



**Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Estratégias de *Coping* no Ciclo de Vida,
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde
Mental**

Sandra Carla Oliveira de Jesus Boura



**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Estratégias de *Coping* no Ciclo de Vida,
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde
Mental**

Sandra Carla Oliveira de Jesus Boura

Orientador: Professor Doutor António Jorge Soares Antunes
Nabais



**Lisboa
2021**

*“Recomeça...
Se puderes
Sem angústia
E sem pressa
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro
Dá-os em liberdade
Enquanto não alcanças
Não descanses
De nenhum fruto queiras só metade
E, nunca saciado
Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar
Sempre a sonhar e vendo
O logro da aventura
És homem, não te esqueças!
Só é tua a loucura
Onde, com lucidez, te reconheças...”*

Miguel Torga “SÍSIFO”

AGRADECIMENTOS

Ao meu companheiro de vida e marido António, pela paciência, amparo, incentivo e ajuda ao longo deste desafio,

À minha filha Beatriz, pela compreensão pelas longas ausências,

Ao meu filho Ricardo, pelo entendimento pela minha falta nas bancadas naqueles jogos,

À Amélia e ao Kiko, pela companhia nas longas noites,

Aos enfermeiros orientadores clínicos pela sabedoria, discernimento e ensinamentos,

Às minhas amigas sensatas e responsáveis pelo estímulo e apoio,

À Enfermeira Odete, pelo suporte e palavras de encorajamento desde a primeira decisão,

Ao Professor Nabais, por ser orientador e facilitador desta caminhada

A todos aqui deixo a minha mais profunda gratidão...

DEDICATÓRIA

A ti minha MÃE Eterna
Eterna no meu coração
Eterna na minha mente
Eterna nos meus gestos
Eterna nos meus olhos
Eterna nas minhas lágrimas
Eterna nesta minha saudade
A ti te dedico este trabalho
Certa de que sempre estiveste aí
A apoiar-me sussurrando-me nos meus silêncios e dúvidas
Tu és capaz...
Obrigada por teres feito de mim tua filha.

RESUMO

Este relatório tenciona descrever e analisar profunda e introspectivamente, a implementação e concretização de um projeto de estágio, intitulado “*Estratégias de Coping no Ciclo de Vida, Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental*”.

As estratégias de *coping*, são fundamentais nos mecanismos envolvidos ao nível da mente na presença de dificuldades, conduzindo a trajetórias benéficas, a uma sensação de bem-estar e uma vida com qualidade. São igualmente indispensáveis na perceção dos fatores envolvidos nos desenlaces menos favoráveis, em resposta aos acontecimentos *stressantes*, que poderão conduzir ao despontar de psicopatologias.

Para Afaf Meleis (2012), assistir o indivíduo, a família, ou a comunidade a lidar com as transições que afetam a sua saúde, resulta num desafio para o enfermeiro, antes, durante e após um evento gerador de mudança, competindo-lhe o papel de facilitador deste processo de aprendizagem, sobre as transformações na vida do indivíduo, visando alcançar a sua harmonia interna.

A partir da criação de uma relação terapêutica foi possível a concretização dos objetivos inicialmente delineados. As intervenções terapêuticas realizadas, tiveram como foco a utilização de mediadores como o desenho, as imagens, o relaxamento, e a escrita. As temáticas foram abordadas através da entrevista clínica, a psicoeducação com foco na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental através da modificação comportamental.

A conjugação entre os conhecimentos teóricos, a prática clínica e a reflexão sobre a mesma, permitiu adquirir um conjunto de aprendizagens e vivências que culminaram na aquisição das competências específicas como enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-Chave: Estratégias de Adaptação, Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica

ABSTRACT

This report intends to describe and analyze in depth and introspectively, the implementation and realization of an internship project, entitled “Life Cycle Coping Strategies, Intervention of the Specialist Mental Health Nurse”.

Coping strategies are fundamental in the mechanisms involved at the level of the mind in the presence of difficulties, leading to beneficial trajectories, a sense of well-being and a quality life. They are also essential in the perception of factors involved in less favorable outcomes, in response to stressful events, which may lead to the emergence of psychopathologies.

For Afaf Meleis (2012), assisting the individual, the family, or the community to deal with the transitions that affect their health results in a challenge for the nurse, before, during and after an event that generates change, with their role being of facilitator of this learning process, about the transformations in the individual's life, aiming to achieve their internal harmony.

From the creation of a therapeutic relationship, it was possible to achieve the goals initially outlined. The therapeutic interventions carried out focused on the use of mediators such as drawing, images, relaxation, and writing. The themes were addressed through clinical interviews, psychoeducation focused on promoting mental health and preventing mental illness through behavioral modification.

The combination of theoretical knowledge, clinical practice, and reflection on it, allowed for the acquisition of a set of learning and experiences that culminated in the acquisition of specific skills as a specialist nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing

Keywords: Adaptation Strategies, Mental Health, Psychiatric Nursing

INDICE

INTRODUÇÃO	8
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1.1- Saúde Mental	11
1.2 – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	12
1.3 - <i>Coping</i>	14
1.4 - Ciclo de Vida	18
2 - MODELO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS.....	21
3 - PERCURSO DE APRENDIZAGEM: ATIVIDADES REALIZADAS.....	26
3.1 - Contexto Comunitário.....	26
3.1.1 - Atividades desenvolvidas	29
3.2 - Contexto Hospitalar	37
3.2.2 - Atividades Desenvolvidas.....	38
4 - O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECIFICAS DO EEESMP - O CONSTRUIR DE UM CUIDAR ESPECIALIZADO.....	50
4.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	50
4.2 - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	52
5 – CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICES E ANEXOS	
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Notas de Campo no Contexto Comunitário	
APÊNDICE II - Folheto “ <i>Coping</i> em tempos de Pandemia”	
APÊNDICE III - Questionários de Avaliação das Sessões.....	
APÊNDICE IV - Resultados dos Questionários de Avaliação	
APÊNDICE V - Sessão de Psicoeducação“Estratégias para Lidar com a Ansiedade”.....	
APÊNDICE VI - Sessão de Psicoeducação_“A Adolescência”	

INTRODUÇÃO

Do nascimento até à morte, o ciclo de vida é caracterizado por uma sucessão de acontecimentos singulares imbuídos de um intenso carácter pessoal (Collière, 2003).

A vida, e o modo como cada um convive com os momentos de passagem inerentes à sua existência, não podem ser compreendidas unicamente numa perspetiva pessoal, porque além da primazia exercida pela própria família, das aptidões para a adaptação ou *coping*, é ainda influenciada pelos recursos individuais e externos, vivências prévias e a significação pessoal atribuída a esses acontecimentos (Meleis & Trangenstein, 2010).

O *coping*, é um processo adquirido gradualmente ao longo da vida, através do qual, os indivíduos vão alcançando um melhor e mais consistente saber sobre a sua essência, e a um entendimento soberano dos acontecimentos que lhe poderão ser salutares e/ou prejudiciais em resultado da experiência vivida. De acordo com o Internacional Council of Nurses (ICN) (2020), o *coping* é descrito como uma habilidade para gerir o *stress* aquando na presença de circunstâncias que conduzem à utilização dos recursos individuais, de modo a satisfazer as exigências inerentes à própria vida, identificando-se por um conjunto de sentimentos como o autocontrolo, a diminuição do nível de *stress*, a uma aceitação da situação, e a um incremento do bem-estar psicológico.

A relação entre as estratégias de *coping* e a saúde física e mental, tem sido objeto de estudo, a partir de uma perspetiva multidisciplinar nos variados contextos, revelando-se numa diversidade de respostas perante as situações geradoras de *stress* que são apresentadas, e tendo por base, a vivência do individuo e as reações emocionais presentes, de modo a conter ou limitar os efeitos físicos, sociais e emocionais consequentes de tal situação (Nunes, 2010).

A saúde mental (SM) dos indivíduos, está relacionada com a contínua exposição e capacidade de acomodação pessoal face aos episódios geradores de *stress*, verificando-se que as suas respostas fisiológicas e psicológicas, poderão estar relacionadas com a capacidade de adaptação e enfrentamento pessoal (*coping*), interferindo de uma forma benéfica ou nociva na harmonia dinâmica de cada indivíduo, afetando-o como um todo nas suas dimensões, biológica, psicológica, espiritual e social, sendo que se pode refletir, na sua simetria familiar e padrões de interação instituídos na sociedade (Dinis, Gouveia & Duarte, 2011). Estas mudanças que

ocorrem concomitantemente ao nível individual, familiar e social, denominam-se de transições.

Ao longo da vida, a mudança é necessária, mas não imperativamente natural ou agradável. Os muitos acontecimentos que se mesclam ao longo da vida, obrigam a atitudes de resposta por parte de cada um de nós, de modo a transpor estas instabilidades, a diminuição da autoestima, as mudanças na execução de papéis, na ansiedade, na depressão e na insegurança, de modo a readquirir o estado de equilíbrio perdido.

O intervir e o cuidar por parte do enfermeiro nestas passagens, fortalece o cuidado transicional numa mudança dupla, onde estes processos de passagem são criadores de mudanças de saúde-doença, conduzindo a transições saudáveis.

O cuidar em enfermagem, sustentado num modelo de transição, não se foca meramente no conceito do curar, mas sim no proporcionar suporte ao indivíduo num processo de transição, ajudando-o na defesa e na conservação da sua saúde para o futuro, criando contextos que o guiem para uma transição salutar, considerando-o na sua essência como um ser holístico e absoluto.

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial. (OE, 2018, p. 21427).

Enquanto Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), é fundamental que este tome consciência da vantagem do *coping* enquanto instrumento na promoção da transformação de comportamentos e atitudes, simplificando os processos de transição e avaliando-o como adaptativo ou não adaptativo mediante a transição experienciada.

Segundo Townsend (2011), independentemente do contexto, quando perante um indivíduo com doença mental, a adoção e implementação de uma relação terapêutica com o assumir de uma atitude aprazível, categórica, de confiança, de confidencialidade e empatia, proporciona o criar de um sentimento de esperança e à premissa de uma necessária modificação, é a essência do processo terapêutico.

É deste modo importante, ajudar o indivíduo a encontrar estratégias de *coping* adaptativas de forma a diminuir o impacto negativo das situações *stressoras*. Estas estratégias, quando favoráveis e benéficas, têm um papel preponderante na

diminuição da ansiedade, da depressão e do *stress*, aumentando os níveis de bem-estar (Mahmoud, Staten, Hall & Lennie, 2012).

Este relatório tem como objetivos:

- Demonstrar estratégias de *coping* que podem ser mobilizadas pelo EEESMP com pessoa em risco ou a viver a experiência de doença mental;
- Descrever as atividades desenvolvidas em estágio que permitiram a aquisição das competências comuns e específicas do EEESMP.

Está estruturado em cinco capítulos:

1. Introdução;
2. Enquadramento teórico;
3. Descrição do trabalho desenvolvido nos contextos de estágio (internamento e comunitário) de acordo com os objetivos estabelecidos;
4. Desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP;
5. Conclusão e considerações finais.

O enquadramento da teoria, foi realizado a partir de uma revisão narrativa da literatura de carácter descritivo e bibliográfico realizada nas bases de dados *Scielo*, *Ebsco*, *Cinahl* e *Medline*, *Google Scholar* e na literatura cinzenta (teses doutoramento, dissertações de mestrado). Foi redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico Português, e utilizadas as normas da American Psychological Association (7ª edição), e seguindo a redação de relatórios em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, de um modo criterioso e uniforme.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - Saúde Mental

Para a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2018), a SM é elaborada a partir do modo pelo qual os nossos pensamentos, sentimentos e comportamentos afetam as nossas vidas, ao mesmo tempo que não se define puramente como a ausência de doença, mas também como uma situação de bem-estar físico, mental e social. Uma SM, conduz-nos a uma imagem edificante de nós mesmos, estimulando simultaneamente os relacionamentos satisfatórios com amigos, familiares e sociedade em geral.

A SM é igualmente importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. A generalidade das doenças mentais e físicas, sofre uma influência a partir de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociológicos. Além disso, admite-se atualmente que, as ideias, as emoções e o comportamento exercem um impacto importante na saúde física. Da mesma forma, verifica-se que a saúde física tem uma grande ascendência sobre a saúde e o bem-estar mental.

A APA, sustenta que a SM abrange um funcionamento eficiente nas atividades de vida diárias consideradas produtivas, nas relações salutaras e na aptidão do indivíduo em adaptar-se à mudança e conviver com situações que lhe são potencialmente hostis, é deste modo, a base das emoções, pensamentos, relações, aprendizagens, resiliência e autoestima, sendo igualmente considerada como um aspeto obrigatório para o bem-estar pessoal e emocional (APA, 2018).

Considera-se SM como, a capacidade para recorrer às competências e estratégias para enfrentar o *stress* inerente à vida (*coping*), e a mestria para uma vida ativa aos níveis profissional, pessoal e familiar, enquanto indivíduo ativo na sociedade, tendo obrigatoriamente de ser compreendida como uma parte integrante do conceito de saúde geral. É expectável do indivíduo, que encerre em si uma SM, uma capacidade de se reequilibrar conservando a sua capacidade de resiliência (Ferreira, Cortez, Silva & Ferreira, 2016).

Defendendo e estabelecendo que todos somos diferentes, com idiossincrasias próprias e únicas, esta sensação de bem-estar nos diferentes campos de ação é inevitavelmente distinto, contemplando elementos pessoais e subjetivos, é uma fração absoluta da saúde, sendo mais do que a ausência de doença, está internamente

relacionada com a saúde física, com a atitude e com o comportamento (Herrman & Jané-Llopis, 2004).

Segundo o Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020 (p.58), “A promoção e prevenção em saúde mental devem ser assumidas como uma prioridade, e estabelecida uma estratégia clara para o seu desenvolvimento, difusão e incorporação nas políticas de saúde pública de âmbito nacional”.

A SM caracteriza-se essencialmente, pela capacidade de uma sensação de bem-estar, concórdia e eutímia; na habilidade em reestruturar de uma forma construtiva as contrariedades e divergências; a identificação e respeito pelos limites; o júbilo em viver; e o relacionamento com os outros - algo muito maior e anterior às origens dos transtornos ao nível mental.

1.2 - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A enfermagem, enquanto profissão dedicada à saúde, tem por objetivo maior, a melhoria do estado de saúde do indivíduo alvo do seu cuidar, preocupando-se e debruçando-se sobre quatro conceitos basilares – a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem (Aligood & Tomey, 2004).

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

É uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de Enfermagem, que acresce à prática de Enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia. (...) sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas. (OE, 2015, p. 17034).

O EEESMP, utiliza o seu conhecimento baseado na evidência, na experiência da prática de Enfermagem e a ciência das especialidades de saúde, regendo-se pelo “Código Deontológico de Enfermagem”.

O EEESMP segundo a Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (2009), acredita:

- * No relacionamento terapêutico enfermeiro/utente, sustentado na confiança e respeito mútuo, essenciais para a prática;
- * Na supressão do estigma e da discriminação;

- * Na realização e utilização da investigação para a melhoria dos cuidados;
- * Na ação social para incrementar a sensibilização política e social, influenciando a política da saúde e organizacional;
- * Nas relações de cooperação com o indivíduo, família, comunidade, populações e entidades sociais;
- * Numa abordagem holística que é básica para a compreensão da experiência única do cliente.

Os cuidados do EEESMP têm como finalidade, auxiliar o indivíduo a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível; compreende os processos de sofrimento, mudança e perturbação mental do indivíduo, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de reintegração e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais, (OE, 2018).

A ESMP focaliza-se na promoção da SM, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção aquando do emergir de respostas humanas desadequadas aos processos de transição potencialmente geradores de sofrimento, de perturbação ou de doença mental.

As competências específicas do EEESMP são as seguintes (OE, 2018 p. 21427.):

- 1) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, produto das vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- 2) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- 3) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- 4) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, deslocando o situação e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de modo a manter, melhorar e recuperar a saúde.

No contexto hospitalar e comunitário, e porque o indivíduo é um ser composto de corpo e mente, durante o processo do cuidar os aspetos da SM, podem passar de uma componente auxiliar, alcançando uma harmonia básica e indispensável. Em

resultado, incluir os conhecimentos da SM no cuidar, ao reconhecer quando o indivíduo-alvo dos cuidados precisa deste apoio especializado, são competências essenciais de qualquer enfermeiro de cuidados gerais. Um melhor conhecimento acerca das perturbações psiquiátricas e das necessidades e potencialidades dos indivíduos seus portadores, é uma contribuição muito relevante na minoração do estigma e no incremento da qualidade dos cuidados prestados.

É fundamental uma avaliação apurada do indivíduo, de modo a identificar os seus recursos, planeando as intervenções em enfermagem que viabilizem o estabelecer ou fortalecer de estratégias *coping* eficazes face às situações de *stress* vividas. O EEESMP, deverá ajudar o indivíduo a encarar os diversos tipos de *stress* diários, através de variadas técnicas como o relaxamento, a promoção do exercício físico, o treino das competências sociais, a técnica de resolução de problemas, entre outras.

1.3- Coping

O *coping*, é definido por um conjunto de estratégias mentais e sistémicas utilizadas pelos indivíduos, de modo a lidar com as exigências internas e externas da sua convivência com o meio circundante. Estas estratégias, estão relacionadas com a saúde mental podendo moderar a gravidade do impacto sentido pelo indivíduo a partir das contrariedades presentes durante o ciclo de vida, fortalecendo os níveis de bem-estar psicológico e reduzindo assim o potencial de sofrimento sentido (Pais Ribeiro, 2019).

A teoria do *stress* e *coping* de Folkman e Lazarus, surgiu no âmbito do estudo do *stress* psicológico, esclarecendo que este é contextual e resultante da relação entre o indivíduo/meio e transformando-se ao longo do tempo, (Folkman & Lazarus, 2010).

As estratégias de *coping*, caracterizam-se por serem ações propositadas para combater o *stress*, distintas das reações involuntárias, podendo focalizar-se no controlo primário através da mudança das suas causas geradoras, ou no controlo secundário, através da análise e identificação das condições em que se encontra, (Rosen, Glennie, Dalton, Lennon & Bozick, 2010).

Para Folkman & Moskowitz (2000), a regulação do *stress*, a gestão das questões que o determinam, a análise das especificidades do contexto onde decorre (sobretudo a sua controlabilidade), a avaliação das peculiaridades do

carácter/natureza do indivíduo (otimismo, estabilidade emocional, a extroversão), e os recursos sociais disponíveis, são aspetos básicos no processo do *coping*.

No modelo de Lazarus & Folkman, o *coping* poderá ser focalizado na emoção ou no problema. O *coping* focado na emoção, é utilizado na manutenção da esperança e confiança, fugindo dos factos, recusando-se a admitir um pior cenário, ou agindo como se a situação não fosse importante. Estes processos, implicam uma interpretação pessoal, estando sujeitos à auto negação ou à modificação da verdade; é o modo mais adaptativo de agir perante determinadas situações *stressantes*, porque não logrando ao atuar ativamente sobre o agente *stressor*, é essencial descobrir formas alternativas para lidar com esse estímulo, possibilitando assim a redução das emoções negativas, e atribuindo assim uma reinterpretação positiva do agente *stressor*. Estas estratégias são, o evitamento/negação; a distração ou minimização; o distanciamento; a atenção seletiva; as comparações positivas; o pensamento mágico; os sentimentos de autocontrolo; a procura de significado; a auto culpabilização; a expressão/partilha de sentimentos; o retirar valor positivo de eventos negativos, (Delahaij & Dam, 2017).

No *coping* focado no problema, os esforços dirigem-se para a fonte geradora de *stress*, com a finalidade de transformar o indivíduo, o ambiente ou a ligação entre ambos. Estas incluem estratégias que planeiam o incentivo às mudanças motivacionais ou cognitivas, como o alterar o grau de volição, o reduzir o envolvimento do ego (autoestima), o encontrar de caminhos alternativos de gratificação, o desenvolver de novos paradigmas de comportamento ou o aprender de novas capacidades ou atitudes (Noda, Takahashi & Murai, 2018). Estas são consideradas mais ou menos adaptativas, conforme o agente *stressor*, ou seja, quando numa situação geradora de *stress* onde o indivíduo não pode interferir diretamente, a utilização das estratégias focadas na emoção mostram-se mais adaptativas, sendo que nestes casos a gestão emocional é essencial de modo a lidar com algo intransmutável como por exemplo a morte. Se a situação geradora de *stress* for a respeito de um problema onde o indivíduo poderá interceder, e atuando diretamente sobre o agente *stressor*, as estratégias de *coping* focadas no problema, tornam-se usualmente mais adaptativas.

