



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Desafios do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica:
Saúde Mental Positiva e Profissionalidade
Docente**

Cristina Lopes Paulo

Orientação: Professora Adjunta Ana Paula Zarcos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Relatório Final

Setúbal, 2024

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Desafios do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Saúde Mental Positiva e Profissionalidade Docente

Cristina Lopes Paulo

Orientação: Professora Adjunta Ana Paula Zarcos

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Ana Clara Pica Nunes

Arguente: Lara Manuela Guedes de Pinho

Orientador: Ana Paula Lampreia Banza Zarcos Palma

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório Final

Setúbal, 2024

"Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar"

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Finalizada esta etapa particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e que, de uma forma ou de outra, me apoiaram. Não existem palavras para tanto... é de valor incomensurável.

À Professora Orientadora de Estágio, Profª Adjunta Ana Paula Zarcos, toda a orientação, o apoio incondicional, a disponibilidade e a compreensão nesta longa jornada, mesmo nos momentos menos bons.

A todos os Professores da parte curricular que me inspiraram com a sua *expertise* e partilhas.

À Enfª Orientadora do 1º Estágio, Ângela Elias, e toda a equipa, que me acolheram e partilharam conhecimentos e experiências.

À Enfª Ana Rita, à Enfª Denita Madeiros, e ao Dr. Pedro Dias pelo exemplo que me deram, e a todos os elementos da equipa que me receberam e me acompanharam no Estágio Final, e assumiram impacto muito positivo nas minhas aprendizagens e desenvolvimento.

À Profª Diretora Maria Eugénia de Jesus do Centro de Formação de Professores, pela receptividade, cooperação, entusiasmo, motivação, e partilhas.

Ao Dr. Daniel Seabra e ao Dr. Luís Barriga pela cedência de bibliografia e partilha de experiências.

Ao Prof. Daniel Sampaio, pela disponibilidade e incentivo.

Às pessoas e famílias/pessoas significativas a quem prestei cuidados. Aprendi muito convosco!

Ao grupo de formandos (professores) que integraram o Projeto de Intervenção, e que, desde logo, revelaram grande abertura, capacidade de entrega, satisfação em participar, e gratidão.

Aos professores e funcionários da escola que prestaram auxílio, sempre que necessário.

Às minhas colegas de curso, em particular à Alda Pereira, Sara Gonçalves, Carina Santos e Joana Madeira, pela colaboração e companheirismo nesta caminhada.

À Enfª Gestora Jacinta Neves e equipa da Unidade onde trabalho, que foram incansáveis no apoio.

À Profª Cátia Martins pelo apoio incondicional e partilha de conhecimentos.

Ao Prof. Henrique pelo acolhimento e revisão do texto e, à Drª Ana Isabel pela amizade e tradução.

À Vera Rocha pela relação afetiva inigualável, incentivo, paciência, e ajuda incondicional e a qualquer hora. Eu Gosto muito de ti!

À Profª Míriam Aço pelo apoio incondicional, em pleno, único e a todas as horas, pelo modelo de referência que tem sido sempre para mim a vários níveis, pelo domínio do conhecimento e partilha, e pela demonstração da beleza do invisível na relação entre as pessoas, e, entre estas e o mundo.

Aos amigos e família pela presença, de valor inestimável, na minha vida, e pelo incentivo e coragem em todos os momentos, nomeadamente, nos mais difíceis. O meu Eterno Obrigada!

RESUMO

Os desafios do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, percorridos nos Estágios I e II e no Projeto de Intervenção, promoveram expectativas de aprendizagem, consolidação de conhecimentos e novas práticas profissionais, em busca de excelência. Colocando o foco na promoção da saúde mental positiva, e constituindo os professores um grupo vulnerável, proporcionámos a oportunidade de a desenvolver, e sua literacia, numa abrangência multifatorial. O objetivo deste percurso foi a conquista de competências multinível para alcançar o patamar de enfermeiro especialista. Utilizou – se, como método inicial, uma revisão narrativa da literatura com recurso a descritores validados, que evidenciou a importância da intervenção com professores e conduziu à implementação do projeto, através de uma abordagem com estrutura psicoeducativa. Resultados: o Projeto promoveu a saúde mental positiva e sua literacia nos docentes, com impactos positivos. Conclusão: Uma intervenção estruturada com os professores deverá ser medida a instituir sistematicamente.

Palavras-chave: Saúde Mental Positiva; Literacia em Saúde Mental Positiva; Enfermagem Psiquiátrica; Professores; Profissionalidade Docente

ABSTRACT

The challenges of the nurse, specializing in mental health and psychiatric nursing, followed in Stages I and II, and in the Project of Intervention, promoted expectations of learning, consolidation of knowledge and new professional practices, in search of excellence. Setting the focus on promoting positive mental health, and constituting the teachers as a vulnerable group, we provided the opportunity to develop and enhance it, and its literacy in a multi-factorial range. The objective of this trajectory was the achievement of multi-level competencies to reach the level of the specialist in nursing. As the initial method utilized, was a narrative revision of the literature appealing to validated descriptors, which demonstrated the importance of the intervention with teachers and led to the implementation of the project, through an approach with a psycho-educative structure. Results: The Project promoted positive mental health and its literacy in the teachers, with successful impacts. Conclusion: A structured intervention with the teachers should be a systematically instituted measure.

Keywords: Positive mental Health; Positive Mental Health Literacy; Psychiatric Nursing; Teacher Professionality

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO Nº1 – MODELO MULTIFATORIAL DE SAÚDE MENTAL POSITIVA	24
QUADRO Nº2 – DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA	26
QUADRO Nº3 - PLANO DE PRÉ – INTERVENÇÃO	44
QUADRO Nº4 - PLANO DE INTERVENÇÃO	44
QUADRO Nº5 - PLANO DAS SESSÕES FORMATIVAS	45
QUADRO Nº6 - SESSÃO 1 – ABERTURA, ROTEIRO FORMATIVO, PARTILHA E MOBILIZAÇÃO.	48
QUADRO Nº7 - SESSÃO 2 – PERSONAGENS FATORES, PROFISSIONALIDADE DOCENTE, PARTILHA E MOBILIZAÇÃO.	49
QUADRO 8 - SESSÃO 3 – LLUCH /DESCRITORES MULTIFATORIAIS, GUIÃO SOCIOEMOCIONAL DO PROFESSOR, PARTILHA E MOBILIZAÇÃO.	50
QUADRO 9 - SESSÃO 4 – GUIÃO SOCIOEMOCIONAL DO PROFESSOR, LSMP E SALA DE AULA, ANÁLISE E AVALIAÇÃO CRÍTICA DA AF E ENCERRAMENTO.....	52
QUADRO Nº10 - MÉDIAS, DESVIO-PADRÃO, MEDIANAS E AMPLITUDES DO QSMP NO G1	57
QUADRO Nº11 - MÉDIAS, DESVIO-PADRÃO, MEDIANAS E AMPLITUDES DO QSMP NO G2	57
QUADRO Nº12 - AVALIAÇÃO DA ACD - CONTEÚDO/ORGANIZAÇÃO	59
QUADRO Nº13 - AVALIAÇÃO DA ACD - AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DAS FORMADORAS	59
QUADRO Nº14 - AVALIAÇÃO DA ACD - APRECIÇÃO GLOBAL.....	59
QUADRO Nº15 - INDICADORES DE AVALIAÇÃO - ANÁLISE DE CONTEÚDO – LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA.	61
QUADRO Nº16 - ANÁLISE DE CONTEÚDO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS – LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA... ..	62
QUADRO Nº17 – OBJETIVOS DEFINIDOS E A EVIDÊNCIA DOS RESULTADOS OBTIDOS.	64
QUADRO Nº18 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.	70
QUADRO Nº19 – APLICAÇÃO DO MODELO DE TOMADA DE DECISÃO.	72

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº1 – MODELO MULTIFATORIAL DE SAÚDE MENTAL POSITIVA	24
FIGURA Nº2 – ANÁLISE SWOT	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD - Ação de Curta Duração

AF – Ação de Formação

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CCPFCP - Conselho Científico da Formação Contínua de Professores

CD - Código Deontológico

CFAE - Centro de Formação de Professores Ria Formosa

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNO - *College of Nurses of Ontario*

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

EEESMP - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

INC – *International Council of Nurses*

LSM - Literacia em Saúde Mental

LSMP - Literacia em Saúde Mental Positiva, Literacia em Saúde Mental Positiva

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

MeSH - *Medical Subject Headings*

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCM - Presidência do Conselho de Ministros

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PIC - Plano de Cuidados Individuais

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

RA - Relação de Ajuda

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SEL - *Social and Emotional Learning*

SM - Saúde Mental

SMP - Saúde Mental Positiva

TR - Terapeuta de Referência

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE GERAL

1 – INTRODUÇÃO.....	10
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
2.1 O ESTADO DA ARTE E DA CIÊNCIA NA EVOLUÇÃO DO PARADIGMA DE ENFERMAGEM	13
2.1.1 <i>Martha Rogers e a ciência dos seres humanos unitários.....</i>	<i>15</i>
2.1.2 <i>Rosemarie Parse e a ciência do tornar-se humano.....</i>	<i>17</i>
2.1.3 <i>Conceitos de pessoa e auto – consciência e sua importância na evolução deste paradigma – contribuições da epistemologia, da fenomenologia e da psicologia positiva</i>	<i>20</i>
2.2 O REFERENCIAL DE CONCEITOS ESTRUTURANTES E OS SEUS SUPORTES	21
2.2.1 <i>Conceitos estruturantes de saúde.....</i>	<i>21</i>
2.2.2 <i>O perfil do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e seus modos de intervenção</i>	<i>21</i>
2.2.3 <i>Conceitos estruturantes de educação.....</i>	<i>22</i>
2.3 O MODELO MULTIFATORIAL DE TERESA LLUCH/MODELO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA.....	23
3. OBSERVAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	27
3.1. INSTITUIÇÕES (ACADÉMICAS, DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO)	27
3.2. EQUIPA DE SAÚDE	29
3.3. EQUIPA DE EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO.....	30
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	30
4.1. NOTA INTRODUTÓRIA	30
4.1.1 <i>Relações que abrem caminhos - Estabelecer colaboração interprofissional</i>	<i>31</i>
4.1.2 <i>Suporte teórico e metodológico.....</i>	<i>32</i>
4.2 O DIAGNÓSTICO NO PROJETO.....	34
4.2.1 – <i>Diagnóstico preliminar - A investigação – ação (pesquisa - ação) como meta – metodologia do “Trabalho Projeto”</i>	<i>35</i>
4.2.2 – <i>Diagnóstico da Situação – recolha de dados para aprofundamento do diagnóstico, identificação de rede semântica de descritores e elaboração de proposta finalizada de diagnóstico da situação.....</i>	<i>37</i>
4.3 OBJETIVOS DO PROJETO	40
4.4. POPULAÇÃO ALVO.....	41
4.5 PLANEAMENTO DO PROJETO	42
4.6. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	46
4.7 AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	54
5. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	65
5.1 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA COMO LÍDER DE UMA CULTURA DE MUDANÇA – A IMPORTÂNCIA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS TÉCNICAS ESPECIALIZADAS E DE PENSAMENTO CRÍTICO ATIVO	65
5.2 A ARTICULAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES MOMENTOS SIGNIFICATIVOS DO ESTÁGIO E A AQUISIÇÃO DAS DIFERENTES CATEGORIAS DE COMPETÊNCIAS	69
5.2.1 <i>Competências comuns do Enfermeiro Especialista</i>	<i>70</i>
5.2.2 <i>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica..</i>	<i>80</i>
5.2.3 <i>Competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica</i>	<i>94</i>

6 - CONCLUSÕES	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	122
ANEXO I – FORMULÁRIO DE ACOLHIMENTO	123
ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA	126
ANEXO III - QUESTIONÁRIO DO CFAE E QUESTIONÁRIO DO CFAE COM AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS	129
ANEXO IV - FORMAÇÕES COMO FORMANDA.....	142
APÊNDICES.....	147
APÊNDICE I – AÇÃO DE FORMAÇÃO - PROGRAMAS E MATERIAL DE APOIO	148
APÊNDICE II - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	235
APÊNDICE III - PROJETO DE INTERVENÇÃO - "RELAÇÕES QUE ABREM CAMINHOS"	237
APÊNDICE IV - ESTUDO DE CASO.....	239
APÊNDICE V - PLANO DE FORMAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO.....	340
APÊNDICE VI - ARTIGO NA NEWSLETTER	383
APÊNDICE VII - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA (RIL).....	397
APÊNDICE VIII - ATIVIDADES COM ADOLESCENTE	413
APÊNDICE IX - PLANOS INDIVIDUAIS DE CUIDADOS (PIC)	446
APÊNDICE X - PROGRAMA PSICOEDUCATIVO	528
APÊNDICE XI - OS DESAFIOS DO EEESMP	554

1 – INTRODUÇÃO

Um Relatório é, naturalmente, um marco significativo de um percurso porque é através dele que se espera poder partilhar os caminhos andados, desde os primeiros esboços, as primeiras ideias, os primeiros sonhos, até a concretização efetiva das expetativas, transformadas, então, em caminho feito, em Projeto real.

É, por isso mesmo, também, um instrumento de partilha, que possibilita, através de narrativas, descrições, reflexões e conclusões, abrir um mundo de descobertas e realizações, procurando evidenciar o caminho das atividades em expetativa, das práticas profissionais desejáveis, com os seus desafios. Nesse caminho é, igualmente relevante, a construção empenhada dos suportes teóricos, que se realiza em leituras, investigação, conexão. E o Relatório, de um modo transversal, dá conta de todos esses momentos, explicita o património que torna viável o Projeto de Intervenção e conduz, evidenciando de um modo sustentado, o caminho de aprendizagem e os ganhos de competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

Este Relatório é, pois, o culminar de um processo que surge no âmbito do estágio I e final, integrados no VI Curso de Mestrado em Associação de Enfermagem entre o Instituto Politécnico de Setúbal (onde decorreu a presente edição), o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto de Portalegre, e a Universidade de Évora. E, perante um leque composto por diferentes especialidades integrantes do Mestrado, optámos pela especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica, por constituir um objetivo grandemente almejado como forma de realização a nível profissional, e por ser uma mais valia, tendo em conta a realidade atual e crescentes necessidades, sendo transversal a sua aplicação nos mais diversos contextos (World Health Organization [WHO], 2021).

A elaboração do presente relatório constituiu método de avaliação da Unidade Curricular – Relatório Final, assim como, a sua posterior apresentação. Este relatório foi, sobretudo, um meio, por excelência, de reflexão acerca dos cuidados prestados, do processo metacognitivo inerente e que foi sendo desenvolvido, dos fatores e condicionantes dos diferentes contextos, e de um Projeto de Intervenção, que consistiu no foco de toda a narrativa.

O Estágio I decorreu num serviço de internamento de Psiquiatria de agudos, e o Estágio Final na Consulta Externa de Pedopsiquiatria, sob a orientação das Enfermeiras A.E. e C. M., respetivamente. Os estágios tiveram duração diferentes, sendo que o primeiro durou cerca de 6 semanas, e o último 18 semanas.

A Saúde Mental (SM), como componente essencial da saúde, está interrelacionada com a saúde física, e é influenciada por diversos fatores. Constitui, pois, um direito humano elementar que pode e deve ser desenvolvido em todos os contextos (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Ao longo do tempo tem-se verificado

um crescente reconhecimento da importância da promoção da SM, principalmente durante a pandemia, onde as necessidades aumentaram (Vieira & Granja, 2020). De facto, a SM está definida como sendo prioritária nas estratégias e planos de ação de SM tanto a nível global como no panorama nacional (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Porém, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2019) em Portugal, as intervenções implementadas na área da promoção da SM ainda são realizadas num cenário solitário, não integrado e marcadas pela ausência de sustentação no tempo.

Quando se aborda a SM, a tendência é abordá-la numa ótica de doença mental, e as estatísticas são claras e evidentes quanto ao incremento dos índices da doença mental a nível geral (WHO, 2021), porém existe uma tendência crescente para a valorização da componente positiva da SM, até porque esta é abordada numa perspetiva de um percurso dinâmico e dialéctico, entre a pessoa e seus múltiplos recursos, o contexto envolvente, e ao longo do tempo (Querido, Tomás & Laranjeira, 2019). A Saúde Mental Positiva (SMP) é, então, um nível acima da SM, em que se procura maximizar a dimensão intrínseca individual no sentido de conquistar a sua otimização (Teixeira, Sequeira & Lluch-Canut, 2020). Assim, compreendemos a importância de promovermos a SM, nomeadamente a SMP, sendo que uma das formas de o fazer, é através do desenvolvimento de intervenções que visam fomentar a literacia das pessoas/grupos (Sequeira et al, 2022). E, destacando a Literacia em Saúde Mental Positiva (LSMP), é crucial incentivar a aquisição e assimilação de conhecimento em como alcançar e preservar uma boa SM (Bjornsen et al, 2017). Neste campo, uma das formas de operacionalizar a intervenção supracitada é recorrer ao Modelo Multifatorial de SMP de Teresa Lluch (1999).

