



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

**Exercício Físico: Atuação do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas
Especializadas na Área de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

**Physical Exercise: Role of the Specialist Nurse in
Mental and Psychiatric Health Nursing**

**Report on the Development of Specialized Clinical Skills in the
Area of Mental Health and Psychiatric Nursing**

Mafalda de Sousa Baptista

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Exercício Físico: Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica**

**Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na Área de
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Physical Exercise: Role of the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health
Nursing**

**Report on the Development of Specialized Clinical Skills in the Area of Mental Health and
Psychiatric Nursing**

**Estágio de Natureza Profissional orientado pela Doutora Júlia Marques e coorientado pelo
Doutor José Carlos Carvalho**

Mafalda de Sousa Baptista

Porto, 2024

“A Persistência é o caminho que conduz à Vitória!”

- Novideval Costa

AGRADECIMENTOS

Ao Diogo, pela paciência, apoio, carinho e incentivo.

Aos meus pais e à minha irmã por acreditarem sempre que sou capaz.

À minha turma por este ano e meio partilhado, de suor, lágrimas e gargalhadas. Por se terem tornado muito mais que colegas de turma.

Aos meus orientadores, por toda a disponibilidade e compreensão. Pelo apoio, incentivo, chamadas incontáveis fora de horas, reuniões presenciais e online sem medida e sem horário.

Aos colegas do meu serviço, por todos os incentivos para terminar este Mestrado, palavras de conforto, carinho, apoio quando faltava motivação.

A todos os meu muito obrigada.

RESUMO

Este relatório final visa explicar as competências desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Foi elaborada uma pesquisa bibliográfica sobre os benefícios da prática regular de exercício físico na saúde mental de adultos com comportamentos aditivos e dependências (CAD), adultos com patologia psiquiátrica e idosos em contexto comunitário, em três contextos: Diferenciadas - equipa de tratamento de um centro de respostas integradas (CRI), internamento de agudos e unidade de cuidados na comunidade (UCC).

Em cada um dos contextos foram realizados um estudo de caso e uma intervenção em grupo (psicoeducação), sendo que, para ambas a intervenção foi realizada uma entrevista clínica prévia, de forma a realizar uma colheita de dados criteriosa e extensiva.

A realização destas intervenções permitiu o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Considera-se que os objetivos delineados para os estágios foram atingidos através das intervenções e oportunidades de aprendizagem proporcionadas por cada um dos serviços.

Palavras-chave: Comprometimento no Trabalho; Enfermeiras e Enfermeiros; Hospitais; Gestão de Pessoas; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This final report aims to explain the skills developed during the professional internship carried out within the scope of the master's Course in Mental Health and Psychiatric Nursing.

A bibliographical research was carried out on the benefits of regular physical exercise on the mental health of adults with addictive behaviors and dependencies (CAD), adults with psychiatric pathology and elderly people in a community context, in three contexts: treatment team of a response center integrated care (CRI), acute inpatient and community care unit (CCU).

In each of these contexts, a case study and a group intervention (psychoeducation) were carried out, and for both interventions a prior clinical interview was carried out, in order to carry out a careful and extensive data collection.

Carrying out these interventions allowed the development of common skills of specialist nurses and specific skills of specialist nurses in mental and psychiatric health.

It is considered that the objectives outlined for the internships were achieved through the interventions and learning opportunities provided by each of the services.

Keywords: Work Engagement; Nurses; Hospitals; Personnel Management; Health Management

SIGLAS E ABREVIATURAS

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CRI - Centro de Respostas Integradas

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EM - Entrevista Motivacional

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

RCCEE - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMP - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 19 |
| 2.1 | Problemática em Estudo | 19 |
| 2.2 | Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica | 23 |
| 3 | Análise do processo de cuidados | 27 |
| 3.1 | Contexto de Cuidados Diferenciados | 27 |
| 3.2 | Contexto de Internamento | 34 |
| 3.3 | Contexto Comunitário | 38 |
| 4 | AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS | 43 |
| 4.1 | Competências Comuns do Enfermeiro Especialista | 43 |
| 4.2 | Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica | 49 |
| 5 | ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL | 55 |
| 6 | CONCLUSÃO | 59 |
| 7 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 61 |
| | ANEXOS | 67 |
| | Anexo I - Planos de Sessão de Psicoeducação em Contexto de Cuidados Diferenciados .. | 69 |
| | Anexo II - Plano de Sessão de Psicoeducação em Contexto de Internamento | 75 |
| | Anexo III - Questionário de Avaliação do Conhecimento Pré-intervenção | 77 |
| | Anexo IV - Questionário de Avaliação do Conhecimento Pós-intervenção | 78 |
| | Anexo V - Planos de Sessão de Psicoeducação em Contexto Comunitário | 80 |
| | Anexo VI - Planos de Sessão de Psicoeducação aplicada aos Profissionais de Saúde da UCC | 85 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista | 45 |
| Tabela 2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica | 50 |

1 INTRODUÇÃO

Este relatório é realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional - Módulo II, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, concretizado no 1º Semestre do Ano Letivo 2023/2024, no espaço temporal de 18 de setembro de 2023 a 12 de janeiro de 2024, em contexto de cuidados diferenciados, internamento de agudos e comunitário, perfazendo um total de 510h de contacto.

Tem como principal objetivo e descrição pormenorizada do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no decorrer da realização dos estágios.

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A enfermagem de saúde mental tem como foco a promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e intervenção perante respostas humanas desajustadas aos processos de transição, que geram sofrimento ou doença mental. São as competências de âmbito psicoterapêutico do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) que lhe permitem desenvolver um juízo clínico singular, e, por isso, uma prática clínica em enfermagem diferente das restantes especialidades. Esta especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção e tratamento de doença mental e reabilitação psicossocial (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O EEESMP mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente (pessoa, família, grupo ou comunidade), assim como aumentar a sua crítica sobre os problemas e a capacidade de serem encontradas novas soluções. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Uma em cada oito pessoas vive com patologia do foro mental e a ansiedade e depressão aumentaram “mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia”. (WHO, 2022)

A evidência científica tem vindo a demonstrar que a atividade e exercício físico trazem efeitos positivos na saúde mental em populações clínicas e não clínicas. Dos benefícios mencionados destacam-se a associação positiva com a melhoria de sintomatologia depressiva e ansiosa, autoimagem, habilidades sociais e do funcionamento cognitivo. É também abordado como um complemento benéfico em programas de tratamento de comportamentos aditivos (Maindru et al, 2023; Sharma et al, 2006; Taylor et al, 1985).

O principal objetivo deste relatório é descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Mental ao longo dos estágios realizados. É essencialmente um documento de reflexão crítica relacionando a literatura, a prática desenvolvida e as competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo da Unidade Curricular.

Assim, o trabalho inicia-se com a introdução, e de seguida divide-se em três partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento conceptual onde se faz referência aos benefícios obtidos na saúde mental das pessoas através da prática de exercício físico e se abordam conceitos chave sobre estilos de vida e prática de exercício físico. Na segunda parte é apresentado o desenvolvimento do projeto em cada um dos contextos de estágio, onde se procurou também refletir de forma crítica sobre o desenvolvimento do mesmo. Na terceira é abordado o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESMP. E, para terminar, é realizada uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio e as conclusões do trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pesquisa científica está presente em todos os campos da ciência. É um processo de investigação que visa solucionar, responder ou aprofundar a investigação sobre uma determinada temática. Bastos e Keller (1995) definem a pesquisa científica como uma “investigação metódica acerca de um determinado assunto com o objetivo de esclarecer aspetos em estudo”. Para Gil (2002), a pesquisa é necessária “quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não pode ser adequadamente relacionada ao problema” (Sousa et al., 2021).

A pesquisa científica apresenta várias modalidades, sendo uma delas a pesquisa bibliográfica. Esta está inserida principalmente em meio académico e tem como principal finalidade a atualização do conhecimento, através de uma investigação científica de obras já publicadas (Sousa et al., 2021).

Seguidamente, serão relacionados vários conceitos que se revelaram fundamentais para o desenvolvimento do estágio nos diversos contextos, relacionando estes conceitos com a temática central em estudo (Benefícios da prática regular de exercício físico na saúde mental destas populações específicas), e terminando com o enfoque no papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nesta temática.

2.1 Problemática em Estudo

O termo estilo de vida e os seus principais desenvolvimentos derivam do campo das ciências humanas e sociais (Sociologia, Antropologia). Para essas ciências, os estilos de vida consistem em padrões grupais, sobre os quais a estrutura social exerce uma especial influência na produção de comportamentos.

Ainda assim, no campo da saúde, estilo de vida é principalmente, campo de estudo para epidemiologia numa perspetiva restrita e fragmentada, sendo que reduz o complexo a variáveis, de forma a identificar comportamentos de risco e de proteção à saúde e as suas associações com doenças crónicas.

Uma parcela do campo da saúde liderada pelas ciências sociais e humanas aponta o referencial da promoção da saúde como movimento que procurou discutir o estilo de vida. Assim, a promoção da saúde avança, teoricamente, priorizando a saúde, a construção de

políticas públicas e de ambientes que favoreçam escolhas salutares. Dá-se destaque ao investimento da intervenção comunitária, reorganização de serviços de saúde com foco nos cuidados de saúde primários e ao desenvolvimento de habilidades pessoais. Passa a discutir e a integrar valores como a cultura da paz, equidade e justiça (Cockerham et al., 1997; Menéndez, 1998; Montoya & Salazar, 2010).

Deste modo, a Organização Mundial de Saúde passa a definir Estilo de Vida como o “conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício (WHO, 2004).

De forma a manter um estilo de vida saudável, a Organização Mundial de Saúde recomendou a adoção de uma alimentação saudável (ingerindo várias frutas e legumes), reduzindo a ingestão de gorduras, açúcar e sal, e aumentando o exercício (WHO, 2010).

As intervenções no estilo de vida que visam o aumento da atividade física entre as pessoas com problemas de saúde mental devem ser moldadas pela sua percepção de saúde e informadas pelas suas necessidades (Mishu et al., 2019).

Atividade física é definida como qualquer movimento corporal, produzido pelo sistema músculo-esquelético, que resulta em gasto de energia superior aos níveis de repouso (Caspersen et al., 1985). A quantidade de energia necessária à realização de determinado movimento corporal deve traduzir o nível de prática da atividade física exigida para esse mesmo movimento (Guedes & Guedes, 1995).

Apesar de o gasto energético associado a atividade física estar diretamente relacionado com a intensidade, duração e frequência com que se realizam as contrações musculares, além da quantidade muscular envolvida nos movimentos corporais e a quantidade de energia necessária para a realização de uma mesma tarefa motora podem variar de indivíduo para indivíduo, ou ainda em função do peso corporal e do índice de aptidão física do indivíduo (Taylor et al., 1978).

Mesmo apresentando alguns elementos comuns, o termo exercício físico não deve ser utilizado com conotação semelhante a atividade física. É facto que, tanto o exercício físico como a atividade física implicam a realização de movimentos corporais que levam a gasto de energia. Ainda assim, o exercício físico é considerado uma subcategoria da atividade física (Guedes & Guedes, 1995).

Deste modo, entende-se como exercício físico como toda a atividade física planeada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (Caspersen et al., 1985). Desta forma, exercício físico mostra-se como um conceito mais restritivo.

Por se tratar de um conceito que permite melhorar o entendimento em relação aos conceitos de atividade física e exercício físico, optou-se também por abordar o conceito de aptidão física.

Aptidão física é definida pela Organização Mundial de Saúde como “a capacidade de realizar trabalho muscular de maneira satisfatória” (WHO, 1978). Portanto, estar apto fisicamente significa que o indivíduo apresenta condições que lhe permitem ter um bom desempenho motor quando sujeito a situações que envolvam esforço físico. A aptidão física relacionada com a saúde abriga os atributos biológicos que oferecem alguma proteção ao aparecimento de distúrbios orgânicos provocados pela adoção de um estilo de vida sedentário (Corbin, 1987).

A promoção de exercício físico representa uma prioridade ao nível da saúde pública, sendo necessária uma intervenção a nível individual, familiar, cuidados de saúde, comunitária e governamental (Grandes et al., 2009). É urgente abordar a prescrição de exercício físico, que deve ser vista como um processo pelo qual se recomenda um programa de exercício de forma sistemática e individualizada, segundo as necessidades e preferências de cada pessoa, com a finalidade de obter o maior benefício com os menores riscos (Teixeira et al., 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a meta recomendada pela União Europeia para adultos saudáveis (com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos), é de 30 minutos de exercício físico de intensidade moderada, cinco dias por semana, ou cumprir, no mínimo, 20 minutos de exercício físico de intensidade vigorosa, 3 dias por semana. Para pessoas idosas (com idade superior a 65 anos) deverão ser consideradas as mesmas metas anteriormente definidas, devendo ser focados os exercícios de flexibilidade, fortalecimento muscular e equilíbrio (Instituto do Desporto de Portugal, 2009). Quando a duração de uma única atividade desportiva é de 30 a 60 minutos, a saúde mental atinge o nível ideal. Significa que quanto maior a participação em atividades desportivas, maior a adaptabilidade social (Chen & Sto, 2020).