Carver, Scheier, e Weintraub (1989), concordam que existem estilos de *coping*, uma vez que os indivíduos abordam cada situação, com um almanaque distinto e

individual, sugestivo de estratégias analogamente fixas ao longo do ciclo de vida e dos contextos. As estratégias de *coping* descritas por estes autores são:

- * *Coping* ativo - comportamentos ativos com a finalidade de eliminar ou conter o agente *stressor* ou reduzir os seus efeitos;
- * Planeamento - ponderar sobre a melhor maneira de conviver com o agente *stressor*, incluindo a elaboração de estratégias de ação, definição das etapas e a escolha do melhor modo a lidar com o problema;
- * Supressão de atividades concorrentes - colocar diversos projetos à parte, prevenindo a distração com outros acontecimentos, de modo a conseguir conviver com o agente *stressor*;
- * *Coping* de restrição - aguardar que chegue a ocasião própria de atuar, não o fazendo precocemente;
- * Procurar apoio social instrumental - busca de sugestões, auxílio ou conhecimentos;
- * Procurar apoio social emocional - adquirir apoio moral, simpatia ou entendimento;
- * Foco e expressão emocional - propensão para se focalizar na situação de *distress* onde se encontra, expressando ou livrando-se dessas emoções;
- * Desinvestimento comportamental - limitação da capacidade para lidar com o agente *stressor*, renunciando ou deixando de se esforçar de modo a tentar atingir o objetivo no qual o agente *stressor* está a imiscuir-se.
- * Reinterpretação positiva e crescimento - *coping* orientado para a administração das emoções de *stress*, e não ao próprio agente *stressor*;
- * Negação - não admitir que o *stressor* existe ou proceder como se o *stressor* não fosse autêntico;
- * Aceitação - aceitar o *stressor* como autêntico e/ou aceitação de que não existem estratégias de *coping* ativas para lidar com o *stressor*;
- * Religião - recorrer à religião, ou espiritualidade, inclusive o participar em atividades de cariz religioso;
- * Uso de substâncias (álcool e drogas) - recorrer ao álcool ou outras drogas com a finalidade de exonerar-se do agente *stressor*.

As estratégias de *coping* na criança/adolescente, são percebidas como um conjunto de esforços conscientes e voluntários, como meios para regular a emoção, a aprendizagem, o comportamento, a fisiologia, e o meio, e ainda, como resposta a

eventos ou situações *stressantes* (como é o caso de uma hospitalização), traduzindo-se num conjunto de processos autorregulatórios mais amplos e reforçados especialmente em resposta ao *stress*; o grau de evolução do indivíduo (nos planos cognitivo, biológico, social e emocional), demarca o conjunto de respostas de *coping* possíveis, devido ao recursos disponíveis alternarem mediante as fases do seu desenvolvimento (Saldanha, 2016).

As estratégias de *coping* nos adolescentes, correspondem aos expedientes e recursos utilizados para lidar de um modo ajustado com as situações que envolvem mudanças ou a existência de um agente *stressor* avaliado como irrefreável (Hudson, Moffett, & McCabe, 2015). Os adolescentes vivenciam diversas estratégias para lidar com os eventos *stressores*, que são experienciados com um forte impacto no seu desenvolvimento, sendo de primordial importância, o entendimento das dificuldades encontradas ao longo deste período.

Antoniazzi (1998), refere que as estratégias de *coping* focadas no problema são adquiridas nos anos pré-escolares, desenvolvendo-se até sensivelmente aos 8/10 anos de idade. As estratégias de *coping* focalizadas na emoção, surgem mais tarde no período da infância e desenvolvem-se ao longo da adolescência, não se encontrando comportamentos diferentes dos encontrados nos jovens adultos, e definindo-se deste modo que as mudanças no desenvolvimento de *coping* ocorrem até o final desta fase da adolescência.

A forma como os indivíduos utilizam o *coping*, poderá exprimir-se de diversas formas, e, se bem-sucedido, existem ganhos em saúde a partir do restabelecimento do bem-estar, caracterizada por uma remissão dos sintomas e num acréscimo da autoestima, a partir da erradicação do conflito, e resolvendo assim o desajustamento que deu origem à situação de *stress* (Ramos, 2008). O *coping*, comporta-se como um incentivo de metamorfoses edificantes a vários níveis, como a aquisição de competências, o autoconhecimento ou a mestria relacional.

Os processos e as estratégias de *coping*, transformam-se ao longo do ciclo de vida, devido às constantes mudanças que se processam a partir das vivências sentidas pelos indivíduos. Não é apenas o envelhecimento que deverá ser tido em consideração, mas também a interpretação dos eventos *stressantes*, nos distintos momentos da vida dos indivíduos.

É ao longo do ciclo de vida, que as estratégias de *coping* se tornam mais emaranhadas, permitindo a sua utilização renovada, impondo um trabalho cognitivo

mais complexo, muito devido à capacidade que o indivíduo adquire ao lidar com os seus pensamentos e competências, podendo deste modo amplificar o seu repertório de respostas a situações potencialmente *stressantes* para si.

1.4 - Ciclo de Vida

O desenvolvimento humano é um processo contínuo ao longo da vida, podendo ser descrito em termos dos constrangimentos e das oportunidades com que os indivíduos se confrontam à medida que esta decorre, podendo assumir muitos formatos. Esta aptidão do indivíduo, determina a flexibilidade no seu crescimento e no seu desenvolvimento mental.

Ao longo dos tempos, a perceção acerca da vida e o desenvolvimento do ser humano tem vindo a transformar-se. Considerar que a aprendizagem, atualização e desenvolvimento estagnam na infância ou adolescência é uma conceptualização desproporcionada e desacertada (Rutter, 1996). Torna-se essencial que a explicação da evolução humana e dos percursos e sentidos de vida, tenha em ponderação, a natureza mudável em todas as idades, ao invés de serem consideradas como épocas uniformes e imutáveis em termos do desenvolvimento.

A **Infância** é o período que decorre do nascimento à puberdade (**0-12 anos**), onde a criança começa a apreender o mundo, as coisas e pessoas que a rodeiam, e a receber o primeiro contato com os seus sentimentos e emoções, aprendendo deste modo a lidar e socializar-se com os outros (Papalia, 2001).

A separação do desenvolvimento infantil em fases foi proposta por Jean Piaget, um dos grandes nomes do século XX, que estudou as relações entre a Educação e a Psicologia:

- **0 a 2 anos – Estágio sensório-motor** - É a chegada da criança ao mundo, o primeiro contato com os sons, as cores, os cheiros e as sensações. Tudo é fonte de aprendizagem, sendo que os recém-nascidos são curiosos e imitam o que as outras pessoas fazem, tentando assimilar as coisas que os cercam. Esta fase, caracteriza-se por um sólido desenvolvimento motor, onde o bebé aprende a controlar os seus movimentos e não a agir por reflexo;
- **2 a 7 anos – Estágio pré-operatório ou simbólico** - A partir desta altura, a criança aprende a falar, o que se caracteriza por ser uma relevante etapa para o desenvolvimento das relações interpessoais. O

desenvolvimento da comunicação está estreitamente ligado com a curiosidade, indagando constantemente o “porquê” das coisas que observa;

- **7 a 12 anos – Estágio operatório concreto** - É um período que se caracteriza pela evolução da capacidade do raciocínio lógico. A criança é já capaz de imaginar situações fora do mundo que ela conhece, e também de se colocar no lugar dos outros, tornando-se deste modo um ser mais sociável e empático.

A **adolescência** é para a OMS (2014), a fase que se situa entre os **12 e os 19 anos**, consistindo num período de transição entre a infância e a idade adulta (Hockenberry; Rodgers & Wilson, 2018), e concomitantemente um período de mudanças a nível físico, cognitivo, emocional e social acentuadas (Barreto, Giatti, Casado, Moura, Crespo & Malta, 2010), que afetam o adolescente enquanto ser individual, mas também aqueles que o rodeiam e com quem ele partilham o seu quotidiano.

O **adulto jovem (20 - 40 anos)** é aquele indivíduo que executa as funções habituais e produtivas da sociedade. É durante este período, conforme Villanueva (1987), que a saúde física atinge o seu potencial, as suas aptidões cognitivas começam a ter uma argúcia, e as decisões sobre os relacionamentos são feitas. Neste período, também as escolhas profissionais são edificadas, e os relacionamentos começam a ser mais criteriosos e assumidos, dando-se o crescimento e preservação das amizades adultas (que são mais difíceis de manter), muito díspares daquelas da adolescência (onde o grupo se caracteriza por ser fechado e dentro de uma mesma faixa etária). Segundo Rosa (1994), é comum existirem muitas mudanças que acabam por produzir os seus conceitos interiores, a sua maneira de se relacionar com a fé, o sexo, a família, e remanentes situações que se vão atravessando na sua trajetória de vida. O matrimónio é algo de extrema relevância, pois nesta ligação com o(a) companheiro(a), aprende a aceitar e a viver com as diferenças, conduzindo a uma nova forma de contemplar o Mundo. Tal como afirma Vygostky (1998), há uma hipótese do desenvolvimento proximal, ou seja, alguém mais experiente contribuindo para a aprendizagem e o crescimento do outro.

O **adulto maduro (40 - 60 anos)** é sujeito a transformações de ordem física e mental, sendo consignatário de uma visão diferenciada da sua própria pessoa. É uma fase onde a maturidade está presente na grande maioria das vezes, assumindo este

uma postura mais pragmática e objetiva da vida, particularmente no modo como se vê a si mesmo, como gostaria de ser e do modo que ele pensa que os outros o compreendem. Na visão de Rosa (1994), a procedência da autoestima para o homem é a profissão, as realizações pessoais e a capacidade sexual, ao invés que para a mulher, a origem de autoestima poderá ser a atividade social comunitária, ou a demanda de um grau mais elevado de educação formal. Para Rosa (1994), a idade da maturidade, é onde o indivíduo se restringe aos deveres cívicos e sociais, buscando instituir um padrão económico, tentando apoiar os filhos a tornarem-se adultos, desenvolvendo atividades de lazer adequadas à sua idade, relacionando-se com o (a) companheiro(a), buscando ao mesmo tempo adaptar-se às alterações inatas e fisiológicas que a idade comporta.

A **velhice**, é o último período da vida, que abarca incomensuráveis alterações de ordem biológica, física, psicológica, económica e política. Em distintas culturas, o envelhecer é um processo que implica dor e dúvidas. Muitos destes indivíduos, ingressam num autêntico processo de depressão e ansiedade, quando sentem o seu corpo a perder progressivamente a sua robustez e juvenilidade, furtam-se a se olharem ao espelho, pois ao fazerem-no, percebem marcas que o tempo foi deixando e esculpindo ao longo dos anos; marcas estas, que poderão também ser encaradas com sabedoria e maturidade. A solidão está presente para muitos idosos, pois vão perdendo o contato com as pessoas próximas, tanto pela morte, como pela questão geográfica. A dependência é algo que também afeta bastante os idosos, devido à limitação física, provocada pelas doenças, isolamento, depressão e falta de companhia. O medo, é um motivo que acossa a alma de muitos idosos, como depender de outros, da morte, da solidão e principalmente da perda do(a) companheiro(a) e amigos. Embora o envelhecimento seja um potenciador da minoração das condições físicas no que se refere à aprendizagem, conservar a mente preenchida com leitura e conhecimentos, poderá abrandar a declinação da memória.

2 - MODELO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

A enfermagem tem como foco do cuidar, as respostas dos indivíduos às transições que decorrem de eventos relacionados com os processos de saúde/doença e/ou em processos de vida (Manzo, Ribeiro, Brito & Alves, 2012).

As teorias de enfermagem, possibilitam que as dificuldades sentidas na sua prática e no processo de investigação, façam com que tenha um propósito e funcionem como uma base para o processo de enfermagem, proporcionando uma estruturação e organização dos seus conhecimentos e saberes, com a finalidade de organizar a práxis do cuidar, (Barros & Bispo, 2017).

Centralizada no fenómeno particular da transição, Afaf Meleis teve como objetivo proporcionar uma evidencia concetual, e uma imagem mental da forma como esta se encontra presente ao longo do ciclo de vida (Meleis, 2005).

Baseadas numa perspetiva orientada para a enfermagem Chick e Meleis (1986, p.239), idealizaram um modelo original das transições, onde a transição é considerada como “uma mudança ou deslocação de um estado, situação ou ponto para outro”. A mudança, está relacionada com um acontecimento exterior ao indivíduo, enquanto a transição é um processo interior. Os estudos de Meleis, recaíram nas experiências de transição (maternidade, menopausa, evolução das doenças crónicas, o papel do familiar cuidador), que proporcionaram o desenvolvimento de uma teoria formal de médio alcance, com três dimensões diferenciadas: a natureza, as condições e os padrões de resposta face à mesma transição.

O conceito de transição em enfermagem, foi estudado e considerado por Meleis & Trangenstein (1994) como um complemento independente, adaptado e agregado às teorias ou modelos já existentes.

A passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta (Meleis, Sawyer, Im, Schumacher & Messias, 2000, p. 25-26).

Ainda para as mesmas autoras.

Experiências humanas, são descritas como um conjunto de respostas ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações ao nível do bem-estar (Meleis et al., 2010, p. 25).

Segundo a mesma teoria, a enfermagem é entendida como um engenho, arte e proporcionadora de uma mestria para facilitar as transições (Meleis et al., 2010). A partir da sua intervenção, são proporcionados saberes e *empowerment* aqueles que vivem o processo de transição, proporcionando de um modo transversal, cuidados de enfermagem consonantes com as experiências exclusivas dos indivíduos e das suas famílias, levando a respostas saudáveis que indicam o restabelecimento da sensação de bem-estar (Meleis, 2005). Este indivíduo alvo do cuidar, é entendido como um ser com necessidades próprias, numa incessante interação harmónica com o ambiente, e que devido à sua doença, risco da mesma, vulnerabilidade, ou vivência, está em risco de experienciar um desequilíbrio (Meleis, 2012).

Seguindo a direção da “Teoria das Transições” de Meleis, para que o indivíduo supere uma nova vivência, é indispensável a incorporação destes novos reveses na sua vida, trazendo o adquirir de novos saberes e atitudes, transformando assim o modo como se define a si mesmo, e passando a deter instrumentos essenciais para que estas transições que vão ocorrendo ao longo da vida sejam mais saudáveis (Meleis et al., 2000).

As transições podem ser classificadas quanto ao seu tipo, padrões e propriedades.

Quanto ao tipo poderão ser situacionais, de saúde/doença, organizacionais e desenvolvimentais. É vital que os enfermeiros, tenham em apreciação que poderá suceder uma justaposição do tipo de transição, e que a essência do encadeamento entre os variados eventos, funciona como um gerador para as transições sentidas pelo indivíduo (Meleis et al., 2000).

Quanto aos padrões, as transições poderão ser classificadas como simples ou múltiplas, e estas últimas poderão ser classificadas como sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas.

Este processo de transição é complexo e individual, caracterizando-se por etimologias díspares que poderão estar relacionadas com uma alteração na fase de desenvolvimento, uma vicissitude da vida, um processo de saúde/doença, ou questões que abrangem o ambiente social, político ou económico. Também os padrões podem ser distintos, acarretando que as transições poderão ocorrer num único momento, concomitante ou sequencialmente, podendo estar ou não relacionadas entre si.

Na mudança para um comportamento de saúde é muito importante a caracterização do modo de como o indivíduo está a vivenciar a situação (propriedade), e se consciencialize para a mudança que esta implica (*awareness*). Se esta consciencialização não for conseguida, significa que o processo de transição não foi realizado (Meleis et al., 2000). É importante que o indivíduo se sinta envolvido neste seu processo de mudança, afetando o seu grau de compromisso neste processo (*engagement*).

As alterações e diferenças, são propriedades importantes nas transições, pois estas implicam sempre mudanças, mas estas não remetem obrigatoriamente para transições. Estas alterações surgem ao nível dos papéis, da identidade, dos relacionamentos, das aptidões e dos padrões de atuação dos indivíduos. As dimensões das alterações compreendem a essência, a temporalidade, a importância, as regras, e expectativas íntimas, familiares e sociais.

As transições segundo Meleis et al. (2000), variam ao longo do tempo, implicando uma perceção da mudança, que se caracteriza por ser um período de instabilidade, culminando posteriormente num período de estabilidade.

As condições das transições, podem ser facilitadoras ou inibidoras, particularizando-se por serem pessoais (crenças, atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento) ou relativas à comunidade, ajudando o enfermeiro a entender as condições que podem auxiliar o indivíduo a encontrar o seu bem-estar ou, pelo contrário, que poderá colocar em causa uma vivência saudável de uma transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

As infimas situações de transição que ocorrem ao longo do ciclo de vida, sobretudo as situações de saúde/doença, são o centro de atenção dos profissionais de enfermagem, pelo processo adaptativo que ditam e, tal como definiram Meleis & Trangenstein (1994), a função da enfermagem reside em simplificar e apoiar nos processos de transição, através do cuidar, pretendendo obter como resultado, a saúde e o bem-estar subjetivo, antecipando assim o advir de uma transição pouco saudável.

O cuidar em enfermagem caracterizado por uma capacidade de sensibilização, consciencialização e humanização, reconhece no indivíduo predicados reveladores de uma transição, com o intuito de a simplificarem de um modo saudável, surgindo desta maneira o cuidar transacional (Zagonel, 1999).

Meleis et al. (2000), acrescenta que, os enfermeiros poderão influenciar os processos de transição se a sua práxis estiver centrada no indivíduo e nas suas

necessidades efetivas e reais. Neste contexto Meleis (2007), remete para uma ideia informativa e evidenciada nos conhecimentos subjetivos, e que abrangem a significação e a compreensão das necessidades pessoais, considerando os seus valores, preferências e resoluções.

De modo que o enfermeiro compreenda as vivências do indivíduo nos processos de transição, é essencial que seja efetuado um trabalho de identificação das características pessoais, da sociedade e da comunidade onde este se integra, pois estas condicionantes, poderão funcionar como facilitadoras ou dificultadoras da transição, levando a uma reedificação da sua identidade, à modificação dos comportamentos e à inserção de novas capacidades na sua vida (Meleis et al., 2000).

É imprescindível realizar a uma avaliação dos indicadores que mostram como o indivíduo responde a este processo de transição, de modo a identificar como promover a sua saúde e bem-estar ou, pelo contrário, poderá também conduzir a situações de risco e vulnerabilidade (Meleis et al., 2000). Os indicadores, poderão estar ligados ao modo como o indivíduo que vivência este processo interage com os familiares e profissionais de saúde; como se sente ligado a estes; como está situado no tempo; e as estratégias *coping* a que recorre (Meleis et al., 2000) – indicadores de processo. Os resultados deste processo, baseiam-se na forma como o indivíduo controla estas novas aptidões, reconstruindo a sua identidade e revelando deste modo um processo de transição saudável – indicadores de resultado, que são medidos como mestria e identidade. A mestria é avaliada a partir das competências adquiridas, da iniciativa, da destreza psicomotora, da autoconfiança e da tomada de decisão e empreendimento de atos. A identidade reformulada, decorre de um processo de assimilação, onde existe um ajustamento entre o indivíduo e o contexto, um vínculo entre as atitudes assumidas anteriormente e as novas, resultando de um processo espontâneo e empreendedor da procura do equilíbrio, sendo influenciada pelo contexto, e caracterizando-se por ser uma identidade integradora fluida.

De modo a obter um processo de transição saudável, na perspetiva da práxis de uma enfermagem mais humanizada, científica, partilhada e holística, o enfermeiro carece de entender e alcançar o crescimento e desenvolvimento do indivíduo e família, ao longo do ciclo vital, ciente das complexidades e das acomodações às novas situações geradoras de instabilidade.

As intervenções terapêuticas em enfermagem, poderão ser entendidas como ações interventivas e contínuas ao longo do processo de transição. Estas deverão ser

proporcionadoras, de um saber e aptidão aqueles que a vivenciam, despertando uma habilidade de respostas positivas às transições, aptas para o restabelecer da sensação de bem-estar. Os enfermeiros promovedores de um cuidado transicional valorizam o indivíduo, uma vez que os cuidados prestados estão ligados ao desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento pessoal através de uma maior consonância e confiança.