Deste modo, a promoção da SMP e sua literacia é fundamental, principalmente no tocante a determinados grupos profissionais vulneráveis. Estes, apresentam grande impacto social a nível institucional, comunitário e ao longo do tempo, e para os quais não têm sido propostos planos de intervenção direccionados para as suas reais necessidades, as quais estão contidas no seu perfil profissional, nomeadamente nos professores (Schonert-Reichl, 2017; Valente, Lourenço & Dominguez-Lara, 2022). Esta ideia corrobora com a proposta elaborada pela Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (2022). Para além da evidência que suporta a promoção da SMP e literacia nos professores e sua monitorização, acrescentamos forte motivação para a levar, de forma inovadora aos professores, nas escolas, como espaços privilegiados de acesso ao ecossistema escolar.

A grande motivação para o desenvolvimento de uma intervenção criativa com os professores está também relacionada com a visão de busca de paradigmas de conhecimento que tragam para a SMP e literacia, a vontade de empoderar a pessoa alvo de cuidados, pelo que as teóricas de Martha Rogers – Ciência dos Seres Humanos Unitários e Rosemarie Parse – Ciência do Tornar-se Humano foram essenciais. Após o exposto, a vontade de desenvolver uma intervenção com os professores, levou-nos a pensar acerca do formato metodológico adequado para suportar um projeto com aplicação real. Assim, surgiu o Projeto designado “Relações que Abrem Caminhos”, que visou promover a SMP e sua literacia, mediante o perfil de profissionalidade docente, e que se baseou numa estrutura psicoeducativa. Neste campo, sobressai o papel do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), munido de competências especializadas, que lhe permite uma intervenção de maior complexidade e mais autónoma. No caso particular do Projeto desenvolvido, a sua ideia primordial realça a enfermagem de SM focada “na promoção da saúde mental e do bem-estar” (...), fazendo “um juízo apropriado acerca das necessidades de intervenção” (...) “em contextos profissionais” e encarando a pessoa como “parceiro preferencial e ativo” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015c, p.17035).

Na sequência do que temos vindo a expor, conseguimos compreender que, em determinado momento do percurso de Estágio, torna-se clara a necessidade de planeamento e de implementação de um Projeto de Intervenção, que seja direcionado para o grupo – alvo definido, os professores, e que procure promover as ações adequadas à promoção da SMP e da LSMP. Em breve síntese podemos dizer que o nosso Relatório, procurando apresentar, com clareza, pormenor e consistência o percurso percorrido nos nossos estágios, apresenta-se estruturado em três partes, que representam, afinal, diferentes momentos do caminho, articulados, no entanto, para garantir, no final do percurso, a obtenção desejada da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.

A primeira parte do Relatório refere-se ao “Enquadramento Teórico”, que nos permitiu, através de leituras, pesquisas, comparações e organizações temáticas e conceptuais, criar um acervo de informações e referências, que nos abriram portas para uma visão mais profunda da enfermagem e sua arte.

A segunda parte do Relatório analisa, explicita e caracteriza o contexto do estágio e desenvolve, depois, o “Projeto de Intervenção”, referindo a Metodologia de Projeto na sua conceção e fases de desenvolvimento; a sua Estrutura Psicoeducativa, no seu modo de abordagem/intervenção; e a sua Gestão da Formação, utilizando Metodologias participativas.

A terceira parte do Relatório é um momento esperado em todo o caminho percorrido. É aqui, neste momento da narrativa, que se estabelecem as evidências entre as atividades realizadas e a conquista, evolutiva, das competências do enfermeiro, que parte das “competências comuns ao enfermeiro especialista”, continua o seu caminho nas “competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica”, e finaliza esse percurso com as “competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica”.

O Relatório termina com a Conclusão e a análise da concretização efetiva dos objetivos previstos.

Destacamos, como significativos, os seguintes Objetivos do Relatório:

- Explicitar todo o caminho percorrido no âmbito dos estágios, evidenciando uma visão global e integrada de todos os momentos;
- Apresentar o caminho teórico percorrido como essencial na concretização da qualidade e consistência do percurso realizado;
- Evidenciar a importância do Projeto de Intervenção na tomada de consciência da LSMP do público – alvo;

- Relatar o percurso evolutivo do EEESMP nos diferentes momentos de conquista de competências multiníveis.

O Relatório encontra –se de acordo com as normas da *American Psychological Association* 7ª edição, adotadas pelo Instituto Politécnico de Setúbal, e foi escrito sob o novo acordo ortográfico.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Procurámos que o Enquadramento Teórico se iniciasse com uma breve apresentação do Estado da Arte da Enfermagem, facultando, em breve síntese, informação sobre o estado atual do conhecimento na evolução do Paradigma de Enfermagem e evidenciando o impacto dos percursos realizados até ao momento.

Em seguida, apresentámos as teóricas de enfermagem que escolhemos para suporte da nossa reflexão sobre a evolução do Paradigma de Enfermagem. A escolha recaiu sobre Martha Rogers e Rosemarie Parse por acharmos que nos abriam caminhos inovadores, e teoricamente sustentados, para conduzir a Enfermagem ao nível de uma ciência humana.

Procurámos, ainda, também, em breve síntese, evidenciar o modo como a Filosofia, a Psicologia e a Epistemologia foram uma fonte conceptual sólida para ambas, sem deixarem de construir especificidades próprias a partir das mesmas.

Tendo em vista o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção aplicado a professores, com trabalho multinível, para aquisição de competências articuladas com a SMP e a LSMP, identificámos, ainda no enquadramento teórico, o Referencial de Conceitos Estruturantes, necessários para o desenvolvimento do Projeto.

Finalizámos, então, este quadro teórico essencial ao desenvolvimento do trabalho, apresentando o Modelo Multifatorial de Teresa Lluch, que constituiu o Roteiro das dinâmicas do Projeto e da sua avaliação.

2.1 O Estado da Arte e da Ciência na Evolução do Paradigma de Enfermagem

Falar sobre o estado da arte e da ciência na evolução do Paradigma de Enfermagem, permite – nos abrir uma janela de informação e olhar para o estado atual dessa evolução de paradigma, evidenciando, naturalmente, a existência de um percurso de desenvolvimento, mas concentrando o olhar, essencialmente, no nível alcançado até agora.

Estes resultados são frutos da investigação, do desbravar de caminhos, do acrescentar de conhecimentos, permitindo, já, a formulação de paradigmas e metaparadigmas, essenciais na ciência da enfermagem.

Na verdade, a formulação destes paradigmas só tem sido possível após o longo e carismático caminho percorrido pelas teóricas da enfermagem, na busca da componente reflexiva, crítica, estruturante que conduziu a enfermagem ao estatuto de Ciência e Arte, no dizer de Rogers (Gunther, 2004), ou ao estatuto de Ciências Humanas, no dizer de Parse (Mitchell, 2004).

O que podemos então dizer, em breve síntese, sobre a evolução dos cuidados de enfermagem, marcada pela mudança de paradigmas?

Os paradigmas da categorização, da integração e da transformação estão associados aos diversos modelos e teorias que suportam a prática de enfermagem, ambos assumem uma relação dinâmica ao longo do tempo (Kérrouac et al, 1996). Esta mudança de paradigma, juntamente com os metaparadigmas, estão na base da formulação de modelos e teorias de enfermagem.

Os metaparadigmas – pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem, de um modo geral, estão retratados explicitamente e implicitamente em todas as teorias de enfermagem. A abordagem pessoal dos enfermeiros no que diz respeito a estes conceitos compreende o campo disciplinar da enfermagem (Kérrouac et al, 1996).

Uma teoria descreve um grupo de conceitos, que se articulam, com o sentido de constituir guia para a prática (Alligood & Tomey, 2004). As teorias possibilitam descrever, explicar, prever e prescrever cuidados de enfermagem (Meleis, 2012). Os referenciais teóricos contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem e são uma referência para a prática, possibilitando uma atuação sistemática e intencional (Shah, 2015), sendo, pois, fundamentais como uma forma de promover a enfermagem a nível académico no presente e no futuro (Sitzman & Eichelberger, 2017). Propiciam um olhar mais focado, aos enfermeiros, nos aspetos importantes, em vez de investirem nos dados não relevantes, e qual a sua relação. Deste modo, “os enfermeiros devem usar os referenciais teóricos como auxílio à compreensão das informações que são importantes, como é que as informações e os dados se relacionam, o que pode ser previsto pelas relações, assim como as intervenções que são necessárias” (Ribeiro, 2018, p.42). Embora, existam várias teorias, elas não competem entre si, mas são complementares entre si (Meleis, 2012).

2.1.1 Martha Rogers e a ciência dos seres humanos unitários

Martha Rogers desenvolveu uma teoria de enfermagem de grande alcance – a Ciência dos Seres Humanos Unitários, e é considerada uma das pensadoras de enfermagem de maior nível/poder criativo (Alligood & Tomey, 2004). A sua teoria, criada nos anos 70, teve influência de diversas fontes. Uma das fontes é Florence Nightingale, pelas suas propostas e dados estatísticos. As suas origens também foram atribuídas à fenomenologia, à teoria geral dos sistemas, à teoria da relatividade de Einstein, à teoria do caos e física quântica (Gunther, 2014).

Martha Rogers foi uma enfermeira visionária que criou um sistema conceptual inovativo e que continua a influenciar a profissão de enfermagem na atualidade (Sitzman & Eichelberger, 2017)

A enfermagem rogeriana é focada no ser humano e ambiente, que, com os seus campos energéticos, formam um todo integral, criando padrões de energia de sistemas abertos, que se revelam através da manifestação. A manifestação é única e está em permanente mudança (Gunther, 2014). Assim, o ser humano é descrito como um todo unitário, muito mais do que a soma das partes, como um campo energético infinito, sem barreiras físicas (Sitzman & Eichelberger, 2017).

Martha Rogers quebrou uma estrutura de longa duração da enfermagem sobre o domínio médico e criou um novo paradigma de enfermagem, sendo mesmo designada por Parse de “terramoto” com capacidade de destruir e reconstruir de forma inovadora e com criatividade (Larkin, 2021).

É uma teoria que promove a criatividade, e em vez de providenciar respostas definitivas, procura formular questões com teor provocativo (Amstrong & Kelly, 1995).

De facto, esta teoria é sustentada em cinco pressupostos, tais como: o ser humano é um todo único que forma a sua integridade com características maiores do que a soma das partes (campo de energia); o ser humano e o ambiente estão em incessante troca de energia e matéria (abertura); o processo vital desenvolve-se, de forma invariável e numa única direcção, no decurso ininterrupto espaço-temporal (helicidade); o padrão e a componente organizacional definem o ser humano e expressam o todo criativo (padrão e organização); e o ser humano é descrito pela capacidade “de abstracção e imagética, linguagem e pensamento, sensação e emoção” (Gunther, 2004,p. 259).

No tocante aos alicerces, a teoria do ser humano unitário fundamenta-se em (Gunther, 2004; Gunther, 2014): campo de energia, que identifica a unidade essencial do ser humano e do ambiente, e que são caracterizados pela sua infinitude e por um todo indivisível, onde a mudança é contínua e simultânea; universo de sistemas abertos, que é caracterizado pela permanente e infinita abertura dos sistemas entre os campos de energia; padrão é encarado como uma onda que identifica o campo de energia, e que integrado com o ambiente forma um todo único que muda de forma contínua e inovadora, e revela-se através da manifestação; e pandimensionalidade que representa o domínio infinito, sem dimensão espaço-temporal.

A pandimensionalidade possibilita aceder a uma realidade de flutuação contínua com o imaginário, onde mudanças de carácter inovador podem emergir. Assim, outras modalidades terapêuticas não invasivas ganham um novo sentido, força e potencial, como a meditação, a imagem guiada, a música, o humor e o toque terapêutico (Gunther, 2014; Malinski, 2018). Este último pode promover o fenómeno de “presença persistente”, mesmo já sem a presença física (Larkin, 2021). Associado a estas modalidades deve estar o diálogo com significado, os cuidados centrados, a genuidade, a confiabilidade, a aceitação. Os enfermeiros participam na experiência de saúde através de múltiplos papéis, tais como o de facilitadores, de educadores, de advogados, de coordenadores, de colaboradores. Neste processo é crucial reconhecer e aceitar a diversidade de padrões de energia, ver a mudança como positiva e libertar-se de ideias tradicionais de tempo, espaço e resultados (Gunther, 2014).

Deste modo, a evolução do ser humano ocorre através dos princípios da homeodinâmica, também designados por postulados, que são: a integralidade, que abrange o processo de integração incessante, total, e portanto, indivisível entre campos humano e ambiente; a ressonância, que está relacionada com as trocas energéticas contínuas, com diferentes frequências e intensidades de onda; e a helicidade que retrata o desenvolvimento em espiral, constante, não repetível, e inovador, descreve a mudança que evolui de um processo probabilístico para um caracterizado pela imprevisibilidade (Gunther, 2014).

Com Martha Rogers a pessoa é mais do que a soma das partes, só sendo possível a sua compreensão através da sua abordagem como um todo integrado. O ambiente tem o seu campo de energia e que é identificado integrado com o campo do ser humano, em que ambos formam um todo integral, único e em permanente mudança. A enfermagem reúne um corpo de conhecimento abstracto que procura promover nos seres humanos o desenvolvimento do expoente máximo de bem-estar (Sitzman & Eichelberger, 2017). De acordo com os mesmos autores, Rogers não se focou nas noções de saúde, bem-estar ou doença, e muitos estudiosos acreditam que está relacionado com o facto de que os níveis de doença e de bem - estar estão associados a uma dimensão social que poderá encorajar a abordagem do ser humano como a soma das partes, e não como um todo indivisível e integral.

Esta teoria, embora considerada abstracta, comprometendo, de algum modo, a sua aplicação direta, tem influenciado o trabalho de investigação em enfermagem, tendo sido aplicada em diferentes contextos na prática (Yarcheski, Mahon & Yarcheski, 2004; Willis & Griffith, 2010), e estando, nomeadamente, na base da criação de duas teorias – “Saúde como Expansão da Consciência” de Newman, e “Tornar-se Humano” de Parse (Gunther, 2014).

Martha Rogers encara os momentos de crise como potenciais oportunidades emergentes de poder criativo (Larkin, 2021), e o seu modelo constitui um processo de abertura permanente e interminável, que partiu de uma diversidade de fontes de conhecimento para um “leque” de possibilidades e de oportunidades infinitas (Gunther, 2014).

A escolha de Martha Rogers como um elemento fundamental da nossa pesquisa e das nossas leituras, resultou da nossa investigação inicial sobre as Teóricas de Enfermagem. À medida que fomos lendo sobre a sua teoria, o seu modelo, os seus pressupostos, a sua abordagem holística, o seu conceito de homem unitário, integrado e integrador, apercebemo-nos que esta informação era estruturante e seria um suporte conceptual importante no desenvolvimento do nosso trabalho e nas nossas escolhas.

Foi com Martha Rogers que se abriram, para nós, de um modo confiante e sólido, as portas das Teorias Paradigmáticas e a forma de olhar, através delas, para a Enfermagem como uma ciência humana, consistente, evolutiva, transformadora, possuidora de um estatuto igual a qualquer outra ciência. Foi, também com ela, que aceitámos o desafio de aprofundar outras leituras, outros temas e, assim, entre a Fenomenologia, a Epistemologia, a Psicologia Positiva, (entre outros), procurámos compreender e acompanhar o seu pensamento.

Martha Rogers, foi, sem dúvida, uma escolha importante para sustentar uma parte essencial da nossa moldura conceptual: a visão paradigmática e a abordagem científica e crítica que conduziram à aceitação da Enfermagem como Ciência Humana.

2.1.2 Rosemarie Parse e a ciência do tornar-se humano

Na sequência do trabalho desenvolvido por Martha Rogers surge a teoria de médio alcance, designada – Tornar-se Humano, de autoria de Rosemarie Parse, que é uma das mais recentes teóricas da enfermagem (Bournes & Mitchell, 2014).

