2. Cada um dos outorgantes é responsável pelas consequências das delongas ou imperfeições na execução das tarefas que lhes estão atribuídas, sendo obrigados a repará-las.

Cláusula 16.^a

(Disposição final)

O presente protocolo produz efeitos à data da sua assinatura e vigora segundo as condições descritas na cláusula 2.^a, se nenhuma das partes o denunciar por escrito, com antecedência mínima de trinta dias.

O presente protocolo é assinado e rubricado em dois exemplares de igual valor. Um exemplar será entregue ao 1.º Outorgante, que o distribuirá pela unidade funcional, [REDACTED]. O segundo exemplar será entregue ao 2.º Outorgante.

Ponte da Barca, 11 de abril de 2023

1.º Outorgante

Unidade Local de Saúde [REDACTED]

Representado pelo

Presidente do Conselho de Administração

2.º Outorgante

Centro de Respostas Integrado

Representado pelo Diretor

[REDACTED]

[REDACTED]

APÊNDICE 2 - CASO CLÍNICO DO ESTÁGIO I

O caso clínico aqui apresentado será assente no designado Processo de Enfermagem que é um trabalho profissional específico do enfermeiro, onde estão definidas as várias ações dinâmicas e interrelacionadas para a sua realização. Deste modo funciona como um método ou meio de o fazer, assente em valores e crenças morais assim como no conhecimento técnico-científico (Garcia ,2009).

Com o objetivo de garantir a confidencialidade e identidade do utente na descrição do caso clínico serão omissas informações; assim como foi dado consentimento verbal para a recolha da história e entrevista clínica.

O caso clínico será abordado pelo processo de enfermagem através da entrevista clínica onde se realizou a avaliação inicial de enfermagem, com o exame físico e mental e posterior plano de cuidados com os focos/diagnósticos e intervenções implementadas.

A Entrevista Clínica é um meio de transferência de informação entre o enfermeiro e o utente para que sejam identificadas emoções, necessidades, influências interpessoais. É por si uma conversa intencional, mas orientada para objetivos precisos (Querido, 2019).

Esta entrevista decorreu em setting próprio: gabinete de enfermagem, porta fechada, mínimo de ruído. Foram adotadas técnicas de comunicação para estabelecer o rapport e facilitar a relação terapêutica. A entrevista desenvolveu-se de forma calma, dentro dos objetivos pré-estabelecidos e foram usadas as estratégias comunicacionais verbais e não verbais.

- **História biopsicossocial**

Utente sexo feminino, 20 anos de idade, solteira, sem filhos, de nacionalidade portuguesa. Completou o 10º ano de escolaridade. Neste momento, refere estar a tirar um curso profissional de técnica auxiliar de veterinária.

Vive com a mãe e é 2ª de fratria de 4 irmãos, sendo que tem outra irmã mais velha e outros dois meios irmãos do lado do pai, mais novos.

É católica (não praticante).

- **Processo de adoecer**

Jovem seguida de 2018 a 2021 na consulta de Pedopsiquiatria por diagnóstico de Perturbação Personalidade grave com acompanhamento regular desde 2019 em Hospital de Dia, por ingestões medicamentosas anteriores, automutilações e absentismo escolar prolongado compatíveis com traços disfuncionais de personalidade. Situação referenciada à CPCJ e integrada em instituição, no verão de 2019, com assiduidade e rendimento escolar até final do 2º período do ano numa escola, terminando o ano em regime não presencial (pandemia covid 19).

Em 2019, ingressa numa nova escola, onde não conhecia qualquer colega. Teve boa adaptação a colegas e professores, tendo faltado a um dia por semana as aulas nessa altura. Refere que acordaria normalmente com vontade de chorar e ficava na cama, mas que acordava sempre assim. Nessa altura retoma aulas de violino e inicia o processo para tirar a carta de condução (tirou aos 16 anos a carta da mota). Refere que tem problemas de concentração e quando pegava nos livros para estudar chorava. Nessa altura referiu à psiquiatra “o que me incomoda é não saber o que me incomoda”.sic

Com 18 anos, em 2021 teve 4 internamentos psiquiátricos: em fev. 2021 na ULS (32 dias) por ideação autolítica, em que se “sentei-me no parapeito da janela porque já não sabia o que fazer...”sic. Descreve nesta altura sentimentos de angústia, vazio existencial. Após alta, foi viver para casa da tia materna, mas manteve queixas de mal-estar, desespero, desanimo e na consulta que teve na consulta externa pós alta forçou o reinternamento, questionando se poderia ir para a urgência do HSJ para ser lá internada. Teve o 2º internamento em out. (146 dias) e 3º internamento posterior num Hospital (clínica privada). Passado um mês teve alta e foi direcionada para o hospital dia, mas desistiu. O último internamento foi em julho 2022, e teve alta contra parecer médico em novembro.

Último episódio no SU antes deste internamento foi a 11/11, por quadro de cefaleias, tremores e vómitos há 3 dias – realizou IMV com 60 alprazolam mas ao contrário de outras vezes quis ir para casa dizendo “estar aqui já não faz muito sentido porque não fazem nada... as pessoas vêm que preciso de ajuda e não tentam ajudar”.sic

- **História atual da doença**

A doente foi internada no serviço de psiquiatria (agudos) por tentativa de suicídio a 07/02 “abriu a porta do carro em andamento”. Referencia a ter ido a uma clínica, com o intuito de ficar internada. Mensalidade muito elevada, mencionado protocolo com CRI. No regresso, desapontada, frustrada e na autoestrada tirou o cinto com intenção de se matar. Segundo referido em diário clínico “se tiver alta a primeira coisa que vai fazer é concretizar e acabar o que começou.”sic

- **História psiquiátrica**

Antecedentes de Perturbação Bordeline da Personalidade grave, diagnosticada aos 17 anos. Refere irmã mais velha com antecedentes de depressão, assim como a mãe e tia materna.

- **Vivência da doença/adaptação á doença**

A doente refere que “eu quero morrer desde os meus 15 anos, sei que a minha vida não é má de todo, mas para mim é angustiante ter de viver, tenho sempre a ideia de querer morrer e estou sempre a espera de oportunidade para o fazer, com aquilo que acho que não vou sobreviver.... por exemplo, já não tomo comprimidos porque sei que não matam, mas se subisse a um arranha céus, atirava-me, faço isto por impulso...”sic

A doente refere que fuma cerca de 20 cig/dia porque lhe reduz a ansiedade assim como faz a autogestão medicamentosa de benzodiazepinas, causando preocupação da mãe “está viciada na medicação”.sic

Apresenta insight para a doença, tem consciência do seu problema de autocontrolo da ansiedade, assim como da impulsividade.

- **História Clínica**

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) – 18 pontos

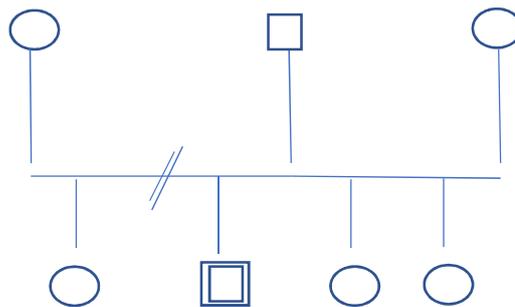
Escala de Ideação Suicida: score 123 (alto)

- **Medicação**

Medicação instituída no internamento de agudos, no serviço de psiquiatria, após admissão no internamento:

Venlafaxina 150 mg 1+0+0; Haloperidol 5 mg/1 ml sol. Inj. 1ml IM – 5 mg SOS;
Diazepam 10 mg/2 ml sol. Inj. 2 ml IM – 5 mg SOS; Trazodona 150 mgLM 0+0+1;
Bisacodilo 5 mg SOS; Acido Fólico 5 mg 1+0+0; Quetiapina 200 mg LP 1+0+0;
Diazepam 10 mg SOS; Quetiapina 400 mg LP 0+0+1; Acido Valproico 500 mg 0+0+1;
Clonazepam 2 mg 1+1+0+1.

- **História familiar**



- **História social**

A doente refere relação de amor-ódio com a mãe porque embora saiba que esta lhe tem dado ao longo da vida o que precisa, tem falhado com afetos e na relação interpessoal consigo. Refere que a mãe lhe chama nomes impróprios, que não tem confiança nela, que lhe diz ser “um fracasso na vida”. Com o pai não tem relação de proximidade, embora já tivesse tentado duas vezes de forma mais intensa a aproximação, mas que o pai “lhe falha”. Tem boa relação com a irmã mais velha, embora seja pontual e sem proximidade afetiva. Refere ter ótima relação com a tia materna “é o meu anjo”, “gostaria que fosse a minha mãe”.sic

Tem uma amiga desde há alguns anos com quem partilha “as emoções e pensamentos”. Tem 2 gatos e 5 cães que são tudo para si “eles entendem-me”.sic

- **História do desenvolvimento**

Doente nascida em 2003, parto eutócico- cefálico, peso 2950 kg, com 37 semanas. Fratria de 4: 1 irmã mais velha e 2 meios irmãos mais novos do lado paterno. Irmã com 29 anos, psicóloga a trabalhar, com quem mantém alguma relação embora sem proximidade afetiva “*só me dá na cabeça.*”sic Com os irmãos mais novos não mantém relação afetiva.