De maneira a garantir que estes resultados sejam conseguidos, o enfermeiro deverá estar presente ao longo de todo o processo, proporcionando o saber aos indivíduos que o vivenciam, assim como aqueles que o rodeiam, e promovendo deste modo um nível efetivo de saúde e bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Schumacher & Messias, 2000).

A partir da teoria das transições de Meleis, os enfermeiros possuem ferramentas que servem de apoio no entendimento dos fatores contidos num processo de transição na vida de um indivíduo, possibilitando assim a promoção da saúde.

É imprescindível estar atento às unicidades deste processo, do indivíduo que a vivência, e da situação, tendo por intuito uma intervenção pedagógica bem-sucedida.

O apoderamento da transição, compreende mudanças que exigem uma capacidade de ajustamento e adaptação. Ao experienciar novos conhecimentos e situações, surge um potencial de desajustamento, cabendo à enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou circunstância (Abreu, 2008).

3 - PERCURSO DE APRENDIZAGEM: ATIVIDADES REALIZADAS

Este percurso, teve o seu início com a elaboração de um projeto de estágio, que citando Ruivo, Antunes, Lopes, Leal & Deodato (2010, p.4) “Desenvolve-se num determinado quadro, contextual, prescritivo e normativo, a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado”.

Tendo por finalidade o desenvolvimento dos objetivos e das competências específicas do EEESMP nas diferentes fases do ciclo de vida, e considerando as necessidades da pessoa/família com doença mental, o estágio foi organizado em dois contextos, o comunitário e o hospitalar. Neste capítulo pretendo assim descrever, os diferentes momentos da execução do meu projeto, as diferentes etapas de modo a atingir e desenvolver as competências do EEESMP, assim como as dificuldades sentidas ao longo do mesmo.

De acordo com o estabelecido pela OE, o título de Enfermeiro Especialista confere competências científicas, técnicas, humanas e culturais, para prestar cuidados especializados nas diferentes áreas de atuação. O que difere a especialidade de Saúde Mental das restantes é o facto de se focalizar na “Promoção de saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.” (OE, 2018, p. 21427).

3.1 - Contexto Comunitário

O estágio em contexto comunitário decorreu, no período de 30 de Novembro de 2020 a 12 de Fevereiro de 2021, no Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES), numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A inclusão dos serviços de saúde mental nos cuidados primários, é a forma mais simples de garantir que os indivíduos possam ter acesso a cuidados de saúde mental quando necessitam, estando mais perto do seu domicílio, das suas famílias e conservando as suas atividades diárias. A doença mental, é ainda nos nossos dias causadora de um sentimento de rejeição e estigma na nossa sociedade. O indivíduo portador de uma perturbação mental, depara-se com o medo e os preconceitos sobre a doença mental. A estigmatização aumenta este sofrer, conduzindo à discriminação social.

No relatório “Não há mais tempo a perder” (2019, p.97), o Conselho Nacional de Saúde recomenda que:

- Seja concretizada a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários a nível nacional e dotada dos recursos financeiros e humanos necessários à prestação efetiva dos diferentes tipos de cuidados;
- Sejam criadas equipas de saúde mental comunitárias em todas as regiões de saúde, com os recursos necessários para prestar uma resposta de proximidade às pessoas que vivem com problemas de saúde mental articuladas com o serviço social e as entidades parceiros na comunidade.

A UCC, trabalha em parceria com as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Saúde Familiares (USF) e com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Trabalha também em articulação com outras instituições, como a Equipa Comunitária pertencente ao Centro Hospital Psiquiátrico de Lisboa, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), a Rede de Intervenção Integrada de Combate ao Isolamento, ao Abandono e à Violência [REDACTED] a Segurança Social, a Câmara Municipal e as Juntas de Freguesia do concelho.

Segundo o Regulamento da Organização e do Funcionamento da UCC (Despacho n.º 10143/2009).

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 (Artigo 3º, p. 15438).

A UCC tem por objetivo, colaborar na melhoria da situação de saúde da população do concelho, através de parcerias e recursos da comunidade, asseverando a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco e/ou dependência, agindo ao nível da Promoção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação.

Com o decorrer do estágio, o projeto inicialmente elaborado, foi sofrendo modificações, adaptando-se e moldando-se às exigências, necessidades sentidas e constrangimentos que foram surgindo, nesta época tão específica provocada pela pandemia COVID-19. O projeto não é um processo estanque, permitindo uma flexibilidade dos procedimentos que se desenvolvem ao longo deste, caracterizando-

se por ser dinâmico, adaptando-se e reorientando-se sempre que necessário (Leite, Malpique & Santos, 2001).

O objetivo geral proposto para este contexto foi:

- Avaliar quais as estratégias de *coping* em adultos com doença mental em contexto comunitário e os/as benefícios/implicações no seu estado mental.

Como objetivos específicos foram estabelecidos:

- 1) Conhecer os problemas em saúde mental em adultos em contexto comunitário;
- 2) Identificar as estratégias de *coping* nos adultos com doença mental em contexto comunitário;

A realização de um estágio deverá basear-se na incorporação da componente teórica na prática, desenvolvida em contextos reais, tendo como objetivo o aperfeiçoamento profissional, pessoal e relacional na prática do cuidar.

Primeiramente, há a referir que não exerço funções na área da psiquiatria, o que se mostrou uma dificuldade sentida por mim, mas sendo que elegi esta área de especialização por considerá-la transversal a todas as áreas da saúde, com uma enorme impacção na sociedade, ao nível do sofrimento pessoal e familiar, podendo funcionar como antecipadora do mau funcionamento familiar e da inaptidão do indivíduo em se integrar na sociedade. Cabe ao EEESMP.

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial (OE, 2018, p. 21427).

Nos primeiros dias, revi-me enquanto aluna do curso de enfermagem geral há muitos anos, assimilando as rotinas, os termos, o saber estar no contexto e na relação com o outro, causando-me um sentimento de insegurança, incerteza e até alguma angústia, recorrendo muitas vezes através das minhas reflexões ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica particularmente na primeira competência, e no descritivo.

A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas,

sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados (OE, 2018, p.21428).

Ao longo do estágio foram sendo realizados vários momentos de partilha das dificuldades, dos métodos de trabalho, das estratégias para resolução de problemas e de reflexão, com o enfermeiro orientador clínico e o professor orientador do mestrado, revelando-se importantes para a aquisição da competência do EEESMP, pois favorecem a autorreflexão, ajudando a questionar o meu “eu”, a minha prática, e permitindo o desenvolver de competências ao nível do autoconhecimento, ao nível emocional e comunicacional.

3.1.1 - Atividades desenvolvidas

a) Visita Domiciliária de Enfermagem de Saúde Mental (VDESM)

A equipa multidisciplinar da UCC, conta na sua composição com um EEESMP que desenvolveu neste contexto profissional o projeto [REDACTED] que surgiu com o propósito de prestar cuidados especializados à pessoa e família na comunidade, carenciados desse apoio específico. É um projeto dirigido principalmente para a promoção, reabilitação e adaptação aos processos de saúde e doença, incidindo nos idosos com demência e em risco de depressão (Bidarra, 2017). A população alvo destes cuidados, são todos os indivíduos que deles necessitam, sendo referenciados através de norma interna de atuação elaborada pelo grupo de trabalho dos EEESMP do ACES.

Na UCC o EEESMP, dedica-se à saúde do Adulto/Idoso, com vários diagnósticos possíveis, nomeadamente:

- Memória a curto e longo prazo comprometida;
- Papel do prestador de cuidados comprometida;
- *Stress* do prestador de cuidados;
- Aceitação do estado de saúde comprometida;
- Abuso de substâncias (álcool, tabaco);
- Alucinação;
- Ansiedade;
- Autocontrolo comprometido;
- Autoestima baixa;
- *Coping* comprometido;
- Humor comprometido;

- Insónia;
- Interação social comprometida;
- Não adesão ao regime terapêutico;
- Processo familiar de luto comprometido;
- Processo de pensamento comprometido;
- Tristeza.

Esta VDESM operacionaliza-se da seguinte forma:

- Sempre que o profissional identifique situações com necessidade de cuidados em ESMP, referencia para o EEESMP, para uma avaliação e eventual acompanhamento;
- Preenchimento do documento de referenciação, com a identificação dos diagnósticos levantados, enviando-o em suporte de papel ou informático, e sempre que possível complementando-o com um contacto telefónico;
- A consultoria poderá ser realizada presencialmente, ou através de outro projeto pré-definido na unidade funcional;
- O preenchimento da folha de referenciação, é complementado a partir de um registo em SClínico, com a identificação dos diagnósticos;
- Após o pedido de referenciação, o EEESMP elabora uma resposta no prazo de 48 horas, existindo uma articulação de cuidados entre os vários técnicos envolvidos e uma partilha de informação acerca do plano psicoeducativo e psicoterapêutico à família e indivíduo;
- Após o término da intervenção e relação, é dado um retorno da informação a quem fez o pedido de referenciação.

Estas VDESM, são realizadas numa regularidade diária, e são agendadas de um modo flexível indo de encontro às necessidades pessoais de cada indivíduo/família, com a finalidade maior de promover “A reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, procurando atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (OE, 2018, p. 21430) de modo a mitigar as necessidades do indivíduo e família.

O EEESMP, tem um papel basilar na orientação dos indivíduos que padecem de doença mental e dos seus familiares, na identificação de sinais e sintomas de recaída e no estabelecimento e desenvolvimento de estratégias face a esta fonte

geradora de *stress* - a doença -, fazendo assim o indivíduo sentir que é o alvo do cuidado e de suporte, tendo em ponderação as diferentes mudanças, transições sentidas. Segundo a teoria de transições de Meleis, o papel do enfermeiro é atuar próximo do indivíduo que não está apto para uma determinada transição, desenvolvendo um conjunto de intervenções para que este consiga assim dissipar os seus problemas de uma maneira fundamentada e encaminhada, a partir do recurso a estratégias de *coping*.

Ao longo destas 42 visitas domiciliárias que realizei, foi uma constante de atuação, a inclusão das variadas áreas de atuação da equipa multidisciplinar, e que se tornam vitais na integração do indivíduo portador de doença mental na sociedade e meio onde se encontra (saúde, social, profissional e ocupacional), tornando-o ativo e produtivo, respeitando ao mesmo tempo as suas capacidades, através dos pedidos enviados aos médicos de família, para referenciação de consultas com os parceiros sociais, como é o caso do [REDACTED], que tem como objetivo, a promoção da psicoeducação e o envolvimento ativo dos indivíduos e famílias com vista à redução de internamentos e à reabilitação psicossocial, exames auxiliares de diagnóstico, para a rede de reabilitação, terapêutica, e o desenvolver de atividades como as técnicas de comunicação terapêutica, terapia psicoeducativas e psicoterapêuticas; a Unidade Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental (referenciação de indivíduos com dependência alcoólica), consultas nos hospitais de referência, através de pedido direto efetuado a partir de correio eletrónico (mail) para médico responsável. Estas visitas, são sempre completadas com o devido registo em suporte informático, na plataforma do SClínico, com a elaboração/atualização do plano de cuidados e notas de campo.

Os problemas em saúde mental mais comuns nesta comunidade são:

- *Stress* do cuidador;
- Esquizofrenia;
- Dependência abusiva álcool;
- Perturbação do Humor.

O contato com estes indivíduos portadores de doença mental e familiares, possibilitou-me o aperfeiçoar da comunicação terapêutica, tendo estabelecido gradualmente uma melhor relação terapêutica que me permitiu planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem, numa relação de parceria com os

indivíduos/família, pois o enfermeiro ao estabelecer uma relação de empatia e de confiança com o utente/família, cria uma relação de ajuda.

Numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não-verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade (Chalifour, 2009, p. 33).

A realização destas consultas de enfermagem, possibilitou-me especialmente compreender e refletir sobre os vários aspetos da construção da relação terapêutica e do papel do EEESMP na mobilização de si mesmo como “Instrumento” terapêutico bem como no desenvolvimento das vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico (OE, 2018).

Estas VDESM, foram registadas em documento elaborado, tendo por base a caracterização do indivíduo/família, diagnóstico, notas de campo e registo das estratégias de *coping* identificadas nas mesmas (Apêndice I).

Foi realizado neste contexto, um estudo de caso e implementado um plano de cuidados a um dos utentes (género masculino, 43 anos, com o diagnóstico médico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva) a necessitar da intervenção específica do EEESMP. As intervenções do EEESMP, visam ajudar o ajuste das respostas do indivíduo/família mediante os problemas particulares relacionados com a saúde/doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação, *stress* do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo por objetivo maior, impedir o deterioramento da situação, a desinserção social, a promoção, a recuperação e diminuição da qualidade de vida de toda a família (OE, 2015).

O papel do enfermeiro de saúde mental na comunidade, serve como facilitador desta transição de saúde/doença, no seio da família e da sociedade onde o indivíduo se insere, uma vez que o conhece de um modo mais particular, pois este está inserido no seu meio, dando a conhecer ao enfermeiro, todas as suas vivências, aptidões, medos.

Ainda existem fatores que podem funcionar como facilitadores ou dificultadores de um processo de transição eficaz, como, por exemplo, os conhecimentos e capacidade, o significado pessoal, as crenças e atitudes, o status socioeconómico, os recursos comunitários e sociais. Assim, os padrões de resposta, o sentir-se envolvido, a confiança e o *coping*, a interação a mestria, são indicadores de processo e de resultado relativamente à adaptação a uma transição. (Meleis, 2000, p.20)

A implementação do plano de cuidados específico, teve por base o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem (Sampaio, Sequeira & Lluch Canu, 2018). Este modelo baseia-se basicamente, num modelo estrutural (“chapéu de chuva”) no qual poderão ser alocadas todas as intervenções psicoterapêuticas realizadas pelo EEESMP, assentando-se totalmente nas taxonomias de Enfermagem, incluindo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação das Intervenções em Enfermagem (NIC).

b) Programas e Projetos com participação da UCC

Tive a oportunidade de participar em várias reuniões com equipas e grupos de trabalho, nomeadamente a EPVA, o NACJR e o programa ██████████, onde de um modo geral o EEESMP atua ao nível da consultoria.

Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade (...), desempenhando o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade” e ainda como coordenador e gestor de casos em indivíduos com doença mental, inserido numa equipa multidisciplinar (OE, 2019, p. 4746).

O papel do EEESMP na EPVA, é de uma importância vital na excelência dos cuidados e prevenção da doença mental, podendo funcionar como facilitador na resolução de assuntos de menor complexidade que abrangem a saúde mental, no reconhecimento dos casos com doença mental, no reconhecimento das mais variadas vulnerabilidades sociais, conflitos interpessoais, nos casos de violência, abuso ou negligência nas suas mais variadas formas, servindo neste particular contexto também como meio de articulação com outros serviços de saúde ou entidades (OE, 2018), reconhecendo a violência, em todas as suas dimensões, como um problema de Saúde Pública, passível de acontecer a qualquer indivíduo ao longo do seu ciclo vital.

É assim de primordial interesse, a criação destes projetos, nomeadamente através da deteção de risco das situações, gestão e encaminhamento dos ocorrências sinalizadas; rentabilizando assim os recursos já existentes e promovendo a renovação progressiva no paradigma da intervenção em saúde neste fenómeno que é a violência, focada na prevenção da ocorrência dos atos violentos e não nas suas nefastas consequências físicas e psicológicas.

No que diz respeito ao NACJR, ao EEESMP enquanto membro deste núcleo, cabe o papel tanto ao nível da consultoria, como e segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde

Mental e Psiquiátrica, (OE, 2018 p. 21430), a “Promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”. Este cuidar, aplica-se à criança e jovem referenciados para este núcleo, ao nível da prevenção da doença mental e proteção da saúde mental, prevenindo os comportamentos desajustados neste processo de transição nas suas vidas. Os indivíduos praticantes ou incitadores destas situações de risco, terão também eles de ser avaliados, num contexto de doença mental nas suas mais variadas vertentes, desde o risco até à sua reabilitação.

O programa [REDACTED] tem o objetivo maior de promover a segurança e criar condições para a manutenção da autonomia e qualidade de vida do idoso, através da proteção e segurança, assegurando que possam viver em casas seguras e adaptadas à sua condição, reduzindo o isolamento e a solidão, sensibilizando os profissionais de saúde para a necessidade de sinalização, encaminhamento e colaboração com outras entidades nas situações de ocorrência de abuso e violência, designadamente em situações de violência doméstica e de género e reforçando a sinalização e acompanhamento destas pessoas em situações de isolamento e vulnerabilidade económica, garantindo que as mesmas consigam ter acesso a todos os benefícios e ajudas a que têm direito. A função do EEESMP, é neste contexto de uma relevância capital, pois na especificidade da sua prática clínica, abarca em si a sublimidade na relação, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo do cuidar do indivíduo, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital (Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, OE, 2019); a intervenção na população idosa, tem como objetivos a prevenção do isolamento, a depressão e o suicídio, através de estratégias como, o alargamento do suporte social, a inclusão e envolvimento em atividades, a ligação familiar, e estratégias de apoio social e médico. Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018), descrito na segunda competência, o enfermeiro deverá assistir o indivíduo ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, através da recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a sua promoção, proteção e prevenção da perturbação mental. Ao mesmo tempo e baseada na terceira

competência, ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, quando integrada no seu contexto familiar, em grupos e na sua comunidade, a readquirir a sua saúde mental, recrutando os recursos disponíveis em cada um destes contextos, enquanto membro de uma equipa multidisciplinar nos mais variados contextos da sua prática, responsabiliza-se pelos cuidados interdependentes e autónomos em saúde mental e psiquiatria, evitando a exposição, violência doméstica, negligência e maus tratos ao indivíduo ao longo do ciclo de vida. O EEESMP, assume um papel preeminente na melhoria do envelhecimento com qualidade, desenvolvendo estratégias de promoção da autoestima, serenidade psicológica, atividades cognitivas e interações sociais, contribuindo para a proteção, para a dignidade dos cuidados e da dignidade das pessoas idosas.

c) Formação aos pares

A pandemia COVID-19, trouxe consigo exigências e pressões extraordinárias sobre os sistemas de saúde em todo o mundo e, em particular, sobre os profissionais de saúde, afetando de um modo assaz perturbador a nossa rotina diária, intensificando a dúvida e o desconhecido com particular impacto nas instituições de saúde, especialmente nos aspetos que dizem respeito à sobrecarga de trabalho, controlo da situação, recompensa e reconhecimento pelas chefias e população, comunidade, ausência de justiça, e a não preparação do sistema de saúde para esta pandemia. Estes fatores, entre outros, podem conduzir os Profissionais de Saúde ao *burnout* (Leiter, 2020; Maslach, 2020).

Num estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (2020), com a participação de profissionais de saúde, os resultados mostraram que cerca de 72% apresentavam níveis moderados ou elevados de exaustão emocional e de *burnout*. Este estudo foi realizado em três momentos distintos durante a pandemia, indicando que a propensão dos níveis de *burnout* foi gradual.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, “O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019, p. 4749).

Neste sentido, devido também ao fato do enfermeiro orientador clínico, pertencer ao Núcleo de Risco que presta apoio aos profissionais de saúde em tempos de pandemia, e aquando do contacto com os enfermeiros nas variadas unidades

funcionais, estes expressarem a sua preocupação, ansiedade, insegurança e sentimentos de desesperança ao lidar com esta situação pandémica, o que era demonstrativo do escasso recurso às variadas estratégias de *coping*, foi então pensada uma medida de apoio.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2020), a intervenção neste momento de crise deve ser alicerçada no acolhimento do indivíduo e das suas comoções, de uma forma sensível, empática, por meio da escuta ativa e qualificada, que é o sustentáculo da edificação de uma comunicação terapêutica eficaz. As intervenções, devem ter como objetivo e foco, uma capacidade de enfrentamento eficaz, na resolução de problemas, na esperança e ideias positivas, de modo a incitar respostas psicológicas e emocionais adaptativas e saudáveis (*capacidade e utilização de estratégias de coping*).