Tendo sido abordados os conceitos associados à temática em estudo, segue-se uma abordagem dos benefícios da prática de exercício físico na população em geral, fazendo menção aos benefícios específicos na saúde mental da população alvo da intervenção em contexto de estágio (população com comportamentos aditivos e dependências, patologias psiquiátricas e população idosa em contexto comunitário).

A prática de exercício físico tem sido usada, ao longo do tempo, como meio de prevenir doenças e promover a saúde mental e o bem-estar, sendo este uso apoiado pela evidência (Callaghan, 2004). Alguns estudos (Ansari & Salam, 2021; Mikkelsen et al, 2017) indicam que o exercício pode reduzir os níveis de ansiedade e, se o exercício for mantido de forma regular, pode evitar sintomas depressivos alguns comportamentos neuróticos; aumenta a capacidade cognitiva, com benefícios para a criatividade, a memória e a

concentração (Campos et al., 2019). Tem um grande impacto na autoestima, sendo esta, um indicador chave do bem-estar mental. Pessoas com melhor autoestima gerem de forma mais adequada o stress e têm uma melhor relação com os outros. A realização de atividade física (aeróbica e/ou de fortalecimento muscular) está significativamente relacionada com felicidade, melhoria da imagem corporal, com a diminuição de problemas de foro mental (Shannon, et al., 2022).

No geral, os estudos sugerem que uma maior atividade física está associada a um maior bem-estar, qualidade de vida, bem como a menores sintomas depressivos, ansiedade e stress, independentemente da idade. Não tem existido consenso para o nível de atividade física ideal para atenuar os sintomas mentais negativos, nem para a frequência nem para o tipo de atividade física.

Apesar dos benefícios da prática regular de atividade física, e de exercício físico em particular, as pessoas com problemas de saúde mental têm menos probabilidade de serem fisicamente ativas do que a população em geral. Os programas de atividade física prescritos em ambiente social raramente são cumpridos, com elevados níveis de abandono, e a proporção de pessoas que continuam após o término dos programas ainda menor (Peddie et al., 2020).

O exercício parece mais efetivo em perturbações afetivas como a depressão e pode também melhorar o bem-estar e saúde física em indivíduos com transtornos mentais graves (Lilia et al., 2023).

As evidências atuais sugerem que tanto o exercício físico que integra corpo e mente quanto os programas de condicionamento físico têm potencial para serem eficazes na promoção da melhoria dos transtornos mentais, do desejo relacionado ao uso de drogas e da qualidade de vida em indivíduos com dependência de substâncias (Gimenez-Meseguer et al., 2020).

Os sintomas depressivos entre os idosos representam a segunda principal causa de incapacidade e declínio funcional. A atividade física tem recebido considerável atenção devido aos seus benefícios na prevenção e tratamento desses sintomas. Estudos identificaram que o aumento da satisfação, bem-estar e melhoria da saúde física são fatores-chave pelos quais a população idosa considera a atividade física útil na gestão do stress e dos sintomas depressivos (Vinksel & Erpic, 2022). Além disso, evidências em idosos mostram que substituir 30 minutos de comportamento sedentário por atividade física de baixa intensidade ou exercício físico de intensidade moderada a elevada está associado à melhoria dos sintomas de ansiedade (Tully et al., 2020).

O declínio das funções cognitivas é uma consequência normal associada ao processo de envelhecimento, mesmo não existindo fatores predisponentes. Este declínio tem um

impacto importante na qualidade de vida e está associado a um risco mais elevado de limitações funcionais e dependência de terceiros para o autocuidado. Das queixas subjetivas de declínio cognitivo mais comuns em idosos encontra-se o comprometimento ao nível da memória (Craik et al., 2007).

2.2 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Face ao exposto acima, os enfermeiros devem aliar-se a esta evidência, investindo na realização de atividade física e promoção da adoção de estilos de vida saudáveis. A inclusão de um enfermeiro na liderança das atividades e do exercício é uma componente importante para os participantes (Lourenço et al., 2017).

Outra possibilidade para elevar a adesão da prática de atividade e exercício físico são as sessões de sensibilização para o seu potencial benéfico. O apoio informacional ajuda a gerar interesse e motivação nos participantes para começar a trabalhar com um determinado exercício ou atividade desportiva. A educação para a saúde, elemento de apoio informativo deve ser um elo articulador e potencializador de qualquer atividade assistencial. Tem um poder transformador e é um grande aliado. Pode ocorrer mediante discussão e fornecimento de informações pertinentes ao problema abordado. Permite a expressão de sentimentos e de respeito pela individualidade de cada um, o aprofundamento das discussões referentes à saúde e proporciona aos participantes a descoberta de estratégias para o enfrentamento de dificuldades e a convivência com a sua condição de saúde (Lourenço et al., 2017).

A psicoeducação é uma abordagem específica dentro do campo da educação, que visa fornecer informações e habilidades relevantes para a compreensão e gestão de problemas de saúde mental. Na literacia em saúde mental, a intervenção psicoeducativa é uma modalidade de intervenção que pode ser aplicada tanto em grupo quanto individualmente (Amaral et al., 2020).

Em contexto de grupo, a intervenção psicoeducativa é direcionada a um conjunto de indivíduos que compartilham um mesmo problema de saúde mental, visando fornecer informações sobre o problema ou doença em questão, bem como habilidades para gerenciar seus sintomas e promover o bem-estar emocional. Esta abordagem também oferece um ambiente de suporte emocional onde os participantes podem compartilhar experiências e se apoiar mutuamente (Amaral et al., 2020).

Quando realizada a intervenção de forma individual, adaptada às necessidades específicas de cada pessoa. Nesse caso, o foco é fornecer informações e apoio

personalizados para ajudar o indivíduo a entender e lidar com seu problema de saúde mental (Amaral et al., 2020).

As componentes principais da intervenção psicoeducativa incluem:

1. Componente educativa: visa fornecer conhecimentos sobre o problema ou doença mental, incluindo sinais e sintomas, fatores de risco, diagnóstico, tratamentos disponíveis (tanto farmacológicos quanto não farmacológicos), prognóstico, entre outros aspectos relevantes.
2. Componente de suporte emocional: aborda a gestão de emoções, expectativas e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento para lidar com os desafios associados ao problema de saúde mental (Amaral et al., 2020).

Essa abordagem não se limita apenas a fornecer informações sobre a doença mental em si, mas também inclui estratégias para lidar com os desafios associados à condição, promover a adesão ao tratamento, melhorar a comunicação entre o paciente e os cuidadores, reduzir o estigma em relação à doença mental e promover um ambiente de apoio e compreensão (Amaral et al., 2020).

Psicoeducação pode envolver atividades como:

- Educação sobre a natureza da doença mental, incluindo sintomas, curso clínico e opções de tratamento;
- Ensino de habilidades de enfrentamento para lidar com sintomas e situações estressantes;
- Treino em habilidades de comunicação eficaz para melhorar a interação entre pacientes, cuidadores e profissionais de saúde;
- Promoção de estratégias de autocuidado e manejo do estresse para os cuidadores e familiares;
- Educação sobre recursos comunitários disponíveis para apoio contínuo;
- Redução do estigma e aumento da compreensão sobre questões relacionadas à saúde mental na comunidade (Amaral et al., 2020).

A psicoeducação em enfermagem, como parte integrante do regime terapêutico, tem como objetivo principal fornecer informações e habilidades para que as pessoas compreendam melhor as perturbações mentais, seus diagnósticos de enfermagem e as estratégias para lidar com a doença e seus efeitos (Amaral et al., 2020).

O incentivo à prática de atividade física deve ser incorporado no cotidiano assistencial dos profissionais de saúde mental. Abordagens motivacionais podem constituir uma estratégia para que a pessoa entenda a importância da prática regular de exercício físico. No entanto, é necessária a oferta regular desta intervenção para que a pessoa mantenha os níveis de motivação para a adoção de estilos de vida saudáveis e, nomeadamente, prática regular de exercício físico (Lourenço et al., 2017).

A Entrevista Motivacional (EM) não é simplesmente uma técnica. É mais bem entendida como um método clínico ou comunicacional, como descrevem Miller e Rollnick (2009), uma habilidade complexa que se aprende com prática considerável ao longo do tempo, um estilo de comunicação colaborativo, centrado na pessoa, que permite melhorar a motivação intrínseca para a mudança (Miller & Rollnick, 2013).

De forma a melhor compreender os princípios da EM, é essencial abordar o conceito de “motivação”. A motivação, enquanto razão ou desejo de ação, dá uma direção ao comportamento, em função do objetivo que se pretende atingir. Analisando a motivação enquanto processo, é dinâmica e, por isso, modificável, sendo que a mudança ocorre de uma forma natural em todas as pessoas, em relação a muitos comportamentos, e sem intervenção profissional. A motivação é uma chave para a mudança, sendo necessária em todo o processo de mudança; é multidimensional, tendo um número de componentes complexo, englobando fatores internos que estabelecem a base para a mudança (impulsos ou desejos), e fatores externos, que criam condições para a mudança (pressões externas e metas que influenciam a mudança); é dinâmica e flutuante no tempo, dependendo de contextos, interações sociais (família, amigos), etc (Barroso, 2020).

Deve ainda ser lembrado o modelo de estádios de mudança desenvolvido por James Prochaska e Carlos DiClemente (1982), também denominado por Modelo Transteórico de Mudança, no qual os autores propõem uma compreensão da motivação enquanto processo de mudança em espiral, na sua natureza, em que os avanços e recuos nos estádios são esperados, e cujo tempo de permanência difere em função de várias variáveis internas e externas. Deste modo, é frequente percorrer diversas vezes a mesma fase, antes de conquistar uma mudança estável.

São considerados os seguintes estádios de mudança:

1. Pré-contemplação - Fase em que não existe consciência do problema e, portanto, a pessoa não considera a possibilidade de mudança;
2. Contemplação - Estádio em que a pessoa se encontra mais aberta e experiências emocionais e ambivalência;
3. Preparação - Existe uma janela de oportunidade para a mudança durante um determinado período de tempo. Se a pessoa entrar no estádio seguinte (ação), a mudança prossegue. Caso contrário, regressará ao estádio de contemplação;
4. Ação - Período em que a pessoa tem intenção de mudar. Acredita que tem autonomia para alterar a sua vida em áreas-chave;
5. Manutenção - É realizada a manutenção da ação e evitada a recaída;
6. Recaída - Inerente a todo o processo de mudança. Avanços e retrocessos no ciclo de mudança são comuns antes de se solidificarem os novos padrões (Prochaska & DiClemente, 1982).

São princípios da EM expressar empatia, sendo salientadas as competências de compreensão empática, a capacidade de se afastar das suas preocupações pessoais e dar

provas de flexibilidade suficiente para pôr de lado o quadro de referência habitual, a fim de mergulhar no do cliente. Colocar-se verdadeiramente no lugar do cliente, tentando ver o mundo aos seus olhos no presente. A aceitação facilita a mudança (Barroso, 2020).

Desenvolver discrepâncias, ajudar os clientes a resolver ambivalências, ao desenvolver a discrepância entre o ponto em que a pessoa se encontra no momento e o ponto em que deseja estar; permite ao cliente perceber a importância da mudança. Esta é motivada quando o cliente entende esta discrepância (Barroso, 2020).

Lidar com a resistência diz respeito a acompanhar o cliente na sua ambivalência, sem argumentar, de forma a evitar atitudes de contra-argumentação. Se existir confronto durante a EM, pretende-se que ocorra dentro do cliente (Miller & Rose, 2009). A resistência do cliente deve ser considerada um sinal que indica que se deve proceder de forma diferente.

Reforçar a autoeficácia é o último de quatro princípios relevantes na EM, e é um elemento fundamental na motivação para a mudança. Refere-se à crença das capacidades pessoais para a realização de determinada tarefa, e se o cliente achar que não é capaz de mudar, o mais provável é nem tentar. As crenças sobre a possibilidade de mudar são um importante motivador, e cabe ao cliente a responsabilidade de escolher e levar a cabo essa mudança (Barroso, 2020).

3 ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS

O processo de Enfermagem é a base científica que sustenta as intervenções de enfermagem. É considerado uma forma ordenada e sistemática de agir do enfermeiro, de forma a identificar e resolver problemas identificados juntos dos clientes. A sua aplicação facilita a documentação de dados, identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem de forma sistemática, elaborar uma linguagem comum de enfermagem que facilita a comunicação entre os profissionais e desenvolver meios de avaliação das intervenções realizadas (Aquino, 2004).

Os processos de cuidados explanados a seguir foram realizados utilizando a linguagem definida na NursingOntos.

3.1 Contexto de Cuidados Diferenciados

De forma a facilitar a documentação do processo de cuidados desenvolvido, foi dividido o capítulo, sendo o mesmo iniciado por uma caracterização do contexto clínico, seguindo-se uma avaliação das necessidades e atividade diagnóstica, passando pela definição de prioridades, objetivos e critérios de resultado definidos, terminando com uma descrição explícita das intervenções realizadas e resultados obtidos com a implementação das mesmas.

Caracterização do Contexto Clínico

O fenómeno dos comportamentos aditivos e dependências representa um desafio para a sociedade atual, pelo forte impacto que este comportamento tem na qualidade de vida das pessoas, pelos recursos que são necessários para ajudar no tratamento e/ou a minimizar as consequências e para fazer face ao impacto social que isto provoca.