- **História da adolescência**

Aos 10 anos, referida violação física por parte do pai. Até aí era uma criança feliz e tinha relação muito próxima com ele, “*ensinava-me muitas coisas. Chegava à escola e já sabia muitas das coisas que aprendia. Era aluna de mérito.*” sic

- **História da idade adulta**

Tentou “adormecer o assunto da violação durante uns anos; depois tentei “desculpar” o meu pai e procurei entrar em contato com ele, mas por duas vezes ele falhou comigo, não apareceu. Deixava-me a falar com a minha madrastra e desaparecia, senti-me rejeitada”.sic

- **História ocupacional**

Neste momento a doente mostra-se entusiasmada com o curso de auxiliar de veterinária que está a tirar. Gosta muito de animais e revê-se a trabalhar neste meio. O seu sonho passa por estar numa quinta cheia de animais.

- **Exame físico/psicológico**

A doente é independente na realização das necessidades básicas e atividades instrumentais de vida diária e mostrou-se colaborante para a realização da entrevista.

Tem idade aparente igual à real, com aparência e higiene descuidadas; vestuário adequado, postura cabisbaixa e retraída, demonstrando angústia e desesperança.

Apresenta contato ocular vazio, mas devia em determinados momentos. Vígil, ansiosa.

Apresenta comportamento adequado, respostas iniciais breves. Discurso verbal organizado, coerente, em tom de voz baixo. Silêncios breves. Ideação suicida estruturada.

- **Expectativas**

O utente não se projeta no futuro no momento da entrevista clínica. Deverá por isso ser desenvolvido como intervenção psicoterapêutica a reestruturação cognitiva, relação de ajuda, escuta ativa e relaxamento de forma a orientar, capacitar, melhorar, reforçar e ajudar a desenvolver estratégias pessoais e familiares para suprimir o diagnóstico de ideação suicida, melhorar o autocontrolo ansiedade, melhorar o humor e melhorar o padrão de sono da utente.

APÊNDICE 3 - PLANO DE CUIDADOS I



Plano de Cuidados em Enfermagem

Nome: _____ Diagnóstico de Internamento: Tentativa de Suicídio

Foco: Autocontrolo ansiedade			
Atividades de Diagnóstico: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) /Observação			
Diagnóstico de Enfermagem: Autocontrolo ansiedade comprometido			
Resultado de Enfermagem esperado: Autocontrolo ansiedade adquirido			
Objetivo: Melhorar autocontrolo ansiedade			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
08/02		M/T/N	
08/02	-Executar escuta ativa	SOS	
08/02	- Gerir ambiente físico	M/T	
09/02	-Executar psicoeducação (treino de autocontrolo)	M/T/N	
08/02	-Executar relação de ajuda	SOS	
08/02	- Encorajar a expressão de sentimentos e emoções	SOS	
08/02	- Orientar para uso de técnicas de relaxamento	SOS	
Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de HADS			

Data ____/____/____ (EE n.º _____) EE Responsável _____

Classificação da Informação: Informação restrita
IE.196A/03

1/1



Plano de Cuidados em Enfermagem

Nome: _____ Diagnóstico de Internamento: Tentativa de Suicídio

Foco: Humor			
Atividades de Diagnóstico: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)			
Diagnóstico de Enfermagem: Humor ansioso			
Resultado de Enfermagem esperado: Humor Eutímico			
Objetivo: Melhorar humor			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
08/02		M	08/02
08/02	-Executar entrevista clínica	M	08/02
08/02	-Executar escuta ativa	M	
08/02	-Aplicar instrumentos de avaliação (Escala HADS)	M	
09/02	-Executar psicoeducação	M	
08/02	-Executar relação de ajuda	M/T	
08/02	-Vigiar humor	SOS	
08/02	- Avaliar humor	M/T	
		M	
Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de HADS			

Data ____/____/____ (EE n.º _____) EE Responsável _____

Classificação da Informação: Informação restrita
IE.196A/03

1/1

Plano de Cuidados em Enfermagem

Nome: _____ Diagnóstico de Internamento: Tentativa de Suicídio

Foco: Padrão de Sono			
Atividades de Diagnóstico: Escala de Pittsburgh para Avaliação da Qualidade do Sono - versão portuguesa (PSQI-PT)			
Diagnóstico de Enfermagem: Insónia inicial, presente			
Resultado de Enfermagem esperado: Insónia inicial, ausente			
Objetivo: Diminuir insónia			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
08/02	-Executar entrevista clínica	M	08/02
08/02	-Aplicar instrumentos de avaliação (PSQI-PT)	M	08/02
08/02	-Monitorizar sinais vitais	M	
09/02	-Executar psicoeducação (higiene do sono e técnicas de relaxamento)	M	
08/02	- Executar técnica de respiração profunda	M/T	
08/02	-Executar técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson	M/T	
08/02	- Executar técnica de relaxamento por imaginação guiada	M/T	
08/02	-Gerir ambiente físico	SOS	
08/02	-Vigiar sono	N	
Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de PSQI-PT			

Data ____/____/____ (EE n.º _____) EE Responsável _____

Classificação da Informação: Informação restrita
IE.196A/03

1/1

Plano de Cuidados em Enfermagem

Nome: _____ Diagnóstico de Internamento: Tentativa de Suicídio

Foco: Ideação Suicida			
Atividades de Diagnóstico: Questionário de Ideação Suicida, de Ferreira e Castela			
Diagnóstico de Enfermagem: Ideação Suicida, presente			
Resultado de Enfermagem esperado: Ideação Suicida, não presente			
Objetivo: Diminuir ideação suicida			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
08/02	-Executar entrevista clínica	M	08/02
08/02	-Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de Ideação Suicida)	M	08/02
08/02	-Executar escuta ativa	M/T/N	
08/02	-Executar relação de ajuda	M/T/N	
09/02	-Executar Reestruturação Cognitiva	M	
08/02	-Gerir ambiente físico	SOS	
Critérios de Resultado: Melhorar score do QIS			

Data ____/____/____ (EE n.º _____) EE Responsável _____

Classificação da Informação: Informação restrita
IE.196A/03

1/1

Plano de Cuidados de Enfermagem

Nome: _____ Diagnóstico de Internamento: Tentativa de Suicídio

Foco: Pele			
Atividades de Diagnóstico: Avaliação da ferida			
Diagnóstico de Enfermagem: Ferida traumática autolesiva pulsos presente			
Resultado de Enfermagem Ferida traumática autolesiva pulsos, ausente			
Objetivo: Cicatrizar ferida			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
07/02	-Monitorizar ferida	M (2/2d)	
07/02	-Vigiar ferida	M (2/2d)	
07/02	-Realizar ensinios	SOS	
Critérios de Resultado: Avaliar ferida			

Plano de Cuidados de Enfermagem

Nome: _____ Diagnóstico de Internamento: Tentativa de Suicídio

Foco: Pele			
Atividades de Diagnóstico: Avaliação da ferida			
Diagnóstico de Enfermagem: Ferida traumática autolesiva perna, presente			
Resultado de Enfermagem Ferida traumática autolesiva perna, ausente			
Objetivo: Cicatrizar ferida			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
07/02	-Monitorizar ferida	M (2/2d)	
07/02	- Monitorizar dor	M	
07/02	-Vigiar ferida	M	
08/02	- Realizar penso à ferida cirúrgica	M (2/2d)	17/02
08/02	-Realizar ensinios	SOS	
Critérios de Resultado: Avaliar ferida			

APÊNDICE 4 - PLANEAMENTO DAS SESSÕES “EU E OS OUTROS”

Sessão 1 e 2				
Partes	Conteúdos	Como	Intervenientes	Tempo
Introdução	Apresentação dos alunos da turma e dos intervenientes através de uma dinâmica.	Iremos realizar uma dinâmica de apresentação que consiste no uso de um novelo de lã que é lançado de pessoa para pessoa e a pessoa que possuir o novelo irá dizer o nome, idade, o que gosta de fazer nos tempos livres e uma característica própria que considera marcante.	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	25 minutos
Desenvolvimento	<p>Preenchimento do questionário LEQ.</p> <p>Apresentação do projeto “EU e os outros”, das temáticas abordadas na narrativa e as personagens da narrativa.</p> <p>Leitura da história com a seleção dos parágrafos 3, 4, 8, 10, 24, 29 e 87</p> <p>Identificação de comportamentos: utilização de sites de conversação aleatória pelo grupo feminino (Chat rolete).</p>	<p>Serão distribuídas as folhas impressas para que os alunos o preencham.</p> <p>Através de um powerpoint como suporte informático, será apresentado de forma oral o projeto, temáticas abordadas e personagens.</p> <p>Participação dos alunos.</p> <p>Visualização de um vídeo alusivo à utilização indevida das redes sociais como comportamentos de risco para a pedofilia;</p>	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	90 minutos