Foi elaborado um panfleto denominado de “*Coping* em tempos de Pandemia” (Apêndice II), que foi partilhado e distribuído pelos enfermeiros das diversas unidades funcionais, acompanhado por uma formação individual acerca das estratégias de *coping*, e de uma técnica de relaxamento; este panfleto foi aprovado e adotado pela comissão de risco já depois do término do estágio neste contexto.

Foi realizada uma formação coletiva, na UCC, acerca do mesmo tema, denominada de “Estratégias de *Coping*”.

No final das variadas sessões realizadas em grupo e as individuais, foram elaborados dois questionários de avaliação com preenchimento virtual – Google Forms (Apêndice III e IV).

Na avaliação surgiram comentários que demonstram claramente a opinião dos vários profissionais, com este tipo de medidas de apoio, tais como:

- ✓ É sempre uma mais-valia na nossa prática diária;
- ✓ Esta formação tem muita pertinência nesta altura. Alguns profissionais poderão estar a esconder/viver situações de stress relacionadas com a pandemia, e estas técnicas sublinhadas na formação, poderão ajudar a ultrapassar/minimizar os efeitos adversos;
- ✓ Neste âmbito seria necessário disponibilizar uma intervenção regular.
- ✓ A própria formação, tendo em conta a modalidade individual, já foi em si uma forma de pararmos um pouco para refletir e partilhar;
- ✓ Seria proveitoso proporcionar momentos informais de alívio do *stress*;

- ✓ Folheto conciso e bem elaborado, para ser aplicado numa altura tão difícil;
- ✓ Muito interessante e pertinente nos tempos que decorrem;
- ✓ Tema oportuno. Deveria haver com mais continuidade.

A pandemia COVID-19 poderá ter, sem qualquer dúvida, importantes consequências psicológicas para os profissionais de saúde, tornando-se de extrema importância a implementação de ações de modo a amenizar os seus impactos, protegendo e promovendo o bem-estar psicológico destes profissionais durante e após o surto (Blake et al., 2020).

3.2 - Contexto Hospitalar

O estágio em contexto hospitalar, decorreu no Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria e Ligação de um Hospital na Zona da grande Lisboa, no período de 18 de Fevereiro de 2021 a 16 de Abril de 2021.

Teve como objetivo geral:

- Avaliar quais as estratégias de *coping* nas crianças e adolescentes em regime de internamento na Pediatria e Pedopsiquiatria e os benefícios no seu estado mental.

Como objetivos específicos:

- 1) Conhecer os problemas em saúde mental em crianças e adolescentes em regime de internamento em Pedopsiquiatria;
- 2) Conhecer os problemas em saúde mental em crianças e adolescentes em regime de internamento em Pediatria;
- 3) Identificar as estratégias de *coping* mais comuns em crianças e adolescentes internadas.

A OMS calcula que cerca de 20% das crianças e adolescentes manifeste no mínimo uma perturbação mental antes dos 18 anos.

Os problemas em saúde mental, emergem de uma mutualidade complicada entre a criança/adolescente/família e o meio social e cultural onde se encontram inseridos, devendo serem acolhidos e respeitados como cidadãos com interesses e direitos próprios, e a serem tratados como indivíduos ativos da sociedade e não como meros destinatários inativos de cuidados.

Esta unidade, reformulada na sua capacidade em 2016, apresenta uma capacidade máxima para 16 internamentos de crianças e adolescentes até aos 18

anos (exclusive), com situações psicopatológicas agudas e subagudas, com exclusão das situações de toxicod dependência e delinquência (quando estes são o único problema), residentes na Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo, ARS do Alentejo e Algarve e Regiões Autónomas (Almeida, Ferreira & Nabais, 2010).

O acesso à unidade é realizada por duas vias: através da urgência pedopsiquiátrica ou pela referenciação realizada pelo médico assistente em consulta externa, ou seja, internamentos programados.

Na altura de pandemia enquanto decorreu o estágio, as crianças e adolescentes não tinham contacto físico com os pais ou tutores legais, sendo que este era realizado através de duas formas:

1. Contacto telefónico, (4 x dia - 2 do jovem para a família e 2 da família para o jovem),
2. Videochamada (1 x dia, em horário a combinar com a família e com a presença do profissional de saúde, de modo a observar e mediar a dinâmica familiar)

As patologias mais frequentes são:

- Perturbações do comportamento alimentar;
- Perturbações disruptivas do comportamento;
- Perturbações do espectro do autismo;
- Tentativas de suicídio.

3.2.2 - Atividades Desenvolvidas

No decorrer do estágio foram desenvolvidas atividades com relevância para a minha aprendizagem, entre as quais a participação na organização da prestação de cuidados de enfermagem, incluindo as conferências familiares via plataforma digital; participação enquanto coterapeuta na execução de técnicas de intervenção psicoterapêuticas como a Cinerapia, Relaxamento e como terapeuta na atividade da Psicoeducação; integração na equipa de ligação e consultoria; realização de teleconsultas de enfermagem de follow-up após a alta e a realização de um estudo de caso.

a) Organização da prestação de cuidados

No momento da admissão ao serviço, é realizado o acolhimento à criança/adolescente e família/acompanhante ou representante legal, avaliado o

estado mental da criança/adolescente, o levantamento das suas necessidades e da família, procedendo ao registo das mesmas.

A organização dos cuidados de enfermagem e a metodologia de trabalho adotada pela equipa, é a do método de enfermeiro de referência ¹ (Costa, 2004).

A cada criança e adolescente, são atribuídos dois enfermeiros e um pedopsiquiatra de referência, que em conjunto estruturam/definem um projeto terapêutico personalizado. Deste modo, a partir das reuniões multidisciplinares que ocorrem diariamente, é debatido, ajustado e promovida a continuidade do projeto terapêutico de cada jovem.

As intervenções de caráter autónomo² são privilegiadas, estando as mesmas imbuídas em fundamentos psicodinâmicos. Para além da intervenção individual, são realizadas intervenções em contexto grupal, com uma equipa de enfermagem responsável por cada atividade e estando divididas semanalmente em:

Segunda-feira - Expressão Dramática

Terça-feira - Dança e Movimento

Quarta-feira - Terapia pela arte

Quinta-feira - Psicoeducação

Sexta-feira - Cineterapia

Sábado - Autocuidado

Domingo – Relaxamento

Neste contexto, foi possível o desenvolvimento de variadas técnicas de comunicação apropriadas a esta população, aprofundando o conhecimento e prática sobre as técnicas de entrevista, sobretudo na colheita de dados e num conhecimento mais íntimo da criança/adolescente e família. Foi assim possível identificar a existência de possíveis agentes *stressores* e estratégias de *coping*, que permitiram o delinear de um plano de cuidados e o desenvolvimento de intervenções no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A edificação de uma relação terapêutica foi decisiva para a elaboração de qualquer intervenção, tendo-me sido permitido descobrir formas particulares para o seu desenvolvimento, designadamente no recurso à brincadeira e aos jogos como

¹ O principal objetivo é a humanização dos cuidados e a principal característica distintiva face a todas as outras, é a descentralização das tomadas de decisão, o que implica o reconhecimento, por parte da administração, do direito das enfermeiras que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias para assegurarem a qualidade (Costa, 2004).

² Intervenções iniciadas pela prescrição do enfermeiro, nas quais os enfermeiros se responsabilizam pela sua prescrição, implementação e avaliação." (Sequeira, 2013, p. 6).

meios de relacionamento com o outro. Tal como mencionado por Silva, Carneiro, Brito e Gomes (2017, p. 129), “é da natureza humana, brincar e a sua função primordial é a descoberta do mundo”. O contacto destas crianças/adolescentes, com os seus familiares/cuidadores, durante este período era maioritariamente efetuado através das chamadas telefónicas, e videochamadas, tendo sempre em atenção e consideração, as indicações da equipa médica e, termos de relacionamentos familiares e sociais benéficos ou prejudiciais para estas, assim como as exclusões legais. Quando necessário e indicado, tanto as chamadas telefónicas, como as videochamadas eram mediadas e vigiadas por um dos elementos da equipa multidisciplinar, com o intuito de também conseguir perceber a dinâmica e a relação destes. Quando a equipa médica assim acha pertinente e terapêutico, para a criança/adolescente, são proporcionadas reuniões com os familiares ou tutores legais, de modo a mediar estes comportamentos, relações, e num preparar da alta.

b) Intervenções psicoterapêuticas

Psychotherapy is the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable (Norcross, 1990, p. 218)

Tive a oportunidade de participar enquanto co-terapeuta nas atividades da cineterapia e no relaxamento que decorrem no serviço.

Cineterapia

O cinema como arte, é utilizado como uma estratégia de *coping*. Segundo Richamont (2010), os filmes funcionam como metáforas que poderão ser utilizadas em terapia. Estes questionam o funcionamento afetivo, fomentam o *insight* cognitivo, o “dar-se conta de...”. Por favorecerem a estimulação dos sentimentos, intensificam a possibilidade de os indivíduos refletirem sobre diferentes atitudes e anseios, sendo adaptada para adultos e adolescentes. A imagem, a palavra e a música que o espectador capta do filme, podem afetá-lo, produzindo nele uma introspeção e uma identificação que com a ajuda do terapeuta, poderão funcionar como um espaço terapêutico. A sua utilização, origina resultados positivos em diferentes valências como por exemplo, na melhoria da felicidade, da qualidade de vida, da depressão, entre outros.

Os filmes são escolhidos antecipadamente pelo enfermeiro responsável, tendo sempre como premissa, que a sua mensagem e conteúdo, falem com os jovens aqui

internados, construindo uma relação com a sua situação clínica, pois e segundo Gary Solomon (2001) – um dos primeiros psicólogos a abordar o recurso de filmes como terapia – os filmes selecionados deverão refletir de algum modo o problema do(s) espetadores.

Um dos pontos fortes desta técnica, é que pode melhorar as competências sociais e de comunicação dos participantes, através da aptidão para apreender os seus processos emocionais e meditando sobre os sentimentos ou opiniões dos outros.

Na sessão em que participei, foi visionado o filme “*Lars and the Real Girl*”, que aborda o tema do estigma no doente mental, a necessidade dos afetos e dos relacionamentos. Após a exibição do filme, as crianças e adolescentes são convidados a enumerarem as ligações e semelhanças que descobriram entre o filme, as suas vidas e as situações atuais em que se encontram, conseguindo neste caso identificarem de um modo mais ou menos claro, os sentimentos e emoções sentidas por eles no relacionamento com os outros, nas dificuldades sentidas nestas relações, e de como muitas vezes é melhor não ter relações sejam de amizade ou de outro tipo, pois os outros não os percebem, não os entendem e muitas das vezes não os aceitam como são, preferindo assim recorrerem ao isolamento social.

A hospitalização contribui para a falta da individualidade e independência, demarcando um novo quotidiano para o adolescente, que incorpora procedimentos dolorosos, aflitivos e, em certa medida, a privação do direito de escolha e decisão sobre si mesmo num todo.

Tudo isto, é revelador de difíceis imposições para o adolescente, uma vez que, num ambiente desconhecido, tem de aprender a conviver com a transição da saúde para a doença, além das mudanças peculiares desta fase, degradando-se a sua qualidade de vida, as suas rotinas e papéis e um interromper de planos vindouros (Maas & Zagonel, 2005; Almeida, 2008).

Relaxamento

O sofrimento mental surge ao longo do ciclo de vida, de um modo com maior ou menor intensidade, sendo, porém, transversal à própria existência do ser humano.

O relaxamento “é uma técnica que contribui para a diminuição do *stress*, diminuição da angústia e da emotividade e, conseqüentemente, leva a uma homeostasia e reforça a tranquilidade e o equilíbrio.” (Carvalho, Rodrigues e Salvador, 2008, p.45).

De acordo com Townsend (2011, p. 601), as técnicas de relaxamento “resultam numa resposta fisiológica oposta à da resposta de ansiedade e as atividades físicas libertam o excesso de energia de maneira saudável”. A autora considera também que, os enfermeiros estão na posição perfeita, para conseguirem acompanhar o indivíduo na administração das questões arroladas com a ansiedade.

O relaxamento está relacionado a duas grandes teorias, a fisiológica (relaciona-se com os estados de *stress* e relaxamento do sistema nervoso autónomo, endócrino e músculo-esquelético) e a psicológica (está ligada diretamente às teorias cognitiva, comportamental e cognitivo comportamental), Payne (2003).

O relaxamento tem por objetivos: prevenção e proteção do organismo de doenças que envolvam o *stress*, tratamento do *stress* expressado pelo indivíduo portador de uma doença orgânica e como uma estratégia de *coping* para lidar com o *stress*, tranquilizando a mente e possibilitando deste modo, que o pensamento se torne mais óbvio e eficiente (Payne, 2003).

O relaxamento ajuda a proporcionar uma sensação de calma em contextos geradores de *stress*, de ansiedade e tensão muscular, funcionando concomitantemente como um meio auxiliar para melhorar a saúde física, mental e emocional.

Para Payne (2003), as sessões de relaxamento são benéficas especialmente no indivíduo com uma perturbação da ansiedade, pânico, depressão, dependência de substâncias como o tabaco, álcool e benzodiazepinas, perturbações alimentares, insónia, entre outras. O propósito das técnicas de relaxamento, é a indução de um estado de relaxamento global, produzindo uma resposta aos agentes *stressores* com que o indivíduo se depara (Shah, Klainin-Yobas, Torres & Kannusamy, 2014), conduzindo a uma diminuição da irritabilidade, ansiedade, tensão muscular e fadiga.

No serviço, esta técnica é utilizada como técnica de grupo, num espaço do internamento denominado como ginásio, que permite pela sua dimensão e características físicas, a aplicação desta intervenção. Normalmente é acompanhado de música relaxante, com a narração de uma história e um relaxamento gradual dos grupos musculares, tendo uma duração de aproximadamente de uma hora. No final é proporcionado aos adolescentes, um período de transição, do relaxamento para um despertar completo, e são expressas as emoções sentidas ao longo do relaxamento.

Esta é uma atividade preferida por muitos dos adolescentes, pelas sensações, sentimentos que lhes provoca.

Psicoeducação

Foi delineado no início do estágio, que seria a responsável por duas intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente na psicoeducação.

A psicoeducação, é uma técnica que combina em si, os meios psicológicos e pedagógicos com o objetivo de ensinar o indivíduo/família/sociedade, sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre o seu tratamento, sendo assim possível o desenvolver de um trabalho de literacia em saúde.

São utilizados conhecimentos teóricos de diferenciadas disciplinas, com o objetivo que o seu destinatário possa adquirir uma compreensão holística da sua angústia, tristeza ou sofrimento, podendo ser utilizada em contextos dispares.

A psicoeducação incide na prevenção de recidivas e na prática de competências, como por exemplo, as competências sociais.

A psicoeducação em saúde mental, tem por objetivos o proporcionar de conhecimentos acerca da doença, dos seus sinais e sintomas, dos sinais de recaída, do regime terapêutico, de estratégias para conviver com os estados geradores de *stress (coping)*. Esta informação fornecida ao indivíduo/família/sociedade, irá permitir uma diminuição do grau de ansiedade, melhorando ao mesmo tempo a relação familiar e psicossocial.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que ocupam um lugar privilegiado para efetuarem as intervenções psicoeducativas, uma vez que, relacionam-se com os indivíduos doentes e com as suas famílias, nos vários contextos clínicos e comunitários, nas diferentes fases da doença mental, desde a fase aguda ao processo de reabilitação e reintegração na comunidade. O indivíduo portador de uma patologia mental, precisa de entender a diferença entre as características pessoais e as características da doença, por forma ao enfermeiro poder ajudá-lo a lidar com toda a problemática que envolve a sua patologia, nomeadamente, o conhecer melhor a doença, a sua sintomatologia, os sinais de descompensação e estratégias de *coping* para lidar com as situações *stressantes* do quotidiano.

Apoiando-se em variados estudos realizados Lukens & McFarlane (2004), defendem que, as intervenções de âmbito psicoeducacional mostram efeitos evidentes na diminuição dos sintomas relacionados com a perturbação mental, nomeadamente na ansiedade e na depressão, alargamento temporal entre os episódios agudos; a uma melhora da qualidade de vida e autoestima do indivíduo; a uma supremacia das relações familiares e um aumento na adesão à terapêutica.

Para a avaliação das sessões foi tido em conta a participação dos adolescentes durante a sessão e as suas partilhas com o grupo. A maioria dos intervenientes demonstrou interesse e um entendimento das problemática apresentadas e conhecimentos sobre as estratégias de *coping*, mostrando-se em intenções de mudanças de comportamentos por parte dos adolescentes. Além dos objetivos criados, estas sessões ajudaram na ligação e interajuda no grupo, sendo que os participantes se identificaram com os temas e com as experiências relatadas e vivenciadas por outros. Através da partilha, o grupo poderá criar maiores e melhores ligações entre os seus ideias, opiniões, emoções e comportamentos (Westen & Morrison, 2001).

Os temas das duas sessões que dinamizei como terapeuta, foram escolhidos como preconizado no serviço, pelos adolescentes mediante uma lista pré formulada.

A primeira sessão teve como título, “Estratégias para lidar com a Ansiedade” (Apêndice V), onde estiveram presentes 11 adolescentes.

A grande maioria, apesar de reconhecer as estratégias apresentadas e discutidas ao longo da sessão, admitiu não recorrer a estas para lidar com as suas situações potenciadoras de ansiedade.

As estratégias de *coping* identificadas foram o recorrer a amigos, a algumas atividades como o ler, escrever, o desporto, meditação e alguns à demonstração de algumas emoções como o chorar, ou o não falar com ninguém por medo de retaliações por parte de familiares, colegas, amigos ou professores.

Na segunda sessão foi abordado o tema da “Adolescência” (Apêndice VI). Nesta sessão, estiveram presentes 13 adolescentes. Foi uma sessão participativa, onde foram mencionados pelos adolescentes, os seus medos, angústias, receios, tristezas, dúvidas, frustrações, acompanhada também por muitos silêncios carregados de um profundo sentido em relação a algumas questões relacionadas com as mudanças emocionais e psicológicas sentidas nesta fase. No final, foi realizada uma pequena dinâmica, onde lhes foi pedido, que em grupos referenciassem três prós e três contras da adolescência.

Como prós tivemos frases como:

- “Já me sinto mais adulta”
- “Consigo fazer mais coisas sozinho”
- “Sou mais independente”

Como contras surgiram frases como:

- “Exigem mais coisas de mim”
- “É muito difícil ser adolescente”
- “Não sei lidar com a pressão”

No final destas intervenções, e após uma análise reflexiva, percebi o quão difícil é dinamizar estas atividades onde é indispensável, o conduzir verbalmente, o estar atento ao grupo. Numa fase inaugural, estava focalizada na planificação elaborada, que qualquer mudança funcionava em mim, como um fator causador de instabilidade, de ansiedade, mas fui-me apercebendo que muito dificilmente uma sessão acontece rigorosamente como planificada. É fundamental o engenho de ser flexível, mediante as alterações e instabilidades que surgem em cada grupo durante a sessão. A estruturação de cada sessão, tem como objetivo uma justificação e o promover de orientações a seguir, como refere Taylor, “as atividades não devem estar tão estruturadas a ponto de a sua implementação tornar-se o objetivo principal, em vez de ser a satisfação das necessidades do cliente” (1992, p.93).

Os sentimentos de desilusão e a ansiedade inicial, foram-se modificando, e proporcionou, permitindo-me com eles experienciar sentimentos, entender-me, e igualmente colocar-me em causa em toda a minha dimensão enquanto pessoa.

No final de cada sessão, considero que o objetivo foi alcançado para os que se permitiam estar naqueles 60 minutos, da forma que lhes era possível e com experiências tão diferentes. Dias & Carvalho, referem que os enfermeiros em pedopsiquiatria devem “concentrar-se nas emoções dos doentes ajudando-os a gerir-las de uma forma adequada; as crianças e jovens podem estar com raiva, com ódio, inquietos, agitados, tristes, deprimidos (...), mas não a ‘portar-se mal’, não perceber isto é reduzir a saúde mental a comportamentos socialmente normativos” (2017, p.67).

A intervenção, deve então viabilizar a expressividade das emoções, de uma forma adaptada, não consentindo que seja prejudicial ou nociva para si ou para os outros, onde os enfermeiros não aplicam títulos ou rótulos, ou fazem comentários danosos que sejam comuns na sociedade.