Os comportamentos aditivos são um fenómeno complexo, multifatorial e multidimensional, caracterizados por comportamentos impulsivo-compulsivos em relação a diferentes atividades ou condutas (Pereira & Cunha, 2017).

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) concretiza uma inovação de relevo no reforço relativo ao planeamento e acompanhamento de programas de redução de consumo de substâncias psicoativas, na prevenção de comportamentos aditivos e na diminuição das dependências. O SICAD tem por missão a promoção da redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências (Ministério da Saúde, 2012).

O modelo de tratamento assenta numa abordagem biopsicossocial, sendo o principal eixo a abordagem multidisciplinar dos comportamentos aditivos e dependências, tendo por base a relação estabelecida entre o cliente e o técnico que o acompanha.

Os diversos recursos terapêuticos são integrados e articulam-se conforme as necessidades, o diagnóstico, as capacidades do cliente e da família ou outros envolventes no processo, e o seu prognóstico.

A unidade onde realizei o estágio dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por duas enfermeiras especialistas, quatro psiquiatras, três psicólogas, três assistentes sociais, quatro assistentes técnicas e uma assistente operacional, que atendem um total de 288 clientes, maioritariamente do sexo masculino, com idade média de 50 anos. O estágio neste contexto foi realizado entre os dias 18 de setembro e 18 de novembro de 2023, perfazendo um total de 90h de contacto.

Nestas unidades especializadas para tratamento de comportamentos aditivos e dependências, os enfermeiros procuram estabelecer uma relação de confiança mútua, compreensão aprofundada das suas necessidades, promovem a sua independência e autonomia sustentadas pela possibilidade de estas fazerem escolhas informadas no seu percurso de recuperação. (Comiskey et al., 2019; Erim et al., 2016; Patrício et al., 2016).

Avaliação das Necessidades

A avaliação em enfermagem tem como propósito identificar as necessidades de cuidados do cliente, família, grupo ou comunidade nas suas diversas dimensões. Fornece base científica para o estabelecimento de prioridades e a seleção de intervenções de enfermagem adequadas (Perroca et al., 2014).

A literatura salienta que as necessidades destes clientes estão relacionadas com:

- o consumo de substâncias propriamente dito e se centram no processo corporal (problemas gástricos, hepáticos, respiratórios, infeções transmissíveis), no processo psicológico (alterações do pensamento, ansiedade, humor depressivo);
- o uso prolongado de substâncias, centrando-se as suas necessidades no processo de transição (dificuldade no enfrentamento, problemas laborais ou escolares, problemas económicos, diminuição da motivação) e no comportamento interativo (diminuição de competências sociais).

Muitas das necessidades identificadas são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, pelo seu perfil de competências específicas e acrescidas, são profissionais que estão munidos dos requisitos necessários para

fazer todo o espectro de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais atuando desde a prevenção, tratamento e reinserção.

A psicoeducação é uma intervenção psicoterapêutica que procura compreender a relação complexa entre vários fatores tais como: os sintomas da doença, a personalidade do indivíduo, o seu ambiente interpessoal e os efeitos colaterais da medicação. É considerada importante para a organização da condição da pessoa, para que ela se sinta responsável e não culpada pela sua doença (Colom & Vieta, 2006).

No caso específico da área clínica, no caso de uma perturbação ou tratamento, pretende-se alertar o indivíduo para os aspetos de promoção da saúde e preventivos da doença, assim como capacitar o paciente e/ou os familiares/cuidadores na gestão de situações decorrentes da doença já instalada.

Educar o cliente por diversos meios tais como esclarecimentos, brochuras, literatura acessível, filmes, entre outros, torna-se fundamental pois é através destas informações que o cliente aprende acerca do funcionamento da sua patologia, conseguindo assim identificar comportamentos e pensamentos distorcidos/difuncionais que resultam em sofrimento (Basco & Rush, 2005).

Deste modo, e em conjunto com a enfermeira tutora, realizamos a avaliação das necessidades presentes no grupo de clientes em estudo, através da realização da Entrevista Clínica em contexto individual, incluindo a aplicação de Instrumentos - Estilo de Vida Fantástico (versão portuguesa Rodrigues-Pires et al.,2023), Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (versão Portuguesa Santos, 2021), Inventário de Depressão de Beck (versão Portuguesa Martins, 2000) e recolha de dados biomédicos e historial clínico.

Terminadas as avaliações iniciais, constatou-se que o grupo carecia de conhecimento e competências relacionadas com a adoção de estilos de vida saudáveis e autocontrolo de ansiedade relacionado com a abstinência de consumos tóxicos.

Atividade Diagnóstica

Foi realizado neste contexto de estágio, um estudo de caso, tendo sido aplicados os mesmos instrumentos mencionados anteriormente.

O cliente a quem foi realizado o estudo de caso foi indicado pela tutora do serviço por este se deslocar ao serviço com maior periodicidade e ser aderente e colaborador no processo terapêutico. Após a entrevista clínica, foi-me dado conhecer que o cliente é do sexo masculino, tem 47 anos e encontrava-se a realizar tratamento de dependência de heroína e cocaína, através do programa de substituição da equipa de tratamento, estando abstinente há 11 anos.

Mantinha uma dose residual de metadona, tendo manifestado durante a entrevista vontade de progredir no processo de desmame, de forma a terminar o tratamento. Administrava ainda, de forma autónoma, sertralina 50mg (1/2 comprimidos), diazepam 10mg (1 comprimido) e fluoxetina 20mg (2 comprimidos). Após avaliação da gestão e adesão ao regime terapêutico, não foram verificados compromissos, visto este ter demonstrado conhecimento sobre a necessidade, benefícios e potenciais consequências associadas à não adesão ao regime terapêutico, bem como a capacidade para o gerir.

No que diz respeito à aplicação das escalas/inventários podemos afirmar que na primeira avaliação do Inventário de Depressão de Beck, foi obtido um score de 15, que corresponde a sintomatologia depressiva ligeira, confirmadas por algumas citações do cliente (“sinto-me sempre triste, desanimado”; “Não tenho vontade de fazer nada”) e pela observação da sua postura (curvado, sem contacto visual) que são indicadores do diagnóstico de Humor Depressivo.

Foi ainda aplicada a Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton, na qual se obteve um score de 19, que indica ansiedade moderada. Além dos itens da escala supracitada, foi ainda observada uma postura inquieta durante a entrevista clínica, tendo ainda sido referido pelo cliente alguns episódios/experiência de “crises de ansiedade” com alguma frequência. Associados a essas crises de ansiedade o cliente destaca outra sintomatologia como: agitação, hipersodurese e palpitações, dados que sustentam a identificação do diagnóstico de enfermagem Ansiedade.

Relativamente à escala Estilo de Vida Fantástico, foi detetado um défice ao nível da alimentação e da prática de exercício físico. Foi ainda obtido um score da escala de 43, que significa “Necessita de Melhorar”.

Associado à aplicação das escalas, foi ainda possível identificar compromisso ao nível do apetite por referência do cliente de aumento deste, assim como compromisso no autoconceito, e sono, visto o cliente ter referido durante a entrevista dados como desvalorização do “eu”, e a existência de sono não reparador.

Domínios de Enfermagem

Tendo por base os dados recolhidos e expostos anteriormente, foram identificados os domínios de enfermagem que passamos a apresentar de seguida.

Foi identificado no domínio do processo corporal, ao nível da perceção sensorial o apetite comprometido, visto ter sido mencionado pelo cliente que este se encontrava aumentado; no domínio do processo mental foi identificada a emoção com o diagnóstico de ansiedade e humor depressivo pelas queixas subjetivas do cliente e valores das escalas em

análise, e ainda o autoconceito comprometido pelos sentimentos e comportamentos de desvalorização pessoal. Sono por se ter confirmado alteração da qualidade do sono.

Foi ainda identificado o domínio sistema cardiovascular, por ter sido realizada monitorização de sinais vitais, o desenvolvimento humano por ser avaliado o peso e altura (de forma a calcular IMC).

Selecionamos também no comportamento ao nível do abuso de drogas o diagnóstico de conhecimento sobre estratégias do autocontrole do abuso de drogas com o objetivo de reforçar e empoderar o indivíduo no seu tratamento e na prevenção de recaída. A manutenção da abstinência. No referente aos estilos de vida identificamos um défice ao nível da prática de exercício físico, motivo pelo qual foi identificado um novo domínio denominado Padrão de Exercício.

Foi ainda realizada vigilância da eliminação intestinal, visto ter sido mencionado pelo cliente que tem tendência para obstipação.

Estabelecimento de Prioridades, objetivos e critérios de resultado

O estabelecimento de prioridades e objetivos para a intervenção neste contexto de estágio integrou as condicionantes inerentes à duração do mesmo, a temática central estudada e as necessidades dos clientes envolvidos na intervenção realizada em grupo, e na intervenção individual no âmbito estudo de caso.

Assim, em relação à intervenção individual, procuramos integrar o cliente no seu processo terapêutico tendo estabelecido com ele as metas a alcançar no período estabelecido. Estabelecemos com ele uma hierarquia das suas necessidades de modo a intervir prioritariamente nos diagnósticos identificados que tinham maior impacto para o cliente. O cliente salientou a ansiedade e as alterações de humor como os domínios que lhe causavam maior sofrimento sendo por essa razão o alvo primordial da nossa intervenção. Consideramos que as melhorias nestes domínios também se repercutiriam de forma positiva na qualidade do sono e com estratégias complementares desenvolvidas em grupo projetamos a melhoria no autoconceito. Apostamos no empoderamento do cliente através da psicoeducação. Ao longo das sessões efetuamos a validação da aquisição dos conhecimentos transmitidos, bem como as capacidades adquiridas através do treino promovendo o recurso autónomo às mesmas em caso de necessidade.

Em relação à intervenção em grupo, efetuamos o planeamento de sessões tendo em conta as necessidades identificadas, e os objetivos que se pretendiam alcançar no âmbito da prática regular do exercício físico como uma estratégia complementar não farmacológica para a melhoria do humor, padrão de sono e diminuição da ansiedade.

Planeamento e execução das intervenções

Em relação à intervenção individual, foram planeadas sessões de Relação de Ajuda e uma sessão de psicoeducação individual. Foram realizadas 5 sessões no total, distribuídas por 1 ou 2 sessões por semana, com a duração compreendida entre os 45 e os 50 minutos (Sampaio et al., 2020). O planeamento teve em conta o tema e os objetivos das sessões anteriores de modo a proporcionar um desenvolvimento sequencial dos conteúdos e das competências a adquirir.

Na primeira sessão, foi realizada uma intervenção de psicoeducação, com vista a intervir na lacuna de conhecimento existente em relação a estratégias de autocontrolo da ansiedade. Foram realizados ensinamentos e treinos, de forma que o cliente fosse capaz de mobilizar estes conhecimentos e capacidades quando necessário. Foram ainda mencionadas na sessão alterações ao estilo de vida que contribuem positivamente para o alívio de sintomas ansiosos.

Na segunda sessão, foi iniciada a intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda. Na fase de orientação, foram estabelecidas as regras para um normal funcionamento das mesmas, definidos de forma clara os papéis dos intervenientes, o meu como enfermeira e o do cliente como pessoa a ser ajudada e abordado de forma explícita o diagnóstico de enfermagem que iria ser trabalhado durante as sessões. Foi ainda iniciada a fase de trabalho, em que foi começado, em conjunto com o cliente, uma procura de resposta às necessidades do cliente, mantendo sempre a premissa de que este dispõe de todos os mecanismos necessários para encontrar a solução para os seus problemas.

Na terceira sessão, manteve-se a fase de trabalho, tendo-se mantido uma linha de comunicação aberta e segura com o cliente, permitindo que este partilhasse os seus problemas e as suas perspetivas de solução sem receio de juízos de valor. Permitiu-se nesta sessão partilhar sentimentos e emoções experienciadas em determinadas situações específicas, o que foi encorajado. Existiu também a necessidade de direcionar o pensamento, mantendo o foco na questão principal a ser trabalhada. Foi também solicitado ao cliente trabalho de casa, no sentido de refletir nos momentos que agravam a sintomatologia mencionada na entrevista clínica e no que está ao seu alcance alterar para melhorar esta mesma sintomatologia, registando esta reflexão numa tabela fornecida.

Na quarta sessão, ainda em fase de trabalho, o ponto de partida foi a tarefa realizada pelo cliente em casa. Permitiu-lhe ter mais tempo para pensar sobre a questão, chegando a conclusões mais coesas. Ainda assim, existindo algumas dificuldades em encontrar soluções para os seus problemas, foi sendo direcionado a mencionar explicitamente quais as dificuldades sentidas, de forma a evoluir no sentido de as conseguir ultrapassar. Atingidas algumas conclusões, foi realizado o exercício para avaliar as vantagens e desvantagens de uma das estratégias encontradas, tendo sido o cliente encorajado a realizar o mesmo exercício com as restantes estratégias encontradas em casa.

Na última sessão, foi realizada a fase de conclusão, em que foi realizada a avaliação final da intervenção. Foi recolhido feedback sobre o atingimento dos objetivos propostos no início da intervenção e efetuada uma avaliação e síntese do progresso do cliente desde o início da intervenção.

Simultaneamente à intervenção individual no âmbito do estudo de caso, decorreu a intervenção em grupo. Na primeira sessão (com duração de 45 minutos), foi realizada uma abordagem geral à intervenção, os objetivos atingir, abordando conceitos basilares, que estiveram no seu fundamento e o plano das sessões seguintes, mencionando as estratégias utilizadas para atingir os objetivos (Anexo I).