Conclusão	Balança decisional	Os alunos devem participar oralmente sobre vantagens e desvantagens da utilização das redes sociais <i>versus</i> contacto direto.	EEESMP e EEESMP Turma	35 minutos
Sessão 3				
Partes	Conteúdos	Como	Intervenientes	Tempo
Introdução	Realizar resumo sobre as sessões 1 e 2 e sobre as temáticas abordadas. Apresentação de trabalhos de grupo, pelos jovens acerca da Violência nas relações.	Participação dos alunos. Visualização de um vídeo sobre Violência Doméstica	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	30 minutos
Desenvolvimento	Apresentação sobre a temática da Violência no namoro nomeadamente quanto aos tipos, formas e mitos, estimulando a discussão/debate.	Por power point com suporte informático, através do método expositivo/participativo.	Estudante EEESMP e EEESMP	40 minutos
Conclusão	Continuar a leitura da história "Amores e Desamores" com os parágrafos 29,37 e 38. Introduzir a temática do consumo de álcool e as suas consequências, para ser abordada na próxima sessão.	Leitura participativa da história pelos alunos.	EEESMP e EEESMP Turma	20 minutos
Sessão 4				
Partes	Conteúdos	Como	Intervenientes	Tempo

Introdução	Realizar resumo sobre a sessão 3 e sobre as temáticas abordadas.	Oralmente, através de questões, promovendo a participação de todos os elementos da turma.	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	20 minutos
Desenvolvimento	<p>Álcool: alertar para os perigos e reflexão conjunta acerca do tema.</p> <p>Continuação da leitura da história "Amores e Desamores" (p.46, 48, 52, 53 e 88)</p>	Realizar dinâmica de grupo, através de um jogo "O que sabes sobre o álcool?" São mostradas vinhetas aos alunos, as quais, divididos em dois grupos de alunos, terão de responder (depois de discutir no seu grupo), se a frase é verdadeira ou falsa e justificar. Ganha o grupo com maior número de respostas certas.	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	55 minutos
Conclusão	Introdução ao tema das DST e da Contraceção.	Lançar o tema à turma, para ser desenvolvido na próxima sessão.	EEESMP e EEESMP Turma	15 minutos
Sessão 5				
Partes	Conteúdos	Como	Intervenientes	Tempo
Introdução	<p>Realizar resumo sobre a sessão 4 e sobre as temáticas abordadas.</p> <p>Esclarecer dúvidas.</p>	Oralmente, através de questões, promovendo a participação de todos os elementos da turma.	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	10 minutos
Desenvolvimento	<p>Continuação da leitura da história "Amores e Desamores" (p.88, 89,54 e 56).</p> <p>Relação Sexual: introdução do tema.</p>	<p>Leitura participada dos alunos.</p> <p>Visualização de um vídeo sobre "O sexo consentido".</p> <p>Promover debate com os alunos sobre o livre</p>	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	70 minutos

	Métodos contracetivos: quais são e como se utilizam.	consentimento, a mensagem obtida pela linguagem verbal e não verbal, a sinceridade, a manipulação e a pressão para a relação sexual e a utilização de substâncias psicoativas. Por power point com suporte informático, através do método expositivo/participativo, com o recurso a uma caixa com os diversos métodos contracetivos promovendo a exploração dos diferentes métodos.		
Conclusão	Introduzir DST. Programar para cada aluno investigar sobre uma DST à escolha para debate na próxima sessão.	Lançar o tema à turma, para ser desenvolvido na próxima sessão.	EEESMP e EEESMP Turma	10 minutos
Sessão 6				
Partes	Conteúdos	Como	Intervenientes	Tempo
Introdução	Realizar resumo sobre a sessão 5 e sobre as temáticas abordadas. Esclarecer dúvidas.	Oralmente, através de questões, promovendo a participação de todos os elementos da turma.	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	20 minutos
Desenvolvimento	Abordagem às DST mais frequentes, suas caraterísticas, vias e medidas de proteção sobre transmissão através das relações sexuais.	Participação dos alunos, com a pesquisa solicitada como trabalho de casa.	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	35 minutos

	Continuação da História 5. Trabalhados os parágrafos 57, 62, 65, 70, 64, 66, 93, 75, 77, 73, 82, 74, 79, 85 e 84	Leitura participativa dos alunos.		
Conclusão	Debater sobre os vários estilos de comunicação - passiva, assertiva, manipuladora e agressiva, e sobre a utilização dos serviços de saúde; a solidariedade e o companheirismo; o demonstrar ajuda perante os problemas dos amigos. A resolução de problemas e a assertividade.	Promover debate sobre o conhecimento dos alunos, dando exemplos da sua experiência pessoal.	EEESMP e EEESMP Turma	35 minutos
Sessão 7				
Partes	Conteúdos	Como	Intervenientes	Tempo
Introdução	Realizar resumo sobre a sessão 6 e validar as temáticas abordadas. Esclarecer dúvidas.	Oralmente, através de questões, promovendo a participação de todos os elementos da turma.	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	20 minutos
Desenvolvimento	Aplicação do LEQ e Questionário de Satisfação.	Preenchimento dos documentos.	Estudante EEESMP e EEESMP Turma	35 minutos

Conclusão	Encerramento das sessões. Deixar “porta aberta” Esclarecimento de dúvidas.	Disponibilizar contato da UCC para possíveis necessidades dos alunos.	EEESMP e EEESMP Turma	15 minutos
-----------	--	---	--------------------------	------------

APÊNDICE 5 - APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA “EU E OS OUTROS”



Programa “Eu e os outros” - SICAD



O que esperam do programa “Eu e os outros”?




Histórias

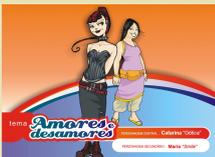
Tem por base 9 histórias que estão organizadas por parágrafos, no final dos quais os jogadores, assumindo o papel do personagem principal, são confrontados com várias opções, das quais podem escolher apenas uma.




As narrativas

Personagens

O grupo é constituído por 8 personagens, sendo 4 rapazes e quatro raparigas, representativas de ambos os sexos, de diferentes etnias e culturas juvenis.

Tem o nome **Amores desumores** (personagem: Catarina Gótica)
personagem: João

Na história 5 caracteriza de uma forma mais pompositizada a personagem de uma rapariga gótica e uma rapariga freak.



Catarina (Gótica)



- Tem 14 anos;
- Não gosta de alcunhas;
- Vive com a mãe e o irmão mais velho, João, com 17 anos;
- Pais separados e têm uma relação conflituosa;
- Mãe secretária numa empresa e pai jornalista;
- É desconfiada e cismosa;
- Inteligente e interroga-se sobre tudo;
- Gosta de coisas místicas e do ocultismo;
- Alisa militante;
- Gosta de ouvir e cantar música “da pesada”, tendo uma banda;
- Quer tirar o curso de design gráfico;
- Tem medo de não encontrar um grande amor.



Maria (Freak)

- Tem 15 anos;
- Tem 65kg e mede 1,60m;
- Veste roupas largas e bonas alegres
- Vive com os pais, pai advogado e mãe professora
- Tens 2 irmãos, Lu, 19 anos e Carlos, 11 anos
- Gosta de pessoas, detesta conflitos e discussões;
- Extrovertida;
- Quer tirar o curso de serviço social;
- Gosta de cinema, ler e escrever;
- Faz voluntariado numa biblioteca;
- É romântica e sensível;
- Gosta muito da natureza;
- Tem como sonho dar a volta ao mundo de mochilas e zebra.



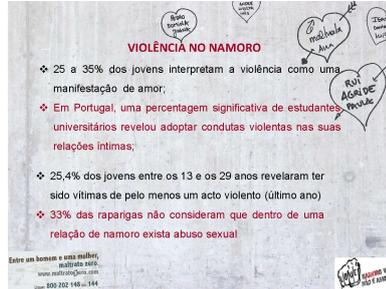
Vamos Jogar??