Os enfermeiros a partir deste tipo de intervenções, poderão começar uma relação de confiança com os indivíduos, facultar-lhes guias de orientação de forma a habilitá-los, e proporcionando-lhes o aprendizado de estratégias que lhes permitam, ter uma vida pessoal e social ativa, usando os seus recursos internos e externos e reduzindo o processo de transição saúde/doença.

No contexto das transições, torna-se essencial dotar as pessoas de conhecimentos de forma a alterar os seus comportamentos no sentido de que a mudança, quer ao

nível do estado de saúde, quer ao nível das expectativas ou quer ao nível das relações, ocorra da melhor forma. Este tipo de suporte é normalmente fornecido por enfermeiros que recorrem a intervenções para promover a melhor adaptação à transição. (Petronilho, 2007, p.31)

c) Equipa de ligação e consultoria

Indo de encontro aos objetivos iniciais, tive a oportunidade de integrar a equipa de consultoria e ligação de pedopsiquiatria do serviço.

As unidades de pedopsiquiatria de ligação, inserem-se na orgânica dos serviços de pedopsiquiatria. O trabalho desenvolvido, visa numerosos objetivos designadamente o clínico, o de diagnóstico e terapia da sintomatologia psiquiátrica em indivíduos com diagnóstico médico somático e indiretamente como consultoria de outras especialidades; uma função pedagógica junto do indivíduo, família, equipa de saúde.

A colaboração da pedopsiquiatria de ligação com os outros serviços, é geralmente solicitada por um médico de outra especialidade que acompanha a criança/adolescente, relatando a razão do pedido de referenciação e dados significativos da situação clínica, familiar e social.

Na ligação estabelecida com a criança/adolescente, é edificada uma relação empática com a sua dor, tentando entender a sua realidade passada e presente, de maneira a ser estabelecida uma relação terapêutica, mostrando respeito pelas suas incertezas e medos, possibilitando uma partilha autêntica e honesta.

A hospitalização por si só, é passível de incitar sentimentos de tristeza, quer pelo sofrimento sentido, pelo meio desconhecido, pela separação da sua casa, da família e dos amigos.

Uma patologia crónica ou grave, potencia o risco do despontar de uma perturbação psiquiátrica, funcionando como uma fonte de *stress* persistente, exigindo uma readaptação e recurso a estratégias de *coping* nesta transição, quer para o adolescente/criança como para a família. O impacto de uma doença física na saúde mental, está relacionada com o contexto inicial da doença, da sua duração, do seu grau de fatalidade e incapacidade criada. As estratégias individuais de *coping* envolvidas nesta fase, são indispensáveis para possibilitar uma adaptação à doença.

A equipa de ligação e consultoria do serviço de internamento de pedopsiquiatria, é constituída por pedopsiquiatras, psicólogo e duas EEESMP (uma dá apoio em casos ligados a crianças até aos 3 anos, a outra dos 4 até aos 18 anos).

O papel do enfermeiro de ligação, foi desenvolvido para dar resposta a alguns problemas como a identificação dos problemas de saúde mental e a necessidade de atender aos aspetos emocionais dos indivíduos, intervindo ao nível do apoio psicológico, orientação e educação. (Sharrock & Happell, 2002).

No modelo de ligação, o EEESMP é membro integrante da equipa intervindo na identificação da necessidade de cuidados especializados, expressando a sua opinião junto à equipa aquando da avaliação e tratamento dos indivíduos internados e, intervém também junto da equipa multidisciplinar aquando do surgimento de problemas inter-relacionais com o indivíduo doente.

Esta articulação entre os diferentes serviços, é cada vez mais essencial, invocando a uma intervenção holística, que se estabelece na prevenção da doença e na promoção da saúde, concomitantemente com um célere diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Considera-se assim, que o papel do EEESMP é preponderante na continuidade de cuidados, ao conseguir gerir os recursos de uma forma eficiente, gerindo e concebendo um cuidar em saúde mental, de acordo com as necessidades dos indivíduos, promovendo assim uma reabilitação psicossocial destes e objetivando a sua recuperação funcional após a alta hospitalar e a sua reintegração na comunidade.

Neste contexto, acompanhei a enfermeira orientadora clínica nas visitas do enfermeiro enquanto membro da equipa de ligação da pedopsiquiatria, no acompanhamento a dois adolescentes; um deles internado na unidade de infecciologia (estudo de caso), e um segundo na unidade de ortopedia proveniente da Guiné-Bissau de onde foi resgatado há cerca de 2 anos com a mãe, com 13 anos, com o diagnóstico de osteomielite. Já foi submetido a cerca de 80 cirurgias, com reinternamentos consecutivos. A doença é encarada não apenas como uma patologia específica, mas também como uma perceção individual e subjetiva de mal-estar de cada indivíduo, pois, o “processo de transição é único, pelas variáveis pessoais e contextuais, só é passível de compreensão na perspetiva de quem a experiência” (Mendes & Paiva, 2010, p.8). Assim, ao efetuar uma avaliação da situação do indivíduo em processo de transição, também deste modo os seus padrões de adaptação e estratégias de *coping* serão individualizadas.

As mudanças na saúde e doença geram processos de transição, e os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que, poderão afetar a sua saúde (Meleis, 2000, p.12).

Os enfermeiros desempenham um papel importante na adaptação e na modificação do conjunto de contextos e motivos da conduta dos indivíduos, respeitando os seus recursos internos.

d) Teleconsulta de enfermagem de follow-up pós-alta

Segundo o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2009), a consulta telefónica pode ser vista como uma extensão da relação anteriormente estabelecida entre o enfermeiro e o indivíduo, mais particularmente a consulta de follow-up pós-alta.

Esta consulta, considerada como uma intervenção de enfermagem, é realizada com o objetivo de uma prestação de cuidados de enfermagem enquanto seguimento pós-alta, garantindo assim a continuidade de cuidados ao indivíduo/família (OE, 2009).

Nesta teleconsulta de follow-up pós-alta, inserida na equipa de ligação da instituição, os objetivos prendem-se fundamentalmente com:

- i. Regime terapêutico (cumprimento e adesão, e recurso a terapêutica em SOS prescrita e a importância ao seu recurso, desmistificando tabús);
- ii. Reinserção familiar e social (reintegração escolar, acontecimentos no domicílio, episódios de risco considerados importantes, estratégias de adaptação e *coping*);
- iii. Marcação e comparência de consultas médicas pós-alta (a sua importância na continuidade da recuperação).

Esta é realizada entre o 7º e 10º dia pós-alta do serviço de internamento de pedopsiquiatria, num contacto com os pais ou tutores legais da criança/adolescente, sendo que a sua pertinência se prende particularmente com, a necessidade de investir em intervenções e estratégias que permitam o prevenir de reinternamentos.

De acordo com o Guia de Recomendações de Consultas de Enfermagem à distância (Telenfermagem), é de vital importância na sua realização, o adquirir de uma postura empática e tolerante, uma harmonia de conduta desprovida de julgamentos de valor, uma postura não-diretiva, certeza, flexibilidade, entendimento, tolerância e interesse, ajudando na verbalização de opiniões e emoções, e possibilitando um espaço para a realização de perguntas, (OE, 2021).

Foram realizadas um total de 12 consultas de follow-up, sendo depois realizado um registo em SClínico, tendo como foco segundo a CIPE, a “*Adesão ao regime terapêutico*”.

Esta consulta mostra-se benéfica, uma vez que, após o momento da alta clínica, a criança/adolescente/família terá que se adaptar a novas rotinas, sendo que muitas vezes surgem dúvidas perante a terapêutica, particularmente sobre o recurso aos SOS, sintomatologia associada e importância em cumprir o regime terapêutico e estratégias aprendidas durante o internamento. O papel desempenhado pelo EEESMP à distância, poderá esclarecer as dúvidas existentes, realizar ensinamentos e se necessário fazer o encaminhamento apropriado, cumprindo assim o preconizado pela OE auxiliando “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” (OE, 2018, p. 21427).

e) Estudo de Caso

O estudo de caso neste contexto, realizou-se integrado na atividade de ligação, com um adolescente internado na unidade de infecciologia com um diagnóstico médico de perturbação depressiva no contexto de patologia orgânica grave, desenraizamento cultural e privação familiar.

O papel do EEESMP, é essencial nas respostas humanas às transições decorrentes de eventos relacionadas com processos de saúde-doença, mas, também com os processos de vida, uma vez que preveem, avaliam, diagnosticam, trabalham e apoiam na convivência com as mudanças, estimulando um grau adequado de autonomia e bem-estar. O enfermeiro, esboça e delinea a implementação de ações planeadas, para cuidar dos indivíduos, incluindo o teor das intervenções e os objetivos esperados na implementação das mesmas (Meleis, 2007).

4 - O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEESMP - O CONSTRUIR DE UM CUIDAR ESPECIALIZADO

O termo competência, é definido como a aptidão de estruturar e combinar os valores, conhecimentos, experiências, aptidões e atitudes essenciais ao desempenho eficiente das atividades solicitadas no âmbito do trabalho, além da obtenção dos objetivos previamente estabelecidos.

As competências profissionais, alcançam-se na sua totalidade tendo na sua essência, o saber da prática no terreno, pois o indivíduo competente, apto e capaz, é aquele que tem a capacidade de incorporar todo o seu conhecimento e experiência obtida na ação de um modo eficiente.

4.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2019, p. 4744).

Ao longo do estágio e em ambos os contextos, as atividades desenvolvidas permitiram o adquirir das competências comuns aos enfermeiros especialistas.

Competências comuns: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019, p. 4745).

Na 1ª Competência – **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)**, salientam-se as atividades:

- A elaboração dos estudos de caso (A1³, A2⁴);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (A1, A2);
- A realização de teleconsultas de enfermagem de follow-up (A1, A2);

³ 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 (OE, 2019, p.4745);

⁴ Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019, p.4745).

- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (A1, A2);
- A realização das intervenções terapêuticas (A1, A2);
- A realização das sessões de psicoeducação (A1, A2);
- A realização de sessões de formação aos pares sobre estratégias de *Coping* (A1, A2);
- A elaboração dos jornais de aprendizagem e reflexões (A1, A2);
- A elaboração e apresentação do relatório de estágio (A1, A2).

Na 2ª Competência – **Melhoria contínua da qualidade (B)**, salientam-se as atividades:

- A ininterrupta revisão bibliográfica (B2);
- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (B1⁵, B2⁶);
- A elaboração dos jornais de aprendizagem e reflexões (B1, B2, B3⁷);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (B1, B2, B3);
- A elaboração e apresentação do relatório de estágio (B1, B2).

Na 3ª Competência – **Gestão dos cuidados (C)**, salientam-se as atividades:

- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (C1⁸, C2⁹);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (C1, C2);
- A realização de teleconsultas de enfermagem de follow-up(C1).

Na 4ª Competência – **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)**, salientam-se as atividades:

- A elaboração dos estudos de caso (D1¹⁰, D2¹¹);

⁵ Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (OE, 2019, p.4745);

⁶ Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em processos de melhoria contínua (OE, 2019, p.4745);

⁷ Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019, p.4745).

⁸ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (OE, 2019, p.4745);

⁹ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019, p.4745).

¹⁰ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2019, p.4745);

¹¹ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019, p.4745).

- A ininterrupta revisão bibliográfica (D1, D2);
- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (D1, D2);
- A realização das intervenções terapêuticas (D1, D2);
- A realização das sessões de psicoeducação (D1, D2);
- A realização de sessões de formação aos pares sobre estratégias de *Coping* (D1, D2);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (D1, D2);
- A realização de consultas de enfermagem de follow-up (D1, D2);
- A elaboração dos jornais de aprendizagem e reflexões (D1, D2);
- A elaboração e apresentação do relatório de estágio (D1, D2).

4.2 - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A narrativa de si não é relato do que se passa com alguém, mas a construção de como o sujeito se percebe e se apresenta; é um processo contínuo que não se fixa em um papel ou em um arquivo digital, não é somente um discurso, mas algo que deixa marcas e memórias em fluxo. Mais que escrever ou gravar palavras e sons, é firmar compromissos de vida consigo mesmo e com quem compartilha sua vida (Pimentel, 2017, p. 309)

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” (OE, 2018, p. 21427).

O crescimento incessante do conhecimento, exige ao EEESMP que integre constantemente as mais recentes descobertas decorrentes da investigação na sua prática diária, incrementando assim uma prática baseada na evidência, dirigida para os resultados em cuidados de enfermagem, e participando concomitantemente em projetos de investigação que apontem para um desenvolvimento do saber e das competências especializadas.

É a partir do Regulamento n.º 515/2018 – Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, da OE, que estão descritas as quatro competências específicas do EEESMP.

a) “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”.

Foi especialmente nesta competência, que incidiu o meu crescimento enquanto pessoa e profissional, pois “a ação do homem põe frente a frente a natureza e uma parte dela, provocando transformações nela que não são obra dela”, (Angel Pino, 2018, p. 229)

As atividades desenvolvidas para o atingir desta competência foram:

- A elaboração dos estudos de caso no contexto da comunidade e hospitalar (F1.1¹²);
- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (F1.1);
- A realização das intervenções terapêuticas, enquanto co-terapeuta de cineterapia, relaxamento (F1.1);
- A realização das sessões de psicoeducação (F1.1);
- A elaboração dos jornais de aprendizagem e reflexões (F1.1);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (F1.1);
- A realização de consultas de enfermagem de follow-up (F1.1).

b) “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”.

É de primordial importância, encarar a pessoa como um ser carente de cuidados especializados nos três níveis de cuidados (promoção, prevenção e reabilitação) que existe também fora do contexto hospitalar, carecendo dos cuidados de equipas especializadas e multidisciplinares.

As atividades desenvolvidas foram:

- A elaboração do estudo de caso no contexto comunitário (F2.1¹³, F2.2¹⁴);

¹² Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psico-terapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (OE, 2018, p. 21428).

¹³ Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente (OE, 2018, p. 21428);

¹⁴ Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família (OE, 2018, p. 21428);

- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (F2.1, F2.2, F2.3¹⁵);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (F2.1, F2.2, F2.3)
- A ininterrupta revisão bibliográfica (F2.1, F2.2).

c) “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”.

As intervenções do EEESMP, variam de acordo com o seu contexto e também com a população a quem se dirigem. O círculo da família, amigos, sociedade e recursos estão sempre presentes, sendo em muitos dos casos necessário recorrer à articulação com outras instituições, parceiros, equipas, projetos, de modo a permitir um melhor cuidado, considerando a pessoa como um ser bio-psico-social.

As atividades desenvolvidas foram:

- A elaboração dos estudos de caso no contexto da comunidade e hospitalar (F3.1¹⁶, F3.2¹⁷, F3.4¹⁸, F3.5¹⁹);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (F3.1, F3.2, F3.3²⁰, F3.4, F3.5);
- A realização de consultas de enfermagem de follow-up (F3.1, F3.2, F3.3, F3.4, F3.5);
- A ininterrupta revisão bibliográfica (F3.1, F3.2, F3.3, F3.4, F3.5);
- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (F3.1, F3.2, F3.3, F3.4, F3.5);
- A administração de terapêutica depot ((F3.1, F3.2, F3.3, F3.4, F3.5);

¹⁵ Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos (OE, 2018, p. 21428).

¹⁶ Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade (OE, 2018, p. 21429);

¹⁷ Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental (OE, 2018, p. 21429);

¹⁸ Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados (OE, 2018, p. 21429);

¹⁹ Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde;

²⁰ Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade (OE, 2018, p. 21429).

- O contato com o sistema de taxonomia CIPE e NIC e NOC, para o treino de identificação diagnóstica de uma forma sistematizada no sistema SClinico (F3.1, F3.2, F3.3, F3.4, F3.5);
- Referenciação de utentes para consultas ou programas de reabilitação (F3.1, F3.2, F3.3, F3.4, F3.5).

d) “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar (OE, 2018, p.21430)

As atividades desenvolvidas foram:

- A elaboração dos estudos de caso no contexto da comunidade e hospitalar (F4.1²¹, F4.2²², F4.3²³);
- A ininterrupta revisão bibliográfica (F4.1, F4.2, F4.3);
- A realização das intervenções terapêuticas, enquanto co-terapeuta de cineterapia, relaxamento (F4.1, F4.2, F4.3);
- A realização das sessões de psicoeducação (F4.1, F4.2, F4.3);
- A elaboração e apresentação do relatório de estágio (F4.1, F4.2, F4.3).

²¹ Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental (OE, 2018, p. 21430);

²² Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação (OE, 2018, p. 21430);;

²³ Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais (OE, 2018, p. 21430).

5 – CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”

Florence Nightingale

Ao terminar este relatório e chegada a esta etapa, creio ter atingido todos os objetivos a que me tinha proposto no início na elaboração do mesmo.

O *stress* é intrínseco à vida humana constituindo-se como parte do processo de adaptação e crescimento do indivíduo na transição, perante as circunstâncias adversas com que se defronta, e possibilitando assim o seu restabelecimento.

De modo a lidar com estes constrangimentos, pressões e arduidades, o indivíduo recorre a estratégias de *coping* de um modo mais ou menos ajustado, originando um nível incerto de sofrimento/contentamento em função da forma como vivência estes momentos.

As intervenções em enfermagem, têm por foco os processos e as mestrias do indivíduo durante os processos de transição, nos quais a saúde e o bem-estar são os objetivos finais. Na interação diária com os indivíduos, os enfermeiros poderão funcionar como uma condição facilitadora na vivência do processo de transição saúde/doença.

O EEESMP enquanto detentor de competências específicas, desenvolve e implementa técnicas psicoterapêuticas, tendo em vista a promoção da saúde mental, e a obtenção do potencial máximo de saúde do indivíduo alvo do seu cuidar.

Com os conhecimentos e competências que detém, assim como a sua aptidão de adaptação e desenvolvimento de intervenções em ambientes díspares e para distintos públicos, o EEESMP concebe, desenvolve e avalia projetos e intervenções que apontam para a promoção do empoderamento da saúde mental, do bem-estar e a participação ativa do indivíduo, grupo ou comunidade com ou sem doença mental ao longo do ciclo vital nos diferentes contextos. A sua intervenção, poderá fazer toda a diferença na promoção, manutenção, proteção da saúde mental, e na prevenção de doenças mentais ao desempenhar um papel diferenciador e indo de encontro às necessidades identificadas.

Este caminho efetuado ao longo destes últimos dois anos, possibilitou-me um avanço no saber em relação à prática clínica, acrescentando uma prática baseada na

evidência direcionada para os cuidados de enfermagem de saúde mental e no desenvolvimento das competências do EEESMP e das competências comuns do enfermeiro especialista, auxiliando concomitantemente, na mobilização de mim mesma como instrumento terapêutico na relação, no desenvolvimento de vivências, de saberes e aptidões de âmbito terapêutico que proporcionaram durante a prática profissional o mobilizar das competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

É ao enfermeiro que compete esta função revestida de uma enorme importância em parceria com a restante equipa multidisciplinar, a do restabelecimento da saúde física e mental do indivíduo e a capacidade de empatia. A utilização de si mesmo, enquanto mediador do cuidado, exige uma auto consciencialização, um desenvolvimento da autoestima e das habilidades enquanto EEESMP, de forma que possa assumir todos os papéis que a profissão requer, numa atitude de partilha de experiências, de integração de novos conhecimentos, do desenvolver de competências e observação de realidades díspares, permitindo-me um crescimento e amadurecimento enquanto pessoa e profissional.

A realização de ambos os estágios, proporcionaram-me uma confrontação com as minhas fraquezas, defesas, receios e dores pessoais, oferecendo-me a identificação de emoções, de agitações internas, atitudes e fenómenos de transferência e contratransferência.

Existiram com certeza instantes de dúvida, de medo e de sentimentos de impotência, mas posso afirmar que contribuíram para o meu crescimento e enriquecimento pessoal e profissional, levando de um modo construtivo ao cumprimento dos objetivos delineados para o estágio tanto ao nível profissional, académico, pessoal e de vida.

Concluo, com a expectativa de ter conseguido retratar a minha trajetória de aprendizagem ao longo deste percurso, consciente do meu papel enquanto profissional, sendo que as competências desenvolvidas se constituíram como um sustentáculo marcante nesta caminhada a que me propus iniciar e construir.

“Cuidar é entrar em sintonia com,
auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele.