Nas sessões intermédias, foram propostos diversos exercícios para uma prática regular de exercício físico passível de ser realizada em casa, dado tratar-se de uma comunidade que, na sua generalidade, carece de suporte económico, mantendo sempre em vista a maior adesão à intervenção possível, através da adaptação da mesma à realidade socioeconómica do grupo. Foi sempre recolhida a opinião do grupo em relação à sessão, no sentido de adequar as estratégias das sessões seguintes, de modo a responder às necessidades e/ou preferências gerais do grupo. Foram realizadas duas sessões intermédias, com a duração de 50 minutos.

No início da intervenção, aquando da realização da avaliação inicial, verificou-se um défice de conhecimento relacionado com hábitos de vida saudáveis, sendo que a principal temática que deveria ser trabalhada, tendo em conta os resultados da aplicação da escala, seria a dimensão relacionada com a atividade física e associativismo. Assim sendo foram realizadas sessões com o intuito de potenciar a melhoria de conhecimento e adesão a este estilo de vida.

Finda a intervenção, foi realizada nova avaliação individual, questionando os clientes sobre os conhecimentos transmitidos, tendo existido uma melhoria de conhecimento pós-intervenção, principalmente no que concerne às definições de conceito de exercício e atividade física, e quais os benefícios de uma prática regular na saúde mental da população em geral e, em específico, na população com patologia de foro mental. Foi também questionada a perceção de melhoria dos sintomas ansiosos e/ou de alterações de humor (depressivo), tendo sido referido que experienciaram uma ligeira melhoria em alguns dos sintomas. É de relevo acrescentar que estas melhorias foram relatadas e associadas aos clientes que cumpriram com os exercícios recomendados durante a semana, de forma autónoma.

3.2 Contexto de Internamento

À semelhança do que foi mencionado anteriormente, o processo de cuidados em contexto de internamento será elaborado através da caracterização do contexto clínico em que se realizou este estágio, abordando a avaliação de necessidades e atividades diagnósticas realizadas, o estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado, terminando com a abordagem das intervenções elaboradas e resultados obtidos.

Caracterização do Contexto Clínico

O estágio realizado num serviço de internamento de psiquiatria de agudos, foi desenvolvido no período de 23 de outubro a 22 de novembro de 2023, perfazendo um total de 125 horas. É de salientar que, no decorrer do estágio, o serviço teve de mudar de instalações por motivo de obras, o que dificultou o desenvolvimento do mesmo, pois todos os intervenientes estavam a adaptar-se aos condicionamentos do mesmo.

Este serviço tem lotação de 30 camas, sendo metade destas camas dedicadas para mulheres e metade dedicada a homens. Recebe clientes provenientes da Consulta Externa, do Hospital de Dia e do Serviço de Urgência.

A população admitida tem mais de 18 anos sendo que a mais prevalente deste serviço tem idades compreendidas entre os 30 e os 60 anos de idade. Foi ainda possível perceber que as patologias mais predominantes são a psicose, ideação suicida e depressão major (associadas frequentemente a perturbações da personalidade) e a perturbação bipolar.

É um serviço que, pela sua tipologia, apresenta uma grande rotatividade de clientes.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, psiquiatras, auxiliares de ação médica, terapeuta ocupacional e assistente social.

O tempo médio de internamento neste hospital varia entre os 4 e os 28 dias, dependendo da severidade da patologia apresentada pelo cliente.

Avaliação das Necessidades

A avaliação das necessidades dos clientes internados foi realizada em conjunto com os enfermeiros tutores, sendo também auscultada a opinião de outros profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar deste serviço. Foi-nos dado observar nos clientes, défices no âmbito do conhecimento relativo aos benefícios da prática de atividade/ exercício físico na saúde mental, significado atribuído e prática regular de exercício físico.

Complementarmente à avaliação realizada com a equipe de profissionais aplicamos aos clientes um questionário de avaliação de conhecimento sobre a temática do benefício do exercício físico na saúde mental, a escala de Ansiedade e Depressão hospitalar (HADS), de forma a sustentar/confirmar alguns diagnósticos enunciados nos seus processos clínicos. Os diagnósticos de ansiedade e humor comprometido foram tidos como critérios de inclusão para integrar o grupo de intervenção dirigido à prática do exercício físico como estratégia não farmacológica benéfica para saúde mental. Foram selecionados os clientes presentes no serviço, com insight, e com os diagnósticos referenciados anteriormente e excluídos os clientes com agitação psicomotora, comportamento agressivo e atividade alucinatória e delirante em fase aguda. Após avaliação dos mesmos, constituímos um grupo com cinco clientes (Anexo III).

Atividade Diagnóstica

Foi realizado, à semelhança do explanado no contexto anterior, um estudo de caso. Deste modo, passamos a apresentar o cenário clínico do estudo: indivíduo do sexo feminino de 51 anos, 9º Ano de escolaridade, condutora de TVDE, casada, com 3 filhos (F 25A, M 21 A e M 18 A), com quem vive. Sem antecedentes de acompanhamento por Psiquiatria, ou outros de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência Psiquiátrica, vinda de Hospital Privado por risco de comportamento autolesivo. Segundo o marido, encontra-se há cerca de 2 meses alheada, apática e ausente das dinâmicas familiares. Apresentou-se vígil, pouco colaborante, orientada auto e alopsiquicamente, postura ausente com contacto austero quando abordada. Discurso centrado em sentimentos de autodesvalorização e desesperança. Não se projeta no futuro e apresenta ideação suicida em estruturação. Foi-lhe proposto tratamento em regime de internamento que aceitou. No decurso da entrevista clínica a esta cliente, foram aplicadas, duas escalas, uma para avaliação da ansiedade (Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton) e outra para avaliação de Humor (Inventário de Depressão de Beck).

A aplicação das escalas supracitadas permitiu identificar o diagnóstico de enfermagem Ansiedade e Humor Depressivo. Aquando da entrevista clínica, a cliente mencionou que o marido a transportou para a urgência porque esta teria tentado abandonar o veículo em que viajava com o mesmo, ainda em andamento, quando atravessava uma ponte, com o objetivo de se atirar. Quando questionada sobre o motivo para esta tentativa, a cliente mencionou que “não pensou” e “agiu por impulso”. Foi, então, identificado um compromisso do controlo de impulsos.

Domínios de Enfermagem

Atendendo à informação descrita anteriormente, foram identificados para o Estudo de caso domínios de enfermagem, tendo em conta os dados recolhidos durante a entrevista clínica.

Foram identificados o domínio da emoção no âmbito do processo mental, com o diagnóstico de enfermagem de ansiedade e humor depressivo, o domínio do autoconceito, pelo facto de ter sido verbalizado pela mesma, durante a entrevista, sentimentos de desvalorização pessoal de forma sistemática.

Foram também identificados o domínio sono, por ter sido mencionado pela cliente que tinha dificuldade em dormir (insónia inicial) e, por isso, se automedicava com “os victans do marido para conseguir dormir”.

O domínio do pensamento foi identificado, pela existência de ideação suicida no momento da admissão, tendo sido vigiada a sua existência ao longo do internamento.

O domínio sistema cardiovascular e apetite devem-se ao facto de ser realizada de forma sistemática vigilância dos sinais vitais e da ingestão alimentar enquanto dinâmica regular do serviço no início de cada turno e a cada refeição, respetivamente.

Por último, foi identificado o domínio do autocontrolo, tendo sido identificado compromisso do autocontrolo de impulsos. Após aplicação do indicador NOC “Autocontrolo de Comportamento Impulsivo” foi confirmada a existência de itens caracterizadores que permitem a seleção do diagnóstico Autocontrolo de Impulsos Comprometido, como a falha na identificação de sentimentos que levam a comportamentos impulsivos, a incapacidade de evitar situações de alto risco e o próprio controlo de impulsos.

Estabelecimento de Prioridades, objetivos e critérios de resultado

Para a definição de prioridades, foram tidas em conta várias condicionantes neste campo de estágio. Falo especificamente do facto de se tratar de um internamento de agudos, em que os tempos de internamento eram relativamente curtos e do facto de o serviço ter mudado de instalações por motivo de obras, o que condicionou o espaço útil para realizar a intervenção.

Assim, tornou-se ainda mais importante definir prioridades de forma eficaz de modo a dar resposta às necessidades reais do estudo de caso e do grupo selecionado.

Em relação ao estudo de caso, tendo em conta que não foi referenciada ideação suicida nem evidenciado comportamento autolesivo, optamos por priorizar intervir no compromisso do autocontrolo de impulsos que motivou o internamento da cliente. Posteriormente à intervenção, foi aplicado um novo questionário de avaliação do

conhecimento, de forma a permitir comparar o conhecimento que existia antes e após a intervenção, sendo utilizada esta comparação como indicador de resultado.

Em relação ao grupo, priorizou-se a aquisição de conhecimento sobre os benefícios da prática regular de exercício físico, visto que já existe na dinâmica diária do serviço a prática diária de atividade física (Anexo IV).

Planeamento e execução das intervenções

Tendo em conta as condicionantes anteriormente referenciadas foi necessário adequar o planeamento previsto no projeto de forma a serem cumpridos os objetivos para o campo de estágio.

Assim sendo, em relação ao estudo de caso, foi possível realizar duas sessões para a entrevista clínica, de aproximadamente uma hora, e três sessões de Técnica de Modificação de Comportamentos. Cada sessão teve a duração de aproximadamente 45 a 50 minutos, em que o principal objetivo foi identificar o comportamento a ser alterado, bem como os comportamentos alternativos possíveis e a sua efetividade, analisando vantagens e desvantagens do mesmo. Foi realizada aproximadamente uma a duas sessões por semana até à data da alta da cliente.

Foi planeada a realização de role playing com a cliente, que a mesma recusou, pelo que não foi possível obter resultados ou dados através desta técnica. Contudo, foi facilitada, através da intervenção, a consciencialização para a importância de um controlo de impulsos eficaz, procurando refletir sobre as opções disponíveis para dar resposta a estímulos externos.

Em relação à intervenção em grupo, foram inicialmente entregues os instrumentos aos clientes que apresentavam capacidade e insight para o fazer. Foi então, formado um grupo com cinco clientes de forma a realizar uma sessão de psicoeducação sobre os benefícios da prática regular de exercício físico na saúde mental das pessoas com patologia psiquiátrica, fazendo referência à dinâmica já existente no serviço (Anexo V). Foi também feita a associação entre o conteúdo mencionado na sessão (benefícios da prática regular de exercício físico para a saúde mental) e a manutenção de um estilo de vida saudável como fator protetor da descompensação da patologia mental. Foi possível perceber através do questionário aplicado posteriormente à intervenção, que a mesma permitiu uma aquisição de conhecimentos relacionados com a temática abordada (média do conhecimento do grupo prévio 7/10, versus o conhecimento médio do grupo à posteriori 9/10).

3.3 Contexto Comunitário

Tal como abordado nos dois contextos anteriores, a elaboração do processo de cuidados inicia-se com a caracterização do contexto em que foi realizado o estágio, seguindo-se a avaliação das necessidades do serviço e atividade diagnóstica. É abordado posteriormente o estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado, terminando com a planificação da intervenção.

Caracterização do Contexto Clínico

A prestação de cuidados de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) deve ir além da deteção de problemas psiquiátricos, incluindo a avaliação do risco de suicídio, e abranger intervenções específicas para situações clínicas de depressão e ansiedade (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental [CTARSM], 2017). Para esses cenários, existe uma base sólida de evidências científicas apoiando o uso de modelos que incorporam terapias psicológicas breves, envolvendo uma sequência de diversos profissionais, como médicos/enfermeiros de família, psicólogos, psiquiatras e enfermeiros especialistas em saúde mental. No entanto, em Portugal, esses modelos não são rotineiramente implementados, e as terapias psicológicas para ansiedade e depressão geralmente não são disponibilizadas nos CSP (CTARSM, 2017).

Há um conhecimento sólido atualmente sobre a prevalência e o impacto das perturbações psiquiátricas a nível individual, familiar e socioeconómico, com implicações importantes na qualidade de vida das populações, incluindo sofrimento emocional, exclusão, isolamento, disrupção familiar, incapacidades e desemprego. Este conhecimento, combinado com uma pesquisa cada vez mais aprofundada sobre os determinantes de saúde, como pobreza, iliteracia, crises económicas e sociais, desastres naturais, entre outros, destaca a importância crucial de integrar a saúde mental em todas as políticas e estratégias de saúde pública (CTARSM, 2017).

Uma análise da literatura permite identificar os temas mais frequentemente abordados nos documentos e recomendações nesta área, os quais se concentram nos contextos onde o potencial impacto é mais significativo: programas de promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, em ambiente domiciliário, escolar e laboral, além da prevenção do suicídio e da luta contra o estigma e a discriminação (CTARSM, 2017).

Neste contexto, o estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), entre o dia 27 de novembro de 2023 e o dia 12 de janeiro de 2024, perfazendo um total de 125h de contacto.

Esta unidade dispõe de uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica com 35h semanais atribuídas a esta função, e uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica com 15h semanais atribuídas a esta função, que as desempenha em contexto de saúde escolar. Dispõe ainda de assistente social, enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, saúde infantil e pediátrica e de saúde comunitária e saúde pública.