Dinâmico	Feltz
Simpático	Pessimista
Líder	Organizado
Aventureiro	Prestável
Solidário	
Timido	
Extrovertido	
Inteligente	

APÊNDICE 6 - APRESENTAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA NO NAMORO



Violência - tipos

- ❖ **Física** (empurrar, pontapear, esbofetear, esmurrar,... intimidar...)
- ❖ **Emocional/psicológica** (insultar, humilhar, perseguir, intimidar...)
- ❖ **Sexual** (manter relações íntimas contra vontade, forçar atos...)
- ❖ **Isolamento social** (restringir contatos, proibir convívios, acesso ao telemóvel livremente)
- ❖ **Controlo económico** (negar acesso ou gestão de dinheiro, bens)

Violência Física

Formas:

- Empurrar, puxar cabelo
- Estalos, murros, pontapés
- Apertar o pescoço
- Queimar a (o) namorada (o)
- Bater com a cabeça da (o) namorada (o) na parede
- Tentativas de homicídio

Violência Emocional

Formas:

- criticar negativamente atributos físicos ou comportamentos
- humilhar em público ou em privado
- difamar a (o) namorada (o), acusando-a (o) de ser infiel
- insultar, ameaçar ou intimidar
- gritar de forma a meter medo
- perseguir a (o) namorada (o) na rua e/ou na escola
- destruir objetos de valor da namorada (o)

Violência Sexual

Formas:

- forçar relações sexuais contra a vontade do outro
- forçar atos sexuais não desejados
- obrigar a namorada (o) a praticar ou a assistir a atos sexuais com terceiros
- torções sexuais

Violência - agressor

- ❖ Na maioria das vezes não têm uma doença psiquiátrica
- ❖ Normalmente não são violentos noutros ambientes ou noutros relacionamentos sociais
- ❖ O consumo de álcool é muitas vezes dado como desculpa, de forma a evitar assumir a responsabilidade dos seus atos
- ❖ Os acontecimentos violentos manifestam-se de forma contínua, sem critério
- ❖ Minimizam (quase) sempre as situações de violência
- ❖ Muitas vezes estes comportamentos foram aprendidos durante o seu desenvolvimento, no seio familiar
- ❖ Existe uma vinculação negativa às figuras de referência

Perfil do agressor

- ❖ Homem, entre os 25 e os 44 anos, com agressão exercida sobre a namorada ou ex-namorada que recorre frequentemente à força física.

Acerca da Violência no Namoro

Existe a presença de mitos entre os jovens que legitimam a violência, sendo fundamental desconstruí-los e conhecer os reais factos.

Entre um homem e uma mulher, maltrata 2019. www.maltrata2019.com 690 202 148 - 144

O Mito do "Príncipe Encantado"

Muitas vezes temos ideia de que o "amor romântico", acaba por transformar o/a outro/a, o que pode levar a não nos apercebemos de que algo de errado existe nessa relação;

Normalmente olha-se para os aspetos positivos e desvalorizam-se as atitudes/comportamentos negativos;

Nessa perspetiva o "príncipe encantado" pode levar-nos a acreditar que qualquer sacrifício deverá ser feito pelo amor que sentimos, inclusive o facto de ser maltratada (o).

Entre um homem e uma mulher, maltrata 2019. www.maltrata2019.com 690 202 148 - 144

Mito - "É ciumento porque me ama"

Também acontece inúmeras vezes dos ciúmes servirem de desculpa para controlar a outra pessoa, no entanto para a vítima estes são interpretados como provas de amor.

No entanto, nada justifica este comportamento, este controlo da liberdade da outra pessoa pois numa relação saudável deverá existir **confiança**, não sendo os ciúmes considerados prova de amor.

Entre um homem e uma mulher, maltrata 2019. www.maltrata2019.com 690 202 148 - 144

Mito - "Entre marido e mulher ninguém mete a colher"

A violência, quer entre namorados ou pessoas casadas é já alguns anos um problema social e um crime público, sendo que qualquer pessoa que assista ou tenha conhecimento destas situações pode fazer uma denúncia. Desta forma, não só as pessoas envolvidas mas a sociedade em geral deverá envolver-se acerca desta problemática e intervir ativamente.

art.152.º 1b - inclui na violência doméstica situações de maus-tratos físicos, psicológicos ou sexuais sobre a pessoa com quem haja relação idêntica à dos cônjuges, ainda que sem coabitação.

Entre um homem e uma mulher, maltrata 2019. www.maltrata2019.com 690 202 148 - 144

Mito - "A violência tende a terminar se nos casarmos ou vivermos juntos"

Se uma pessoa no namoro já tiver comportamentos ou atitudes violentas durante a relação de namoro e o (a) companheiro (a) não alertar para tal situação, futuramente isso pode significar em achar "normal" esses comportamentos numa relação amorosa, o que fará com que provavelmente terá as mesmas reações nessa altura ou em outros relacionamentos futuros.

Entre um homem e uma mulher, maltrata 2019. www.maltrata2019.com 690 202 148 - 144

Mito - "A violência é causada por fatores externos"

Há quem pense que a violência numa relação amorosa e íntima existe, de forma normal, em todos os meios sociais e culturais. O que vamos ouvindo nos meios de comunicação social, acerca da pobreza, dificuldades económicas ou outras determinantes apenas poderão aumentar o risco. Por isso, ser violento não depende por si só de fatores externos, ou seja, **não pode ser desculpabilizado com outros fatores.**

Entre um homem e uma mulher, maltrata 2019. www.maltrata2019.com 690 202 148 - 144

Mito - "Quanto mais me bates, mais gosto de ti"

A violência numa relação de intimidade causa intenso sofrimento físico e psicológico, tendo um impacto muito negativo no bem estar e na saúde da vítima portanto, isto acarreta uma diminuição grave na auto estima da pessoa o que leva a que esta comece a deixar de se valorizar "aceitando" esses comportamentos heterossexuais.

Entre um homem e uma mulher, maltrata 2019. www.maltrata2019.com 690 202 148 - 144

Mito - "Se alguém é agredido pelo(a) parceiro(a) é porque fez algo para merecer"

Ninguém tem o direito de agredir o outro (a) quando este discorda de algo, seja uma opinião, atitude ou comportamento pois na base de um relacionamento deverá estar sempre o respeito, o que implica aceitar opiniões, ideias ou comportamentos diferentes face a uma mesma situação. A pessoa pode não concordar mas isso não significa que tenha de traduzir esse sentimento em violência.

Inúmeras vezes também o agressor promove um sentimento de culpa na vítima o que também é considerado um ato de violência verbal secundário.

Entre um homem e uma mulher, maltrata 2019. www.maltrata2019.com 690 202 148 - 144

Mito - "Os rapazes nunca são vítimas de violência"

Cada vez mais, em vários estudos são revelados que os homens também são vítimas de violência quer física, emocional e/ou sexual.

Entre um homem e uma mulher, maltrata 2019. www.maltrata2019.com 690 202 148 - 144

Mito - "Não existe violência sexual no namoro"

A violência sexual é não só violação ou tentativa de violação, mas também beijos, apalpos e outro contacto de tipo sexual não desejado.

As estratégias utilizadas na tentativa de exercer este tipo de violência podem envolver o recurso à chantagem, à manipulação, a ameaças, à força ou à incapacitação através de álcool ou drogas.

Num relacionamento íntimo deve haver consentimento das duas partes, para que seja considerada uma relação "normal".

Entre um homem e uma mulher, maltrata 2019. www.maltrata2019.com 690 202 148 - 144

APÊNDICE 7 - DINÂMICA DE GRUPO: O QUE SABES SOBRE O ÁLCOOL?

Sessão N 3

Data: 14/03/2023

Turma: 10ºD

Dinâmica de Grupo: Jogo

Jogo: “O que sabes sobre o álcool?”

Material: 11 cartões com afirmações sobre o álcool, quadro da sala de aula, marcador.

Descrição: a turma divide-se em dois grupos de 4 elementos cada. Um grupo, lê uma afirmação ao outro e após um minuto de discussão entre os elementos desse grupo o porta voz vai dizer se a afirmação é verdadeira ou falsa, justificando.

De seguida, o grupo que respondeu vai ler outra afirmação ao outro grupo e assim sucessivamente. Por cada resposta certa é atribuído um ponto. Se a resposta for errada será apontada no quadro da sala para no final de responderem a todos os cartões, haver um debate aberto para a turma toda, refletindo para dar uma resposta final. Ganha o grupo com mais respostas corretas.

Temas de reflexão: conhecimentos sobre os efeitos do consumo do álcool; mitos sobre o álcool.

O álcool engorda.

0 álcool não desinibe.

0 álcool aquece.

0 álcool dá força.

0 álcool não ajuda a digestão.

0 álcool não mata a sede.

0 álcool alimenta.

Se a pessoa for “mais pesada” aguenta melhor o álcool.

As raparigas “aguentam” menos álcool do que os rapazes.

O álcool facilita as relações sexuais.

Quem aguenta mais o álcool é porque é mais forte.

VERDADEIRO

O consumo de álcool engorda, estraga a pele e provoca envelhecimento precoce. Cada copo de cerveja, por exemplo, tem cerca de 70 calorias, mais ou menos o mesmo que um bife!