Foi construída tendo em conta os princípios e conceitos de Martha Rogers, como os princípios da homeodinâmica e conceitos base de campo de energia, universo de sistemas abertos, padrão e de pandimensionalidade. Assim, sustentou as noções de ser humano aberto, em permanente interação com o ambiente na sua vasta amplitude, formando padrões indivisíveis. Também foi influenciada pela corrente existencial fenomenológica de Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty, abordando os princípios de intencionalidade, subjectividade humana, co-constituição, coexistência e liberdade localizada. Parse definiu o ser humano como um todo vital no contexto do paradigma da simultaneidade (Mitchell, 2004).

Tal como Martha Rogers, Parse acredita que o ser humano não pode ser compreendido pelas partes e seu somatório, mas sim como um todo. Defende que o ser humano é unitário e coexiste sob o plano de coconstituição com o universo, formando padrões rítmicos, de relação e únicos. O ser humano apresenta abertura e toma decisões com base nos significados da situação e prioridade de valores atribuídos, e transcende a nível multidimensional, sendo que tornar-se constitui a unidade humano-existência-saúde, a revelação do ser

humano (Mitchell, 2004). O ser humano desenvolve ação intencional e deve ser visto como perito da sua saúde e vida (Bournes & Mitchell, 2014; Sitzman & Eichelberger, 2017).

Parse recorre ao prefixo “co” para relevar a integralidade da relação entre ser humano e universo e sua indivisibilidade da cocriação (Bournes & Mitchell, 2014)

Assim, Parse sintetizou os pressupostos da teoria em quatro, tais como: tornar-se humano envolve liberdade de escolha quanto ao sentido no processo de ser humano-universo e vivência das prioridades de valor; tornar-se humano é cocriar padrões rítmicos sob o paradigma da simultaneidade com o universo; tornar-se humano está relacionado com o processo de cotranscender a nível multidimensional com os possíveis emergentes; e tornar-se humano é a cocriação de uma harmonia perfeita de humanouniverso (Bournes & Mitchell, 2014).

A teoria assenta em princípios, em que cada um descreve um tema com três conceitos, estes, por sua vez, explanam paradoxos fundamentais do desenvolvimento humano. Os paradoxos são ritmos vividos de uma só vez como preferências de padrões. Os paradoxos não são opostos ou constituem problemas com vista à resolução, mas são formas pelas quais os seres humanos vivenciam e seleccionam os significados, o que é exclusivo desta teoria. (Bournes & Michell, 2014). Os **três princípios**, nos quais a teoria assenta, são: **1º** estruturar a nível multidimensional o significado, através da cocriação da linguagem que expressa prioridades e valor e da formação de imagens; **2º** cocriar padrões rítmicos por meio da vivência paradoxal da revelação-dissimulação, permissão-limitação e ligação-separação; **3º** cotranscender os possíveis é potenciar o processo de transformação único de uma infinidade de possibilidades.

O **1º princípio** engloba 3 conceitos: a formação de imagens, valorização e transmissão através da linguagem. Este princípio explica a ideia que os seres humanos constroem as realidades pessoais, com escolhas únicas que surgem de um universohumano ilimitado de opções. As escolhas transmitem as prioridades e significados de valor e, nem sempre, são efectuadas de forma explícita, porém, integram o processo de sinfonia contínua de devir. O ser humano expressa-se através da linguagem que pode representar o que fala ou silencia, ou como se move, ou não (Bournes & Michell, 2014). O **2º princípio** abarca três conceitos: Revelação-dissimulação, permissão-limitação e ligação-separação. Este princípio descreve os padrões de relacionamento rítmicos humanouniverso . Nem tudo é explicitamente conhecido ou pode ser expresso no mistério do desenvolvimento humano, o que é representado, de uma só vez, no paradoxo revelar-ocultar e divulgar-não ocultar. Habilitar-limitar é viver as restrições de oportunidades presentes de uma só vez, pois existem oportunidades e restrições em toda e qualquer opção de escolha. Conectar-separar também é um padrão rítmico de união e separação em simultâneo (Bournes & Michell, 2014). O **3º princípio** é constituído por três conceitos: prover de energia, originar e transformar. Este princípio explica que os seres humanos estão em permanente mudança e que o processo de devir assenta numa infinidade de possibilidades que espelham a forma como a pessoa se desloca e muda no processo de tornar-se. O movimento das pessoas baseia-se no compromisso contínuo em forçar-resistir, afirmar–não se afirmar, ser e não ser. As pessoas vivem num

paradoxo entre conformar-não conformar e certeza-incerteza, e sendo singulares, procuram essa unicidade, mas também a semelhança e paridade relativamente aos outros. A diversidade em mudança surge com a transformação do familiar-não familiar e ilimitadas possibilidades são visualizadas sob uma nova perspectiva, no sentido da transformação e da evolução do ser humano (Bournes & Michell, 2014; Sitzman & Eichelberger, 2017).

Os princípios definidos são permeados por quatro postulados que abarcam a ilimitabilidade, paradoxo, liberdade e mistério (Bournes & Michell, 2014).

A autora da teoria não escreve sobre a enfermagem como conceito no âmbito do metaparadigma, mas aponta para o núcleo da enfermagem, que é constituído pelo processo humano-universo-saúde. A qualidade de vida é o objetivo da enfermagem. É importante valorar a crença de que os seres humanos são livres para escolher, de acordo com as suas prioridades e significados de valor, sendo que a ação do enfermeiro é guiar as pessoas no sentido de cocriar a sua própria saúde. Saúde consiste numa forma de estar e de ser no mundo, num compromisso pessoal com os refluxos e fluxos (Sitzman & Eichelberger, 2017).

A teoria desenvolvida por Parse embora complexa e difícil de entender por causa da terminologia e do recurso a conceitos abstractos, tem trazido contributos importantes quando aplicada na prática em diferentes contextos (Williamson, 2000; Registered Nurses Association of Ontario, 2002; Bournes, 2013)

O futuro dos cuidados de saúde assenta no desenvolvimento de teorias e práticas que respeitem e promovam as pessoas como peritos da sua experiência de vida e projeto de saúde (Bournes & Michell, 2014).

A escolha de Rosemarie Parse como um dos suportes conceptuais do nosso trabalho, surgiu, tal como com Martha Rogers, na sequência de leituras sobre as Teóricas da Enfermagem e sobre a visão abrangente que, através dos paradigmas, se procurava aplicar à Enfermagem.

Mas, na verdade, desde o início da nossa pesquisa, apercebemo-nos que Parse traz consigo uma nova dimensão para a problemática da Enfermagem como Ciência Humana, ao pretender construir um modelo, uma teoria – *“Human Becoming”*-, focada na promoção da qualidade da vida humana e, por isso mesmo, direccionada para uma dinâmica de aplicação prática, em contexto da Enfermagem. Para Parse, a promoção desta qualidade da vida humana implica a garantia da dignidade da pessoa e, por isso, a relação enfermeiro/pessoa deve estabelecer-se como um espaço de abertura à comunicação e compreensão mútuas mas, também, especialmente a, um espaço onde a pessoa, o outro, possa evidenciar a sua visão, a sua perspectiva, a sua abordagem.

Nesta breve nota, onde procuramos sintetizar algumas das razões desta nossa escolha, torna-se difícil explicitar, com mais detalhe, a forma como Parse aprofundou e utilizou a Filosofia, particularmente a Fenomenologia, para elaborar e fundamentar os seus pressupostos. Mas é fascinante ver o modo como utiliza conceitos complexos, como “intencionalidade” ou *“epochê”*, trazendo – os para a prática da enfermagem, assumindo, por exemplo, com a “intencionalidade”, que os actos humanos conscientes são intencionais e determinam as relações e o percurso evolutivo da pessoa, o que se vai refletir na relação enfermeiro /pessoa

alvo de cuidados. E assumindo, também, noutro exemplo, com a “*epochê*”, que, num contexto de suspensão de juízo, de vivência do momento na sua pureza, a pessoa alvo de cuidados possa criar a sua própria narrativa, marcando o caminho construtivo e inovador desta parceria enfermeiro /pessoa focada na qualidade de vida e na dignidade humana (Souza, Rossetto & Sodré, 2000).

Rosemarie Parse foi, neste contexto de leitura e pesquisa, uma verdadeira inspiração; Partilhou conosco ousadia, coragem, sonhos, liderança. Deixou-nos vontade e motivação para darmos continuidade a esta partilha, cumprindo o desafio de continuarmos a caminhar no sentido do “auto-conhecimento, e do desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº 515/2018, artigo 4º, nº 1, alínea (a)).

2.1.3 Conceitos de pessoa e auto – consciência e sua importância na evolução deste paradigma – contribuições da epistemologia, da fenomenologia e da psicologia positiva

Em meados do século passado, os estudos de Psicologia do Desenvolvimento e de Psicologia Positiva, apontaram, como evidência para a Psicologia, mas, também, para a Filosofia, a aceitação conceptual do ser humano como um construtor ativo de si próprio, no que respeita à sua identidade, ao seu conhecimento, ao seu bem-estar, à sua saúde, à sua qualidade de vida, afinal, ao seu estatuto de “Ser Pessoa” (Joseph, 2021). Carl Rogers desenvolve este conceito, dá-lhe sustentabilidade, referindo que ser pessoa é “tornar-se pessoa”, é uma dinâmica, e explicita caminhos de concretização desse projeto de vida. Esta tomada de consciência do poder do homem nas suas escolhas e nos seus percursos, esta “autoconsciência”, invade outros campos de reflexão, especialmente ao nível da filosofia existencialista e fenomenológica e, naturalmente, torna-se suporte para outras investigações, como as das teóricas da Enfermagem, que procuram teorias e modelos adequados à ciência da enfermagem (Carvalho & Cordeiro, 2018).

Podemos dizer que a aceitação da ausência de pré – determinismos e da efetiva plasticidade do ser humano, em todas as suas vertentes, exige, nessa altura, de um modo quase imperativo, que se repense o paradigma do pensamento face à própria ciência, tornando-se claro que a evidência científica, utilizando metodologia experimental, chegará só a uma verdade probabilística, contextual, e nunca a uma verdade absoluta (Bournes & Mitchell, 2014).

A epistemologia posiciona-se, claramente, em relação à verdade científica contextual e um mundo imenso de pensamentos, modelos, paradigmas, meta- paradigmas, desenvolve-se no meio desta cultura académica. Rogers e Parse mergulham neste saber, nesta diversidade, e trazem, com profundidade e solidez, as Teorias Paradigmáticas para a História da Enfermagem.

2.2 O Referencial de Conceitos Estruturantes e os Seus Suportes

2.2.1 Conceitos estruturantes de saúde

Conceitos:

- **Saúde Mental (SM)** : “Um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, consegue enfrentar o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade” (WHO, 2005, p.2)¹
- **Saúde Mental Positiva (SMP)**: “Um estado de funcionamento ótimo do ser humano, o que salienta a importância da promoção das qualidades da pessoa na otimização do seu potencial” (Sequeira et al, 2014, p.46)
- **Literacia em Saúde Mental (LSM)**: “(1)Conhecimento de como obter e manter uma boa saúde mental; (2) conhecimento acerca das doenças mentais e seus tratamentos; (3) diminuição do estigma relacionado com as doenças mentais; (4) aumentar a eficácia na procura de ajuda” (Kutcher et al,2016, p.567)²
- **Literacia em Saúde Mental Positiva (LSMP)**: A LSMP é uma componente da LSM e refere-se ao conhecimento e habilidade para obter e manter a SM (Bjornsen et al, 2017).

2.2.2 O perfil do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e seus modos de intervenção

Caracterização do Perfil:

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) desenvolve um perfil de competências específicas, e, entre elas, “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” (OE, 2018, p.21417). Assim, cabe ao EEESMP avaliar necessidades das pessoas alvo de cuidados, co-construir um Plano Individual de Cuidados (PIC), adaptar, e selecionar no âmbito do seu perfil de competências, quais os modos de intervenção mais adequados. Deste modo, e conforme a missão descrita no Regulamento nº356/2015 – Regulamento dos

¹ Tradução livre: “a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”

² Tradução livre: “(1) Understanding how to obtain and maintain good mental health; (2) understanding mental disorders and their treatments; (3) decreasing stigma related to mental disorders; (4) enhancing help-seeking efficacy (knowing when, where, and how to obtain good mental health care and developing competencies needed for self-care)”

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015c, p. 17035), onde destacamos em particular que “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar (...)” que “o enfermeiro especialista em saúde mental presta cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais (...)” e “considera a pessoa como ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo (...)”. Deste modo, compreendemos a importância da intervenção do EEESMP no âmbito da promoção da SM e bem-estar, nomeadamente a nível da LSMP, que é tão essencial e necessária desenvolver, conforme nos mostra a evidência (ver pontos 2.2.1. e 4.1.2). O EEESMP encontra-se numa posição privilegiada ao ser munido de um agregado de saberes e conhecimentos de diversa ordem, e de capacidade de julgamento e de tomada de decisão, que num todo se expressam num conjunto de competências integrantes de um perfil de uma prática especializada (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a). Assim, pretendemos relevar o papel do EEESMP e o modo de intervenção, por meio da promoção da LSMP baseada numa estrutura psicoeducativa.

2.2.3 Conceitos estruturantes de educação

Competências Socioemocionais (SEL):

- **Autoconhecimento:**
 - Capacidade de aprofundar os conhecimento de si;
 - Identificar sentimentos de baixa autoestima, instabilidade emocional e saber pedir ajuda.
 - **Autogestão:**
 - Capacidade de regular e expressar emoções e pensamentos;
 - Executar responsabilmente decisões próprias.
 - **Consciência Social:**
 - Conhecer e participa na vida na comunidade;
 - Reconhecer a família, a escola e a comunidade com recursos e fontes de suporte.
 - **Relação Interpessoal:**
 - Capacidade de estabelecer e manter relacionamentos diversificados, saudáveis e gratificantes.
 - **Tomada de Decisão Responsável:**
 - Capacidade de fazer escolhas construtivas e positivas, fazendo uma avaliação realista das consequências das várias ações para o seu bem-estar e dos outros.
- (Carvalho et al, 2016a)

Perfil de Profissionalidade Docente:

- Relacionado com a qualidade da prática profissional;
- Integridade do fazer docente;
- Desenvolvimento profissional, das habilidades e competências;
- Constituição da identidade docente e do saber docente;
- Integridade da dimensão social e pessoal;
- Responsabilidade individual, comunitária e de compromisso ético e político (Brzezinski, 2014).

2.3 O Modelo Multifatorial de Teresa Lluch/Modelo de Saúde Mental Positiva

O Modelo Multifatorial de Teresa Lluch foi desenvolvido na sua tese de doutoramento, em 1999 (Lluch-Canut, 1999), e surge na sequência dos trabalhos desenvolvidos por Jahoda em 1958 (Jahoda, 1958). Apesar do trabalho de Jahoda ter sido considerado um marco ao abordar a saúde mental como algo mais que a ausência de patologia, e a definir, pela primeira vez, o conceito de SMP, foi com Teresa Lluch que, dando continuidade aos seus trabalhos, houve um processo de desenvolvimento deste modelo com aplicação na prática clínica. O modelo multifatorial de Teresa Lluch apresenta, naturalmente, uma ligação clara à Psicologia Positiva, ao procurar valorizar os traços ou características do perfil identitário do indivíduo que possam constituir - se como suporte para a procura do seu bem-estar e equilíbrio. Esta visão positiva e humanista, que encontramos, por exemplo, em Carl Rogers e em Maslow, entre outros, é uma visão já centrada na pessoa e nas suas possibilidades de auto – realização (Boniwell, 2016). E este caminho abre, a nível de investigação, um mundo de possibilidades onde se dá protagonismo ao indivíduo e se procuram criar referenciais e modelos ajustados ao empoderamento da pessoa e ao seu equilíbrio e bem-estar. O modelo de Teresa Lluch partilha esta preocupação da Psicologia Positiva mas apresenta, também, um claro direccionamento prático, aplicando – se na promoção da SM.

O recurso a este modelo é uma mais valia no âmbito da promoção da saúde mental das pessoas, favorecendo a avaliação dos aspetos positivos da SM, com apoio de um modelo de SMP, em detrimento de um modelo centrado na doença (Lluch, 2008). Assim, este modelo, considera a SMP como um construto baseado em seis fatores: Satisfação Pessoal (F1); Atitude Pró-social (F2); Autocontrolo (F3); Autonomia (F4); Resolução de Problemas e Autoatualização (F5) e Capacidade de Relacionamento Interpessoal (F6). No Quadro 1 estão descritos os fatores e os indicadores que os definem.