Avaliação das Necessidades

À semelhança do que foi realizado nos contextos de estágio anteriores, o primeiro passo esteve direcionado para a avaliação das necessidades reais da população-alvo dos cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

No decurso deste estágio privilegiou-se a intervenção, na comunidade idosa em centro de dia.

Em primeira instância, foi discutida a pertinência da realização de sessões de psicoeducação sobre os benefícios da prática regular de exercício físico na saúde mental da população idosa. Tendo existido uma resposta positiva, avançou-se para a avaliação efetiva da necessidade, através da aplicação de um questionário de avaliação do conhecimento à população e questionada a receptividade dos parceiros para a intervenção. De forma que todos pudessem participar, pelo facto de existirem clientes sem capacidades literárias nestes centros de dia, as questões foram colocadas, individualmente, de forma oral.

Analisados os resultados, foi possível confirmar a necessidade de promover o conhecimento desta população sobre conceitos como estilo de vida, envelhecimento ativo, saúde mental, abordando a temática em estudo.

Atividade Diagnóstica

Foi realizado um estudo de caso, em contexto de visita domiciliária. Foi selecionada uma cliente de 53 anos, que integrava o grupo de cuidadores da UCC. A cliente presta cuidados à mãe, de 89 anos, com demência de Alzheimer e Neoplasia diagnosticada. É uma pessoa que, tendo Estatuto de Cuidador Informal, se encontra a prestar cuidados à mãe a tempo inteiro, dedicando-se a esta por completo.

Aquando da realização da entrevista clínica, a cliente abordou o facto de que também tinha sido cuidadora do pai, que faleceu recentemente. Foi então identificado um processo de transição (luto pela morte do pai e nova situação de doença da mãe). Ao ser avaliado o significado atribuído ao processo de luto, a cliente referiu culpar-se por ter levado o pai ao hospital ao invés de o ter deixado ficar confortável em casa como era "o seu desejo" (sic).

Foram também aplicadas a escala de avaliação da ansiedade de Hamilton e o índice de depressão de Beck, de forma a avaliar a presença de sintomatologia relacionada com humor depressivo ou ansiedade. Foi ainda solicitado o preenchimento da escala de Zarit com o intuito de avaliar a presença de sobrecarga enquanto prestadora de cuidados. Não foi verificada a presença de nenhum dos diagnósticos de enfermagem supracitados.

Posteriormente à entrevista, a cliente referiu que tinha entrado na menopausa e que, desde então estava a experienciar alguma irritabilidade e oscilações da temperatura corporal.

Foram identificados processos de transição (luto pela morte do pai), interrompido pela descoberta da neoplasia da mama da mãe, e da sua transição para a menopausa.

Domínios de Enfermagem

Tal como nos restantes campos de estágio, foram identificados Domínios de Enfermagem.

Foram inicialmente identificados os domínios da emoção, por ter sido identificado durante a entrevista um processo de transição (luto pela morte do pai e nova situação de doença da mãe), tendo, neste sentido, identificados os diagnósticos de ansiedade e luto comprometido, apesar de não existir manifestações de alteração ao nível do humor.

Ao ser avaliado o significado atribuído ao processo de luto, a cliente referiu culpar-se por ter levado o pai ao hospital ao invés de o ter deixado ficar confortável em casa como era "o seu desejo" (sic). E, neste sentido, foi avaliado o autoconceito, numa perspetiva de perceber se poderia existir um compromisso ao nível deste domínio.

Existindo um processo de luto comprometido, foi também identificado o domínio do pensamento, de forma a avaliar a existência de sintomas relacionados com ideação suicida.

Foi, por último, introduzido manualmente o domínio menopausa de forma a avaliar as alterações inerentes a esta transição ao nível da saúde mental. Nesta fase, as flutuações hormonais levam a alterações, não só na função reprodutiva, mas noutras áreas corporais importantes, e também na saúde mental, onde, em média, 20% das mulheres possuem queixas psiquiátricas como depressão, ansiedade, distúrbio do sono e transtorno bipolar (Gordon, 2018; Hu et al., 2016).

Estabelecimento de Prioridades, objetivos e critérios de resultado

Em relação ao estudo de caso, tendo em conta os diagnósticos identificados, e após negociação com a cliente, concluiu-se que seria importante para a cliente retomar o processo de luto do pai, de forma a amenizar algum sofrimento e sentimentos de culpa associados a este acontecimento. Foram estabelecidos como objetivos identificar sentimentos e emoções associados à transição e interpretar os mesmos, posteriormente identificar estratégias passíveis de serem utilizadas no quotidiano da cliente, de forma a resolver sentimentos de culpa ou potencial diminuição da funcionalidade.

Tendo em conta o estabelecimento de prioridades negociado com a cliente, foram estabelecidos critérios de resultado da mesma forma. Negociou-se assim, com a cliente, o seguinte critério de resultado: alteração dos pensamentos associados à morte do pai (não desestabilizadores).

Em relação à intervenção realizada, cuja população-alvo foram os idosos inscritos nos centros de dia incluídos na área de abrangência da UCC em que foi realizado o estágio, foi priorizada a intervenção relacionada com a temática estudada (exercício físico e benefícios para a saúde mental), verificando-se cumulativamente, um défice no conhecimento da população nesta matéria. Assim, foi estabelecido como objetivo promover o conhecimento da população sobre os benefícios da prática regular de exercício físico na população idosa. Posto isto, foi estabelecido como critério de resultado, a melhoria do conhecimento dos idosos sobre esta temática, sendo a mesma avaliada através da aplicação de questionário.

Planeamento e execução das intervenções

Abordando primeiramente a intervenção no estudo de caso, foi realizada a intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda, sob a premissa de que a cliente possui todos os mecanismos necessários para resolver o seu problema, tendo sido desempenhado por mim um papel de moderação, guiando o seu raciocínio para a solução. Foram realizadas um total de quatro sessões além das duas sessões dedicadas à entrevista clínica, com a duração aproximada de 45 minutos por sessão. Foi realizada em média 1 sessão por semana. A realização desta intervenção permitiu atingir os objetivos propostos, na medida em que foi possível identificar os sentimentos e emoções reprimidos pelo facto de a transição ter sido interrompida, e abordar estratégias de forma que a cliente iniciasse o processo de encontrar algum alívio do sofrimento que sentia neste processo. Através do feedback obtido pela cliente, a abordagem deste tema de forma livre e sem julgamento, permitiu-lhe ainda refletir sobre algumas práticas no processo de cuidar da mãe, e que eram fruto do receio da sua perda, tal como tinha acontecido com o seu pai.

Em relação à intervenção em grupo, foi realizada intervenção de Psicoeducação, de forma a dar resposta à necessidade e objetivos estabelecidos. Foi realizada uma sessão de colheita de dados (avaliação inicial), duas sessões de intervenção e uma sessão de avaliação final, permitindo avaliar os resultados obtidos (Anexo VI). Foi verificada a aquisição de conhecimento, através da colocação de questionário com a temática desenvolvida nas sessões. Foi possível atingir os objetivos estabelecidos para a intervenção, embora, para avaliar a aquisição efetiva de conhecimento, fosse necessária uma sessão de follow-up, de forma a perceber se toda a informação transmitida foi assimilada de forma correta, ou se seria necessário reformular alguma da informação de forma a clarificar os conceitos.

4 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), considera-se enfermeiro especialista aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A atribuição deste título pressupõe, para além da verificação das competências previstas em cada um dos Regulamentos de Competências relativos a cada Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluem a capacidade de decifrar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar continuamente a prestação de cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Tabela 1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

| Competências Comuns do Enfermeiro Especialista | | Contexto | | |
|--|---|------------------------|--------------|------------|
| Domínio | Competência | Cuidados Diferenciados | Internamento | Comunidade |
| Responsabilidade profissional, ética e legal. | 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 | X | X | X |
| | Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. | X | X | X |
| Melhoria Contínua da Qualidade | Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. | X | - | X |
| | Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. | X | X | X |
| | Garante um ambiente terapêutico e seguro. | X | X | X |
| Gestão dos cuidados | Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. | X | - | X |
| | Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. | X | - | X |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais | Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. | X | X | X |
| | Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica | X | X | X |

Na tabela 1 são assinaladas as competências comuns do enfermeiro especialista adquiridas nos contextos de estágio. Foi assinalada na referida tabela com uma cruz as competências desenvolvidas em cada contexto (X), e com um traços as que se considera não terem sido tão desenvolvidas (-).

De uma forma geral, o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista foram adquiridas e treinadas de forma similar em todos os contextos de estágio.

Mencionando especificamente o domínio de Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, este domínio de competências foi desenvolvido em todos os campos de estágio por ter sido sempre realizada uma negociação com o cliente (indivíduo, família ou comunidade), de forma a promover a autonomia do mesmo no seu processo de cuidados, promovendo a reflexão durante o processo de tomada de decisão à priori, tendo sempre em vista o cumprimento do enquadramento jurídico aplicável e da deontologia profissional. Foi sempre tida em consideração a defesa dos direitos humanos, mantendo o respeito e a segurança dos dados dos clientes com que contactei ao longo dos estágios. Foi respeitado ao máximo o seu direito à privacidade, garantido uma intervenção individual em local próprio e resguardado. Foi sempre realizado o plano de cuidados em processo de negociação com o cliente, tendo sido respeitado na íntegra o direito à autodeterminação no âmbito dos cuidados que foram prestados. Foram respeitadas as crenças, valores e costumes de cada cliente, não tendo sido realizados juízos de valor em relação a qualquer um destes itens. O momento das passagens de turno (no caso específico do estágio de internamento) foi um momento de recolha de dados sobre o estado geral dos clientes internados, utilizado para otimizar a prestação de cuidados no sentido de promover a realização de uma intervenção segura e adequada às necessidades.

Em relação ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, foi assegurada a utilização do conhecimento científico mais atualizado de forma a promover a utilização do mesmo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados em cada serviço. A intervenção foi planeada e analisada com regularidade, permitindo a possibilidade de ser moldada às necessidades identificadas em cada sessão. Foram elaborados indicadores de resultado mensuráveis, de forma a avaliar a efetividade da intervenção, bem como a recolha de feedback dos clientes alvo da intervenção (individual e em grupo), de forma a ser possível uma análise real dos resultados obtidos. Existiu, sistematicamente, um momento de reflexão sobre a intervenção, de forma a promover uma melhoria constante da mesma. Foi promovida a sensibilidade, consciência e o respeito pela identidade cultural de cada cliente, de forma a promover um ambiente de segurança de todos os clientes alvo das intervenções realizadas. Foi envolvida a família, através da realização de conferências familiares (em contexto de cuidados diferenciados), no sentido de providenciar apoio à família como parceira na prestação de cuidados. Foi assegurada uma prestação de cuidados com vista a proteção da

segurança física, tanto do profissional, como do cliente, no que respeita à realização de procedimentos ergonómicos, como posicionamentos e transferências, bem como a prevenção de riscos ambientais, nomeadamente na prevenção de quedas e úlceras por pressão (principalmente em contexto de internamento, em caso de clientes mais dependentes, e na comunidade, na realização de visitas domiciliárias).

Foram desenvolvidas competências no âmbito do domínio da gestão de cuidados participando e colaborando nas decisões da equipa de saúde. Foi sempre tido em atenção o limite das minhas competências, e neste sentido soube quando negociar a minha intervenção e quando referenciar o cliente para outro profissional mais qualificado para dar resposta às necessidades identificadas. No contexto da minha intervenção em todos os contextos foram realizados treinos e ensinamentos sobre mecanismos de coping, técnica de respiração abdominal, técnicas de controlo de impulsos, tendo sido sempre avaliado o conhecimento e a capacidade posteriormente. Foram aplicados métodos de organização de trabalho através de uma gestão do tempo de contacto no campo de estágio benéfica à continuidade da intervenção, que permitiu um acompanhamento do indivíduo e grupo mais próximo e adequado. Foram utilizados os recursos físicos, materiais e humanos de cada serviço, de forma a promover uma prestação de cuidados com qualidade. Foi sempre mantida uma relação com os profissionais dos serviços em que foi realizado estágio positiva, existindo um ambiente favorável à prática. Foi respeitada a função de cada membro na equipa multidisciplinar, sendo sempre reconhecida a sua função na mesma.

Para terminar, em relação ao domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, foi promovido o autoconhecimento de forma a identificar fatores que possam interferir na relação terapêutica com o cliente ou até com a equipa multidisciplinar, aprendendo os meus limites pessoais e profissionais e desenvolvendo consciência da influência da personalidade do profissional de saúde nas relações profissionais que constrói. Foi possível desenvolver uma melhor capacidade de gestão de sentimentos e emoções, de forma a manter uma prestação de cuidados eficiente. Continua em desenvolvimento a capacidade de atuar eficazmente sob pressão, sendo que foi possível ser trabalhada, principalmente em contexto de internamento, aquando da necessidade de intervenção rápida por descompensação da patologia psiquiátrica. Foram desenvolvidas técnicas de comunicação eficazes com vista à resolução de conflitos. Ao longo do desenvolvimento dos estágios foram identificadas lacunas ao nível do conhecimento, que mereceram a minha total atenção e, por esse motivo, foi realizada pesquisa para melhor fundamentar a prática clínica, sendo ainda realizada discussão dos achados nessa mesma pesquisa com os tutores no contexto, de forma a adequar o conhecimento adquirido à realidade vivenciada no serviço. A referida pesquisa foi sempre realizada em bases de dados e motores de busca adequados. Foi aproveitado o estágio como momento de aprendizagem, usufruindo de todas as oportunidades que surgiram de forma a ter uma máxima aquisição e desenvolvimento de

competências para uma posterior atividade enquanto enfermeira especialista com qualidade e segurança.