VERDADEIRO

O álcool é uma substância depressora do Sistema Nervoso Central que causa sonolência, turvação da visão, descoordenação motora e muscular, diminuição da capacidade de reação, atenção e compreensão, perda de memória, fadiga muscular. Além disso, exagera nos estados de emoção: raiva, agressividade,

FALSO

O álcool tem um efeito vasodilatador que é responsável pelo rubor e pela sensação de calor à superfície da pele. O álcool faz com que o sangue se desloque do interior do organismo para a superfície da pele, provocando sensação de calor.

FALSO

O álcool tem um efeito estimulante e anestésico, que disfarça o cansaço provocado pelo trabalho físico ou intelectual intenso, dando a ilusão de voltarem as forças. No geral, a ingestão de bebidas alcoólicas em vez de relaxamento, provocam euforia, adormecem a sensação de fadiga e dá a ilusão de uma nova energia.

VERDADEIRO

Comer a ponto de ficar “cheio”, dificulta a digestão e é muitas vezes motivo para que se utilizem bebidas alcoólicas — digestivos (aguardente, whisky, etc.) com o intuito de ajudar a digerir os alimentos. O que acontece é que o álcool provoca um esvaziamento gástrico mais rápido, facilitando a passagem dos alimentos para o intestino, sem que estejam completamente digeridos.

VERDADEIRO

A sensação de sede significa que é necessária água no organismo. O álcool não satisfaz esta falta provocando ainda mais a perda através da urina, da água que existe no organismo, aumentando ainda mais a sede.

FALSO

O álcool não tem qualquer valor nutritivo. Apesar do álcool fornecer 7 kilocalorias por grama, são consideradas vazias. Esta energia é pouco rentável quando comparada com a que é fornecida pelos nutrientes existentes nos alimentos e desta forma não serve para o funcionamento das células.

VERDADEIRO

O nível de intoxicação é influenciado pela percentagem de álcool no sangue, logo as pessoas mais leves ficam mais intoxicadas que as de maior peso com a mesma quantidade de álcool. Mas o peso corporal não se refere a gordura, mas sim a massa muscular.

FALSO

Não existe relação entre força e aguentar ou não maior consumo de álcool. Se aguenta muito, provavelmente o seu organismo já estar habituado, ou seja, diz-se que desenvolveu tolerância ao álcool, o que significa há maior risco de desenvolver uma dependência e tornar-se alcoólico.

VERDADEIRO

As raparigas têm menor quantidade de enzimas “destruidoras” de álcool no estômago, o que faz com que, com a mesma quantidade de álcool, atinjam níveis de embriaguez maiores.

FALSO

O consumo abusivo de álcool dificulta ou impede uma relação sexual plena, no sentido em que pode provocar impotência e outras disfunções.

APÊNDICE 8 - APRESENTAÇÃO DE MÉTODOS CONTRACETIVOS E DST



O que são?

Métodos contraceptivos são medicamentos, intervenções cirúrgicas ou objetos utilizados com o intuito de impedir uma gravidez. Atualmente existem vários tipos, desde os que garantem praticamente a infertilidade, como os métodos cirúrgicos, até os que, se interrompidos, garantem o retorno imediato da capacidade de gerar filhos como o preservativo.

Métodos de Barreira - Preservativo masculino e feminino

O preservativo é um método de barreira, que atua impedindo o contato direto com espermatozóides penhas na vagina. Desta modo, possibilita a prevenção não só da gravidez, como também das doenças sexualmente transmissíveis.

Outros métodos contraceptivos como os anticoncepcionais orais e o DIU, por exemplo, impedem apenas a gravidez, não influenciando no risco para DST.

Porém, para ser eficaz é necessário colocar o preservativo corretamente antes de cada relação sexual.

Não possui contraindicações nem efeitos colaterais relevantes, apesar de algumas pessoas terem alergia ao látex.

O custo é baixo, não necessita de auxílio médico e a duração da contraceção é apenas o tempo da relação sexual.

O preservativo deve ser descartado após o fim de cada relação sexual.

Métodos de Barreira - Diafragma

Antes do ato sexual, o lado côncavo da cúpula deve ser parcialmente preenchido com um creme ou gel espermicida. Em seguida, o diafragma é inserido na vagina e posicionado de modo encostar-se sobre o colo do útero. O diafragma só deve ser retirado 6 ou 8 horas depois do fim da relação sexual.

Desvantagens:

O diafragma é mais difícil de ser colocado que o preservativo e não protege contra as DST, por isso, muitas mulheres quando optam por métodos de barreira dão preferência geralmente ao preservativo. Também ocorrem frequentemente cistites. A eficácia geral do diafragma é de apenas 84%.

Métodos de Barreira - Espermicida

É um método de barreira porque cria uma barreira química que impede a chegada dos espermatozóides ao útero feminino.

Os espermicidas podem ser encontrados sob a forma de gel, espuma, creme ou supositórios. A aplicação é simples e igual ao de qualquer gel vaginal.

O espermicida deve ser aplicado preferencialmente entre 10 e 30 minutos antes da relação sexual e não deve ser retirado por pelo menos 6 a 8 horas.

No entanto, quando usado isoladamente, sem outro método contraceptivo complementar, como o preservativo, ou diaphragma, a sua taxa de eficácia é baixa.

Métodos Anticoncepcionais Hormonais

Chamam-se métodos anticoncepcionais hormonais todos aqueles que se baseiam na utilização de hormonas femininas, nomeadamente a progesterona e o estrogénio, para manipular o ciclo menstrual.

Atualmente existem diversos formas de anticonceção hormonal, seja em comprimidos, injeção, implante, anel vaginal, etc.

Os contraceptivos hormonais são extremamente eficazes para impedir uma gravidez, mas não têm nenhuma ação na proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis.

Método Anticoncepcional Hormonal: Pílula

A pílula anticoncepcional, é o método mais utilizado pelas mulheres para evitar a gravidez em todo o mundo e um dos melhores métodos. Possui hormonas que são semelhantes aquelas que são produzidas pelos ovários, fazendo com que a ovulação não ocorra.

Os tipos de anticoncepcional oral existentes são a pílula combinada, que contém estrogénio e progesterona, e a minipílula, que tem apenas progesterona.

Como utilizar corretamente a pílula anticoncepcional

Na maioria dos casos deve-se tomar 1 comprimido por dia, sempre no mesmo horário, durante 21 dias até ao final, sem falhas. Quando terminar fazer uma pausa de 7 dias, que é quando ocorre a menstruação e no 8º dia, reiniciar a toma.

Porém, se a mulher não for disciplinada e esquecer-se frequentemente de tomar a sua dose diária, a pílula pode falhar, permitindo a ocorrência de uma gravidez indesejada.

Método Anticoncepcional Hormonal: Adesivo

É colocado na pele e liberta estrogénio e progesterona, que passam através da pele e são absorvidos pela corrente sanguínea. Funciona de modo semelhante a pílula combinada.

O adesivo deve ser posto sobre a pele limpa e seca, da barriga, das nádegas ou da parte superior do corpo com exceção das mamas. Todos os dias se deve verificar se as extremidades continuam bem coladas. O adesivo substitui-se de 7 em 7 dias, usando-se durante 3 semanas, seguidas de uma semana de intervalo, durante a qual ocorre a menstruação.

O adesivo anticoncepcional é composto por três camadas: a camada exterior, que é resistente à água e protege as camadas subjacentes; a camada do meio, que é a parte que contém a medicação e o adesivo em si; e a camada interna, que é basicamente um revestimento protetor que deve ser descolado antes da aplicação do adesivo na pele.

Método Anticoncepcional Hormonal: Adesivo

Pode ser usado durante o exercício, banho, natação, sauna ou mesmo na praia. A adesão não é afetada pelo calor, pela humidade, ou por exercício.

O adesivo anticoncepcional é um método contraceptivo extremamente eficaz, com taxas de sucesso semelhantes às da pílula anticoncepcional.

Se utilizado de forma correta, isto é, sem atritos nas trocas e erros na aplicação à pele, a eficácia do método é de 99,7%.

Como a absorção das hormonas é feita pela pele, sem passar pelo trato gastrointestinal, a presença de diarreia ou vômitos em nada interfere na ação do adesivo.

Método Anticoncepcional Hormonal: Anel Vaginal

O anel é um dispositivo de borracha que é introduzido na vagina pela mulher que liberta progressivamente hormonas e a sua colocação é semelhante à introdução de um absorvente interno. A mulher deve permanecer com o anel durante 3 semanas e depois deve retirá-lo e fazer uma pausa de 7 dias para ocorrer a menstruação, voltando a colocar um anel novo.

Vantagens: é fácil de utilizar, não interfere com as relações sexuais, é um método reversível e não altera a flora vaginal.

Desvantagens: não protege contra DST's, pode levar a aumento do peso e não pode ser usado em vários casos, como problemas no fígado ou tensão alta.