Este modo de ser no mundo, na forma de cuidado, permite ao ser humano viver a
experiência fundamental do valor,
daquilo que tem importância e definitivamente conta”

Leonardo Boff, 2000

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- * Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau;
- * Administração Regional de Saúde (2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República, 2.ª série, N.º 74, 16 de Abril de 2009, 15438 – 15440;
- * Aligood, R. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Lisboa: Lusodidata;
- * Almeida, C. (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global*. WONCA: OMS;
- * Antoniazzi A., Dell'Aglio D. & Bandeira R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*, vol.3, n.2, 273-294;
- * Associação Americana de Psiquiatria (2018). *What Is Mental Illness?*. Acedido em 20-01-2021 Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>;
- * Barreto, S. M., Giatti, L., Casado, L., Moura, L., Crespo, C. & Malta, D. C. (2010). Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 2), 3027-3034. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800007>;
- * Barros, A. & Bispo, G. (2017). *Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. Conferência: I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem: raciocínio clínico e a era digital*. Acedido em 03/02/2021 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324614913_Teorias_d_e_enfermagem_base_para_o_processo_de_enfermagem;
- * Bidarra, M. (2017). “Re...lembrar” Um contrato Terapêutico. VIII Congresso Internacional de ASPESM: A Saúde Mental ao longo do Ciclo Vital. Porto, p. 104-115;
- * Borges, E. & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (10), 37- 42;
- * Brantley, P. & Thomson, B. (1995). *Stress and Stress Management*. Handbook of Health and Rehabilitation Psychology. New York and London: Plenum Press;
- * Carver, C., Scheier, F., & Weintraub, J. (1989). Avaliando estratégias de enfrentamento: uma abordagem baseada na teoria. *Journal of Personality and*

- Social Psychology*, 56 (2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>;
- * Chalifour, J. (2008) - *A intervenção terapêutica- Os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda (volume 1)*. Loures: Lusodidacta;
 - * Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção (volume 2)*. Loures: Lusodidacta;
 - * Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida. 2ª Edição*. Loures: Lusociência;
 - * Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2009). Sobre: Consulta de Enfermagem por Via Telefónica. Obtido de Parecer CJ - 102/2009: Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf;
 - * Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS;
 - * Costa, A. (2004), “Será a Sociologia profissionalizável?”. *Sociologia no ensino superior: conteúdos, práticas pedagógicas e investigação*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, p.35-59;
 - * Daniel, F. (2006). Desenvolvimento Humano e Envelhecimento. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, 6(11). Acedido em 21-01-2021 Disponível em: <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/199>;
 - * Delahajj, R., & Van Dam, K. (2017). Lidar com o estresse agudo nas forças armadas: A influência do estilo de enfrentamento, autoeficácia de enfrentamento e emoções de avaliação. *Personality and Individual Differences*, 119, 13-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.021>;
 - * Dias, J. & Carvalho, J. (2017). Enfermagem em Pedopsiquiatria: Especificidades do cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, nº 17, 65 – 70;
 - * Dinis, A.; Gouveia, J. & Duarte, C. (2011). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Estilos de Coping. *Psychologica, Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54:35-62;
 - * Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, Conceitos e Critérios. *Adolescência & Saúde*. 2, 6-7. Acedido 18-01-2021. Disponível em: www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=16;

- * Escola Nacional de Saúde Pública (2020). Resultados do Questionário 2: Os riscos para os Profissionais de Saúde vão muito para além do vírus. Universidade Nova de Lisboa. Acedido em 16-02-2021, Disponível em: <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/resultados-do-questionario-2-os-riscos-para-os-profissionais-de-saude-vao-muito-para-alem-do-virus/>;
- * Faleiros, E. (2004). Aprendendo a Ser Psicoterapeuta. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (1), 14-27;
- * Ferreira, M.; Cortez E; Silva, J.& Ferreira, M. (2016). Avaliação da saúde mental positiva de discentes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL* 4, 57-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0142>;
- * Folkman, S., & Moskowitz, J., (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*. 55,745-774. Disponível em: doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456;
- * Garcia, T. (2020). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – CIPE. Porto Alegre: Artmed;
- * Grupo de Trabalho de Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria (2018). *Norma de atuação nº1/2018- Referenciação para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. ACES-Oeste-Sul. ARS-Lisboa e Vale Tejo;
- * Herman, H., & Jané-Llopis, E. (2005). Promoção da saúde mental em saúde pública. *Promoção e Educação*, 12 (2_supl), 42-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10253823050120020107>;
- * Hockenberry, M.; Rodgers, C. & Wilson, D. (2018). *Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (10ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier;
- * Hudson, T. M., Moffett, N. L., & McCabe, K. (2015). What is the Impact of Stress-Coping Skills on Levels of Motivation in Adolescents? *Georgia Educational Researcher*,12(1) Acedido em 14-03-2021, Disponível em:: <http://digitalcommons.georgiasouthern.edu/gerjournal/ vol12/iss1/2>;
- * Jeffrey A., Glennie, E., Dalton, B., Lennon, J. & Bozick. R. (2010). *Noncognitive Skills in the Classroom: New Perspectives on Educational Research*. USA: RTI Press Book;
- * Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K. & Fotouhi, A. (2021). Burnout entre profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-

- 19: um estudo transversal. *Int Arch Occup Environ Health*. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x>
- * Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer;
 - * Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). *Stress adaptational outcomes: the problem of confounded measures*. USA: American Psychologist.
 - * Leite, E., Malpique, M. & Santos, M. (2001). *Trabalho de projecto: aprender por projectos centrados em problemas (4ª Edição)*. Porto: Edições Afrontamento;
 - * Leiter, M. (2020). *Burnout in a Time of COVID-19*. Disponível em: <https://www.mindgarden.com/blog/post/48-burnout-in-a-time-of-covid-19>;
 - * Lukens, E. & McFarlane, W. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (3), 205-225. <http://dx.doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>;
 - * Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75;
 - * Mahmoud, J., Staten, R., Hall, L. & Lennie, T. (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in mental health nursing*, 33(3), 149–156. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.632708>;
 - * Manzo, B.; Ribeiro, H.; Brito, M. & Alves, M. (2012). A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* Vol.20, número 1. Acedido em 12-02-2021 Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421971020.pdf>;
 - * Maslach, C. (2020). *Managing Workplace No Title Worries and Fears: What Burnout Can Teach Us*. Mindgarden. Acedido em 13-02-2021 Disponível em: <https://www.mindgarden.com/blog/post/49-managingworkplace-worries-and-fears-what-burnout-can-teach-us>;
 - * Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress (5ª edição)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;
 - * Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>;

- * Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). *Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories*. Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company;
- * Mendes, A.; Bastos, F. & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Fatores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 7-16;
- * Nabais, A. (2008). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. *Ordem dos Enfermeiros*, n.º 30. 38-43;
- * Noda, T., Takahashi, Y., & Murai, T. (2018). Coping mediates the association between empathy and psychological distress among Japanese workers. *Personality and Individual Differences*, 124, 178-183. Disponível em: Doi: 10.1016/j. paid.2017.12.009;
- * Norcross, J. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed)*. New York: Oxford University Press.
- * Nunes, C., (2010). O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psiconcologia. *Encontro: Revista de Psicologia*, vol.13, nº19, p, 91-102;
- * OMS (2001). Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Acedido em 07-01-2021 Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf;
- * Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Regulamento n.º 256/2015. Diário da República, 2ª Série, n.º 122 de 25 junho 2015 17034 – 17041;
- * Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série, N.º 151, de 7 de agosto de 2018 21427- 21430;
- * Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento N.º 140/2019 - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750;
- * Ordem dos Enfermeiros, (2018). Padrão de documentação de Enfermagem de saúde mental e Psiquiátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

- * Organização Pan-Americana de Saúde, (2020). In: Folha informativa –COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Acedido em 24-01-2021 Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>;
- * Pais-Ribeiro, J.& Dias, E. (2019) - O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspetos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, n. 2, maio/ago. 2019, p. 55-66. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>;
- * Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004) - Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol. V, núm. 2, 2004, pp. 229-239. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde: Lisboa;
- * Paiva, S., & Ferreira, P. (2018). Transição Saúde-Doença na Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Estudo Qualitativo. *Revista De Investigação & Amp; Inovação Em Saúde*, 1(1), 57–66. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.29>;
- * Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: Editora McGraw Hill;
- * Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento – Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (2ª ed.). Loures: Lusociência;
- * Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau;
- * Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência;
- * Piaget, J. & Inhelder, B. (1997). *A psicologia da criança* (3ª edição). Porto: Edições Asa;
- * Pimentel, L. (2017). Abordagem Triangular e as narrativas de si: autobiografia e aprendizagem em Arte. *Revista GEARTE*, 4(2). Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2357-9854.71493> ;
- * Pino, A. (2018). As marcas do humano: pistas para o conhecimento da nossa identidade pessoal. *Educ. Soc., Campinas*, v. 39, nº. 142, p.227-236, jan.-mar. Acedido em 21-01-2021 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/nCy5YrtTjLmy4rL4Zx8Ns9C/?format=pdf&lang=pt>;
- * Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) (2017). Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 02-01-2021 Disponível em: http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf;

- * Ramos, M. (2008). Stresse, “coping” e desenvolvimento: questões conceituais e dificuldades metodológicas. *Revista Psychologica* 48, 175-195;
- * Resolução do Conselho de Ministros (49/2008). Plano Nacional de Saúde Mental (2007- 2016). Diário da República n.º 47/2008, Série I de 2008-03-06, 1395 – 1409;
- * Richamont, N. (2010). *Uso de la cineterapia en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar*. Tese de obtenção de Mestre em psicologia clínica de adultos. Universidade do Chile. Acedido em 26-03-2021 Disponível em: http://www.thesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-armijo_n/html/index-frames.html
- * Rosen, J., Glennie, E., Dalton, B., Lennon, J. & Bozick, R. (2010). Habilidades não reconhecidas em sala de aula: Novas perspectivas sobre a pesquisa educacional. RTI Press. RTI Press Publication No. BK-0004-1009 <https://doi.org/10.3768/rtipress.2010.bk.0004.1009>;
- * Ruivo, A., Antunes, A., Lopes, J., Leal, P.& Deodato, S. (2007). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, nº 15 3-35. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
- * Rutter, M. (1996). Transições e pontos de inflexão na psicopatologia do desenvolvimento: aplicada ao intervalo de idade entre a infância e a meia-idade. *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 603-626. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/016502596385712>;
- * Saldanha, S. (2016). *Estratégias de coping em crianças e adolescentes: construção de um questionário*. Dissertação de Mestrado integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia;
- * Salvador, M.; Rodrigues, C. & Carvalho, E. (2008). Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. *Revista RENE*. Vol. 9, nº1, 120-128. Fortaleza. Acedido em 23-01-2021 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277988256_Emprego_do_relaxamento_para_alivio_da_dor_em_oncologia;
- * Sampaio, F., Sequeira, C. & Canut, T. (2018) - Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios orientadores para a Implementação na Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº 19, 77-84;
- * Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluç Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a

- implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84. Disponível em: doi: 10.19131/rpesm.0205;
- * Santos, M. (2013). *Enfermagem à procura de si: Integrando Modalidades Terapêuticas Não Convencionais no Processo de Cuidados*. Loures: Lusociência;
 - * Selye, H. (1974). *Stress sans détresse*. Ottawa: Les Éditions La Press;
 - * Selye, H. (1979). Psychosocial implications of the stress concept. In: T. Manschreck (Ed.) *Psychiatric medicine update: Massachusetts General Hospital reviews physicians*, 33-52. NewYork: Elsevier;
 - * Shah, L., Klainin-Yobas, P., Torres, S. & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of Psychoeducation and Relaxation Interventions on Stress-Related Variables in People With Mental Disorders: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28 (2), 94-101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.11.004>;
 - * Sharrock, J., & Happell, B. (2002). The psychiatric consultation-liaison nurse: thriving in a general hospital setting. *International journal of mental health nursing*, 11(1), 24–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00205>;
 - * Silva, M.; Carneiro, M.; Brito, K. & Gomes, K. (2017). O processo de psicoterapia infantil sob uma perspectiva psicanalítica. *Revista Farol*, volume 14, nº 4, 126-141;
 - * Sociedade Portuguesa de Saúde Mental (2009). *Manual de boas práticas canadianas para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Porto. ISBN 978-989-96144-0-6;
 - * Solomon, G. (2001). *Reel Therapy: How Movies Inspire You to Overcome Life's Problems*.US: BookBaby;
 - * Taylor, C. (1992) - *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. (13ª Edição). Porto Alegre, Artes Médicas;
 - * Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª edição). Loures: Lusociência;
 - * Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: Na empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of*

Counseling and clinical Psychology, 69(6), 875-899. Doi: 10.1037//0022-006x.69.6875;

- * Villanueva, P. (1987). *La educación de adultos hoy. Necesidad y perspectiva de cambio*. Valencia: Promolibro;
- * Vygotsky, L. (1988) - *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- * Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Revista latino-americana enfermagem*, 7(3): 25-32. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169;

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES

APÊNDICE I - Notas de Campo no Contexto Comunitário

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Demência	Utente 77 anos, vive sozinha, vítima de violência doméstica, o filho encontra-se preso. Teve consulta de psiquiatria, não gostou da consulta "ela fez-me muitas perguntas", no entanto está com uma boa adesão ao regime terapêutico. Realizada nova visita, não se encontrava no domicílio.		Foi comunicado à técnica de serviço social, as condições habitacionais, e escassez de recursos financeiros. Enviada informação a médica psiquiatra acerca da situação da utente e para esclarecimento da terapêutica e consulta subsequentes.	Religião num modo muito marcado, referindo que já foi salva de uma doença terminal por DEUS, os médicos não o conseguiram fazer; ao longo do seu discurso, cita várias passagens da Bíblia. Expressão de Sentimentos , sentindo-se muito zangada com a técnica de apoio social.
	Perturbação Depressiva Uso abusivo álcool Hétero Agressividade para com a GNR e pais.	Utente com 22 anos, vive com os pais, solteiro, desempregado, atualmente com apresentação diária obrigatória no posto da GNR, a aguardar julgamento. Utente reconhece que precisa de ajuda, pede marcação de consulta de alcoologia, que negava há muito tempo.	██████████	Foi feito pedido de consulta de alcoologia em parceiro de ██████████, que foi marcada, tendo o utente começado a frequentá-las.	Utilização de suporte instrumental , através da frequência de consulta de alcoologia que o próprio pediu para frequentar; Suporte Emocional , através da procura de grupos de apoio ou pessoas com uma situação idêntica à sua; Aceitação da sua perturbação; Planeamento das atividades e o que poderá fazer para ultrapassar esta fase; Coping ativo , tentando enfrentar esta situação geradora de stress (a dependência de álcool), tentando arranjar medidas para o ultrapassar.
	Uso abusivo álcool, Perturbação Depressiva	Utente de 56 anos, vive sozinha, divorciada, cozinheira de profissão, com 1 filha, 1 neto, esteve internada. Com dificuldades motoras devido a problemas osteoarticulares,		Acompanhada pela técnica de serviço social, devido às condições físicas, apoio no domicílio, alimentação. Pedida referência para a rede de reabilitação que foi negada.	Suporte instrumental , procurando apoio na rede de reabilitação para se tornar mais autónoma; Suporte Emocional , particularmente na filha, tentando não falar sobre a fonte geradora de stress, o divórcio e os hábitos alcoólicos; Auto-Distração , tentando fazer dentro da sua limitação física, as refeições para toda a família, arrumando a casa.
	Deficit Cognitivo	Utente de 20 anos, pedida avaliação pelos pais, por períodos de alguma agressividade, vive com os pais, trabalha. À nossa chegada, não se encontravam os pais no domicílio, a utente recusou a visita.			

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Agressividade Stress pós-traumático (guerra), depressão, clinofilia, demência	Utente de 76 anos acompanhado há alguns anos, com historial de internamentos, vive atualmente só com a esposa, que tem dificuldades motoras, espasmos no membro superior direito decorrentes de AVC, que não consegue mobilizar. Devido à pandemia deixou de fazer tratamento com toxina botulínica, tem apoio domiciliário apenas 1x por dia, sendo-lhe muito difícil tratar do marido devido à sua incapacidade, tinha neta que vivia com eles, saiu de casa há pouco tempo. Utente aguarda referenciação para a rede).		Realizada ligação com Técnica de Serviço Social, para a necessidade de maior frequência diária no apoio domiciliário. Atualização, sem qualquer apoio devido a pandemia na instituição prestadora do apoio, falado novamente com a técnica para a necessidade urgente de resolução desta situação.	<p>Aceitação, ambos os utentes aceitam a situação e a doença de que são portadores;</p> <p>Expressão de sentimentos, ambos os utentes se sentem tristes e desmotivados, referindo não ter qualquer esperança no futuro;</p> <p>Desinvestimento Comportamental, deixaram ambos de tentar lutar e lidar com a sua situação, particularmente desde que a neta deixou de viver com eles, fonte de apoio.</p>
	Perturbação Depressiva Transtorno da Acumulação Tentativa de Suicídio	Utente de 67 anos, vive com o marido, tem uma filha e um neto. Discurso lentificado, humor eutímico, realizado contrato terapêutico de modo a encher um saco do lixo semanalmente com os produtos acumulados. Feita intervenção psicoeducativa acerca da importância de ter a casa, o quarto do casal arrumado e livre de acumulações, pois encontrava-se muito preocupada com o fato de ter sido diagnosticado ao marido uma patologia oncológica, segundo a mesma com alguma gravidade, e não sabia como seria o futuro.	[REDACTED]	Realizada Visita com Técnica do Serviço Social do [REDACTED]	<p>Aceitação, a utente aceita a sua patologia, tentando viver com ela;</p> <p>Suporte Emocional, na filha e neto, referindo-se várias vezes aos mesmos, e dizendo que estão sempre ao seu lado;</p> <p>Expressão de Sentimentos, refere sentir-se zangada com os vizinhos e familiares quando tenta recolher alguma coisa do lixo, por estes a condenarem por esse ato, refere que o vai continuar a fazer só porque eles não querem.</p>

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Patologia Psicótica Demência da Acumulação	Utente de 88 anos, vive com o filho. O filho com antecedentes de consumos de álcool, não se importava com a situação da mãe, não conseguindo inclusive tomar conta dele próprio..	██████████	Realizada Visita com Técnica do Serviço Social do ██████████. Foi feita nova avaliação telefónica com a nora da senhora em Janeiro que comunicou que a utente se encontrava internada no ██████████, comunicado à Técnica do Serviço Social.	<p>Negação, a utente pela sua patologia da demência, não acredita na sua situação, achando que todo o seu meio envolvente está limpo;</p> <p>Expressão de sentimentos, alterna períodos de discurso coerente com incoerente, e nestas alturas refere sentir-se triste e pede ajuda.</p> <p>O filho, recorre a substâncias (álcool); Apresenta também um desinvestimento comportamental, tanto em relação a si mesmo como em relação à mãe, não a ajudando.</p>
	Demência	Utente de 89 anos, vive com o filho, referenciada pela GNR por ter sido encontrada algumas vezes a deambular na rua, perdida, desorientada. Foi encontrada na altura da VD, através de uma janela do domicílio caída no chão, sem se conseguir levantar e abrir a porta. Foi contactado o INEM, apoio pelos bombeiros, contactado filho, abriu porta, utente com hematoma na face, desorientada, consciente. Foi encaminhada para o ██████████. Feita nova VD, utente estava com o filho no domicílio, consciente, com períodos de desorientação temporal, humor eutímico, com períodos de interrupção do pensamento. Segundo o filho foi vista pela Neurologia no ██████████ e medicada.	GNR	Realizada 1ª visita com Técnica do Serviço Social. Na segunda visita, informada acerca do estado da utente e da necessidade exprimida pelo filho em ter apoio domiciliário, foram iniciados protocolos iniciais.	<p>Expressão de Sentimentos, a utente refere em diversos momentos a sua preocupação com a sua situação e de não se lembrar de muitas coisas.</p> <p>Negação, o filho desta utente tem um discurso de desvalorização da situação demencial da mãe.</p>

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Atividade Alucinatória Auditiva	Utente de 81 anos, vive sozinho, com história de se ter fechado num pequeno anexo à casa, por ter medo das ondas eletromagnéticas que os vizinhos emitem para lhe fazerem mal. Usa dois tampões nos ouvidos feitos de algodão para o proteger. Feita intervenção psicoeducativa acerca da terapêutica, dos recursos da comunidade. Realizada nova visita para nova avaliação e não se encontrava em casa.		Contactada médica de família acerca do estado do utente, da sua terapêutica e da necessidade em serem consultados resultados recentes de análises, que se mostrava muito preocupado.	Aceitação , apesar da sua atividade alucinatória, utente utiliza esta estratégia de aceitação desta mesma atividade; Desinvestimento Comportamental , deixou de lutar contra estas “ondas”, protegendo-se o melhor que pode.
	Esquizofrenia Atividade Alucinatória Auditiva	Utente de 38 anos, vive com o irmão, atualmente desempregado, com atividade alucinatória auditiva com voz de comando feminino, calmo colaborante. Não iniciou terapêutica, porque “ela” não o permitiu.		Foi enviada informação à médica de família e psiquiatra do ■■■ acerca da situação, propondo o início de depot, dando indicação para utente ser enviado à urgência do ■■■, para ser avaliado. Pondera-se melhor maneira de o fazer. Realizada nova VD, após episódio de fuga e de ter desaparecido durante 1 semana, foi à urgência após contacto com medica e familiares, tendo ficado internado.	Utilização de substâncias (álcool), em alguns períodos. Os irmãos recorrem ao Desinvestimento Comportamental , não se preocupando mais com este irmão, e aquando do seu internamento deixaram de atender o telefone aos médicos, não fazendo um esforço para se inteirarem do seu estado.