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

As competências específicas do EESMP encontram-se descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (RCEEEESMP) (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção, diagnóstico e intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas ao processo de transição, geradores de sofrimento ou de doença mental. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

As competências de âmbito psicoterapêutico permitem ao EESMP desenvolver juízo clínico singular e, conseqüentemente, intervir de forma distinta. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Na prática de cuidados à pessoa, família e comunidade ao longo do ciclo de vida, estas competências permitem desenvolver uma compreensão e intervenção eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção do aparecimento de doença mental, no tratamento e reabilitação psicossocial. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Para além da mobilização de si mesmo, o EESMP desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais no contexto da sua prática profissional. Esta prática clínica permite a criação de relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o juízo crítico sobre os seus problemas e a capacidade de encontrar novas formas de os resolver. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Em relação à prática do EESMP no tratamento da pessoa com doença mental, a sua intervenção inclui contribuir para a adoção de respostas adequadas da pessoa com doença mental.

Tabela 2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

| Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica | | Contexto | | |
|---|--|------------------------|--------------|------------|
| | | Cuidados Diferenciados | Internamento | Comunidade |
| Domínio | Competência | | | |
| Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. | Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. | X | X | X |
| Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. | Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente. | X | X | X |
| | Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. | X | X | X |
| | Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos. | X | X | X |
| 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. | Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. | X | X | X |
| | Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental. | X | X | X |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade. | X | X | X |
| | Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. | X | X | X |
| | 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. | X | X | X |
| 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. | Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. | X | X | X |
| | 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. | X | X | X |
| | 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. | X | X | - |

A tabela 2 esquematiza as competências específicas do EESMP desenvolvidas durante os estágios. À semelhança do que foi realizado na tabela anterior, estão assinaladas as competências desenvolvidas/ trabalhadas com uma cruz (X) e as que se considera não terem sido tão trabalhadas com um traço (-).

Permitiu, em primeiro lugar, desenvolver um nível de autoconhecimento e consciência de mim mesma no estabelecimento da relação terapêutica, através da progressiva melhoria na identificação das minhas emoções, sentimentos e sistema de crenças que poderiam interferir com a relação terapêutica estabelecida com os clientes, gerindo fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto que eu própria tenho no desenvolvimento da relação terapêutica. Foram também mantidos os limites de uma relação profissional, sendo esta restrita ao contexto de estágio. Mantiveram-se sob controlo as reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante todo o processo terapêutico nos três contextos.

Foi executada uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente, sendo realizados genograma e ecomapa, com o intuito de perceber as relações existentes entre o cliente e o seu meio envolvente em todos os níveis. A entrevista clínica permitiu, de igual modo, avaliar a existência de fatores promotores de saúde mental e predisponentes de perturbação mental ou potenciais causadores de sofrimento em cada um dos indivíduos avaliados. Foram tidos em conta os processos de transição vivenciados pelos clientes à altura do meu contacto com os mesmos, deste modo, foi possível realizar uma avaliação detalhada das suas respostas a estas alterações. Através da avaliação realizada durante a entrevista clínica, foi possível direccionar os clientes, de forma que estes fossem capazes de identificar capacidades intrínsecas e recursos externos a si, que tivessem utilizado para manter ou recuperar a sua saúde mental. Foram também recolhidos dados relativos ao impacto que o problema mental tem na qualidade de vida e bem-estar de cada cliente, enfatizando a autonomia e a funcionalidade do mesmo, de forma a planear a intervenção com vista à resolução real desses mesmos problemas.

Foi implementada intervenção em contexto comunitário, com intuito de promover empoderamento através da aquisição de conhecimento, a saúde mental, e prevenir ou reduzir o risco de aparecimento de problema mental (psicoeducação). Foram privilegiadas técnicas educacionais do tipo participativo.

Foram implementados planos de cuidados e estudos de caso em clientes em várias fases do ciclo vital, tantos quantos foi possível realizar durante os estágios. Nomeadamente à pessoa em idade adulta com comportamento aditivo e dependência com e sem substância, ao cliente idoso e adulto cuidador em contexto comunitário, e ao adulto e jovem adulto em contexto de internamento, em que foram promovidos o bem-estar e a interação social

através da realização regular de exercício físico, enquadrando o mesmo enquanto promotor de saúde mental.

Tal como já foi mencionado, foram realizadas entrevistas clínicas em todos os estágios, e em todos os clientes que foram alvo de intervenção. Isto permitiu desenvolver competências no âmbito da identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados com a saúde mental de cada cliente enquanto indivíduo e enquanto membro de um grupo e comunidade.

O estágio em contexto de internamento permitiu o contacto com indivíduos com diversas patologias de foro psiquiátrico. Os tutores deste contexto constituíram-se como um contributo fundamental, para o desenvolvimento da capacidade de identificar sinais típicos das patologias psiquiátricas mais comuns existentes no serviço e, conseqüentemente, diferenciar a agudização de um problema existente.

No desenvolvimento de todos os estágios, recorremos à Ontologia desenvolvida pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, e adotada pela Ordem dos Enfermeiros, como taxionomia para a conceção de cuidados.

Em cada campo de estágio, a equipa multidisciplinar aí presente, foi parte integrante e facilitadora do processo de integração nos respetivos serviços, estando recetivos à minha intervenção e sugestões, no sentido de otimizar a resposta às necessidades do cliente (mencionando especificamente a articulação com assistente social dos serviços, psiquiatras e terapeuta ocupacional).

A intervenção em grupo em contexto comunitário, foi realizada em centro de dia, com o intuito de informar sobre os benefícios da prática de atividade física na saúde mental da população idosa nestes locais, fazendo-me acompanhar de alguns materiais de forma a exemplificar alguns momentos de exercício físico que podem ser realizados em grupo. O objetivo foi incentivar a adoção destas práticas na dinâmica diária dos centros de dia abrangidos pela intervenção, tornando-os, deste modo, ambientes que contribuem para a promoção da saúde mental desta população específica, enquanto parceiros da UCC.

A intervenção realizada nos estudos de caso, bem como as sessões de psicoeducação realizadas, permitiram empoderar os clientes de conhecimento e habilidades, de modo a reduzir o sofrimento mental associado aos problemas identificados.

Em caso de necessidade, nomeadamente em contexto de equipa de tratamento (estágio de cuidados diferenciados), internamento e visita domiciliária (estágio na comunidade), foi realizada observação direta da toma de medicamentos, de forma que fosse possível monitorizar a gestão do regime medicamentoso prescrito, mas e também a adesão ao mesmo.

A promoção da adesão ao regime terapêutico foi uma ação sempre presente em todos os contextos, informando sempre os clientes dos riscos do abandono terapêutico, efeitos desejados e secundários da medicação e intervenção prescritas.

Foram postas em prática intervenções psicoeducativas em todos os contextos, com o principal objetivo de promover a aquisição de conhecimento sobre problemas relacionados com a saúde mental, bem como a promoção da mesma.

Ter realizado estágio em ambientes cujo plano principal é o tratamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências (principalmente dependências de substâncias como álcool, heroína, benzodiazepinas, cocaína e THC), permitiu-me desenvolver uma maior sensibilidade na abordagem de temáticas direta e indiretamente relacionadas com o comportamento aditivo: a dependência propriamente dita e os comportamentos de risco violentos e não violentos adotados em momentos de abstinência.

Foram implementadas intervenções psicoterapêuticas individuais e em grupo (psicoeducação em todos os contextos, Relação de Ajuda,), centradas em transições (estudo de caso na comunidade) e nas respostas humanas aos processos de saúde e doença mental (estudos de caso em internamento e equipa de tratamento). Foi procurado, em casos em que isso fosse possível, aumentar o insight dos clientes envolvidos em relação aos seus problemas, permitindo encontrar novas razões para a existência dos mesmos, e encontrar soluções para os mesmos, recuperando assim a sua saúde mental.

5 ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O desenvolvimento de competências em contexto de estágio é fundamental para uma posterior prática enquanto futura EESMP. Neste capítulo será realizada uma reflexão sobre a forma como os objetivos de estágio foram atingidos, abordando, da mesma forma, o que não foi desenvolvido, refletindo sobre o que poderia ter sido feito de forma diferente para melhorar. Será também abordada a forma que os contextos de estágio influenciaram a minha forma de visualizar as funções e intervenções realizadas por um EESMP em cada contexto. Serão abordados os três contextos de forma individual, mencionando o que o contexto ofereceu enquanto oportunidades de aprendizagem.

Mencionando em primeiro lugar, o estágio realizado em contexto de cuidados diferenciados (Equipa de Tratamento), o contacto com esta população específica (pessoas em idade adulta com comportamentos aditivos e dependências) permitiu-me contactar com uma realidade muito própria e desenvolver sensibilidade, compreensão e uma abordagem dirigida para com estes clientes. Tratam-se de pessoas que, em algum ponto das suas vidas, tomaram a decisão de adotar um comportamento aditivo, seja ele com ou sem substância. Esta decisão culminou no desenvolvimento de uma dependência. A abstinência deste comportamento provoca reações indesejadas nestas pessoas, criando nelas uma ansia incontrolável pela busca daquela substância ou de alguma forma de adotar aquele comportamento, por forma a atenuar os efeitos indesejados da abstinência. Isto gera um ciclo, que só é quebrado quando a pessoa percebe a consequência deste comportamento e procurar ajuda. É aqui que estas equipas assumem a sua posição, acompanhando e apoiando incondicionalmente o cliente nas suas decisões. O objetivo da equipa é ser auxílio e incentivo na manutenção da abstinência, não julgando a pessoa quando esta não é mantida. O papel do EESMP neste contexto é de especial importância em todos os níveis do tratamento. Desde o acolhimento, à realização de tomas de observação direta, passando pelas consultas individuais e terminando na preparação para a alta em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, através do final do programa de substituição. A atividade assistencial neste grupo específico de pessoas é regular e assenta na manutenção da volição para manter o tratamento e a abstinência de consumos e adoção de comportamentos que não impliquem risco. A minha enfermeira tutora neste contexto conseguiu proporcionar todas estas experiências, de forma a otimizar a minha aquisição de competências em relação à intervenção individual e em grupo nesta população.

A intervenção realizada neste campo de estágio permitiu desenvolver capacidades comunicacionais com uma população específica. Permitiu abordar de forma explícita temáticas sensíveis e complexas, identificar diagnósticos sensíveis aos cuidados de

enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica e conceber e implementar intervenções empoderem a pessoa a encontrar uma solução para o seu problema.

A primeira dificuldade sentida logo ao iniciar o estágio, foi perceber como iria atingir os objetivos que tinha proposto para o mesmo no curto espaço de tempo destinado à minha permanência neste campo de estágio. Esta dificuldade foi ultrapassada, em conjunto com a enfermeira tutora, no sentido em que foi ajustado o plano ao horário possível e agendadas atempadamente todas as sessões de grupo, sendo que as sessões individuais eram realizadas no momento da toma de observação direta, o que facilitava a presença dos clientes.

Foi também sentida alguma dificuldade no sentido de manter a motivação do grupo para participar na intervenção. Neste componente, foi tentada a negociação das estratégias a adotar e recolhido o feedback das sessões de grupo individualmente, mencionando a importância da participação e os benefícios que traria posteriormente com a utilização contínua das ferramentas trabalhadas nas sessões. Ainda assim, não foram obtidos os resultados esperados no que concerne à adesão do grupo às sessões. Atendendo a este facto, foi realizada uma reflexão com a enfermeira tutora sobre o que poderia ter sido feito de forma diferente, de forma a assegurar a adesão dos clientes. Fruto desta reflexão constatou-se que o horário da intervenção poderia não ser o melhor, já que tínhamos clientes em situação laboral ativa, a integrar o grupo, o que dificultava a comparência às sessões. Constatei na prática a importância de fazer avaliação do processo e adaptar e trabalhar as dificuldades encontradas, de modo, a minimizar os obstáculos, e a atingir com sucesso os critérios de resultado.

Avançando para o estágio realizado em internamento de agudos, foi possível perceber que o papel do EESMP exige uma combinação de conhecimento teórico, habilidades práticas e uma compreensão profunda das necessidades dos pacientes.

Este estágio permitiu um desenvolvimento de competências relacionadas com o processo de avaliação do cliente, administração de terapêutica, gestão de crise e colaboração no seio da equipa multidisciplinar. O ambiente complexo em que se desenvolveu o estágio, associado ao processo de mudança física do serviço por motivo de obras constituiu um desafio extra aos já esperados para o campo de estágio. Esta mudança provocou no serviço um sentido de instabilidade e um processo de transição para todos os envolvidos, tanto clientes como a própria equipa. Ainda assim, foi possível desempenhar algumas das atividades previstas de forma a atingir alguns dos objetivos propostos para o meu desenvolvimento de competências. A orientação dos enfermeiros tutores foi fulcral para ganhar destreza e experiência identificação de sintomatologia típica de descompensação da patologia psiquiátrica, que motiva o internamento. Permitiu-me desenvolver um maior conhecimento sobre psicofarmacologia e gestão de crise, apesar de não ter sido presenciada nenhuma, foi-me explicado o procedimento em que estão envolvidos todos os membros da equipa multidisciplinar.