Quadro nº1 – Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva

F1 – Satisfação Pessoal	• Autoconceito/Autoestima • Satisfação com a vida pessoal • Perspetiva otimista no futuro
F2 – Atitude Pró-Social	• Predisposição ativa para o social/para a sociedade • Atitude social “altruísta”/Atitude de ajuda-apoio para com os outros • Aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes
F3 - Autocontrolo	• Capacidade para enfrentar <i>stress</i>/situações problemáticas • Equilíbrio emocional/controlo emocional • Tolerância à frustração, à ansiedade e ao <i>stress</i>
F4 - Autonomia	• Capacidade para ter os seus próprios critérios • Independência • Autorregulação da própria conduta • Segurança pessoal/Confiança em si próprio
F5 – Resolução de Problemas e Autoatualização	• Capacidade de análise • Habilidade para tomar decisões • Flexibilidade/capacidade de adaptação à mudança • Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo
F6 – Capacidade de Relacionamento Interpessoal	• Habilidade para estabelecer relações interpessoais • Empatia/Capacidade para entender os sentimentos dos outros • Habilidade para prestar apoio emocional • Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas

Fonte: Sequeira e colaboradores (2014)

Os fatores componentes do modelo estão inter-relacionados, compensando-se uns aos outros (Lluch-Canut, 1999) e estão representados, para mais fácil visualização, na Figura nº1.

Figura nº1 – Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva



Fonte: Baseado em Lluch-Canut (1999)

Deste modo, de acordo com o momento, alguns fatores podem prevalecer sobre os restantes, podendo haver ocasiões em que o nível de satisfação com a vida seja diminuto, mas a capacidade de resolver problemas ocupe níveis elevados. O ser humano está preparado para experimentar toda a amplitude emocional, de sentimentos e de pensamentos, e, de acordo com a situação, pode vivenciar emoções negativas ou positivas. Ao longo do ciclo de vida e, até mesmo, ao longo de um dia, podemos passar por instantes de sofrimento e mal estar, alternando com momentos felizes, de bem-estar e de satisfação. Assim, compreendemos a SMP como um construto dinâmico e flutuante, em que existem limites que definem o que é a normalidade e o que não é, os quais designamos por “Indicadores limite de alerta de Saúde Mental Positiva” (Lluch-Canut, 2021, p.3). Estes indicadores assentam em seis características que são : a duração, que abrange a extensão de uma reação ou sentimento, que quando se prolonga no tempo pode revelar que algo não está bem; a intensidade, que se refere à veemência de uma resposta, que quando leva à perda de controlo da pessoa sobre as suas reacções emocionais pode constituir um sinal de alerta de que algo não está bem; a frequência, que está relacionada com a regularidade maior ou menor de determinadas respostas e reacções emocionais que, se forem de carácter negativo, pode ser revelador de que algo não está bem; a incapacidade que está associada a respostas emocionais e pensamentos que afetam o autocuidado e comprometem a funcionalidade da pessoa, o que pode indicar que algo não está bem; a alteração no padrão de resposta habitual da pessoa; e as consequências que apontam para a resposta emocional ou comportamento da pessoa, que podem assumir repercussões negativas para o próprio ou para terceiros, o que pode ser indicativo de que algo não está bem. Os indicadores não têm carácter diagnóstico, mas de alerta, podendo sinalizar e possibilitar, no caso de necessidade, o apoio/intervenção e/ou referência para ajuda especializada (Lluch-Canut, 2021).

O trabalho de Teresa Lluch é único ao integrar seis fatores numa estrutura conceptual, conferindo-lhe o status de modelo. Assim, e conforme explicado anteriormente, é fundamentado em quatro postulados, tais como: a SMP é um estado dinâmico e flutuante; a SMP engloba sentimentos, pensamentos e comportamentos positivos e negativos; a SMP possui limites que constituem indicadores de alerta, possibilitando, de alguma forma, o seu controlo; os fatores que integram o modelo estão inter-relacionados, de forma a que uns podem compensar os outros. Os determinantes sociodemográficos podem influenciar o maior ou menor nível de expressão de determinados fatores em detrimento de outros (Lluch-Canut, 2021).

Para avaliar o construto de SMP a autora do modelo construiu uma escala – Questionário de Saúde Mental Positiva com um total de 39 itens com distribuição desigual entre os 6 fatores que integram o modelo. Quanto maior o valor obtido, maior o nível de SMP, o qual podemos categorizar em três níveis, de acordo com a proposta de Garcia (2016), ou seja, o nível baixo ou *Languising*, que abrange os valores mais baixos, o nível intermédio, que abarca os valores intermédios e o nível alto ou *Flourishing*, com os valores mais altos de SMP (Teixeira, Sequeira, Lluch- Canut, 2020).

Este questionário já foi aplicado em vários estudos com diferentes populações (Ortega, 2015; Jimenez, 2017; Cunha, 2020; Sequeira et al, 2020; Gonçalves et al, 2021), nomeadamente com professores (Hurdato-

Pardos et al, 2017), e foi validado para a população portuguesa (Sequeira et al, 2014). Permite a avaliação por fator, e, deste modo, a intervenção, também ela direcionada para cada fator, consoante necessidade identificada ou expressa. Possibilita avaliar o potencial das pessoas para fazer face às contrariedades e identificar o nível de vulnerabilidade das mesmas. A vulnerabilidade potencia a morbilidade, pelo que a sua avaliação potencia uma intervenção mais precoce. Este instrumento de avaliação também permite efetuar uma avaliação numa perspetiva salutogénica da saúde mental, fomentando a ação dos profissionais de saúde, como agentes promotores de saúde, por meio de intervenções focadas no desenvolvimento da satisfação pessoal, da atitude pró-social, do autocontrolo e da autonomia, da capacidade de resolução de problemas e autoatualização, e das habilidades de relacionamento interpessoal. De facto, constitui uma ferramenta muito útil para o desenvolvimento de uma intervenção focada na prevenção, assim como na promoção de saúde (Lluch-Canut & Sequeira, 2020).

Como forma de operacionalizar o modelo multifatorial, foi criado o Decálogo de SMP. Este é constituído por dez recomendações com sugestões para cuidar da SMP, o qual está exposto no Quadro nº2 (Lluch-Canut, 2011). Cada recomendação é válida por si só e pode ser integrada na vida individual de cada pessoa ou em conjunto com as outras pessoas. Quanto mais recomendações são aplicadas na nossa vida, maiores serão os níveis da nossa SMP. Entretanto, várias adaptações foram efetuadas ao decálogo, de acordo com diferentes situações (Lluch-Canut, 2020b).

Quadro nº2 – Decálogo de Saúde Mental Positiva

1 – Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida (a nível pessoal e profissional)
2 – Colocar “carinho” nas atividades da vida
3 – Não ser duro consigo mesmo e com os outros (a tolerância, compreensão e flexibilidade são bons para a saúde mental)
4 – Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal
5 – Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles acontecem
6 – Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e de sentir)
7 – Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente
8 – Tentar resolver os problemas quando eles surgem
9 – Cuidar das suas relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntima como as de trabalho (colegas)
10 – Fazer uso frequente do sentido de humor na vida

Fonte: Adaptado de Lluch – Canut (2011); Teixeira, Sequeira & Canut-Lluch (2020)

Uma estratégia que tem sido utilizada para promover a SMP, é através da relação bidireccional entre aquela e o autocuidado (Riobóo, 2014; Ortega, 2015). Deste modo, a SMP pode ser promovida e iniciada por meio do desenvolvimento de cuidados de saúde básicos, como comer, dormir, passear, hidratar a pele, e que geram sentimentos de bem estar, podendo, assim, potenciar a satisfação pessoal, a energia para os relacionamentos interpessoais e para a resolução de problemas.

O trabalho desenvolvido por Teresa Lluch apresenta um modelo conceptual que guia as intervenções desenvolvidas e apresenta, também, um instrumento de avaliação que mede o efeito das intervenções no seu período pré e pós. Assim, têm sido criados vários programas que promovem a SMP em situações específicas (Ferré- Grau et al, 2019), nomeadamente o programa criado em Portugal, que está validado, e que promove a saúde mental positiva nos adultos (Teixeira, Sequeira, Lluch- Canut, 2020).

Este modelo, encontrado e aprofundado no contexto da pesquisa que realizámos para sustentar e enquadrar, do ponto de vista teórico, as opções que fomos fazendo ao longo das atividades de estágio, veio ao encontro das expectativas que tínhamos em relação ao Projeto de Intervenção. Na verdade, pretendíamos que o Projeto de Intervenção envolvesse professores e gestão de saúde mental e que se pudesse estabelecer uma ponte, uma mediação, onde seria importante o papel do enfermeiro em contexto de estágio, e onde seria desejável poder utilizar um modelo de saúde mental que se aproximasse das competências identitárias exigidas ao professor no seu desempenho profissional, face a normativos atuais.

O Modelo Multifatorial de Teresa Lluch permitiu uma dinâmica de intervenção direta em contexto formativo, trabalhando os fatores do modelo, dando – lhes o significado de competências identitárias pessoais e profissionais e apoiando o professor na mobilização dessas competências para as integrar na sua prática docente.

3. OBSERVAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

3.1. Instituições (Académicas, de Saúde e de Educação)

ACADÉMICAS

A concretização do presente Relatório integra a realização do Estágio I e Estágio Final, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que decorreu no período de 16 de maio de 2022 a 24 de junho de 2022 num serviço de internamento de Psiquiatria de Agudos, e de 19 de Setembro de 2022 a 26 de Janeiro de 2023, numa Consulta Externa de Pedopsiquiatria.

SAÚDE

Estágio I

O Estágio I ocorreu num serviço de internamento de Psiquiatria de agudos. Este está integrado no departamento de psiquiatria e saúde mental, que além do internamento, engloba o hospital de dia de reabilitação e a consulta externa.

Os utentes podem ser admitidos pela consulta externa, pelo serviço de urgência, ou por transferência de outros serviços ou instituições. Os internamentos, habitualmente, têm por base situações de crise aguda inaugural, ou, num quadro crónico, de agudização da doença. O internamento visa promover o processo de recuperação, de reabilitação psicossocial e reinserção na comunidade da pessoa numa perspetiva holística. No momento da alta do serviço, a pessoa é encaminhada para consulta externa, apoio no domicílio, equipas comunitárias ou hospital de dia, sempre sob o plano de assegurar a continuidade dos cuidados.

A missão, visão e valores da instituição presente, consiste em assegurar resposta assistencial diferenciada a toda a população que abrange. Deste modo, com base nos princípios da equidade e universalidade, dos mais avançados conhecimentos e equipamentos, da evolução contínua, aposta na formação dos profissionais, e de uma abordagem centrada no utente, a instituição procura garantir a excelência dos cuidados, e, assim, procurar a satisfação dos utentes e profissionais que a integram.

Estágio Final

O Estágio Final ocorreu na consulta externa de pedopsiquiatria. Esta está integrada no departamento de psiquiatria e saúde mental, que também inclui serviço de internamento de psiquiatria de agudos de adultos, serviço de urgência direcionado para pessoas adultas com doença mental, consulta externa, hospital de dia e apoio domiciliário. Este serviço de urgência funciona em ligação com o serviço de urgência geral, pois as pessoas, após serem atendidas neste, realizarem exames, e excluïrem causa orgânica na origem do problema, é que eram encaminhadas.

No que concerne à consulta de pedopsiquiatria, esta disponibiliza consultas médicas e não médicas (enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional) em regime ambulatorial, e uma equipa comunitária de Saúde Mental da Infância e Adolescência, que fomenta uma melhor articulação com a comunidade.

Em termos organizacionais, a unidade de pedopsiquiatria é constituída por uma equipa multidisciplinar, desenvolvendo reuniões quinzenais, onde é promovido o trabalho em equipa e a ligação intersectorial.

Nas semanas em que ocorriam as consultas médicas, a consulta de enfermagem, em espaço próprio, presta apoio, desenvolvendo o acolhimento das pessoas, caso seja o primeiro contacto, e, neste caso também preenche o documento em Anexo I (Formulário de Acolhimento), que auxilia na colheita de dados. Se não for uma primeira consulta, desenvolve cuidados de continuidade de acordo com as necessidades. Nas semanas de ausência de consultas médicas, o trabalho de enfermagem é direcionado para o acompanhamento telefónico dos utentes/famílias/pessoas significativas, contacto com outras entidades, como as escolas, prestação de cuidados agendados e pontuais, administração de injetáveis, que constituíam autênticas oportunidades para promover a aliança terapêutica, muitas vezes, para apoio emocional, e a possibilidade de desenvolver intervenções de enfermagem no caso de necessidade. Quanto aos contactos telefónicos, frequentemente, eram também os utentes e/ou famílias que ligavam para pedir ajuda. Para além de contactos pontuais com outros profissionais, incrementando a partilha e o espírito de equipa.

O estágio final ocorreu na mesma instituição que o estágio I, pelo que a missão, visão e valores descritos acima, mantêm-se.

EDUCAÇÃO

Em relação à implementação do Projeto de Intervenção, também desenvolvido no decorrer do estágio final, o mesmo foi preparado e realizado em duas instituições públicas de educação. No momento de preparação e de submissão à acreditação como Formação Docente, trabalhamos com o “Centro de Formação Ria Formosa”, integrado na Associação de Escolas Faro - Olhão e sediado em Faro, na Escola Secundária João de Deus. A Ação de Formação (AF), por sua vez, decorreu na Escola EB 2,3 Dr. Neves Júnior. Tivemos sempre, ao longo da formação, o apoio institucional e pessoal da Diretora do Centro de Formação.

3.2. Equipa de Saúde

A equipa de saúde, que participou diretamente na conceção e planeamento do projeto de intervenção em serviço, foi a enfermeira orientadora, que nos supervisionou, e que trabalha na consulta externa de pedopsiquiatria, e o psicólogo que exerce funções numa escola do agrupamento escolar da região. Ambos têm uma relação de estreita colaboração.

3.3. Equipa de Educação/Formação

A equipa de Educação/ Formação, responsável pela conceção do Programa Modular de Formação, pela produção da Documentação de Apoio para a Formação e pela condução da Formação, foi constituída pela professora que integrou o Projeto de Intervenção, em parceria, e por nós, estagiária.

A equipa integrou, ainda, a Diretora do Centro de Formação para questões formais, como a acreditação da AF, as inscrições dos formandos, a Certificação final e as diferentes logísticas suportadas em conjunto com a escola.

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

4.1. Nota Introdutória

O “Projeto de Intervenção em Serviço”, desenvolvido no âmbito do Estágio Final realizado para a aquisição da especialidade EEESMP, surge, no seu conjunto, como uma espécie de resposta ao questionamento, que se foi colocando, a nível pessoal e profissional, sobre a forma desejável de intervir, nesta especialidade, para concretizar ações promotoras da saúde mental e de passagem de conhecimento. Esta interrogação, recorrente, sobre o espaço e o público – alvo desejável para esta intervenção, trazia já uma expectativa pessoal, resultante da proximidade com o contexto educativo, com a mãe e a irmã professoras. Mas, também, e especialmente, pela vontade, vivida ao longo de todo o percurso educativo pessoal, de, um dia, poder concretizar um projeto comum com a Professora de Filosofia, pessoa de referência constante, foco permanente de motivação e de inspiração.

Este sonho acalentado, começou a tomar forma quando nos apercebemos da importância que teria, para nós e como experiência de conexão interprofissional, podermos trazer a professora para o nosso Projeto de Intervenção, contando com o seu profundo conhecimento na Formação de Professores, particularmente em áreas de gestão curricular ligadas, por exemplo, à Pedagogia dos Afetos e da Diferenciação Pedagógica, entre muitas outras. Pareceu – nos um ato de ousadia e fomos procurar informação sobre a colaboração interprofissional e as mais – valias que daí podiam advir, olhando para estas colaborações como possíveis relações capazes de abrir caminho.

4.1.1 Relações que abrem caminhos - Estabelecer colaboração interprofissional

Encontrámos, então, numa revisão narrativa de literatura, breve, mas que nos pareceu ajustada, um conjunto significativo de posicionamentos que coincidiam, em geral, na importância de favorecer o desenvolvimento de uma prática interprofissional colaborativa que se viria a expressar em ganhos de saúde.

Considerámos que algumas das ideias recolhidas na nossa leitura, iam ao encontro desta visão de troca que levava à possível abertura de novos caminhos e que, assim, nos ajudava a consolidar a nossa expectativa nesta parceria.