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Esquizofrenia	<p>Utente com 44 anos, vive sozinha, atualmente reformada, com antecessores pessoais de artrite reumatoide, doença vascular periférica, esquizofrenia seguida em psiquiatria desde os 12 anos. Orientada, consciente, colaborante, agressiva no primeiro contacto, eutímica, cumpre regime terapêutico, feita intervenção psicoterapêutica e educação, para terapêutica, interação social, atividades recreativas e interação de suporte emocional com o seu cão (companheiro). Realizada nova visita, com o mesmo estado, refere agravamento de ferida na perna, agora está a melhorar.</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Visita foi também acompanhada pela Técnica do Serviço Social da UCC.</p>	<p>Planeamento, utente consciente da sua doença, tem estratégias para planear o modo para lidar com esta situação, na medicação, exames, consultas.</p> <p>Aceitação, aceita o seu estado de saúde e está sempre atenta a qualquer alteração.</p> <p>Utilização Suporte Emocional, recorre aos vizinhos, amigos e familiares, de modo a ajudarem nas suas atividades.</p> <p>Auto-Distração, vê televisão, passeia com o seu cão, ajuda alguns amigos nas suas atividades.</p> <p>Expressão de Sentimentos, não esconde os seus sentimentos sejam eles agradáveis ou desagradáveis.</p>
	Depressão do Stress do Cuidador	<p>Utente de 42 anos, com historial de, hábitos tabágicos e doença autoimune. Cuidadora dos pais, pai história de AVC, demência, acamado, mãe co história de AVC, ansiedade quadro depressivo e acamada. Mãe tornou-se mais dependente nas duas últimas semanas. Têm apoio domiciliário diário.</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Falado com médica de família acerca da deterioração do estado da utente e das implicações para a cuidadora.</p>	<p>Coping Ativo, está consciente do problema e recorre de todas as estratégias de modo a enfrentá-lo (Estatuto cuidador informal);</p> <p>Planeamento, planeia estratégias no seu dia a dia, de modo a lidar com esta situação de dependência e doença dos pais;</p> <p>Reinterpretação Positiva, vê um lado positivo, aprendeu coisas que nunca imaginou, tirando um curso rápido de enfermagem;</p> <p>Humor, brinca com os pais apesar do seu estado;</p> <p>Expressão de Sentimentos, é calara com a equipa em relação ao que sente e em relação à falta de maiores apoios.</p>

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Quadro Depressivo e de Ansiedade	Utente de 78 anos, com historial de status pós AVC, acamada, com agravamento da sua dependência nas duas últimas semanas vive com a filha (cuidadora), e marido acamado.			Não é possível de avaliar, contudo responde aos gracejos da filha com um grande sorriso Humor .
	Quadro Demencial	Utente de 91 anos, acamado, vive com a esposa mais nova, com AP de perturbação do sono, perturbação depressiva, abuso álcool, suicídio da ex-esposa. perceptível e incoerente. Segundo a esposa, tem períodos de agitação e alguma violência. Falou-se com ela acerca da necessidade de consulta de Neurologia, não se mostrando muito recetiva, mas concordou. Feita intervenção psicoeducativa acerca da evolução da doença, da terapêutica, e da necessidade de apoio domiciliário que recusou.		Falado com médica de família acerca desta situação, que deu indicação para utente tomar terapêutica em SOS em períodos de maior agitação.	Não foi possível avaliar as estratégias no utente. A esposa tem: Coping Ativo , conhecendo em pleno o problema e doença do marido, funcionando como sua cuidadora; Planeamento , consegue planear a melhor forma de cuidar do marido, antecipando as suas necessidades; Expressão de Sentimentos , revela-se muito cansada por períodos, chegando a dizer, que também ela tem problemas, já teve alguns episódios de depressão.
	POC, Perturbação Depressiva e da Ansiedade	Utente de 43 anos, vive com os pais e irmãos, Utente encontra-se no domicílio com a mãe e irmão (com historial de AVC, dependente). Estava de baixa por acidente doméstico, Feita intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa, acerca da terapêutica e recursos da comunidade.		Feito pedido à médica de família para referenciação para ██████ para consulta de Psiquiatria, a pedido do utente, por não ter recursos financeiros no momento para recorrer a psiquiatra em contexto privado.	Utilização de Suporte Emocional , na mãe. Aceitação , da sua doença. Desinvestimento Comportamental , não mostrando interesse em fazer qualquer atividade. ESTUDO DE CASO

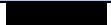
Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	<p>Perturbação Depressiva Tristeza Quadro Demencial</p>	<p>Utente com 80 anos, encontrava-se sozinha no domicílio. Tem 2 filhos, divorciada, com história de depressão segundo a mesma há cerca de 20 anos, vítima de violência doméstica por parte do ex-marido, refere uma má relação com a filha, porque segundo a mesma, sempre ficou do lado do pai e contra ela, o filho encontra-se a viver atualmente no estrangeiro, mas tem uma boa relação com ele. Orientada no tempo e no espaço, com aspeto cuidado, independente na realização das suas atividades de vida diárias. Tem aparente conhecimento sobre a terapêutica prescrita. Humor ligeiramente distímico, ansiosa, com manifestação de inquietação motora, tensa, trémula, com períodos de bloqueio do pensamento. Apresenta um discurso lentificado, com períodos de não encadeamento e prevalência de ideias. Apresenta atividade delirante persecutória para com a filha, com uma postura de desconfiança. Feita intervenção psicoeducativa acerca dos recursos disponíveis na comunidade, e realizado aconselhamento para falar com a médica psiquiatra (acerca destes acontecimentos).</p>		<p>Foi enviada informação escrita com a situação clínica da utente para médica psiquiatra, remarcada consulta de acompanhamento para um período mais cedo do que o previsto.</p>	<p>Planeamento, arranja planos para lidar com esta sua insegurança em relação aos roubos e em relação à desconfiança para com a filha; Aceitação, aceita esta situação com a filha, porém não nos deu autorização para implicar a filha no processo terapêutico; Humor, brinca e ri destas situações, referindo em tom de brincadeira, que as coisas até voltam a aparecer.</p>

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Alteração Memória Perturbação Depressiva Tentativa de Suicídio	Utente de 78 anos, vive com a filha, genro e netos. Tem um filho que está preso, exercendo uma grande pressão negativa sobre a mãe, chantageando-a emocionalmente. Foi á consulta de Psiquiatria, feito ajuste terapêutico. Realizado acordo terapêutico com utente para retomar os seus antigos interesses, nomeadamente o crochet, que concordou, assim como o brincar com o seu neto mais novo que a tem como pessoa de referência..			Tem uma atitude de Auto-Culpabilização , pela situação do filho, que a deixa muito triste; Expressão de Sentimentos , refere sentir-se triste, só fica feliz com o neto mais novo;
	Stress do Cuidador	Utente de 73 anos, vive com a esposa de quem é cuidador e não se encontrava no domicílio, reformado, filha vive no estrangeiro, sem outros familiares. Refere que não é fácil lidar com uma pessoa com demência, ainda por cima estão sozinhos. Referiu várias vezes que precisam de ajuda, não sabe lidar com a situação. Quando a esposa chegou, fechou-se e não falou mais. Ficou marcada nova VD, mas quando ligámos a avisar, recusou.			Aceitação , utente aceita a doença da esposa, mas não sabe no entanto lidar com esta situação, levando a um Desinvestimento Comportamental , referindo que não consegue, nem sabe lidar com esta situação; Expressão de Sentimentos , confessa-se cansado, triste, por vezes zangado com ele, com a esposa, com o Mundo.
	Quadro Demencial	Utente de 76 anos, vive com o marido, reformada, filha vive no estrangeiro, sem outras pessoas próximas. Não se encontrava no domicílio, segundo o marido a situação tem-se agravado, não sabendo lidar com esta situação.			Não foi possível avaliar.

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Depressão, após suicídio de irmão em Setembro de 2020	Utente com 18 anos, com história de síndrome depressiva após suicídio recente de irmão. Pediu apoio à enfermeira de referência da UCC. Na visita, não se encontrava no domicílio, família com COVID-19 positivo. Marcada nova visita.			
		<p>Foram referenciados 2 casos:</p> <p>1º jovem de 18 anos grávida, com historial de consumos, já com história de aborto, e seguida em consulta no hospital. Feita tentativa de contacto telefónico que jovem recusou. Foi novamente referenciada em reunião do núcleo.</p> <p>2º jovem de 19 anos, com historial de estar fechado no domicílio há cerca de 2 anos, com comportamentos agressivos, já seguido em psiquiatria, mas que no último ano deixou de frequentar por opção própria. Vive com a família e uma irmã de 15 anos, que foi referenciada pela psicóloga da escola por tentativa de suicídio. Foi realizada visita, mas família encontrava-se em isolamento por COVID-19 positivo.</p>	NACJR		<p>Utilização de substâncias (segundo a mãe, e equipa que a acompanha na UCC);</p> <p>Negação (no contacto telefónico realizado, agradeceu o mesmo, mas refere que nada se passa com ela, não necessitando de qualquer ajuda)</p> <p>Expressão de Sentimentos, a mãe referiu que se sente muito cansada com a situação do filho e da filha, não sabendo mais o que fazer, pois o filho recusa-se a frequentar as consultas e deixou de tomar a terapêutica, e a filha já esta a ser acompanhada, mas não tem ido às consultas devido à situação pandémica. Pede ajuda.</p>
	Status pós fratura de colo do fémur, demência; stress do cuidador	Utente de 89 anos, vive com a filha e genro. Acamada desde Outubro de 2020, pós fratura de colo de fémur, com historial associado de quadro demencial. É acompanhada pela equipa da UCC, reabilitação. Feitos ensinios à filha acerca da sintomatologia do quadro demencial e das estratégias a utilizar.	UCC		<p>Autocontrolo, a filha refere que tem total controlo da situação da mãe, só precisando de ajuda nos cuidados de higiene e reabilitação.</p> <p>Suporte Social, a filha procura ajuda e suporte das equipas e instituições disponíveis na comunidade.</p> <p>Assumir de responsabilidades, a filha assume todas as decisões em relação ao estado da mãe, e todos os cuidados no domicílio (alimentação, terapêutica).</p> <p>Resolução planeada de problemas, a filha conhece todos os direitos enquanto prestadora de cuidados, procura recorrer a todos os recursos disponíveis na comunidade.</p>

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Déficit cognitivo, Nanismo, Déficit congénito???	Utente de 22 anos, seguido há cerca de 2 anos, interrompeu consultas, referindo não querer no momento frequentar mais consultas no hospital. Tem história de consumos de álcool, substâncias, com paragem do pensamento, com aparente atividade alucinatória (visual/auditiva???). Pai chegou no momento da entrevista, recusando-se a sair, não foi mais desenvolvida a entrevista.			Utilização de substâncias
	Déficit Cognitivo???	Utente de 28 anos, vive com o pai e irmão, mãe abandonou o domicílio há cerca de 5 anos. Com história de relação conflituosa e abusiva por parte da mãe. Feita entrevista com muito pouca colaboração por parte da utente. Questionada acerca da importância da marcação de consulta com médica assistente, e do recurso aos apoios da comunidade em ter uma ocupação, que não foi possível apurar, por falta de colaboração. Foi pedido marcação de consulta à médica assistente.		Feito pedido de marcação de consulta com médica assistente	Não foi possível avaliar
	Antecedentes abuso álcool, alterações cognitivas	Utente de 63 anos, vive com a ex-esposa e o atual companheiro, por ter sido vítima de agressões físicas no seu domicílio. Com períodos de alteração de memória a curto e longo prazo, paragem do pensamento e discurso. Ex-esposa pede ajuda. Questionado acerca do interesse em frequentar consultas com parceiro social que aceitou. Realizada marcação à que compareceu.	██████	Feito pedido de marcação de consulta de alcoologia com parceiro social	Utilização de substâncias (álcool). Suporte Social, a ex-esposa e o próprio utente, aceitaram ajuda dos recursos existentes na comunidade..

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Psicose, Somatização, Perturbação depressiva, fobia, perturbação compulsiva	Utente de 58 anos, vive atualmente sozinha, tendo vivido com a mãe até há cerca de 1 mês, com historial de relação dependente e abusiva para com a mãe. Mãe foi institucionalizada, na sequência de maus-tratos físicos desta para com a mãe, após denuncia de vizinhos. Feito contrato terapêutico na sua progressiva independência nas atividades de vida diária com o apoio da equipa da santa casa, na toma da terapêutica, na alimentação, consultas. Vizinhas apoiam nestas decisões. No dia 28, por apresentar agravamento do quadro, tendo passado toda a noite a ligar consecutivamente às vizinhas, foi negociado com a mesma uma ida ao hospital que aceitou. No dia seguinte, feita nova visita, tendo sido feito reajuste terapêutico, e iniciado processo para institucionalização da utente para treino das atividades de vida diárias tendo como finalidade a sua independência. Feito contato telefónico com a instituição onde a mãe se encontra de modo a falar com ela, dizendo que se encontrava mais calma.	[Redacted]	Realizadas visitas com equipa da [Redacted] e assistente social da UCC	<p>Suporte Social, tem acompanhamento diário da equipa da Santa Casa da Misericórdia</p> <p>Expressão de Sentimentos, sente-se triste e sente a falta da mãe</p> <p>Utilização de Suporte Emocional, recorre frequentemente às vizinhas</p> <p>Desinvestimento comportamental, não querendo efetuar qualquer medida de modo a promover a sua qualidade de vida.</p>
	Quadro demencial???	Utente de 77 anos, referenciada para avaliação do EEESMP. Na entrevista, utente orientada, com discurso coerente, sem alterações aparentes de memória ou pensamento. Cuidadora do marido, após este ter tido alta hospitalar, pós episódio de anemia grave.	[Redacted]		<p>Suporte Social, tem acompanhamento diário da equipa da UCC</p> <p>Expressão de Sentimentos, sente-se cansada, mas aceita a sua situação</p>

Dia	Diagnóstico	Notas de campo	Parceiro Social	Equipa Multidisciplinar	Coping
	Paralisia cerebral, atraso cognitivo	Utente de 65 anos de idade, vive com os tutores legais, e os cuidadores são os caseiros da casa. Utente sofreu AVC, há cerca de 1 ano, em programa de reabilitação motora com enfermeiro da UCC. Foi pedida avaliação neste sentido. Com discurso coerente, integrando as canções e ditados populares no seu discurso, reportando-se à sua situação atual e passada. Foi feito ensino aos cuidadores, acerca dos seus comportamentos, terapêutica.		Foi feito pedido ao parceiro social, para tentar saber o historial deste utente, que segundo os cuidadores e os tutores legais esteve internado em hospital psiquiátrico.	<p>Suporte Social, tem acompanhamento diário da equipa da UCC, pedida pelos cuidadores</p> <p>Expressão de Sentimentos, fala através de ditados e canções populares</p>
	Hábitos alcoólicos Atraso cognitivo	Utente de 28 anos, seguido há cerca de 4 anos em consulta. Foi pedida visita pelo enfermeiro de referência da UCC, mas não abriu a porta.		Sem critérios para nova visita. Retirado do programa.	
	Stress do cuidador/ Quadro demencial	Cuidadora de 80 anos, de marido de 80 anos. Referenciados para esta consulta há cerca de 2 anos, e programa para cuidadores informais, que está suspenso devido a pandemia. Cuidadora bem-adaptada à sua função, feito reforço acerca da sintomatologia, importância de consultas e terapêutica instituída, que gere sem dificuldades. Marido com alguns períodos de desorientação temporo-espacial, referindo de forma repetitiva situações referentes ao seu passado, nomeadamente às suas viagens relacionadas com a sua atividade laboral.			<p>Suporte Social, tem acompanhamento diário da equipa da UCC.</p> <p>Expressão de Sentimentos, cuidadora e marido falam sobre o seu passado, e como se sentem atualmente.</p> <p>Assumir de responsabilidades, a cuidadora assume todas as decisões em relação ao estado do marido, e os cuidados no domicílio (alimentação, terapêutica).</p> <p>Resolução planeada de problemas, a cuidadora conhece todos os direitos enquanto prestadora de cuidados, procura recorrer a todos os recursos disponíveis na comunidade.</p>

APÊNDICE II – Folheto “*Coping* em tempos de Pandemia”



APÊNDICE III – Questionários de Avaliação das Sessões

Formação *Coping* em tempo de pandemia

Na sequência da formação efetuada individualmente/aos pares, através da apresentação do folheto, venho pedir a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

Obrigada pela sua colaboração.

Sandra Boura (Aluna do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)

***Obrigatório**

As competências adquiridas vão ter impacto na sua vida profissional? *

1(Nível mais baixo)

2

3

4

5(Nível mais alto)

O nível de aprofundamento do tema foi o adequado? *

1

2

3

4

5

Esta formação realizada de um modo informal foi de encontro às suas necessidades nesta altura de pandemia? *

1

2

3

4

5

Pretende recorrer à técnica de imaginação guiada no seu dia-a-dia? *

Sim

Não

Comentários e Sugestões *

A sua resposta

Submeter

Página 1 de 1

Estratégias de *Coping*

Na sequência da formação efetuada denominada de "Estratégias de *Coping*", venho solicitar a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

Agradeço desde já a sua ajuda.

Sandra Boura (Aluna Mestrado Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)

***Obrigatório**

O tema da formação foi de encontro às suas necessidades formativas? *

1(Nível mais baixo)

2

3

4

5 (Nível mais alto)

As competências adquiridas vão ter impacto na sua vida profissional? *

1

2

3

4

5

Pretende recorrer à técnica de imaginação guiada no seu dia-a-dia? *

Sim

Não

O nível de aprofundamento do tema foi o adequado? *

1

2

3

4

5

Comentários e Sugestões *

Sua resposta

Enviar

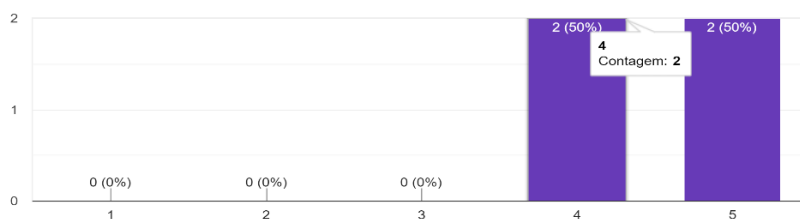
Página 1 de 1

APÊNDICE IV – Resultados dos Questionários de Avaliação

Estratégias de Coping

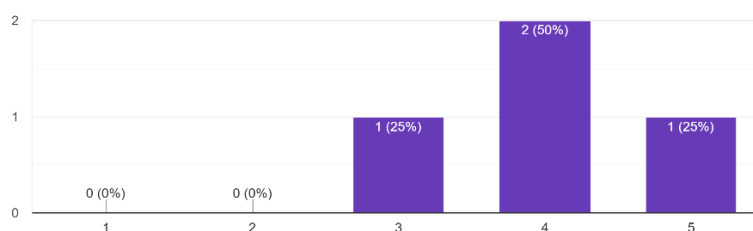
O tema da formação foi de encontro às suas necessidades formativas?