Em relação às dificuldades sentidas no decorrer deste estágio, centraram-se também no processo de mudança do serviço, existindo altas precoces de clientes, que dificultaram a realização do estudo de caso e da constituição de um grupo para a realização de uma intervenção em grupo estruturada, tal como estava planeado. Tratando-se também de um serviço com uma dinâmica muito estruturada, foi sentida alguma dificuldade em enquadrar a minha intervenção na mesma, atrasando o seu início. Com algum distanciamento percebo que existem variáveis no processo ensino aprendizagem que são exteriores e que não dominamos, o que condiciona a execução do que planeamos. Aprendi que essas condicionantes também fazem parte da aprendizagem ajudando-nos a adquirir flexibilidade e competências ao nível da adaptação de recursos e estratégias. Refletindo sobre o que faria diferente, assumo que poderia ter-me abstraído da mudança de serviço eminente, e ter iniciado a intervenção em grupo mais precocemente. Apesar das dificuldades, foram desenvolvidas competências associadas à prática do EESMP.

Para terminar, no que respeita ao estágio realizado em contexto comunitário, percebeu-se que o desenvolvimento de competências específicas é crucial para fornecer um cuidado abrangente e eficaz aos indivíduos com necessidades de saúde mental que vivem na comunidade. Foi possível trabalhar competências relacionadas com a definição de um diagnóstico de situação de um grupo ou comunidade, intervenção especializada em contexto de visita domiciliária, intervenção psicoeducativa, trabalho em equipa multidisciplinar e intervenção preventiva.

O campo de estágio proporcionou experiências muito positivas, e, tendo sido realizado o estágio de internamento previamente, foram aplicadas as aprendizagens do estágio anterior, tendo sido iniciada a intervenção em grupo desde o início, em conjunto com a intervenção individual.

Foram sentidas dificuldades no âmbito do estabelecimento da relação terapêutica na realização do estudo de caso, de forma a obter dados sugestivos de diagnóstico de enfermagem, o facto da cliente ser prestadora de cuidados à mãe, regulou a disponibilidade de tempo e a comunicação, pois esta, estava habituada a expor as dificuldades e ou a relatar como prestava os cuidados e não a colocar-se no centro da atenção. Foi difícil focar o seu discurso nas suas necessidades, sentimentos e emoções.

Para concluir, é de facto muito importante reconhecer as dificuldades no desenvolvimento de competências durante o estágio, isso permite-nos desenvolver consciência crítica, flexibilidade e adequar estratégias, mas e também, procurar investir em conhecimento e na partilha de experiências com a equipa multidisciplinar por forma a encontrar melhores soluções. Aprender com as dificuldades e elementos facilitadores de cada campo de estágio foi de facto um privilégio e contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto futura profissional especializada.

6 CONCLUSÃO

A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica propiciou um desenvolvimento contínuo de competências teóricas e práticas inerentes à prática de um EESMP. Este processo de aprendizagem iniciado durante o Curso transcende o seu fim, prolongando-se ao longo do meu percurso profissional.

Os objetivos definidos para o presente relatório foram atingidos, tendo sido realizada uma pesquisa sobre a temática “Exercício Físico”, que permitiu aumentar o meu conhecimento sobre o tema em si, mas também sobre como é possível ser trabalhado em contexto prático e de que forma o abordar. Foram também caracterizados os processos de cuidados, cada contexto, realizadas avaliações (de necessidades e diagnóstica), sendo fundamentada cada atividade realizada durante os estágios, bem como analisados os resultados obtidos com a intervenção; e ainda foi feita reflexão sobre as competências desenvolvidas ao longo deste período.

A prática regular de exercício físico traz variados benefícios para o indivíduo, tanto a nível físico como a nível mental. Fala-se sobretudo da melhoria do humor e de níveis de ansiedade, bem como a melhoria ao nível do autoconceito (sendo abordada especificamente a componente da autoestima), que, por sua vez influencia positivamente a interação social do indivíduo com o meio envolvente.

A prática do EESMP nesta temática prende-se com o seu potencial psicoeducativo e motivacional, sendo-lhe atribuído um papel fundamental em todos os contextos clínicos. A realização de intervenção psicoeducativa traz conhecimento e capacidades associadas à temática, bem como um melhor entendimento dos efeitos potenciados. A vertente motivacional, sendo aplicada de forma contínua providencia um elemento de apoio ao cliente, de forma que ele mantenha a adesão à intervenção.

Em suma, a realização deste relatório permitiu elevar o meu nível de conhecimento sobre a temática mencionada, bem como desenvolver competências de reflexão sobre a minha prática profissional. Reflete a minha prática durante os estágios e teve como referência a excelência na prestação de cuidados através de uma prática baseada na evidência.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. C., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 174-176). Lidel.
- Ansari, W. E., & Salam, A. (2021). Physical Activity and Mental Health. Is achieving the physical activity guidelines associated with less depressive symptoms among undergraduates at the university of Turku, Finland? *Central European Journal of Public Health*, 201-208.
- Aquino, D. R. (2004). Construção e Implantação da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. *Fundação Universidade Federal Do Rio Grande*.
- Barroso, T. (2020). Entrevista Motivacional. In *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 97-101). Lidel.
- Bastos, C. L; Keller, V (1995). Aprendendo a aprender. Petrópolis: Vozes.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 476-483.
- Caspersen, C. J. et al. (1985). Physical activity, Exercise and Physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Chen, Y., & Sto, C. (2020). *Correlation of exercise style to mental health and social adaptability of college students*.
- Cockerham, W. C., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342.
- Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental [CTARSM]. (2017). *Relatório da avaliação do plano nacional de saúde mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Ministério da Saúde.
- Corbin, C. (1987). Fitness for a lifetime. *Health-Related Fitness in Physical Education*, 08-12.
- Gil, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, SP: Atlas.
- Gimenez-Meseguer, J., Tortosa-Martinez, J., & Cortell-Tormo, J. M. (2020). The Benefits of Physical Exercise on Mental Disorders and Quality of Life in Substance Use Disorders

Patients. Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

- Gordon, J. L., Rubinow, D. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Xia, K., Schimdt, P. J., & Girdler, S. S. (2018). Efficacy of Transdermal Estradiol and Micronized Progesterone in the Prevention of Depressive Symptoms in the Menopause Transition: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(2), 149-157.
- Grandes, G., Sanchez, A., Sanchez-Pinilla, R. O., Montoya, I., Lizarraga, K., & Serra, J. (2009). Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(7), 649-701.
- Guedes, D. P., & Guedes, J. E. R. P. (1995). Atividade física, aptidão física e saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física E Saúde*, 1(1), 18-35.
- Hu, L.-Y., Shen, C.-C., Hung, J.-H., Chen, P.-M., Wen, C.-H., Chiang, Y.-Y., & Lu, T. (2016). Risk of Psychiatric Disorders Following Symptomatic Menopausal Transition: A Nationwide Population-Based Retrospective Cohort Study. *Medicine (Baltimore)*, 95(6).
- Instituto do Desporto de Portugal. (2009). *entações da União Europeia para a atividade física: Políticas recomendadas para a promoção da saúde e do bem-estar*.
- Lilia, K., Souheir, B., Mohammed, K., Eddine, R. D., & Asma, I. (2023). The effect of physical activity on the mental health of the individual. *HIV Nursing*, 243-246.
- Lourenço, B. S., Peres, M. A. A., Porto, I. S., Oliveira, R. M. P., & Dutra, V. M. D. (2017). Atividade Física como uma Estratégia Terapêutica em Saúde Mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 21(3).
- Martins, A. (2000). As manifestações clínicas da depressão na adolescência. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(48), 37-67.
- Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M., & Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and Mental Health. *Maturitas*, 48-56.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2).
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivacional interviewing: Helping people change*.

- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527-537.
- Mishu, M. P., Peckham, E. J., Tew, G. A., Stubbs, B., & Gilbody, S. (2019). Factors associated with regular physical activity participation among people with severe mental ill health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 887-895.
- Montoya, L. G., & Salazar, A. L. (2010). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. *Educere*, 14(49), 287-296.
- Oliveira-Brochado, F. (2013). Inventário de Depressão de Beck (BDI-II): Estudos de validação e dados normativos para a população portuguesa. Dissertação de doutoramento em Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto (ICABAS-UP).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*.
- Peddie, N., Westbury, T., & Snowden, A. (2020). “Nobody will put baby in the corner!”: A Qualitative evaluation of a physical activity intervention to improve mental health. *Health and Social Care in the Community*, 2060-2075.
- Pereira, F., e Cunha, P. (2017). Referencial de educação para a saúde. Direcção-Geral da Saúde.
- Perroca, M. G., Jerico, M. de C., & Paschoal, J. V. de L. (2014). Identificação de Necessidades de Cuidados dos Pacientes com e sem uso de instrumento de classificação. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 625-631.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Rodrigues-Pires, F., Festas, C., Amado, J., Neves-Amado, J., & Almeida, S. (2023). O meu estilo de vida FANTASTICO: Tradução, adaptação e validação do questionário em pré adolescentes portugueses. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1-9. <https://doi.org/10.12707/RVI22108>

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 171-173). Lidel.
- Santos, E. R. P. (2021). *TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON NUMA AMOSTRA DE PESSOAS ADULTAS COM DOENÇA MENTAL DA POPULAÇÃO PORTUGUESA* [Dissertação de Mestrado].
- Shannon, S., Carlin, A., Woods, C., Nevill, A. M., Murphy, N., & Murphy, M. H. (2022). *Adherence to aerobic and muscle-strengthening components of the physical activity guidelines and mental health*.
- Sousa, A. S. de, Oliveira, G. S. de, & Alves, L. H. (2021). A PESQUISA BIBLIOGRÁFICA: PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS. *Cadernos Da Fucamp*, 20(43), 64-83.
- Taylor, H. L. (1978). A questionnaire for the assessment of leisure time physical activity. *Journal Chronic Disease*, 31, 741-755.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F., & Needle, R. (1985). *The relation of physical activity and exercise to mental health*. Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974), 100(2), 195-202. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3920718/>
- Teixeira, P. J., Sardinha, L. B., & Barata, J. L. (2008). *Nutrição, exercício e saúde* (pp. 181-191). Lidel.
- Tully, M. A., McMullan, Iona, Blackburn, N. E., Wilson, J. J., Bunting, B., Smith, L., Kee, F., Deidda, M., Gine-Garriga, M., Coll-Planas, L., Dallmeier, D., Denking, M., Rothenbacher, D., & Caserotti, P. (2020). Sedentary behavior, physical activity, and mental health in older adults: An isotemporal substitution model. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*.
- Vinksel, L., & Erpic, S. C. (2022). SUBJECTIVE PERCEPTION OF THE IMPACT OF PHYSICAL ACTIVITY ON THE MENTAL HEALTH OF OLDER WOMEN WITH SEVERE MENTAL DISTRESS. *Kinesiologia Slovenica*, 130-146.
- WHO. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*.
- WHO. (2010). *A healthy lifestyle - WHO recommendations*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- WHO. (2022). *OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção*.

ANEXOS

Anexo I - Planos de Sessão de Psicoeducação em Contexto de Cuidados Diferenciados

Sessão nº: 1 - Psicoeducação

Duração Total: 45 minutos

Oradora: Mafalda Baptista

Data: 29 de setembro de 2023 (proposta)

Objetivo geral:

- Apresentar o projeto a ser desenvolvido no grupo

Objetivos Específicos:

- Apresentar os objetivos do projeto e responder às dúvidas que possam emergir
- Ensinar conceitos centrais para a realização do projeto;
- Promover a aquisição de conhecimento sobre
- Ensinar sobre relação entre a prática de exercício físico e saúde mental;
- Dar a conhecer a relação/associação entre a prática de exercício físico e saúde mental
- Ensinar sobre tipos de exercício físico;
- Motivar para a prática de exercício físico;
- Apresentar diferentes tipos de exercício
- Expor o projeto ao grupo.

| <u>Momento</u> | <u>Conteúdos</u> | <u>Método</u> | <u>Duração</u> | <u>Material de Apoio</u> |
|-----------------|---|---|----------------|--|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> - Breve apresentação (participantes e dinamizador da sessão); - Apresentação da temática a ser abordada e discutida pelo grupo. | - Expositivo | 5 minutos | <ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> - Abordar o conceito de Exercício Físico; - Abordar o conceito de Ansiedade; - Abordar o conceito de Humor e Humor depressivo; - Abordar a importância da prática de exercício físico para a saúde mental no processo de tratamento da dependência; - Apresentação do projeto e dos seus objetivos face ao exposto. | <ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo | 30 minutos | <ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas sobre o exposto; - Resumo da sessão. | - Participativo | 10 minutos | <ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor |

Sessão nº: 2 - Exercício

Duração Total: 50 minutos

Oradora: Mafalda Baptista

Data: 03 de outubro de 2023

Objetivo geral:

- Executar exercício físico - treino estruturado de corpo inteiro (full body)

Objetivos Específicos:

- Apresentar série de exercícios para um treino completo de full body;
- Executar os exercícios apresentados;
- Recolher feedback sobre os exercícios apresentados;
- Incentivar a repetição dos exercícios em casa durante a semana.