Partilhamos, então, as que nos pareceram significativas, referindo, por exemplo, que, para que as intervenções no âmbito da saúde em contexto escolar tenham efetividade e continuidade, devem ser fomentadas a intersetorialidade e interdisciplinaridade (Leite et al, 2015; Guimarães, Soares & Mazureck, 2018; Borg & Palshaugen, 2019). Ou, ainda, que, o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 (DGS, 2019) e o Plano Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017) defendem a cooperação entre os vários sectores e a criação de parcerias para a evolução. E, também, que a colaboração entre profissões pode ser importante para melhor esclarecer ideias e promover o conceito de promoção de saúde em contexto escolar, pois a forma de pensar dos docentes quanto a esta temática, e inerentemente o seu envolvimento, pode constituir uma “barreira” (Hoekstra et al, 2016). Podemos ainda acrescentar que uma colaboração de elevada qualidade é essencial para o sucesso do seu propósito, sendo influenciada por vários fatores, nomeadamente um bom clima de colaboração, o respeito mútuo, a confiança, ser capaz de comprometer, o conhecimento sobre as outras profissões, a interdependência, a reflexão no processo e a flexibilidade profissional (Borg & Palshaugen, 2019).

Neste conjunto de recolha de ideias e posicionamentos, ficou claro que há uma defesa comum e valorada da interprofissionalidade colaborativa e dos potenciais caminhos e resultados que daí resultam.

Há, também, outras chamadas de atenção interessantes, articulando ousadia, sustentabilidade, inteligência coletiva, sociedade do conhecimento, entres outros. Assim, é elementar ser ousado, sair da esfera particular da enfermagem e colaborar ativamente com outras disciplinas (Sigma, 2022). E, também, é crucial fomentar um trabalho de colaboração entre áreas diferentes do conhecimento para se promover o efeito e sustentabilidade das ações de promoção da saúde (Gomes, Cortez & Damásio, 2020). Ou, ainda, “melhorar a inteligência coletiva, o grande desafio da humanidade principalmente desde que se tornou óbvio que, na sua maior parte, os nossos problemas só podem resolver-se de maneira cooperativa, pensando e agindo juntos” (Innerarity, 2021, p.325), porque, afinal, “uma sociedade do conhecimento não é uma sociedade onde há mais especialistas, mas sim onde os sistemas são especialistas” (Innerarity, 2021, p.324).

Ficou claro, para nós, a importância de se estabelecer esta parceria, definir dinâmicas de partilha, possibilitar que se criasse um caminho metodológico que fosse percorrido em conjunto e que permitisse uma aproximação natural e facilitadora, nos contextos educativos e junto dos professores, para que o nosso Projeto

de Intervenção pudesse superar, de um modo fluido, as possíveis resistências da interprofissionalidade colaborativa. Sabemos, por exemplo, de acordo com o estudo *Schools for Health in Europe* (2021), que os professores podem dificultar a promoção da saúde, ao referirem a falta de tempo, o excesso de trabalho, colocando o seu foco de atenção sobretudo para a sua disciplina e não integrando a promoção da saúde na sua prática. Mas acreditamos que uma parceria baseada numa longa relação de afeto, de respeito e reconhecimento do Outro nas suas valências, motivada pela possibilidade do cruzamento entre áreas disciplinares e profissionais distintas, abrindo a porta a reflexões tão diversas como o Perfil do EESMP, a Fenomenologia e a intencionalidade em Parse ou as teorias Paradigmáticas em Rogers, seria, certamente um suporte de sucesso e qualidade no nosso Projeto de Intervenção.

Confiantes no caminho teórico, metodológico e relacional que fomos percorrendo ao longo do Estágio e no património de conhecimento que fomos adquirindo, procurámos agregar os componentes essenciais para dar forma ao nosso Projeto de Intervenção, a ser “desenhado” na fase do Planeamento.

4.1.2 Suporte teórico e metodológico

Os suportes teóricos que constituem o pilar do nosso Projeto de Intervenção já foram referidos e elucidados, mas gostaríamos, ainda, de lhes dar aqui alguma relevância, face ao papel que vão desempenhar na moldura conceptual e operativa do Projeto:

1 - O perfil “desejável” do EEESMP neste contexto de intervenção.

A revisão da literatura sobre o papel da enfermagem e do enfermeiro, na sua relação com a pessoa (Bournes & Mitchell, 2004; Gunther, 2004,2014; Mitchell, 2004), permitiu – nos rever a progressiva mudança de paradigma nessa relação, dando – se um espaço importante à “prevenção da doença” e à “promoção da saúde” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2006; Gomes, Cortez & Damásio, 2020), e ao importante papel da “literacia em saúde” (Mancuso, 2008; Liu et al, 2020). Enquadrando-se assim, nos eixos prioritários para a investigação em Enfermagem (OE, 2006), nesta nova relação paradigmática espera-se, cada vez mais, que possa caber ao enfermeiro a promoção da proatividade da pessoa, facultando –lhe conhecimentos que lhe permitam compreender o seu possível papel na gestão da sua saúde.

A introdução do conceito de Literacia em Saúde, na práxis do enfermeiro, coloca-o perante um compromisso com a pessoa que com ele contacta, no âmbito da sua profissão, porque ele está preparado para atuar como mediador, contribuir para a tomada de consciência e para reforçar o sentido da busca face à expectativa da LSMP. É nesta atitude de compromisso que será visível o papel do EEESMP.

2 - Os conceitos inovadores de SMP e LSMP e a sua importância no contexto formativo, para criar dinâmicas de empoderamento e responsabilização do público participante.

A LSM é um construto que tem evoluído ao longo do tempo, desde a sua criação por Jorm e colaboradores (1997; Jorm, 2012; Jorm, 2015) e que deriva do construto de literacia em saúde, o qual é considerado um dos mais fortes preditores de saúde no âmbito dos seus determinantes sociais (Kutcher, Wei & Coniglio, 2016).

A definição de LSM que utilizamos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aborda a saúde mental como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, consegue enfrentar o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade” (WHO, 2005, p.2).³

E este é o caminho que propomos aos participantes do nosso Projeto, um percurso de conquista da SM, num conceito mais alargado que ultrapassa a ausência de doença mental e inclui o bem estar, o funcionamento ótimo e o *coping* (WHO, 2013).

3- O Modelo Multifatorial de Teresa Lluch, como referencial instrumental, para garantir o percurso dos roteiros formativos.

O conceito de SM tem progredido para uma dimensão positiva, pelo que, podemos dizer, assim, que o nosso projeto assume, com Lluch-Canut (2002, 2003), que a SM, na sua vertente positiva, é considerada um estado de funcionamento otimizado da pessoa, em que é fundamental o desenvolvimento das suas qualidades para a maximização do seu potencial. Assume, também, que a SMP é um estado em que o indivíduo consegue desenvolver determinados parâmetros de satisfação pessoal consigo próprio e com o seu contexto vivencial, apresenta capacidade de aceitação dos outros e suas diferenças, um certo nível de autoregulação emocional e de autonomia, gestão de problemas sob uma perspetiva evolutiva e de desenvolvimento pessoal, bem como a capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias (Lluch-Canut, 2020a). Neste enquadramento teórico, o Modelo Multifatorial de Lluch tornou-se, no nosso projeto, um suporte metodológico operativo, que nos permitiu delinear uma abordagem psicoeducativa, com uma proposta de formação promotora de conhecimentos aplicáveis à realização de um caminho de consciencialização, suportados pelos fatores/referências/competências previstas no Modelo de Lluch, cujos descritores se podem tornar sinaléticas do caminho a percorrer em busca da LSMP.

³ Tradução livre: “a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”

Esta componente educativa/formativa foi pensada para ser modular, desenvolvida em sessões e orientada, do ponto de vista das suas dinâmicas internas, para a utilização de metodologias participativas, mais capacitantes e interativas.

À medida que fomos pesquisando e consolidando os elementos para “desenhar” e “executar” o Projeto de Intervenção, fomos ultrapassando etapas e garantindo qualidade e consistência ao Projeto.

A proposta de formação e o seu planeamento vão, pois, surgir enquadrados e sustentados por este horizonte diverso de fundamentos teórico – práticos.

4.2 O Diagnóstico no Projeto

Um projeto de intervenção é um plano dinâmico que traça uma expectativa de caminho que, por sua vez, exige uma sinalética adequada, só possível quando consideramos o momento de elaboração do Diagnóstico como um procedimento essencial à construção de um caminho sólido e estruturante. O caminho de construção de um projeto é um caminho de expectativa, de exigência, já que “aprender a investigar implica atravessar uma experiência pessoal e profissional complexa, difícil e inquietante”, como nos diz Vilelas (2020, p. 15). Este caminho conduz –nos, necessariamente, em busca dos requisitos básicos para podermos formular, numa primeira abordagem, um simples diagnóstico da situação, identificando o problema e o “déficit” que representa e, também, a “necessidade” de intervenção que se torna evidente, e que nos faz procurar as ações adequadas a uma resposta com potencialidade para a mudança/transformação.

Considerámos que o conjunto de conhecimentos prévios que já tínhamos connosco, resultantes de dados recolhidos por pesquisa qualitativa e organizados, por nós, após análise, em sínteses narrativas (Vilelas, 2020), eram, já, um acervo significativo, para suportar um primeiro exercício de formulação de diagnóstico. A documentação utilizada nesta pesquisa, essencialmente referenciais institucionais e normativos de enquadramento do sistema educativo e da profissionalidade docente, o conhecimento e a experiência de contacto com professores no contexto escola, assim como o suporte teórico trabalhado por nós no enquadramento teórico e estado da arte, permitiram-nos elaborar um esboço de questão diretriz que nos serviu de orientação e de suporte para o nosso diagnóstico. Questionámos, assim, de um modo claro e sem ambiguidade (Tuckman, 2000), “Qual a melhor forma de intervenção do EEESMP, tendo em vista a promoção da LSMP e o empoderamento dos docentes”? E partimos, então, para um diagnóstico preliminar, utilizando a matriz da abordagem investigação – ação (Vilelas, 2020).

4.2.1 – Diagnóstico preliminar - A investigação – ação (pesquisa - ação) como meta – metodologia do “Trabalho Projeto”

A investigação – ação (pesquisa – ação) é apresentada, por diferentes autores, como uma estratégia de investigação que é, ao mesmo tempo, uma estratégia de intervenção e que sendo reflexiva, interpretativa e compreensiva se articula e ajusta, como instrumento, a outras metodologias de investigação, particularmente à “Metodologia de Trabalho Projeto”. Segundo Prado (2007) existe uma consonância metodológica entre a pesquisa-ação (investigação-ação) e a metodologia de projetos (metodologia de trabalho projeto) e que nesse sentido a pesquisa - ação pode ser considerada uma meta-metodologia que permite uma clareza epistemológica.

A investigação – ação parece poder oferecer ao investigador um tempo e um espaço onde impera o benefício da dúvida, porque é uma metodologia dinâmica, um ciclo de análise onde, no fim de uma etapa, é bem-vinda a reflexão e a reconceptualização do diagnóstico preliminar.

Considerámos, então, como já havíamos referido, que seria interessante iniciar o percurso de formulação do diagnóstico utilizando os procedimentos/etapas da investigação – ação, perspetivando-a como ferramenta metodológica aberta à redefinição.

Encontrámos, assim, uma moldura formal para organizar, integrar e balizar os dados já recolhidos, deixando-nos, no entanto, a possibilidade de flexibilizar esses passos e elaborar um diagnóstico em construção, possível ponto de partida para novas hipóteses, maior aprofundamento de recolha de dados e, posteriormente, a formulação de uma proposta finalizada de diagnóstico. Considerámos, ainda, que seria importante, para caracterização mais global do contexto, elaborarmos uma Análise *SWOT* (ver Figura nº2, página 36) identificando e valorizando o potencial enquadramento do projeto.

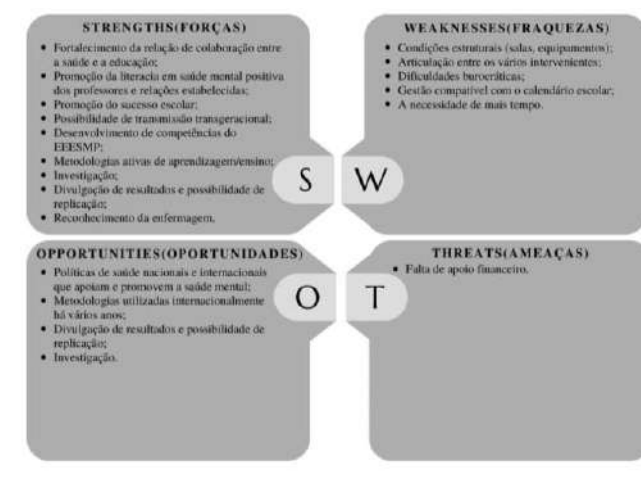
A – Diagnóstico Preliminar - aplicação da Matriz de Procedimentos

- a) Identificação do problema: Déficit na LSMP na classe docente. Qual a modalidade desejável na intervenção do EEESMP? Uma AF docente no âmbito da SM, com que formato, conteúdos, competências, dinâmicas e estratégias?
- b) Consulta/avaliação das necessidades: face à questão colocada e sabendo, previamente, da existência de documentos orientadores da formação docente e de normativos específicos sobre o perfil docente e as exigências pedagógicas atuais da prática docente, procurámos identificar os documentos mais significativos, de onde poderíamos retirar indicadores para elaborar um diagnóstico sobre necessidades específicas na formação docente, enquadradas na LSMP e na intervenção de foco e empoderamento do EEESMP.

- c) Recolha de Dados: identificados os diferentes documentos procedeu-se à leitura, análise simples e análise comparativa dos mesmos, procurando – se encontrar os seguintes indicadores – necessidades formativas na área da saúde mental ou sócio emocional; ligações pedagógicas destas necessidades à gestão curricular; conexões com a profissionalidade docente.
- d) Diagnóstico prévio: o nível de exigência da práxis docente, face a normativos atuais como o Decreto – Lei nº 54/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018a) e Decreto – Lei nº 55 /2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018b) ou o “Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória” (Despacho nº 9311/2016), é uma exigência não só dirigida à componente pedagógica da função mas, também, ao perfil sócio emocional do professor e às suas competências que devem ser a expressão de uma saúde mental positiva. O Foco da intervenção do EEESM deve estar na promoção da LSMP.
- e) Hipótese de Proposta de Ação: uma AF para docentes, focada na “Literacia da Saúde Mental Positiva”, utilizando o “Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva” com a sua potencialidade instrumental, no desenvolvimento de competências de suporte à saúde mental positiva.

B – Diagnóstico Preliminar - aplicação de Análise SWOT

Figura nº2 – Análise SWOT



Fonte: Elaboração própria

C – Diagnóstico Preliminar – Breve Reflexão /Avaliação

A aplicação da Matriz e da Análise SWOT possibilitaram, com a ajuda do referencial de requisitos da Metodologia de Projeto (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010), o seguinte diagnóstico preliminar:

- 1) Identificação do Problema – Défice de SMP e LSMP nos docentes;

- 2) Definição de prioridades – necessidade de maior aprofundamento, com novas leituras, sobre a importância deste déficit no bem estar e na profissionalidade docente, para consolidação do diagnóstico final;
- 3) Necessidade de criar uma rede semântica para os descritores específicos a utilizar.
- 4) Necessidade de identificar o foco do diagnóstico na intervenção de enfermagem para delinear a AF em função desses objetivos prioritários.

4.2.2 – Diagnóstico da Situação – recolha de dados para aprofundamento do diagnóstico, identificação de rede semântica de descritores e elaboração de proposta finalizada de diagnóstico da situação

A – Recolha de Dados para Aprofundamento de Informação e Identificação de Rede Semântica de Descritores.

Considerando que o nosso diagnóstico preliminar, acima desenvolvido, constituiu-se como um suporte em construção, que nos facultou orientações para elaborarmos uma proposta finalizada de Diagnóstico da Situação, podemos dizer que estamos, então, a concretizar, agora, essa etapa do Diagnóstico da Situação, de acordo com a Metodologia de Projeto (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010) mas enriquecendo esse mesmo diagnóstico com as orientações que resultaram da reflexão/ orientação suportada pelo diagnóstico preliminar.

Afinal, é como se estivéssemos a enriquecer “o mapa cognitivo sobre a situação – problema identificada e a elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.10).

Utilizando as orientações que nos foram dadas pelo diagnóstico preliminar, apercebemo-nos, que, apesar de vários estudos consultados tratarem questões relacionadas com o déficit de SMP dos docentes, conduziam o foco, essencialmente, para a gestão de Competências Sócio Emocionais (SEL – *Social and Emotional Learning*) (Carvalho et al, 2016b).