4 respostas



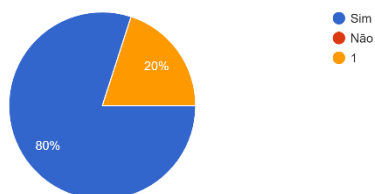
As competências adquiridas vão ter impacto na sua vida profissional?

4 respostas



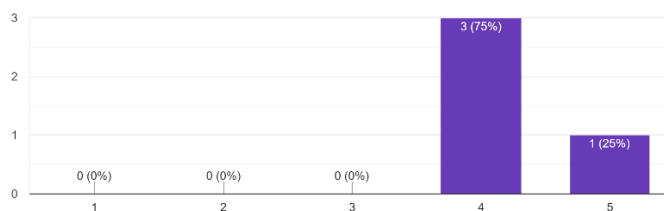
Pretende recorrer à técnica de imaginação guiada no seu dia-a-dia ?

5 respostas



O nível de aprofundamento do tema foi o adequado?

4 respostas



Comentários e Sugestões

Boa formação, muito intuitiva.

Obrigada pela iniciativa

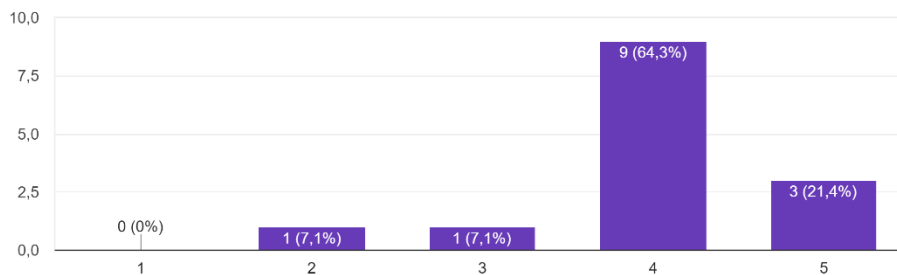
Muito interessante e pertinente nos tempos que decorrem.

Foi muito adequado

Formação *Coping* em Tempo de Pandemia

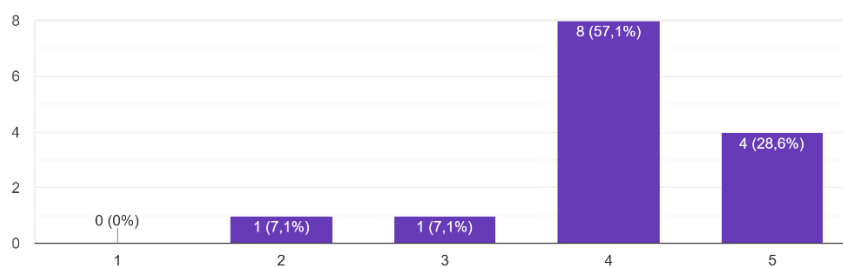
As competências adquiridas vão ter impacto na sua vida profissional?

14 respostas



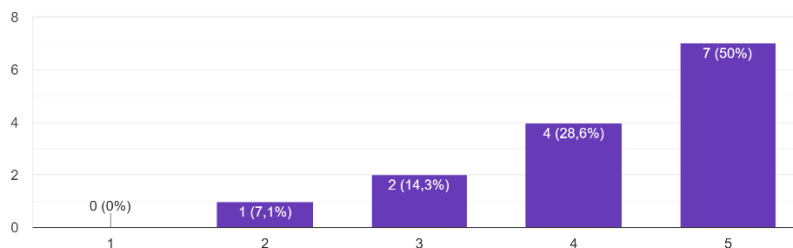
O nível de aprofundamento do tema foi o adequado?

14 respostas



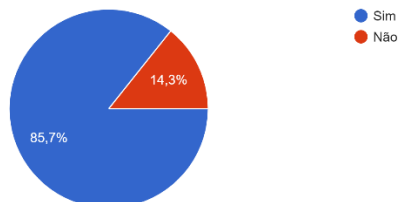
Esta formação realizada de um modo informal foi de encontro às suas necessidades nesta altura de pandemia?

14 respostas



Pretende recorrer à técnica de imaginação guiada no seu dia-a-dia ?

14 respostas



Formação *Coping* em Tempo de Pandemia

Comentários e Sugestões

É sempre uma mais-valia na nossa prática diária

Sem sugestões

É sempre uma mais valia

A apresentação foi adequada, interessante e produtiva

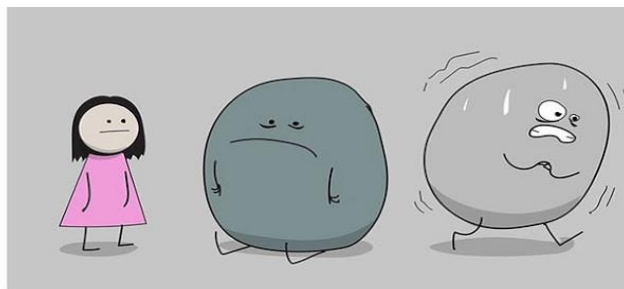
Esta formação tem muita pertinência nesta altura. Alguns profissionais poderão estar a esconder/viver situações de stress relacionadas com a pandemia, e estas técnicas sublinhadas na formação, poderão ajudar a ultrapassar/minimizar os efeitos adversos.

Obrigada por relembrar estratégias

sem comentários

Neste âmbito seria necessário disponibilizar uma intervenção regular.

APÊNDICE V – Sessão de Psicoeducação
“Estratégias para Lidar com a Ansiedade”



ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

18 de março 2021

ANSIEDADE

É um sentimento desagradável que está associado a uma sensação de antecipação a um perigo, iminente ou futuro. Trata-se de uma resposta emocional relacionada com o instinto de luta ou fuga, podendo levar a uma tensão muscular, stress e a comportamentos de evitamento.



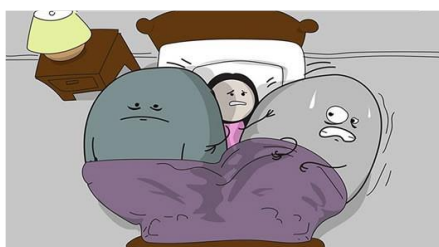
(APA, 2013)

2

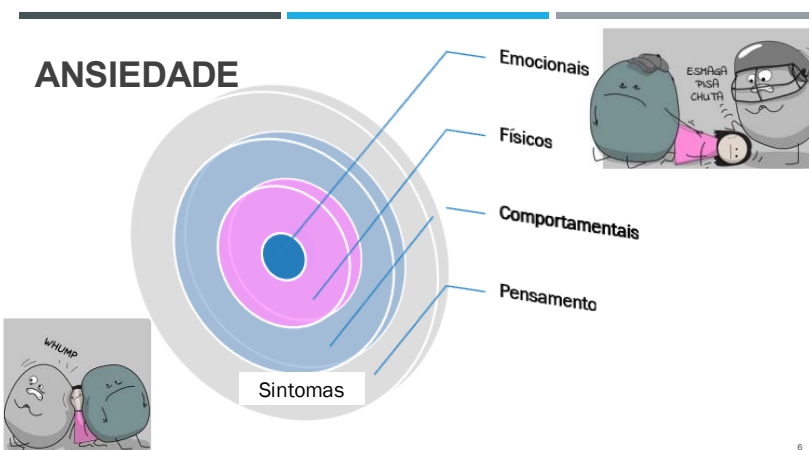
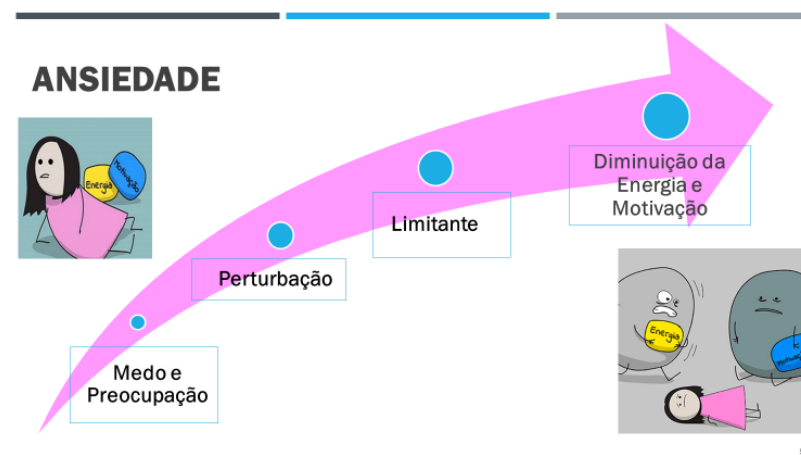
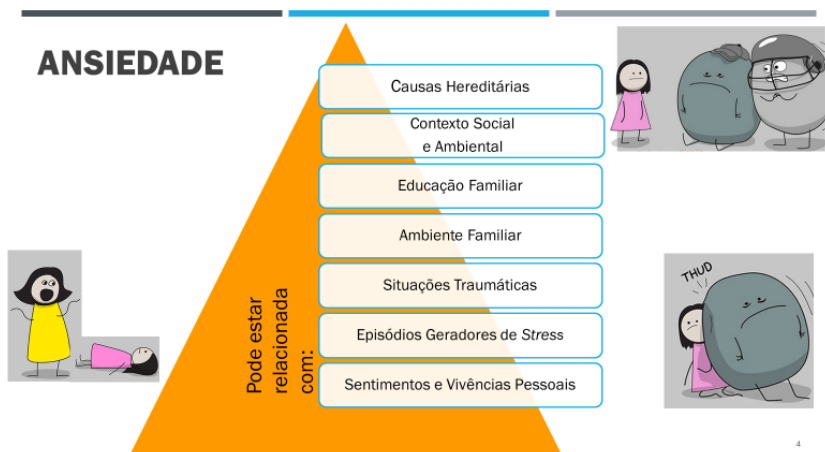
ANSIEDADE

Está associada a diferentes fatores biológicos sociais ou psicológicos, podendo afetar cada indivíduo de diferentes maneiras.

(Soares & Martins, 2010)



3



ESTRATÉGIAS

Cada pessoa desenvolve afinidade com uma ou outra estratégia para controlar a ansiedade. Aplicando estas técnicas no dia a dia, é possível minimizá-la e, cuidar da saúde mental como um todo.



7

ALIMENTAÇÃO



Optar por uma boa alimentação, rica em vitaminas e outros nutrientes poderá ser um passo muito importante para a formação dos neurotransmissores responsáveis pelo estado de humor.

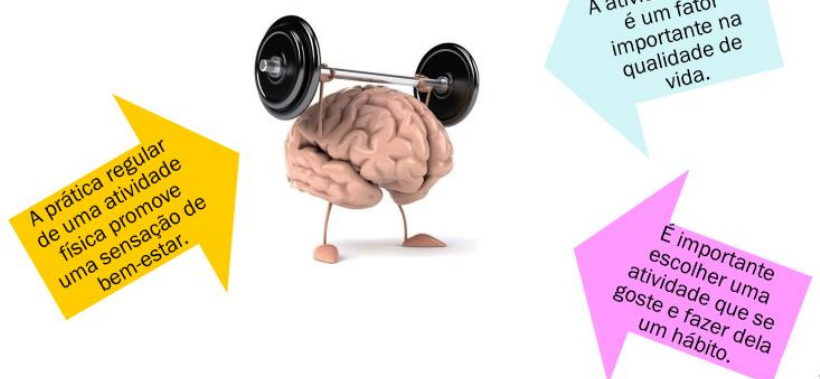
8

ALIMENTAÇÃO



9

CUIDAR DO CORPO



10

CUIDAR DO CORPO



11

MEDITAÇÃO

Meditar diariamente tem inúmeros benefícios, entre eles:

- a redução do stress;
- a melhoria do sistema imunológico;
- o desenvolvimento da concentração e atenção.



12

SONO



A qualidade do sono reflete-se no humor e disposição.

Criar um ritual noturno de modo a evitar o desgaste emocional e físico.

Poderá recorrer-se a uma música ou sons relaxantes.

13

SONO



Não recorrer a aparelhos eletrónicos antes de adormecer.

A televisão e o telemóvel funcionam como estímulos desnecessários no momento de ir dormir.

Outra dica é não pensar no dia seguinte, deixando estas expectativas para após o nascer do sol.

14

SOCIALIZAR



Agendar encontros, com pessoas que nos são queridas é o suficiente para satisfazer a nossa necessidade de socialização.

Estar com quem amamos deixa-nos imediatamente felizes e de bom humor.

15

TER UM HOBBIE

Ocupar a mente com uma atividade divertida, traz possibilidades infinitas de bem-estar. Dedicar-se a um instrumento musical, aprender outro idioma, à leitura, ao desporto, ou uma outra habilidade, como cozinhar ou desenhar.



16

ORGANIZAÇÃO E PLANEAMENTO



Planear o dia com antecedência, organizando os afazeres e compromissos.



Há que sermos flexíveis.



17

AJUDA PROFISSIONAL

Existem situações, em que a ansiedade é muito intensa

Tornando-se um entrave às atividades ou às relações diárias

E onde o diálogo é insuficiente para ajudar a acalmar



18

AJUDA PROFISSIONAL

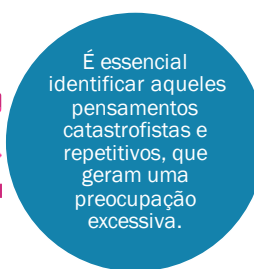
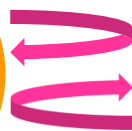
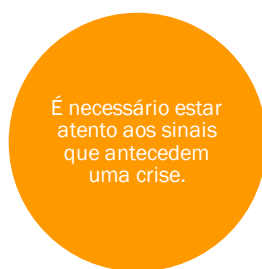


De modo a permitir ultrapassar esses períodos difíceis o médico assistente poderá recorrer a alguma medicação, que vai reduzir a ansiedade, provocando uma sensação de calma interior e bem-estar.

Poderá produzir igualmente algum relaxamento muscular permitindo assim atingir uma melhor qualidade de sono.

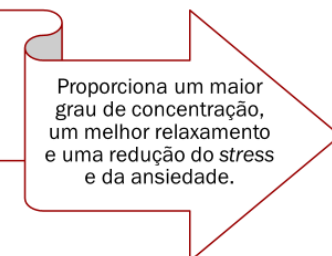
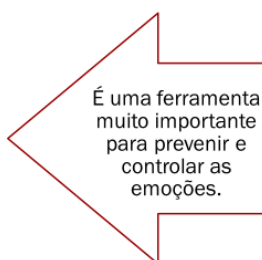
19

IDENTIFICAR FONTES DE ANSIEDADE



20

RESPIRAÇÃO



<https://www.youtube.com/watch?v=rw0JifZk4c>

21

PROPOSTAS

- Bullying
- Comunicação
- Adolescência
- Redes Sociais



22



23

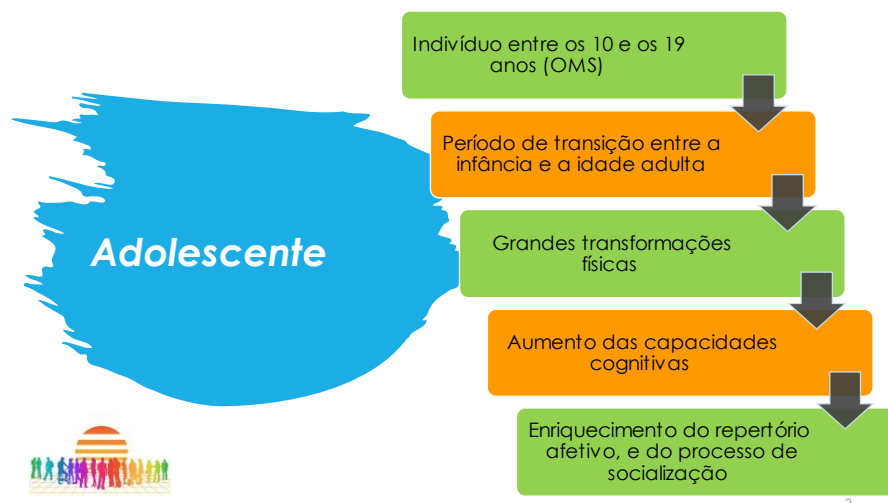
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 991 p.

<http://girlyacessorios.blogspot.com/2017/04/depressao-e-ansiendade-em-desenho.html>, Consultado em 12 de Março de 2021 às 12h00m.

24

APÊNDICE V - Sessão de Psicoeducação
“A Adolescência”



2

Mudanças Corporais

Do ponto de vista biológico a adolescência é marcada pelo início da puberdade e o fim do crescimento físico



Com alterações ao nível dos órgãos sexuais e de características como a altura, o peso e a massa muscular

3



Mudanças Emocionais e Psicológicas



5



6

Mudanças Cognitivas



7

Desenvolvimento da capacidade para refletir sobre o seu próprio pensamento e sobre o pensamento dos outros

Torna-se capaz de raciocinar corretamente sobre questões em que não acredita, pensando e refletindo sobre os mesmos

O despontar da tomada de consciência da variedade de estratégias de aprendizagem que tem ao seu dispor

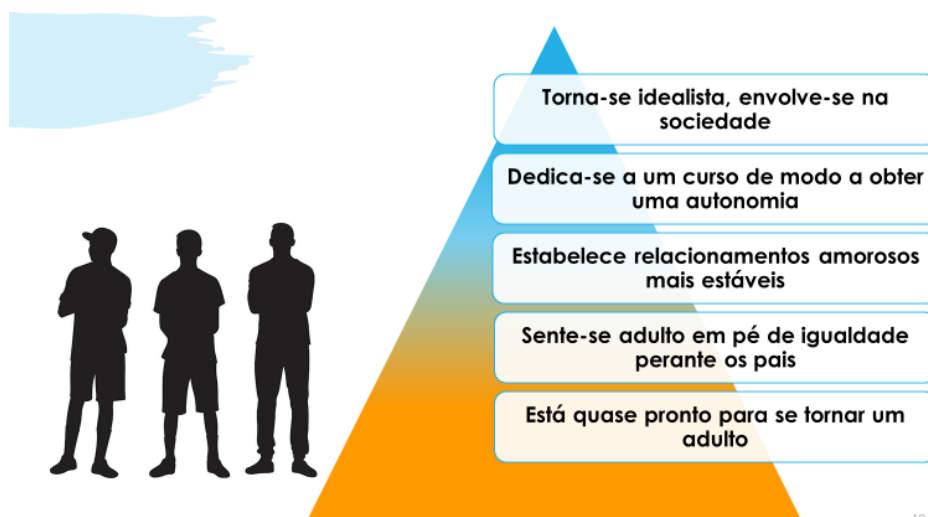
Tem a consciência sobre o fato das pessoas serem diferentes e terem pensamentos diferentes sobre a mesma situação ou ideia

8

Mudanças Sociais

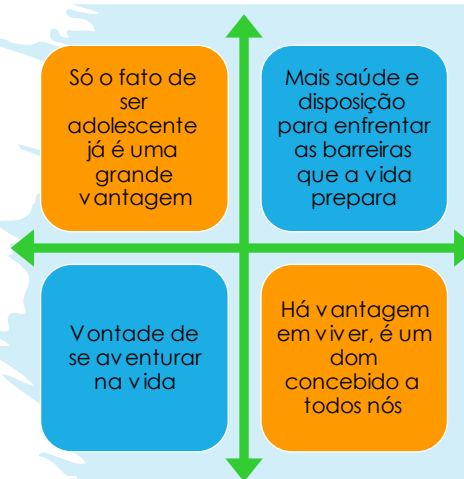


9



10

Vantagens



11

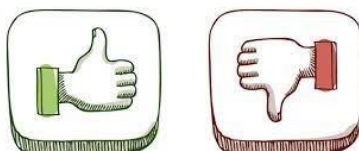
Dinâmica



2

Dividirem-se em 3 grupos

Enumerarem 3 prós e 3 contras da Adolescência



13

Propostas

Autoestima
Autoconceito
Redes Sociais

14

Obrigada

obrigada

Sandra Boura



15

Referências Bibliográficas

- Peixoto, F. (2004). *Qualidade das relações familiares, autoestima, autoconceito e rendimento académico*. *Análise Psicológica*, 1 (XXII), pp. 235-244.
- Matos, M., Simões, C. & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento Social*. Lisboa: Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça.
- Machado, P. et al. (2008). *Relações entre o conhecimento das emoções, as competências académicas, as competências sociais e a aceitação entre pares*. *Análise Psicológica*, 3 (XXVI), 463-478.