| <u>Momento</u> | <u>Conteúdos</u> | <u>Método</u> | <u>Duração</u> | <u>Material de Apoio</u> |
|-----------------------|---|----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Introdução | - Lembrar propósito da intervenção; - Apresentar objetivos da sessão; - Colocar a seguinte questão ao grupo: Como se sentem hoje? | - Expositivo | 10 minutos | |
| Desenvolvimento | - Apresentar série de exercícios a realizar durante a sessão; | - Participativo | 30 minutos | - Toalha;* - Garrafa de água* |

| | | | | |
|-----------|---|-----------------|------------|--------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar dinâmica da realização de exercícios: maior número de repetições possível no tempo designado (30 segundos de exercício; 20 segundos de descanso); - Realizar exercícios propostos (elencados a seguir) - Realizar correções necessárias para que os exercícios sejam realizados de forma correta | | | - Fato de treino/ roupa confortável* |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Recolher grau de dificuldade percebido pelo grupo - Perguntar como se sentem no final da sessão e comparar com a mesma informação recolhida no início da sessão - Questionar quais os exercícios que gostaram e que não gostaram; - Questionar se há algum exercício que gostariam de realizar na próxima sessão | - Participativo | 10 minutos | |

Sessão nº: 3 - Exercício

Duração Total: 50 minutos

Oradora: Mafalda Baptista

Data: 10 de outubro de 2023

Objetivo geral:

- Executar exercício físico - treino estruturado de corpo inteiro (full body)

Objetivos Específicos:

- Apresentar série de exercícios para um treino completo de full body;
- Executar os exercícios apresentados;
- Recolher feedback sobre os exercícios apresentados;
- Incentivar a repetição dos exercícios em casa durante a semana.

| <u>Momento</u> | <u>Conteúdos</u> | <u>Método</u> | <u>Duração</u> | <u>Material de Apoio</u> |
|-----------------------|--|----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Introdução | - Lembrar propósito da intervenção; - Apresentar objetivos da sessão; - Saber se conseguiram realizar os exercícios em casa e se sim, quantos dias o fizeram? - Colocar a seguinte questão ao grupo: Como se sentem hoje? | - Expositivo | 10 minutos | |

| | | | | |
|-----------------|--|-----------------|------------|--|
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar série de exercícios a realizar durante a sessão; - Apresentar dinâmica da realização de exercícios: maior número de repetições possível no tempo designado (30 segundos de exercício; 20 segundos de descanso); - Realizar exercícios propostos (elencados a seguir) - Realizar correções necessárias para que os exercícios sejam realizados de forma correta | - Participativo | 30 minutos | <ul style="list-style-type: none"> - Toalha;* - Garrafa de água* - Fato de treino/ roupa confortável* |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Recolher grau de dificuldade percebido pelo grupo - Perguntar como se sentem no final da sessão e comparar com a mesma informação recolhida no início da sessão - Questionar quais os exercícios que gostaram e que não gostaram; - Incentivar a repetição dos exercícios em casa. - Informar sobre última sessão (individual - avaliação final) | - Participativo | 10 minutos | |

Anexo II - Plano de Sessão de Psicoeducação em Contexto de Internamento

| Momento | Atividades | Duração | Método pedagógico | Material |
|-----------------|---|---------|-------------------------------|---|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">- Apresentação do grupo e da enfermeira;- Mencionar objetivos e dinâmica da intervenção;- Questionar sobre expectativas em relação à sessão;- Aplicar escala HADS;- Aplicar questionário de avaliação de conhecimento (em anexo). | 15min | Expositivo; Participativo. | <ul style="list-style-type: none">- Computador;- Escala HADS;- Questionário de Avaliação de conhecimento. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">- Ensinar sobre conceito de estilo de vida, ansiedade e humor depressivo;- Ensinar sobre benefícios da prática de exercício físico na saúde em geral;- Ensinar sobre benefícios da prática de exercício físico na saúde mental;- Ensinar sobre relação entre a prática de exercício físico regular e a melhoria da saúde mental ao nível do humor e ansiedade; | 20min | Expositivo; Participativo. | <ul style="list-style-type: none">- Computador |

| | | | | |
|-----------|--|-------|--|--|
| | - Relacionar a prática de atividade física com a redução de ansiedade e melhoria do humor em contexto de internamento | | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar questionário de avaliação de conhecimento; - Resumir a sessão; - Avaliar a sessão. | 15min | | <ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Questionário de avaliação de conhecimento |

Anexo III - Questionário de Avaliação do Conhecimento Pré-intervenção

Questionário de Avaliação de Conhecimento

1. Classifique as seguintes afirmações como Verdadeiras ou Falsas:

| Afirmação | Verdadeira | Falsa |
|---|------------|-------|
| A prática regular de exercício física não altera a saúde mental. | | |
| Praticar exercício físico não promove o bem-estar e qualidade de vida. | | |
| O estilo de vida engloba comportamentos e escolhas que fazemos no nosso dia a dia. | | |
| A realização de tarefas domésticas é considerada exercício físico. | | |
| A prática de exercício físico aumenta os níveis de ansiedade dos indivíduos. | | |
| A ansiedade é considerada um problema quando altera as capacidades da pessoa, relacionadas com o seu dia a dia. | | |

2. Como é o exercício físico pode afetar positivamente o sono?
 - a. Causa insónia.
 - b. Melhora a qualidade do sono.
 - c. Tornando o sono mais agitado.
3. Como o exercício físico pode ajudar na gestão do stress?
 - a. Aumenta os níveis de stress.
 - b. Liberta endorfinas e reduz os níveis de cortisol.
 - c. Aumenta o consumo de alimentos não saudáveis.
4. O que é importante considerar ao escolher um tipo de exercício para melhorar a saúde mental?
 - a. A popularidade nas redes sociais.
 - b. Interesse pessoal e preferências.
 - c. A complexidade do exercício.
5. Como o exercício físico pode contribuir para a autoestima e a imagem corporal positiva?
 - a. Promovendo padrões de beleza irreais.

- b. Focando-se apenas na perda de peso.
- c. Melhorando a autoconfiança e a sensação de realização.

Anexo IV - Questionário de Avaliação do Conhecimento Pós-intervenção

Questionário de Avaliação de Conhecimento

Instruções: Marque a opção correta para cada pergunta.

1. **Qual dos seguintes é um benefício comum do exercício físico na saúde mental?**
 - a) Aumento do risco de depressão
 - b) Redução do stress e ansiedade
 - c) Diminuição da qualidade do sono
 - d) Promoção de isolamento social
2. **Como o exercício físico pode ajudar a reduzir a ansiedade?**
 - a) Aumento dos níveis de cortisol
 - b) Diminuição da liberação de endorfinas
 - c) Melhoria da qualidade do sono
 - d) Causa fadiga extrema
3. **Em que tipo de exercício físico aeróbico se acredita que existe benefícios significativos para a saúde mental?**
 - a) Levantamento de peso
 - b) Yoga
 - c) Corrida
 - d) Pilates
4. **O exercício físico regular está associado a qual dos seguintes efeitos positivos na saúde mental?**
 - a) Aumento do risco de doenças mentais
 - b) Melhoria da autoestima
 - c) Redução da clareza mental
 - d) Aumento da fadiga crônica
5. **Qual é a relação entre o exercício físico e a produção de neurotransmissores como a serotonina?**
 - a) O exercício reduz a produção de serotonina
 - b) O exercício não tem efeito sobre os neurotransmissores
 - c) O exercício aumenta a produção de serotonina
 - d) O exercício apenas afeta negativamente a dopamina
6. **Como o exercício físico pode contribuir para o alívio dos sintomas da depressão?**
 - a) Aumento do isolamento social
 - b) Redução da produção de endorfinas
 - c) Promoção da liberação de neurotransmissores como a serotonina
 - d) Diminuição da motivação para atividades diárias

7. **Quais são alguns dos efeitos positivos do exercício físico na cognição e na função cerebral?**

- a) Diminuição da concentração
- b) Aumento do risco de demência
- c) Melhoria da memória e do raciocínio
- d) Redução da plasticidade cerebral

8. **Qual é o papel do exercício físico na redução do stress?**

- a) Aumenta a produção de cortisol
- b) Diminui a liberação de endorfinas
- c) Promove o relaxamento e a regulação hormonal
- d) Aumenta a suscetibilidade ao stress

9. **Em que medida o exercício físico pode influenciar a qualidade do sono?**

- a) Pode piorar a qualidade do sono
- b) Não tem impacto na qualidade do sono
- c) Pode melhorar a qualidade do sono
- d) Aumenta a insônia

10. **Por que o exercício em grupo pode ser benéfico para a saúde mental?**

- a) Aumenta a competição e o estresse social
- b) Reduz a motivação para se exercitar
- c) Promove a interação social e o apoio emocional
- d) Causa isolamento social

Anexo V - Planos de Sessão de Psicoeducação em Contexto Comunitário

Data: janeiro de 2024

Local: Centros de Dia abrangidos pela UCC

Duração estimada: 1h

Orador: Mafalda Baptista

Objetivo geral: Promover a adoção do estilo de vida exercício físico

Objetivos específicos:

- Relembrar conceitos transmitidos na sessão anterior;
- Relembrar sobre exercícios adequados à faixa etária e/ou capacidade física;
- Promover a realização de exercícios direcionados para grupos musculares e funções motoras.

| <u>Momento</u> | <u>Atividades</u> | <u>Duração</u> | <u>Método</u> | <u>Material Necessário</u> |
|-----------------|--|----------------|-----------------------------------|--|
| Introdução | - Apresentação da oradora e âmbito da intervenção; - Apresentação da temática a ser abordada; | 5min | - Expositivo | - Computador; |
| Desenvolvimento | - Relembrar o conceito de exercício físico; - Relembrar o conceito de estilo de vida; | 60min | - Expositivo; - Participativo. | - Copos de plástico; - Bolas de ping pong; - Cadeiras; |

| | | | | |
|-----------|---|-------|------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Questionar sobre benefícios da prática de exercício físico na saúde mental da população idosa - Incentivar a realização dos exercícios na listagem em anexo; | | | <ul style="list-style-type: none"> - Boa de praia; - Computador; - Sacos de arroz; - Fita-cola castanha. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Resumir a sessão; - Avaliar a sessão; | 10min | - Participativo. | - Computador |

Data: janeiro de 2024

Local: Centros de Dia abrangidos pela UCC

Duração estimada: 1h

Orador: Mafalda Baptista

Objetivo geral: Promover a adoção do estilo de vida exercício físico

Objetivos específicos:

- Relembrar conceitos transmitidos na sessão anterior;
- Relembrar sobre exercícios adequados à faixa etária e/ou capacidade física;
- Promover a realização de exercícios direcionados para grupos musculares e funções motoras.

| <u>Momento</u> | <u>Atividades</u> | <u>Duração</u> | <u>Método</u> | <u>Material Necessário</u> |
|-----------------|---|----------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Introdução | - Apresentação da oradora e âmbito da intervenção; - Apresentação da temática a ser abordada; | 5min | - Expositivo | - Computador; |
| Desenvolvimento | - Relembrar o conceito de exercício físico; - Relembrar o conceito de estilo de vida; - Questionar sobre benefícios da prática de exercício físico na saúde mental da população idosa - Incentivar a realização dos exercícios na listagem em anexo; | 60min | - Expositivo; - Participativo. | - Bola de praia; |
| Conclusão | - Resumir a sessão; - Avaliar a sessão; | 10min | - Participativo. | - Computador |

Anexo VI - Planos de Sessão de Psicoeducação aplicada aos Profissionais de Saúde da UCC

Data: 11 de janeiro de 2024

Local: UCC

Duração estimada: 30 minutos

Orador: Mafalda Baptista; Enf^a Paula Campos

Objetivo geral: Promover a adoção do estilo de vida exercício físico nos profissionais de saúde.

Objetivos específicos:

- Promover a aquisição de conhecimento sobre exercício físico;
- Promover a aquisição de conhecimento sobre benefícios da prática regular de exercício físico na saúde mental em geral;
- Promover a aquisição de conhecimento sobre benefícios da prática regular de exercício físico na saúde mental dos profissionais de saúde
- Promover aquisição de conhecimento sobre exercícios passíveis de realizar em contexto laborar.

| <u>Momento</u> | <u>Atividades</u> | <u>Duração</u> | <u>Método</u> | <u>Material Necessário</u> |
|-----------------|--|----------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Introdução | - Apresentação da oradora e âmbito da intervenção; - Apresentação da temática a ser abordada; | 5min | - Expositivo | - Computador; - Projetor. |
| Desenvolvimento | - Ensinar sobre conceito de exercício físico; - Ensinar sobre neurotransmissores (dopamina, noradrenalina e serotonina) e mecanismos de ação; | 20min | - Expositivo; - Participativo. | - Computador; - Projetor. |

| | | | | |
|-----------|--|------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre benefícios da prática de exercício físico na saúde mental; - Ensinar sobre benefícios da prática de exercício físico na saúde mental dos profissionais de saúde; - Ensinar sobre exercícios passíveis de serem realizados em contexto laboral. | | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar conclusões da pesquisa; - Espaço para dúvidas. | 5min | <ul style="list-style-type: none"> - Expositivo; - Participativo. | <ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Projetor. |