Método Antoconcepcional Hormonal: Implante

É um método que ajuda a prevenir a gravidez através de um pequeno tubo de plástico que é introduzido na parte interna do braço, debaixo da pele, colocado pelo médico. O procedimento dura apenas 2 ou 3 minutos, sob anestesia local. É normal nos primeiros 3 dias depois da intervenção ter dor ou ficar com uma pequena mancha rosa.

O implante precisa ser colocado até aos 7 primeiros dias do ciclo menstrual, ou em qualquer momento do ciclo caso se tenha certeza que a mulher não está grávida.

Este dispositivo pode permanecer no braço da mulher até 5 anos, sendo bastante confortável para quem deseja uma contraceção prolongada, mas não definitiva.

O implante anticoncepcional é atualmente o método contraceptivo com a maior taxa de eficácia, com cerca de 99,96% de sucesso.



Método Antoconcepcional Hormonal: DIU

O dispositivo intrauterino, conhecido por DIU, é um método contraceptivo de plástico em forma de T que é introduzido no útero pelo ginecologista e que pode permanecer durante cerca de 5 anos mantendo a sua eficácia. Esta técnica anticoncepcional é muito eficaz e não causa desconforto, impedindo a gravidez por ação do cobre que dificulta a fecundação.

O procedimento de colocação é simples e rápido.

O DIU é um método contraceptivo de longa duração, mas rapidamente reversível, caso seja necessário.

Possíveis efeitos colaterais: pode causar dor durante alguns dias depois da colocação, levar a pequenas perdas de sangue nos meses seguintes e pode ainda aumentar o risco de infeções vaginais.



Método Antoconcepcional Hormonal: SIU

É um pequeno dispositivo, normalmente em forma de "T", que é introduzido na cavidade uterina, por um profissional de saúde.

O Sistema Intrauterino contém um progestativo que se liberta diariamente no útero. Esta hormona provoca o espessamento do muco cervical, impedindo a passagem dos espermatozoides, e altera o endométrio (parede do útero), impedindo a fixação do ovo.



Métodos Cirúrgicos Definitivos - Laqueação ou Vasectomia

A cirurgia é um método contraceptivo definitivo, impedindo a mulher ou o homem de ter filhos para o resto da vida, por isso, na maioria dos casos este método só é utilizado depois de decidir não ter mais filhos, sendo mais frequente em mulheres ou homens com mais de 40 anos.

No caso da mulher é feita a **laqueação das trompas** com anestesia geral, onde é feito um corte nas trompas, que são fechadas, impedindo o encontro do espermatozóide com o óvulo.

A **vasectomia** é a cirurgia realizada no homem, com anestesia local que demora cerca de 20 minutos, sendo feito um corte no canal por onde passam os espermatozoides dos testículos até às vesículas seminais, porém o homem embora deixe de ser fértil, continua a ejacular e não desenvolve impotência sexual.



Métodos Naturais

Existem outros métodos que também podem ajudar a evitar a gravidez, porém não devem ser usados individualmente porque não são totalmente eficazes e pode ocorrer gravidez. Assim, alguns métodos, podem ser:

Método do calendário: Consiste em não ter relações sexuais no período fértil. Controla-se um calendário menstrual, que tem por base as últimas 12 menstruações, para calcular este período retira-se 11 dias ao ciclo mais longo e 18 dias ao ciclo mais curto.

Exemplo: mulher com ciclos regulares de 28 a 30 dias.
 28 (8-10) 30 (11-13)

O período fértil é dos dias 10 a 19 do ciclo.

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

■ Dias não férteis
 ■ Dias férteis

9. Métodos naturais

Método da temperatura corporal: baseia-se na variação da temperatura corporal, que pode ficar mais alta durante a ovulação. A mulher deve Jodas os dias de manhã, antes de se levantar, medir a sua temperatura, sendo que nos dias em que se encontra mais elevada são os dias mais férteis.



Método do muco cervical: baseia-se na observação diária do muco vaginal, retirando-o da vagina com dois dedos, e analisando e registando a sua elasticidade. O muco tem uma elasticidade variável ao longo do ciclo, sendo que durante o período fértil aumenta.



9. Métodos naturais

Método do coito interrompido: este método implica que o homem retira o pénis antes de haver a ejaculação, limitando as possibilidades de ocorrer a fertilização do óvulo. Este método é o que possui um maior número de falhas.



Comportamentos sexuais de risco

O comportamento sexual de risco pode decorrer de:

- Falta de conhecimento e educação sexual
- Realidade sexual com múltiplos parceiros
- Utilização incorreta e inconsistente de métodos contraceptivos
- Relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas
- Relações sexuais sob pressão

Quais são as principais consequências dos comportamentos sexuais de risco?

- Infeções/doenças sexualmente transmissíveis
- Gravidez não desejada
- Violência sexual e psicológica



Bibliografia

- <https://www.who.int/pt-br/news-room/fact-sheets/detail/contraception>
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/contraception>
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/contraception>

APÊNDICE 9 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO UTENTE E CUIDADOR PARA REFERENCIAÇÃO AO EEESMP

Critérios de inclusão para referenciação ao EEESMP

Utente:

Pertencer ao grupo IADem com avaliação inicial realizada;

Ter perfil epidemiológico, classificado com fragilidade leve, moderada, severa e muito severa;

Apresentar alteração do MMSE - com defeito cognitivo;

Não possuir diagnóstico de depressão ou quadro confusional agudo;

Não estar institucionalizado.

Cuidador:

Ser cuidador de utente(s) integrado(s) no grupo IADem admitido(s) pelo EEESMP;

Ser cuidador ao abrigo do Estatuto do Cuidador Informal.

Diagnósticos de Enfermagem para intervenção do EEESMP

Utente:

Cognição comprometida (pensamento, memória, orientação e raciocínio)

Falta de conhecimento do utente sobre a demência / declínio cognitivo

Cuidador:

Risco para stress do cuidador

Stress do cuidador

Falta de conhecimento do cuidador sobre os cuidados a pessoas com demência / declínio cognitivo

Plano de Intervenção do EESMP

- 4 a 6 Sessões de 60 minutos, frequência semanal, integrado no *setting* do utente

- Follow-up 3 a 6 meses

Utente:

Avaliação da cognição na primeira sessão (de acordo com o perfil cognitivo do utente, reconhecendo as funções conservadas e comprometidas)

Estabelecimento de objetivos

Seleção das técnicas de estimulação a aplicar:

1. Estimulação Cognitiva
2. Técnica de Orientação para a realidade
3. Terapia por reminiscências
4. Terapia da Validação

Psicoeducação

TPC's entre sessões

Reavaliação da cognição na última sessão

Cuidador:

Avaliação da sobrecarga na primeira sessão

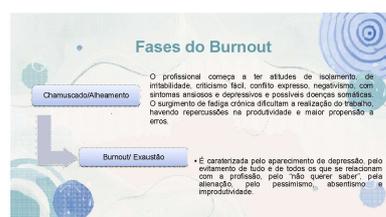
Ensino de estratégias ao cuidador

Treino e capacitação do cuidador

TPC's entre sessões

Reavaliação da sobrecarga na última sessão

APÊNDICE 10 – SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO SOBRE O “BURNOUT” A CUIDADORAS FORMAIS DE UMA IPSS



Estratégias Individuais

Organizacional

Sensibilize e envolva a organização onde trabalhar para a defesa das boas práticas no trabalho saúde no trabalho;
Pratique uma boa gestão do seu tempo;
Faça pausas;
Não seja indiferente à erosão dos valores e da dignidade profissional. Marque a sua posição;
Seja crítico pela positiva e participativo nas reuniões;

Não seja um stressor adicional para os seus colegas;
Melhore a lidar com o comentário e a perda;
Mantenha uma 'distância saudável' dos utentes.



Tratamento

O tratamento é complexo pois envolve várias condicionantes. Idealmente deverá haver uma melhoria nas condições e relações de trabalho, sendo que em casos mais extremos, deverá haver um afastamento temporário (baixa médica) até que a pessoa se restabeleça e encontre o seu equilíbrio emocional.

O tratamento farmacológico é muito utilizado, embora apenas atenuem os sintomas de stress e de depressão. A terapia mais adequada, que ajuda a pessoa a reestruturar-se emocionalmente e a encontrar um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, é a Psicoterapia.



"É de cada vez mais incompreendida e insatisfeita consigo, com a vida e com os outros. Não me, porque não nasci igual aos outros, sem dúvidas, sem desejos de impossível? É é isto que me faz sempre desairado, incompetente com a vida que toda a gente vive..."

Florinda Espanca

Obrigada

APÊNDICE 11 – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO SOBRE SESSÃO FORMATIVA DE BURNOUT A CUIDADORAS FORMAIS DE UMA IPSS

Questionário de Satisfação acerca da Sessão Formativa do Burnout

A pretensão deste questionário é apurar a sua opinião, seja positiva ou negativa, relativamente a esta sessão formativa em que participou. Não há respostas certas, nem erradas. Resumidamente, o objetivo é perceber se a sessão formativa contribuiu de alguma forma para melhorar o seu conhecimento sobre a doença do Burnout.