Faltavam - nos estudos que relacionassem o déficit de SMP dos docentes, com comportamentos que evidenciassem ausência de bem – estar, menor motivação, necessidade de otimizar as condições de exercício da sua profissionalidade docente, abrindo, assim, de um modo claro, o espaço de intervenção do EEESMP.

O processo consistiu, então, numa revisão narrativa da literatura com acesso a várias bases de dados. Neste campo da dimensão positiva da SM, procurando uma contextualização epidemiológica, encontrámos alguns estudos que avaliaram os níveis de bem-estar dos professores e que revelaram serem baixos, estando em declínio (Education Support, 2022). Outros estudos, a nível nacional, apontaram, a nível geral, para níveis moderados de perceção positiva de bem-estar (Furtado & Medeiros, 2017; Alves, Lopes & Precioso, 2021), e para níveis negativos de bem-estar profissional mais elevados nos professores algarvios (Alves, Lopes & Precioso, 2021). A nível internacional, confirmaram-se os índices moderados de perceção positiva,

acrescentando, ainda, que, durante a pandemia, os índices de bem-estar dos professores diminuíram mais e as perspectivas profissionais, para o futuro, não se apresentam como satisfatórias (Kurt & Demirbolat, 2019). Outros estudos corroboraram, também, a mais acentuada diminuição do bem-estar nos professores nos anos 2021 e 2022 (período pandémico). Acrescentamos ainda, que o nível de SMP é baixo, nomeadamente nos professores do ensino médio, relativamente aos do primeiro ciclo, assim como também, a SMP decresce nos professores deste último nível e nos do ensino secundário, com o avançar da idade (Wang, Xue & Zhang, 2022).

Aceitando as conclusões retiradas destes autores, compreendemos que o problema que identificámos como ponto de partida no nosso diagnóstico preliminar é evidenciado, nesta recolha de dados, como um défice recorrente na profissão docente, com impacto, não só a nível individual, como, também, a nível social e económico. Pareceu – nos, então, que estamos perante um contexto onde a possibilidade de uma intervenção em prol da SMP e da sua Literacia será recebida como uma resposta adequada na procura de índices desejáveis de bem-estar docente, face às exigências da sua profissionalidade. Torna-se assim, claro, que é primordial desenvolver intervenções que promovam a SMP e sua literacia.

No fim desta recolha de informação procedemos, ainda, a uma outra pesquisa, em várias plataformas, tendo em vista consolidarmos a nossa escolha conceptual, principalmente em relação a termos muito recentes, já utilizados, mas nem sempre já registados como vocabulário com suporte científico. A nossa procura estava focada, em primeiro lugar, no referente conceptual que constituía o paradigma de mudança no nosso Projeto de Intervenção: a “Literacia da Saúde Mental Positiva”. A procura que fizemos por meio dos termos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*), possibilitou – nos a identificação de um conjunto de descritores que seleccionámos de forma a constituírem, com segurança, uma linguagem única, universal, no contexto dessa rede semântica do domínio da saúde, em geral e da saúde mental, em particular. Mas não conseguimos, de facto, encontrar um descritor que correspondesse à LSMP, procurando, depois, encontrar uma justificação satisfatória para a situação. Os descritores que identificámos, e a seguir apresentamos, tornaram-se vocabulário constante no nosso Projeto de Intervenção e nas nossas apresentações e formulações daí decorrentes. São eles: *“positive mental health”*, *“positive psychology”*, *“emotional intelligence”*, *“Psychological Well-being”*, *“health promotion”*, *“continuing education”*, *“health literacy”*, *“nursing assessment”*, *“nursing care”*, *“Psychiatric Nursing”*, *“school teachers”*, *“teacher training”*, e *“schools”*. O termo *“positive mental health”* não é um descritor DeCS/MesSH, mas é amplamente utilizado em artigos que se encontram no quartil 1 (Q1) (Teixeira et al, 2019) e, por isso, consideramos segura a sua utilização.

Procurámos, ainda, para dar estrutura ao conjunto seleccionado, utilizar operadores booleanos, combinando os descritores. Esta foi a frase suporte que encontrámos, para a nossa utilização:

((*“positive mental health”* OR *“positive psychology”* OR *“emotional intelligence”* OR *“psychological well-being”*)) AND ((*“health promotion”* OR *“continuing education”* OR *“health literacy”* OR *“nursing assessment”* OR *“nursing care”* OR *“psychiatric nursing”*)) AND ((*“school teachers”* OR *“teacher training”*)) AND (*“schools”*).

Em relação às dificuldades sentidas na busca de um descritor específico para a LSMP, entendemos, agora, que é um termo recente e ainda apresenta dificuldades na clara definição do seu construto e que a sua abordagem, em termos de investigação, é, maioritariamente, remetida para a perspetiva da doença mental. Optámos, assim, por recorrer, como solução, à promoção da SMP, pois esta está relacionada com a LSMP. A LSMP pode ser o resultado da promoção da SMP ou assumir papel mediador ou de recurso nos níveis de saúde mental e bem estar (Carvalho et al,2022).

Esta pesquisa decorreu no período dos meses de Setembro e Outubro de 2022 nas línguas portuguesa e inglesa, com texto integral. Completámos a mesma pesquisa com documentos oficiais e literatura cinzenta, para além da consulta de diversos livros de carácter científico.

B – Diagnóstico da Situação – Proposta Finalizada.

O nosso percurso metodológico para a construção do Diagnóstico, que temos vindo a descrever, permitiu-nos, entre leituras, análise de dados, reflexões, avaliações, chegar ao momento em que nos sentimos confiantes para propor um Diagnóstico de Situação que veio a constituir o suporte para desenhar e planear o Projeto de Intervenção, em toda a sua estrutura, tal como previsto na Metodologia de Projeto.

Fazendo uma breve revisão sobre os elementos que recolhemos e organizámos, podemos dizer que:

- 1) Pudémos identificar o problema, défice de SMP e LSMP nos docentes, evidenciando a sua dimensão, já que, nos diferentes estudos é perspetivado como abrangente e recorrente, a nível nacional e mesmo internacional;
- 2) Procurámos causas prováveis, e apercebemo – nos que, a nível institucional e normativo havia uma grande exigência de desempenho a nível socioemocional para a concretização de boas práticas docentes;
- 3) Demos conta, também, da quase total ausência de projetos de intervenção de carácter operativo que agregassem profissionais de saúde e especialistas em formação docente, tendo em vista uma intervenção formativa, para o docente no seu todo, como profissional, gestor de aprendizagens e como pessoa, gestor de afetos em contextos socioemocionais;
- 4) Entendemos que este projeto de intervenção teria que ser agregador, juntando sinergias e mais-valias da Saúde e da Educação. E que abrisse espaço para uma intervenção em SMP, com a ação especializada do EESMP, suportada pelo formato de uma Ação Formativa reconhecida, institucionalmente, pelas entidades nacionais responsáveis pela Formação Docente, designadamente Centros de Formação e Conselho Científico – Pedagógico da Formação Contínua de Professores;

- 5) Reconhecemos, ainda, que seria importante formular um diagnóstico de enfermagem que fosse um ponto fulcral para a definição de conteúdos adequados à concretização das expectativas da AF, face ao problema.

O diagnóstico de enfermagem que identificámos, então, segundo a linguagem padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (*International Council of Nurses* [INC], 2019), foi o Autoconhecimento, que parte do eixo Foco – Autoconhecimento, que é descrito como a “Consciencialização: percepção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, ou seja, razão de primeira ordem para a ação” (INC, 2019). O diagnóstico de enfermagem Autoconhecimento, levou – nos a colocar o Foco na importância de fomentar a consciencialização e a capacitação dos professores, através da criação de espaços de reflexão e de partilha, da promoção do conhecimento das diversas ferramentas a que podem recorrer para, assim, incrementarem o desenvolvimento no seu todo, construindo um caminho de aprendizagem promotor da SMP e da sua Literacia, tendo em vista satisfação e bem-estar como docente e como pessoa.

O Projeto de Intervenção foi, assim, pensado e delineado para ir ao encontro do problema com uma abordagem de proximidade, levando, ao grupo de professores participantes, um roteiro de aprendizagem partilhado e vivido entre metodologias participativas, motivação pessoal e expectativa profissional. O Projeto de Intervenção iniciou o seu percurso abrindo caminhos inovadores e tornando-os, de sessão em sessão, possíveis e desejáveis.

4.3 Objetivos do Projeto

Para a elaboração do projeto de intervenção em serviço foi necessário definir objetivos que referenciam os resultados pretendidos (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Os objetivos definidos para este projeto foram:

Objetivos Gerais:

- Promover a LSMP nos professores, empoderando-os e capacitando-os para a sua profissionalidade docente;
- Recolher evidências da relação entre o projeto de intervenção e a tomada de consciência da LSMP, nos professores participantes;
- Criar e promover uma cultura de colaboração entre profissionais de saúde e de educação;
- Contribuir para o desenvolvimento e consolidação de competências essenciais ao EEESMP.

Objetivos Específicos:

- Fomentar os índices de LSMP dos professores;
- Incrementar os níveis de SMP dos professores;

- Recolher e analisar, com suportes metodológicos adequados, dados que evidenciem a tomada de consciência da LSMP dos professores participantes;
- Potencializar o desenvolvimento pessoal e profissional dos professores;
- Valorar o estabelecimento de uma colaboração interprofissional;
- Inspirar outros a estabelecerem parcerias;
- Tornar visível o trabalho do enfermeiro, e em particular o EEESMP;
- Desenvolver capacidades e competências inerentes ao papel do EEESMP.

4.4. População Alvo

A população alvo são os professores, e utilizámos a definição do “Estatuto da Carreira Docente” do Artigo 1º, alínea 1, do Decreto – Lei nº41/2012 (Ministério da Educação e da Ciência, 2012): Professores do Ensino Básico e Secundário, qualquer que seja o nível, ciclo de ensino, grupo de recrutamento ou área de formação.

Para uma melhor determinação da população alvo, foram definidos critérios:

Critérios de inclusão:

- Professores, independentemente do nível de ensino;
- Professores pertencentes ao agrupamento de escolas da área abrangente do Centro de Formação;
- Psicólogos especializados no ramo da educação, ou que trabalhem no ramo da educação, e que manifestem interesse em participar.

Critérios de exclusão:

- Professores não pertencentes ao agrupamento de escolas da área abrangente do Centro de Formação;
- Psicólogos não especializados no ramo da educação, ou que não trabalhem no ramo da educação.

Estes critérios foram partilhados com o Centro de Formação de Professores, que gentilmente, aceitou.

Os psicólogos frequentaram a AF mais numa perspetiva profissional, de desenvolvimento relacional com os professores e de aprofundamento sobre o perfil de competências sócioemocionais desejáveis na gestão da sala de aula/aprendizagens. No entanto, nas atividades desenvolvidas com os professores, em dinâmica de grupo, estabeleceu-se uma interação pessoal que abriu um diálogo mais focado na pessoa e na sua própria transformação, abrangendo, assim, também, uma perspetiva personalizada.

4.5 Planeamento do Projeto

O Planeamento do Projeto é o momento em que se estruturam e organizam, de um modo dinâmico e funcional, todos os elementos que foram sendo identificados como necessários para a conceção do Projeto, os quais temos vindo a enunciar ao longo deste Relatório: os suportes e referenciais teóricos, os contextos de intervenção, o público – alvo, as fragilidades identificadas, o diagnóstico formal a abrir as portas ao Plano de Intervenção. O momento do Planeamento exigiu, pois, a elaboração de um plano pormenorizado, cobrindo todas as vertentes necessárias para a concretização do projeto com sucesso, nomeadamente a nível de recursos, gestão de tempo, calendarização e riscos (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Não podiam ficar esquecidas, neste conjunto, as atividades, as estratégias, os recursos, as dinâmicas, os objetivos, assim como as metodologias de abordagem, quer do Projeto, no seu todo, quer, mais tarde, ao nível da implementação, as metodologias/dinâmicas de gestão do percurso da ação formativa.

Tendo – se tornado claro, ao longo do desenvolvimento do Projeto de Intervenção, que a resposta desejável seria uma AF Docente preparada para apoiar o professor no seu esforço de consolidação identitária pessoal, no seu reforço de auto – estima, na sua busca de um auto-conhecimento sólido, concretizou -se, então, a preparação de um Programa de Formação, focado na “Literacia da Saúde Mental Positiva”, utilizando o “Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva” que, com a sua potencialidade instrumental, seria um caminho essencial para o desenvolvimento de competências de suporte à SMP.

O contexto teórico – prático pensado e desejável para desenvolver o Projeto de Intervenção, materializado, nesta fase, na AF, foi, assim, um espaço simbolicamente focado na LSMP, assumindo a divulgação do conhecimento, a explicitação duma práxis promotora de um maior empoderamento, dos professores, no âmbito da SMP. Partimos para esta intervenção, sentindo que era um trabalho desafiante, procurando conectar saúde e educação, dirigindo o nosso projeto para a “profissionalidade docente”, para o público - alvo de docentes que procuram um “conhecimento profissional (...) aberto ao questionamento e à atualização” (Morgado, 2007, p.66), sem esquecer “a influência da subjetividade, das emoções, dos sentimentos e das intencionalidades na forma de estar e continuar na profissão” (Sanches, 2002, p.81).

Fomos enquadrados e acompanhados, neste contexto, pelo psicólogo do agrupamento de escolas, que constituía o elo de ligação com a enfermeira orientadora, a consulta de pedopsiquiatria e a escola.

Tendo consciência da multiplicidade de variáveis que teríamos que trabalhar, em concordância, para planearmos o nosso Projeto, começámos por lembrar e assumir que a nossa intervenção pretendia constituir-se como abordagem psicoeducativa, numa intervenção de Enfermagem que compreende intervenções didáticas, visando a literacia em saúde mental relativa à capacitação do formando para comportamentos promotores de saúde (Amaral, Almeida & Sousa, 2020). Neste sentido, procurámos organizar o planeamento do Projeto/Intervenção Formativa, partindo do Procedimento (Padrão) de Sousa e colaboradores (2016)

proposto por Amaral, Almeida e Sousa (2020). Utilizámos, assim, como Matriz e formato Global para planeamento do Projeto de Intervenção a proposta acima referida, concebendo a AF num formato modular, com 4 sessões de 3 horas, num total de 12 horas de formação, distribuídas por 5 semanas.

Tivemos que ter, também, atenção especial em relação à elaboração do Programa da AF, já que procurámos uma parceria institucional com as entidades nacionais responsáveis pela Formação Docente, designadamente Centros de Formação e Conselho Científico – Pedagógico da Formação Contínua de Professores. Para que a AF pudesse ser certificada e apoiada pelo Centro de Formação de Professores Ria Formosa, em Faro, trabalhamos com a Diretora do Centro e elaborámos o Programa da AF, utilizando, também, os critérios/formatos necessários para a sua aprovação institucional. Esses critérios estabeleceram que a ação modular seria constituída por duas Ações de Curta Duração (formato técnico- pedagógico Ação de Curta Duração [ACD]), que pudemos ajustar à matriz inicial. Tivemos, ainda, que apresentar, para aprovação da certificação, a proposta de ação com os objetivos, conteúdos, expectativas, modelos de suporte dos conteúdos e de desenvolvimento e aquisição de competências.

Dada a especificidade da AF que íamos implementar em contexto docente, e como nos apercebemos que dificilmente conseguiríamos encontrar material de suporte formativo adequado, decidimos preparar um conjunto estruturado, com textos selecionados e dinâmicas de apoio produzidas por nós, que fosse ao encontro dos objetivos/expectativas de cada sessão. Denominamos o conjunto global como “Documentação de Apoio”, sendo cada conjunto constituído pelo Programa da Sessão, pelos Textos de Apoio informativos , formativos e de suporte à Atividade a realizar durante a sessão e, também, pela proposta de Atividade. A produção desta “Documentação de Apoio” foi pensada, do ponto de vista metodológico, como um roteiro sequencial de aprendizagem com informação, dinâmicas, estratégias e atividade final. Foi preparada, para cada sessão, a sua documentação própria.

Elaborámos, também, um suporte em *Powerpoint*, onde, partindo de uma representação original, produzida em “design”, dos seis fatores do modelo multifatorial de Teresa Lluch, fomos apresentando uma “narrativa” de aprendizagem e aquisição de competências, sessão a sessão. Este suporte teria funções motivacionais e de consolidação das aprendizagens.

Em alguns momentos do planeamento, fomos enquadrados e acompanhados pelo psicólogo do agrupamento de escolas, que constituía o elo de ligação com a enfermeira orientadora, a consulta de pedopsiquiatria e a escola.

Procurámos organizar os momentos do Planeamento do Projeto em Quadros de Apresentação com leitura simples e clara, respeitando a cronologia da sua elaboração:

- Plano de Pré – Intervenção (Quadro nº3). Os 3 suportes formativos referidos neste quadro, podem ser consultados como Apêndice I(Ação De Formação - Programas e Material de Apoio);
- Plano de Intervenção (Quadro nº4);
- Plano das Sessões Formativas (Quadro nº5).

Quadro nº3 - Plano de Pré – Intervenção

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS PREVISTAS	INTERVENIENTES	OBSERVAÇÕES
1 - Preparação de programa de AF ACD I e ACD II, com matriz de abordagem psicoeducativa e formato modular de 4 sessões de 3 horas cada, respeitando as orientações do Conselho Científico da Formação Contínua de Professores(CCPFCP) e do Centro de Formação de Professores Ria Formosa(CFAE).	Formadoras (Míriam Aço Cristina Paulo)	Intervenção de Psicólogo e Enfermeira Orientadora
2 – Preparação e Produção de suporte formativo, em formato “Documentação de Apoio”, preparado para cada sessão, contendo o Programa por sessão e a documentação necessária ao desenvolvimento da mesma.	Formadoras (Míriam Aço Cristina Paulo)	
3 - Preparação e Produção de suporte formativo, em formato <i>Powerpoint</i> , desenhado à medida da formação, com o objetivo de ser motivador e facilitador das aprendizagens e dos exercícios práticos realizados através das atividades, em cada sessão. Execução do material com indicação do link e QR Code para preenchimento do QSMP pré e pós-formação	Formadoras (Míriam Aço Cristina Paulo)	
4 – Divulgação do Programa e de prazos de inscrição	Formadoras e Diretora do CFAE	Divulgação em Plataforma do CFAE

Fonte: Elaboração própria

Quadro nº4 - Plano de Intervenção

AF - “Roteiro de Formação Docente em Literacia da Saúde Mental Positiva”
Objetivo Geral - Promover a LSMP nos professores, através de uma cultura de colaboração entre profissionais de saúde e de educação, contribuindo, também, para o desenvolvimento e consolidação de competências essenciais ao EEESMP
- Objetivos Específicos - Fomentar os índices de LSMP dos professores - Potencializar o seu desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolver capacidades e competências inerentes ao papel do EEESMP.
- Cronograma e Sessões : - Sessão 1 – 16 novembro 2022 - Sessão 2 – 23 novembro 2022 - Sessão 3 – 30 novembro 2022 - Sessão 4 – 14 dezembro 2022
Recursos Humanos – Formadoras, Professora Orientadora, Diretora CFAE

Recursos Materiais – sala de formação, apoio logístico, equipamento diverso, incluindo equipamento informático, facultado pelo CFAE/Agrupamento de Escolas Pinheiro e Rosa
Suportes Formativos – Documentação de Apoio e <i>Powerpoint</i> de Formação da responsabilidade das formadoras
Dinâmicas de Gestão da Formação – Metodologias participativas e técnicas/estratégias participativas da responsabilidade das formadoras

Fonte: Elaboração própria

Quadro nº5 - Plano das Sessões Formativas

OBJETIVOS BASE DA SESSÃO	INTERVENÇÕES ESTRUTURAIS	INTERVENIENTES	DIA/HORA/LOCAL
<u>SESSÃO 1</u> - Criar um espaço de acolhimento e interação para apresentação dos diferentes intervenientes e das expectativas de participação em relação a cada um deles; - Procurar criar um ambiente de trabalho dinâmico, interativo, colaborativo, coloquial; - Apresentar o Programa da Ação e a sua sequencialidade.	- Momento de Apresentação - Dinâmica de Questionamento, motivacional; - Dinâmica de partilha informativa – os referenciais teóricos de base; - Dinâmica interativa e colaborativa com atividade e debate.	- Formadoras; - Diretora CFAE; - Professora Orientadora (via Zoom); - Psicólogo de ligação; - Formandos professores; - Formandos psicólogos.	16 de Novembro 16.30 /19.30 Escola Neves Júnior, Faro
<u>SESSÃO 2</u> - Clarificar, já em contexto de trabalho, a importância da partilha e da participação, para garantir aprendizagens em percurso e em dinâmicas grupais; - Dar continuidade ao desenvolvimento do Programa de Ação.	- Dinâmicas de organização das conclusões produzidas na sessão anterior; - Dinâmica de desenvolvimento do Programa de Ação com guião de exercícios práticos.	- Formadoras; - Professora Orientadora (via Zoom); - Formandos professores; - Formandos psicólogos.	23 de Novembro 16.30 /19.30 Escola Neves Júnior, Faro
<u>SESSÃO 3</u> Dar continuidade ao desenvolvimento do Programa de Ação.	Dinâmicas de organização das conclusões produzidas na sessão anterior;	- Formadoras; - Diretora CFAE;	30 de Novembro 16.30 /19.30

	• Dinâmica de desenvolvimento do Programa de Ação com atividade de “sincronização” ; • Dinâmica de partilha de informação a utilizar na última sessão.	• Professora Orientadora (via Zoom); • Psicólogo de ligação; • Formandos professores; • Formandos psicólogos.	Escola Neves Júnior, Faro
<u>SESSÃO 4</u> • Criar espaço de partilha para a avaliação crítica da AF; • Apresentar as conclusões relevantes; • Proceder ao encerramento institucional.	• Dinâmica de valorização do “Guião Socioemocional do Professor”, articulando com as aprendizagens anteriores; • Dinâmica de partilha emocional, através de estratégia de “sincronização”, para encerramento de grupo; • Dinâmica de encerramento institucional.	• Formadoras; • Diretora CFAE; • Professora Orientadora (via Zoom); • Formandos professores; • Formandos psicólogos.	14 de Dezembro 16.30 /19.30 Escola Neves Júnior, Faro

Fonte: Elaboração própria

4.6. Implementação do Projeto

A fase de implementação do projeto corresponde à etapa em que se coloca, na prática, o planeamento já elaborado e proposto anteriormente, onde se integram as intervenções previstas, dando início, assim, à execução faseada e organizada do Projeto de Intervenção, de acordo com os objetivos definidos (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). É, afinal, o momento em que aquilo que era somente uma expectativa, um desejo, se transforma numa situação real, construída (Carvalho et al., 2001; Nogueira, 2005).

A sequência que seguimos tendo em vista a implementação, concretizou – se através dos seguintes momentos:

1 - Atividades Preparatórias.

Para nós, a fase de implementação acaba por se desenvolver, de um modo fluído e natural, em articulação com a fase de planeamento, porque já havíamos preparado o Programa da AF decorrente do projeto e, também, a Documentação de Apoio necessária ao desenvolvimento da mesma. Por isso, podemos dizer que o momento preparatório para dar início à AF foi, essencialmente, o momento de

concluir a produção física dos documentos e receber, da parte da Direção do CFAE, todas as informações institucionais sobre a gestão de espaço e dos equipamentos que nos seriam disponibilizados. Estas informações, assim como a “Lista de Formandos”, o “Regulamento da Formação”, entre outros documentos necessários ao registo de Sumários e Presenças ao longo das sessões, foram – nos entregues pela Diretora do CFAE, em reunião marcada para partilha de informação e assunção de compromissos, antes do início da AF. Ficou claro, na reunião, as responsabilidades institucionais que nos competiam, enquanto formadoras e responsáveis pela gestão do espaço e equipamento ao longo das sessões. E ficou claro, também, que competiria ao CFAE tudo o que dissesse respeito a logísticas e, no fim da Ação, tudo o que dissesse respeito à Certificação. No Regulamento da Formação eram claros os critérios para se obter a Certificação e que incluíam o número de presenças, a participação ativa nas atividades e a entrega, no final, do Questionário de Avaliação da Ação, elaborado pelo CFAE, para recolha de opinião dos formandos (dados constantes do capítulo 4.7 – Avaliação).

Os formandos que constituíram o grupo participante da AF foram professores que acederam, como lhes é habitual, ao site do CFAE onde são apresentadas as formações existentes, com programa e respetivo calendário. Manifestaram o seu interesse, inscrevendo – se na plataforma do CFAE e, porque cumpriam os requisitos definidos no Projeto de Intervenção, foram aceites para a frequência da mesma. Para além do grupo de docentes, foi solicitada, também, pela Universidade do Algarve, a participação de um grupo de 4 psicólogos, que foram igualmente aceites para a formação.

2 – Elaboração do Perfil Sociodemográfico dos Formandos.

Nesta altura, ainda preparatória das condições de implementação, procurámos, com a informação muito restrita das fichas de inscrição, preparar um esboço de perfil dos participantes, para adequar as estratégias de partida ao público- alvo real. Mas a informação era pouca e só mais tarde, já com a recolha de dados sociodemográficos conseguida, é que nos foi possível elaborar o perfil dos participantes, que a seguir apresentamos.

Esta informação ajudou, num momento inicial, a perceber que estávamos perante um grupo qualificado e experiente, o que nos levou a considerar que as metodologias participativas pensadas para gerir as dinâmicas de formação iriam ao encontro das expetativas dos formandos.

Mais tarde, quando procedemos à recolha de dados mais específicos e detalhados (Apêndice II – Caracterização Sociodemográfica), pudemos elaborar a seguinte síntese sociodemográfica:

Na implementação do projeto contámos com um total de 12 participantes, constituído por 8 professores e 4 psicólogos. No tocante ao grupo dos professores 100% eram do sexo feminino, com uma média de idades de 56,63 ($DP=5,45$). Destes, 100% possuíam licenciatura como habilitação académica, 50% lecionavam o nível de ensino do 3ºCiclo, e os restantes o ensino secundário e o 1º

Ciclo; 87,5% pertenciam ao quadro da escola. O tempo de serviço rondava uma média 29,5 ($DP=13.18$), e a maioria (87,5%) morava no concelho de Faro, local onde se realizaram as sessões de formação.

Quanto ao grupo dos psicólogos, 50% eram do sexo feminino e 50% eram do sexo masculino, com uma média de idades 33,5 ($DP=8,58$), 50% tinham licenciatura, e os restantes mestrado e doutoramento, sendo que todos (100%) moravam no concelho de Faro.

A AF teve, assim, como já referido, a participação de 12 formandos, professores e psicólogos.

3 – Implementação do Projeto de Intervenção.

Tal como já referido no Planeamento, a Implementação/Execução respeitava um cronograma com 4 sessões, a iniciar a 16 de Novembro e a concluir a 14 de Dezembro.

Nos Quadros nº6, nº7, nº8 e nº9, que apresentamos a seguir, vamos procurar descrever, de um modo sucinto mas essencial, a forma como decorreu cada sessão, do ponto vista das expectativas, da concretização, das vivências e partilhas e das possíveis e desejáveis conclusões reflexivas e críticas.

Quadro nº6 - Sessão 1 – Abertura, Roteiro Formativo, Partilha e Mobilização.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PARTICIPANTES INTERVENÇÕES/PARTILHAS/ MOBILIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES REFLEXIVAS
• Apresentar os participantes e os responsáveis da AF; • Promover a Apresentação do Programa de Formação, dos seus objetivos, dinâmicas e conteúdos; • Aplicar o “Questionário de Saúde Mental Positiva” (recolha pré-formação); • Explicitar o desenvolvimento esperado, em conteúdos e metodologia, para a 1ª sessão;	Participantes • Diretora CFAE • Psicólogo Agrupamento • Professora Orientadora (via Zoom) • Formadoras • Formandos Intervenções/Partilhas/Mobilização • Momento de Apresentação – Diretora do CFAE • Momento Motivacional - partindo da questão “o que somos, quando somos professores?”, falar dos “Desafios”, das “Interrogações”, das “Respostas”, explicitando o Programa de Formação como suporte de respostas para os desafios e interrogações – Formadoras • Momento Expositivo 1 – Onde partimos? Qual o referencial de conceitos – base utilizado? Breve apresentação de conceitos - “doença mental”, “saúde mental”, “saúde mental positiva”, “literacia da saúde mental	• A 1ª Sessão era o momento de abertura deste novo mundo formativo que balançava entre conceitos da profissionalidade docente e personagens multifatoriais da Teresa Lluch, onde se pretendia demonstrar que esta ponte, entre a Saúde e a Educação, era possível e desejável numa formação docente promotora de SM • A sessão decorreu empática e dinâmica – tínhamos a responsabilidade de fazer compreender, ao professor, que o nosso

• Proceder à formulação de conclusões no final da sessão; • Incentivar a reflexão acerca da sessão e partilha na próxima sessão.	positiva”, “profissionalidade docente” – Formadoras • Momento Expositivo 2- Seis “personagens” facilitadoras do caminho para uma “saúde mental positiva” : o modelo multifatorial de Teresa Lluch – Formadoras • Momento de dinâmica de pequeno grupo: Guião de atividade orientado para a construção de uma lista de prioridades dos fatores, tendo em vista a profissionalidade docente – Formadoras e Formandos • Momento de Debate em grupo alargado: apresentação das conclusões dos grupos, debate e formulação de conclusões de fim de sessão – Formadoras e Formandos	objetivo era contribuir, de um modo operativo, para identificar competências desejáveis para o equilíbrio pessoal e o empoderamento profissional. Explicitar o modelo multifatorial de Lluch, o sentido da SMP e da LSMP, o caminho possível que iríamos construir num roteiro partilhado, transformou as expetativas iniciais em primeiras convicções e quando passámos para a 2ª sessão, sentíamos que o desejo de auto consciência e auto satisfação, trazia já, consigo, curiosidade e motivação.
---	--	--

Fonte: Elaboração própria

Quadro nº7 - Sessão 2 – Personagens Fatores, Profissionalidade Docente, Partilha e Mobilização.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PARTICIPANTES INTERVENÇÕES/PARTILHAS/ MOBILIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES REFLEXIVAS
• Apresentar as conclusões dos trabalhos de grupo e promover o debate em grupo alargado • Considerar as conclusões propostas como ponto de partida para a desconstrução das “personagens”/ fatores • Criar um espaço estratégico, com exercícios práticos, para trabalhar alguns	• Resumo da sessão anterior, com incentivo de partilhas - Formadoras e Formandos • Momento de Apresentação, em dinâmica de grupo alargado, das conclusões produzidas em dinâmica de pequeno grupo - Formadoras e Formandos • Momento de Organização das conclusões apresentadas e dos seus argumentos de suporte, tendo em vista a seleção de “personagens/fatores”, consideradas prioritárias, no trabalho realizado, pelos	• A 2ª Sessão constituiu uma 1ª oportunidade para evidenciar, do ponto de vista da prática metodológica que pretendíamos implementar, o quanto era importante mobilizarmos as conclusões da atividade da sessão anterior, dando – lhes um formato organizado para apresentação e para registo da produção resultante da discussão e partilha. • Esta sessão foi essencial para desconstruir as

“descritores” constantes das definições dos fatores/“personagens”, evidenciando, em contexto de formação, a possibilidade de desenvolver/consolidar esses descritores • Explicitar modos de passagem destes “descritores” pessoais para a prática docente • Enunciar o modo de construção do “Guião Socioemocional do Professor” • Incentivar a reflexão acerca da sessão e partilha na próxima sessão.	colegas formandos, face à profissionalidade docente - Formadoras • Momento Expositivo, para explicitar, com maior detalhe, as “personagens/fatores” através dos seus “descritores” - Formadoras • Momento de dinâmica de grupo alargado: Guião de atividade orientado para exercícios práticos de desenvolvimento/consolidação de “descritores” enunciados como características das “personagens/fatores” – Formadoras e Formandos • Mobilização da informação partilhada e das evidências produzidas, para dar corpo ao “Guião Socioemocional do Professor”, a ser produzido nas sessões 3 e 4. Formadoras	personagens/fatores de Lluch através dos seus descritores, de forma a que se tornasse fácil a sua apropriação, pelos professores, entendendo – os como competências passíveis de ser trabalhadas, acrescentadas, contribuindo para uma nova consciência de possibilidades e de modos de as concretizar. Os exercícios práticos, a partilha de conclusões e vivências e a surpresa da proximidade com os outros e consigo próprio neste percurso, levou os professores a referir o “enriquecimento” e o sentimento de “protagonismo”, por se estar a colocar o foco de mudança e crescimento em cada um dos participantes.
--	--	--