Considerando a seguinte escala, em que:

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo, em parte

3 = Nem concordo, nem discordo

4 = Concordo, em parte

5 = Concordo totalmente

Selecione com uma cruz na resposta que melhor se adequa à sua opinião:

	Discordo totalmente (1)	Discordo, em parte (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo, em parte (4)	Concordo totalmente (5)
Considera que a sessão foi útil?					

Considera que a sessão foi adequada, quanto ao tempo utilizado?					
De um modo geral, está satisfeito com esta sessão?					
Recomendaria esta sessão formativa a alguém?					

Muito Obrigada pela sua Colaboração!

APÊNDICE 12 – PLANEAMENTO DAS SESSÕES NA ABORDAGEM A UTENTE COM ANSIEDADE

SESSÃO 0: AVALIAÇÃO INICIAL		TEMPO
INTRODUÇÃO	<p>Cumprimentos iniciais;</p> <p>Explicar intervenção a praticar;</p> <p>Avaliar interesse e expetativas;</p> <p>Apresentar os objetivos da primeira sessão;</p>	10 minutos
DESENVOLVIMENTO	<p>Avaliar ansiedade através da Escala de Beck;</p> <p>Realizar avaliação inicial em Enfermagem de Saúde Mental;</p> <p>Realizar colheita de dados sociodemográficos e de história familiar;</p> <p>Promover a partilha emocional e de opinião da intervenção planeada;</p> <p>Ensinar sobre a técnica de relaxamento e seus benefícios;</p> <p>Obter consentimento informado livre e esclarecido.</p>	35 minutos
CONCLUSÃO	<p>Questionar sobre compreensão acerca da intervenção planeada;</p> <p>Esclarecer dúvidas (caso existam);</p> <p>Solicitar TPC sobre situações que causam ansiedade, sintomas e estratégias que utiliza);</p> <p>Agendar horário da próxima sessão e local a realizar o relaxamento (sala snoezelen);</p> <p>Cumprimentos finais</p>	5 minutos
RECURSOS	Mesa, Cadeiras, Material de escrita; Escala para avaliação.	

SESSÃO 1 e 2: SESSÕES INTERMÉDIAS		TEMPO
TÉCNICA DE RELAXAMENTO		
INTRODUÇÃO	Cumprimentos iniciais; Apresentar os objetivos da sessão;	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	Explicar técnica de relaxamento; Executar técnica de relaxamento;	45 minutos
CONCLUSÃO	Promover comunicação para partilhar sentimentos e emoções que a intervenção tenha gerado; Cumprimentos finais	10 minutos
RECURSOS	Colchão, almofada, música de relaxamento.	

SESSÃO FINAL: AVALIAÇÃO FINAL		TEMPO
INTRODUÇÃO	Cumprimentos iniciais; Apresentar os objetivos da sessão;	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	Solicitar verbalização sobre as sessões de relaxamento; Refletir com a utente sobre o TPC (situações que causam ansiedade) e estratégias a utilizar para diminuir a ansiedade;	25 minutos
CONCLUSÃO	Questionar sobre possíveis dúvidas; Cumprimentos finais	5 minutos
RECURSOS	Mesa; Cadeiras; Material de Escrita; Escala para avaliação.	

APÊNDICE 13 – PLANO DE CUIDADOS II

Foco: Ansiedade			
Atividades de Diagnóstico:			
Avaliar ansiedade com recurso à escala de avaliação: - Escala de Ansiedade de Beck			
Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade			
Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade reduzida			
Objetivo: Reduzir a ansiedade			
Critérios de Resultado:			
Que o valor obtido pela Escala de Ansiedade de Beck seja melhorado.			
Início	Intervenções de Enfermagem:	Horário	Termo
08/05	- Ensinar sobre técnica de relaxamento;	16h	08/05
	- Executar técnica de relaxamento	16h	10/05

APÊNDICE 14 – PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO A UTENTES COM “*COMPORTAMENTO INTERATIVO COMPROMETIDO*”

Data, hora e local	12/5- 16:30h às 17:30h; 16/5- 10h às 11h; 25/5- 16:30 às 17:30h Sala de Atividades.
Duração da sessão	60 minutos.
População-alvo	Utentes com diagnóstico de enfermagem: comportamento interativo comprometido.
Objetivo	Melhorar a relação interpessoal entre as utentes da unidade.
Dinamizadores	Enf ^ª . Ana Sofia Teixeira e Enf ^ª . Rita Carneiro.
Critérios de avaliação inicial	<u>Critérios de avaliação inicial</u> : resultado NOC "Habilidades de interação social".
Critérios de inclusão e exclusão	<u>Critérios de inclusão</u> : idade igual ou superior a 18 anos; apresentar diagnóstico de enfermagem: comportamento interativo comprometido (avaliação através do resultado NOC “Habilidades de interação social”). <u>Critérios de exclusão</u> : estado confusional; agitação psicomotora; sintomas heterólogos exacerbados (Sampaio et al., 2018); agudização da doença mental (Drake et al., 2020) e perturbação antissocial da personalidade (Gautam et al., 2020; Newman et al., 1997).
Recursos humanos	2 Enfermeiras Estagiárias em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e 1 Enfermeira Especialista para supervisão.
Recursos materiais	Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus ⁺ ”, mesa, cadeiras, resultado NOC “Habilidades de interação social”, computador, projetor, material de escrita, caixa com abertura, folhas com questões impressas; pedras com palavras escritas.

Desenvolvimento da sessão 1			
Objetivo: Estabelecer relação terapêutica; melhorar a adequação das relações interpessoais; promover a expressão de sentimentos; desenvolver estratégias de adequação das necessidades individuais à realidade; implementar estratégia de autorreflexão.			
Etapas (Duração)	Introdução (10 minutos)	Desenvolvimento (45 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Saudações iniciais; Estabelecimento da relação terapêutica; Apresentação dos participantes; Apresentação da dinâmica e objetivos.	Analisar os conceitos de Saúde Mental e Saúde Mental Positiva; Implementar sessão 1 do Módulo 6 “Habilidades de Relações Interpessoais” do Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus ⁺ ”.	Solicitar feedback da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendar próxima sessão; Saudações finais.
Método	Expositivo e participativo	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus ⁺ ”, mesa, cadeiras, computador, projetor, material de escrita e caixa com abertura.		

Desenvolvimento da sessão 2			
Objetivo: Promover relações gratificantes; promover a expressão de sentimentos; implementar estratégia de autorreflexão.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Saudações iniciais; Apresentação do objetivo da sessão.	Implementar sessão 2 do Módulo 6 “Habilidades de Relações Interpessoais” do Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus ⁺ ”.	Solicitar feedback da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendar próxima sessão; Saudações finais.

		Plus ⁺ ”.	
Método	Expositivo e participativo	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus ⁺ ”, mesa, cadeiras, computador, projetor e folhas com questões impressas.		

Desenvolvimento da sessão 3			
Objetivo: Promover relações gratificantes; reforçar estratégias de adequação das necessidades individuais à realidade; promover a expressão de sentimentos.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Saudações iniciais; Apresentação do objetivo da sessão.	Implementar sessão 3 do Módulo 6 “Habilidades de Relações Interpessoais” do Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus ⁺ ”.	Solicitar feedback da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendar próxima sessão; Saudações finais.
Método	Expositivo e participativo	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus ⁺ ”, mesa, cadeiras, computador, projetor e pedras com palavras escritas.		

APÊNDICE 15 - APRESENTAÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL POSITIVA

Saúde Mental Positiva



Imãs Hospitalares
CESPU INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE

Enf.ª Ana Sofia Teixeira
Enf.ª Rita Carneiro

Saúde Mental

“Estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com eventos de vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apta para dar contributos à sua comunidade” (Organização Mundial de Saúde, 2014).



Saúde Mental Positiva

- Não é estar sempre feliz e contente.
- É manter a atração por um mundo ideal e que somos ser humanos com sentimentos positivos e negativos.
- É ser capaz de estar triste nos momentos que são tristes mantendo a capacidade de funcionamento social e individual.

Lluch (2008)

Saúde Mental Positiva

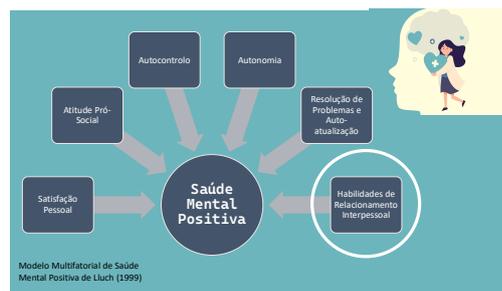
- Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida (a nível pessoal e profissional);
- Colocar “carinho” nas atividades de vida;
- Não ser muito duro consigo mesmo e com os outros;
- Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal;
- Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando acontecem;

Sequeira & Lluch (2015)

Saúde Mental Positiva

- Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade dos sentimentos (não ter medo de chorar e de sentir);
- Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente;
- Tentar resolver os problemas quando eles surgem;
- Cuidar das relações interpessoais-pessoal, íntimo e de trabalho;
- Fazer uso frequente do sentido de humor na vida.

Sequeira & Lluch (2015)



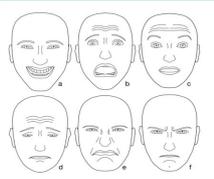
Caixa das Relações-sessão 1

Escreva na folha as suas principais dificuldades relacionais e emocionais (queixas/problemas).
Não identifique a folha.

Que solução apresentaria para essa dificuldade?

“Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Emoções-sessão 2



Emoções-sessão 2

<https://wordwall.net/pt/resource/52457714/jogo-das-emo%C3%A7%C3%B5es>

Mesa das questões-sessão 2

Quais as situações que a deixam “fora de si”?

“Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Mesa das questões-sessão 2



**Quando tem de tomar uma decisão importante
"o que sente"?**

"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



Escolha uma das questões e partilhe a sua solução com o grupo.
As questões podem ser repetidas.

E o grupo que faria em cada situação? Qual a solução?

Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



Para cada questão apresentada seleccione a solução mais indicada.

"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



"Como reagir quando vejo alguém a perder a calma e a tornar-se violento?"

"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



"Como reagir em situações que me deixem aborrecida?"

"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



"Como reagir a afirmações negativas sobre mim e minhas emoções?"

"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2

- ✓ Caso o outro precise de ajuda e tiver disponibilidade tente ajudá-lo.
- ✓ Não ignore o “Olá” do outro.
- ✓ Não fale dos outros pelas costas-isso provoca discussões.

“Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Mesa das questões-sessão 2

Tarefa até próxima sessão

Identifique 5 coisas que poderão acontecer se não trabalhar as relações.

“Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Mesa das questões-sessão 2

Tarefa até próxima sessão

Identifique 5 coisas que poderão acontecer se não trabalhar as relações.

Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

<https://wordwall.net/resource/1750865/competencias-sociais#>

“Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Quais as 5 coisas que identificaram que poderão acontecer se não trabalharem as relações?

Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Qual das pedras basilares considera que deverá trabalhar para melhorar a relação com os outros?

E porquê?

Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Pedras Basilares das Relações-sessão 3



“Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Confiança

- Sentimento de segurança relativamente a si próprio, convicção no próprio valor;
- Sentimento de quem confia, de quem acredita na sinceridade de alguém;
- Crença firme na fiabilidade, honestidade, eficácia, lealdade de alguém.

“Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Empatia

- Capacidade de se colocar no lugar do outro;
- Capacidade de se identificar com outra pessoa e de partilhar os seus sentimentos e motivações;
- Compreender emocionalmente o outro.

“Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Colaboração

- Ação de colaborar com alguém;

“Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus”

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Diferenças

- Diversidade;



"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus""



Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Escutar

- Ouvir com atenção o outro e ter consciência do que estamos a ouvir;
- Dar atenção a algo ou a alguém.



"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus""



Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Aceitação

- Tendência para ser bem aceite;
- Manifestação de aprovação;
- Recetividade.



"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus""



Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Respeito

- Sentimento que impede de tratar alguém mal, de ser maliciada ou de agir com falta de consideração;
- Sentimento que faz com que alguém não diga ofensas nem insultos;
- Sentimento que leva alguém a tratar as outras pessoas com grande consideração.



"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus""



Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Autoconhecimento

- Conhecimento de si próprio, das suas características, sentimentos, qualidades e imperfeições.



"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus""



Obrigada!

Enf^a. Ana Sofia Teixeira
Enf^a. Rita Carneiro

 Irmãs Hospitalares
CASA DE SAÚDE DO VALE DO AVE

 **CESPU**
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO AVE



**APÊNDICE 16 – VINHETAS PARA PSICOEDUCAÇÃO DE SAÚDE MENTAL
POSITIVA**

**Manter a calma e não
confrontar**

**Perceber o que me aborrece e
contrariar com pensamentos
bons**

**Aceitar os outros, não desistir
de si**

APÊNDICE 17 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA O LSMQ – VERSÃO REDUZIDA



Rita Carneiro <ritapcarneiro@gmail.com>

seg., 17 de abr., 17:43



para mcampos ▾

Esta mensagem foi excluída. [Restaurar mensagem](#)

Boa tarde Dra. **Luísa**,

Chamo-me Rita Cristiana Pereira Carneiro, sou aluna do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiátrica e estou a frequentar o 2º ano, na CESPU (Unidade de Saúde do Vale do Sousa).

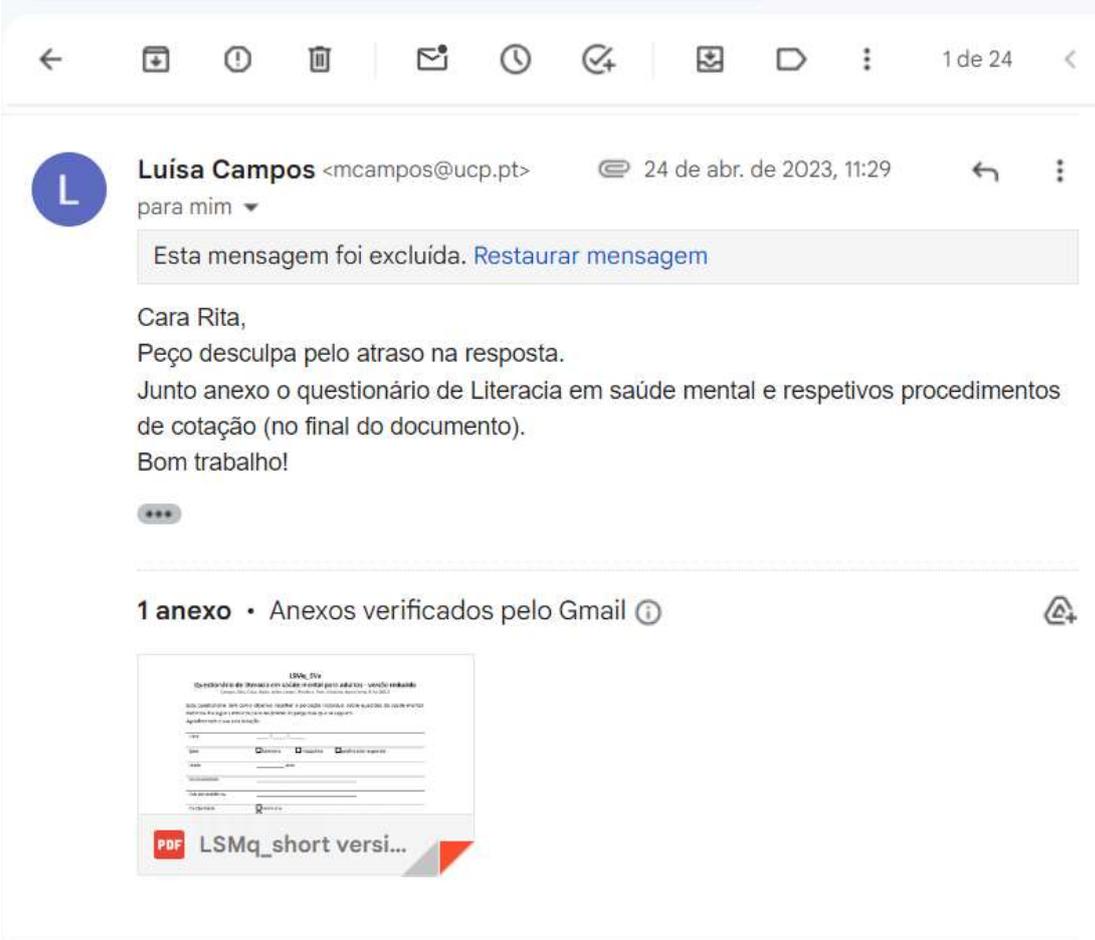
Venho por este meio pedir-lhe autorização para aplicar o questionário de Literacia em Saúde Mental, visto ser-me útil para estudar esta temática junto dos professores num agrupamento de escola de um concelho do Norte.

Agradecendo-lhe desde já a sua colaboração, muito obrigada.

Com os melhores cumprimentos,

Rita Carneiro

APÊNDICE 18 - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO LSMQ PELA AUTORA



← [Icons] 1 de 24 <

Luísa Campos <mcampos@ucp.pt> 24 de abr. de 2023, 11:29
para mim ▾

Esta mensagem foi excluída. [Restaurar mensagem](#)

Cara Rita,
Peço desculpa pelo atraso na resposta.
Junto anexo o questionário de Literacia em saúde mental e respetivos procedimentos de cotação (no final do documento).
Bom trabalho!

☰

1 anexo • Anexos verificados pelo Gmail ⓘ