Fonte: Elaboração própria

Quadro 8 - Sessão 3 – Lluch /Descritores Multifatoriais, Guião Socioemocional Do Professor, Partilha e Mobilização.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PARTICIPANTES INTERVENÇÕES/PARTILHAS/MOBILIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES REFLEXIVAS
• Apresentar as conclusões dos trabalhos de grupo e promover o debate em grupo alargado • Considerar as conclusões propostas como ponto de partida para a “consolidação” de um referencial possível e desejável para a “Personagem” “Satisfação Pessoal”	• Resumo da sessão anterior com incentivo de partilhas – Formadoras e Formandos • Momento de Apresentação, em dinâmica de grupo alargado, das conclusões produzidas em dinâmica de pequeno grupo sobre a “Personagem” “Satisfação Pessoal” e sobre o seu perfil “idealizado” no trabalho de grupo – Formadoras e Formandos • Momento de Organização das conclusões apresentadas e dos seus	• A 3ª Sessão implicava uma gestão de tempo muito cuidada porque tínhamos uma proposta de atividade individual que iria envolver, depois, emocionalmente, todos os participantes. E queríamos, também, ainda, fazer um trabalho estruturante, com uma análise comparativa

• Utilizar as conclusões referidas para concretizar uma nova dinâmica de pequeno grupo, trabalhando os descritores da “Auto – estima” • Promover uma atividade de “sincronização”, em dinâmica de grupo alargado, criando um espaço de motivação, experimentação e consolidação das atividades anteriores • Explicitar, de modo detalhado, o modelo do “Guião Socioemocional do Professor” e a metodologia a utilizar na sua concretização/produção. • Incentivar a reflexão acerca da sessão e partilha na próxima sessão.	argumentos de suporte – Formadoras e Formandos • Momento de Realização de nova atividade, em dinâmica individual e, posteriormente, de grupo alargado, para uma abordagem personalizada sobre a “autoestima” e o seu significado em contexto de “descritores /competências socioemocionais” – dinâmica individualizada entre Formadoras e Formandos • Momento de Motivação e consolidação através da atividade de “sincronização” incentivada a partir da partilha de música e ritmo, evidenciando a estratégia de “sincronização”, em termos socioemocionais, como ativação da ação, motivação empática, gestão emocional, entre outros – Formadoras e Formandos • Momento Expositivo, para explicitar, com maior detalhe, a importância do “Guião Socioemocional do Professor”, assim como o seu modelo e a metodologia de concretização - Formadoras • Análise comparativa, dos fatores e descritores no Modelo Multifatorial de Teresa Lluch, nos referenciais de “Competências Socioemocionais”, modelo SEL e nos indicadores de “Inteligência Emocional “de Goleman - Formadoras • O “Guião Socioemocional do Professor” – trabalhar competências para mudança na sala de aula – empoderamento pessoal e profissionalidade docente – Formadoras.	entre os fatores e descritores do modelo multifatorial de Lluch e as “competências socioemocionais” , tendo em vista a abordagem do “Guião Socioemocional do Professor”, protagonista na mobilização futura das aprendizagens da AF para a sala de aula. • Conseguimos, com alguma dificuldade, gerir todas estas propostas e expectativas, entre momentos muito emocionantes do <i>role – play</i> e a tomada de consciência, daqui resultante, da importância da auto – estima, do foco e do protagonismo que devemos colocar em nós próprios, em busca de uma melhor versão, para onde nos aponta a LSMP. Encerrámos com um momento de “Sincronização” que conduziu a um reforço positivo, onde aceitação, compromisso, inspiração nos fizeram sentir num contexto significativo de realização pessoal e grupal.
--	---	--

Fonte: Elaboração própria

Quadro 9 - Sessão 4 – Guião Socioemocional do Professor, LSMP e Sala de Aula, Análise e Avaliação Crítica Da AF e Encerramento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PARTICIPANTES INTERVENÇÕES/PARTILHAS/ MOBILIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES REFLEXIVAS
• Apresentar o “Guião Socioemocional do Professor”, estabelecendo a articulação com o trabalho teórico – prático concretizado nas anteriores sessões de formação • Evidenciar o papel do referido guião como um indicador de caminhos possíveis para serem descobertos, completados e concretizados, pelo professor formando, quer ao nível socioemocional, quer ao nível pedagógico, no seu percurso de profissionalidade docente • Proceder à Avaliação Crítica da AF através da partilha de opiniões de todos os envolvidos na mesma • Apresentar as conclusões mais relevantes, decorrentes da avaliação acima referida, estruturando-as, oralmente, como “Síntese Crítica” da AF	• Resumo da sessão anterior com incentivo de partilhas – Formadoras e Formandos • Momento de Apresentação Geral do “Guião Socioemocional do Professor”: Revisão do referencial de conceitos já trabalhados; Identificação de Atividades e Exercícios já realizados como sendo elementos preparatórios da produção do referido guião • Momento de Apresentação Específica do “Guião Socioemocional do Professor”: Introdução; Breve Roteiro de Competências Socioemocionais e de Atividades Transversais para consolidação das mesmas; Breve Roteiro	• A 4ª Sessão também nos propunha um caminho longo a percorrer, porque pretendíamos, aqui, consolidar toda a visão do roteiro formativo que nos indicou o caminho da formação, sessão a sessão. Mas queríamos, também, garantir que cada personagem/fator, cada competência socioemocional, cada tomada de consciência, cada aprendizagem a partir dela, estivessem completamente integrados nas suas estruturas teóricas e (ou) operativas, de forma a poderem constituir um património cognitivo pessoal, preparado para ser útil, e mobilizável, em diferentes circunstâncias do dia a dia. • Queríamos deixar, claramente aberta, a porta para um futuro de profissionalidade docente transformada e transformadora e sentimos, no momento em que cada formando fez a avaliação da

• Finalizar a AF através de uma atividade de “sincronização”, em dinâmica de grupo alargado, criando um espaço de motivação, experimentação e partilha emocional do momento • Proceder ao encerramento institucional da ação. • Aplicar o “Questionário de Saúde Mental Positiva” (recolha pós-formação); e o questionário de avaliação produzido pelo CFAE.	Pedagógico e de Propostas de Aplicação em contexto de sala de aula – Formadoras. • Momento de Partilha Emocional através da atividade de “sincronização” incentivada a partir da experiência conjunta da audição de uma música vibrante, passível de criar motivação empática e ativação de ação conjunta – Formadoras e Formandos. • Momento de testemunho individual de avaliação crítica da AF – Formadoras e Formandos. • Momento de Encerramento Institucional da AF – Diretora do CFAE.	AF, em breve testemunho oral partilhado, que todos, afinal, iríamos partir da formação carregando novas energias, novos conhecimentos e, principalmente, um enorme desejo de consolidar este caminho, agora com portas abertas. • No Encerramento Institucional, com a presença da Diretora do CFAE e com a participação da Professora Orientadora, via Zoom, sentimos a simbologia e o significado do momento, uma consciência grupal e individual da importância da experiência vivida e a noção, plena, de que tínhamos estabelecido, verdadeiramente, uma ponte entre a Saúde e a Educação!
--	--	--

Fonte: Elaboração própria

4 – Breve Apreciação

A implementação do projeto foi um momento intensamente vivido, cheio de desafios e boas surpresas, para onde partimos bem preparados, por razões várias, já enunciadas, e porque considerámos, desde o início, que era fundamental criar um modelo de ação, integrador e metodologicamente facilitador e atuante, preparado para assumir, como pressuposto, que o processo de aprendizagem surge da interação dos sujeitos,

seus sentimentos, atitudes, crenças costumes e ações (Rocha, Bevilacqua & Barletto, 2015). Num simples desenho conceptual, poderíamos dizer que:

- A Abordagem com estrutura Psicoeducativa deu-nos a filosofia de base - aprendizagem, conhecimento, auto – consciência , constructo; e, também, o formato base de organização - modular , com tipologia de procedimentos;
- O Modelo Multifatorial de Teresa Lluch facultou – nos o suporte operativo, entre fatores/personagens e descritores que possibilitaram a construção de perfis identitários, passíveis de ser trabalhados;
- O Modelo de Liderança Aberta, definiu a nossa atitude, enquanto formadoras, face a um grupo de formandos apto a constituir parcerias em qualquer momento, perante qualquer solicitação;
- O Modelo de Metodologias participativas e as correspondentes técnicas /estratégias participativas, possibilitaram uma permanente interação na Gestão das Dinâmicas de Formação.

4.7 Avaliação do Projeto

A avaliação é uma etapa fundamental da Metodologia de Projeto, ao possibilitar qualificar o processo e o produto obtido, e assim, avaliar se as intervenções implementadas foram ajustadas de forma a alcançar os objetivos formulados (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Deste modo, é um método que permite avaliar o Projeto pela consecução dos objetivos definidos. Esta fase é dinâmica e realizada de forma contínua, pelo que deve ser aplicada ao longo do processo de desenvolvimento do projeto, o que pode implicar uma reestruturação permanente de estratégias e intervenções mediante os objetivos pretendidos. A avaliação consiste num processo rigoroso, procurando promover a coerência (ligação entre o problema definido e o projeto desenvolvido), a eficiência (orientação dos recursos de acordo com os objetivos) e a eficácia (associação entre a ação e os resultados) (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

A avaliação do Projeto global e conclusiva, foi sendo feita de um modo parcelar, por razões de percurso e de prioridades que fomos definindo, e, por isso, faremos agora a descrição dos diferentes momentos, integrando – os nesta narrativa. Uma das nossas prioridades, em termos de avaliação, foi a de procurar recolher dados para fazermos uma avaliação evolutiva dos resultados do Projeto de Intervenção.

Esse momento é um momento fundamental para visionarmos, de um modo claro, o impacto que a AF teve nos participantes, ao longo de todo o percurso de formação. Dado o contexto teórico – prático da formação, foi tomada a decisão de utilizar um questionário, já anteriormente referido e adiante explicitado, que foi aplicado no início e no fim da formação, que nos permitiu obter um valor da consecução de objetivos no tocante aos índices de SMP.

Assim, foi aplicado o Questionário de Saúde Mental Positiva – QSMP (Sequeira et. al., 2014). O QSMP encontra-se traduzido e validado para a população portuguesa por Sequeira [et.al.] (2014) (Anexo II). O QSMP resulta da tradução para português do *Cuestionario de Salud Mental Positiva* construído por Lluch (1999) tendo por base o modelo de Jahoda (1958). É constituído por 39 itens que abordam a forma de pensar, sentir e agir que podem ser habituais na pessoa, e estão associadas aos seis fatores que constroem o constructo da SMP, ou seja: 1) satisfação pessoal; 2) atitude pró-social; 3) autocontrolo; 4) autonomia; 5) capacidade de resolução de problemas e realização pessoal; 6) habilidades de relacionamento interpessoal (Sequeira et al, 2014). Os valores obtidos do questionário variam entre 39 (mínimo) e 156 (máximo), sendo que quanto maior for o valor, maiores índices de SMP a pessoa tem (Teixeira, Sequeira & Lluch, 2020). Estes valores podem ser interpretados, de acordo com Teixeira, Sequeira & Lluch (2020), segundo a proposta de Garcia (2016), que define: Nível baixo ou *Languising* (39-78); nível intermédio (79-117); e nível alto ou *Flourishing* (118-156). As respostas a cada item seguem uma escala de Likert de 1 a 4, que se refere à frequência com que cada afirmação ocorre na vida da pessoa. Deste modo, os indivíduos devem responder segundo a frequência que melhor define a sua situação: (1) Sempre ou quase sempre; (2) Na maioria das vezes; (3) Algumas vezes e (4) Raramente ou nunca. Dos 39 itens, 20 aparecem formulados de modo positivo e 19 de modo negativo. Os itens enunciados positivamente são: 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 37. Consoante a qualificação do item (positivo ou negativo), as respostas apresentadas na escala de Likert terão pontuações ou valores diferentes. Desta forma, os itens positivos são pontuados de 4-1 de acordo com as respostas “Sempre ou quase sempre”, “Na maioria das vezes”, “Algumas vezes” e “Raramente ou nunca” respetivamente, e os itens negativos recebem pontuação inversa. O questionário tem valores de Alpha de Cronbach 0.92, indicativos de uma boa consistência interna.

O questionário foi utilizado, após solicitada autorização e obtenção de resposta positiva do Professor Carlos Sequeira, responsável pela validação do instrumento para população portuguesa.

Os dados recolhidos através do questionário, foram analisados e foram expostos nos quadros abaixo (Quadros nº10 e nº11). Os dados foram organizados de forma a possibilitar a análise dos resultados relativamente aos dois grupos de formandos Grupo 1 (G1) - professores e Grupo 2 (G2) – psicólogos, nos diferentes momentos pré e pós desenvolvimento das sessões de formação.

Após análise dos dados, verificámos, conforme exposto nos quadros abaixo, que houve aumento dos valores médios de SMP após a formação nos dois grupos (G1 e G2), tendo obtido, no total, uma pontuação de níveis elevados ou *Flourishing* (G1 - 39/138; G2 – 39/133). Deste modo, cumprimos um dos objetivos específicos com foco na promoção da SMP nos professores.

No tocante ao G1, e analisando o Quadro nº 10, todas as subescalas apresentaram valores acima dos mínimos do instrumento, e quanto aos valores máximos, todas alcançaram os valores *ceiling*, com exceção de F3 com a diferença de 1 ponto nos momentos pré e pós-formação.

Constatámos que F2 é aquele que apresentou os valores médios mais elevados nos momentos pré e pós-formação ($M=18.63; DP=1.30$; $M=19.5; DP=0.76$), e F5 ($M=30.5; DP=4.18$; $M=31.75; DP=2.25$) os valores mais baixos também em ambas as fases, no entanto, o fator com maior subida, mesmo que ligeira, relativamente à fase pré-formação, foi o F5. Embora F5, constituísse o fator que revelou maior necessidade de intervenção, os formandos escolheram F1 para ser trabalhado nas sessões de formação, respeitando, deste modo, a autopercepção da pessoa (Teixeira, Sequeira & Lluch-Canut, 2020b). Esta vontade manifesta pelos professores por F1 pode estar associada à noção prévia da importância do autoconceito e sua valoração para o constante aperfeiçoamento e desenvolvimento pessoal e profissional, e, deste modo, como contributo integrante essencial para a promoção da profissionalidade docente (Gonçalves & Veiga, 2009). Todavia, uma eventual hipótese explicativa para o F5 ter apresentado os valores mais baixos, pode estar relacionada com os vários fatores de *stress* que caracterizam a atividade profissional do docente acrescidas por um contexto pandémico (Alves, Lopes & Precioso, 2021) que deixou situações residuais muitas vezes não resolvidas.

O facto de F2 ter sido o fator com maiores valores, pode estar associado à valoração do desenvolvimento da sensibilidade e da abertura para o contexto social envolvente nos professores, no decurso da sua formação e atividade profissional. Existe um crescente reconhecimento, de há largos anos, acerca da importância da relação estabelecida entre as escolas e a comunidade, devendo as escolas assumirem-se como agentes de mudança no cenário socio cultural, desenvolvendo políticas e ações que procuram integrar, colaborar, desenvolver e transformar, onde a aposta na educação para a cidadania global constitui uma prioridade (Coelho et al, 2020).

Na Quadro nº11, quanto à análise dos resultados do G2, todas as subescalas apresentaram valores acima dos mínimos do instrumento, e quanto aos valores máximos, F2 alcançou os valores *ceiling* nos momentos pré e pós-formação. Na fase pré-formação, observámos que F4 apresenta os valores mais distantes dos máximos, com a diferença máxima de 5 pontos. Após a formação F3, F4 e F5 apresentaram os valores mais distantes dos máximos, com uma diferença de 4 pontos. No que concerne aos valores médios, verificámos que antes da formação F2 ($M=18.00; DP=1.63$) revelou os mais elevados, e F4 ($M=14.25; DP=1.50$) e F5 ($M=29.75; DP=3.30$) os valores mais baixos. No final da formação, F2 ($M=18.25; DP=1.26$) apresentou os valores médios mais altos, e F3 ($M=15.25; DP=0.96$) e F4 ($M=15.50; DP=0.58$) os valores mais baixos.

O nosso acompanhamento e foco, em termos de orientação dos objetivos da formação, estava direcionado, particularmente, para o perfil de profissionalidade docente e para as conquistas teórico – práticas que a formação pretendia facultar. A participação do grupo de psicólogos foi uma mais – valia para as dinâmicas da formação, mas, na verdade, temos muito mais a noção do “déficit” de SMP e suas potenciais causas no corpo docente do que no grupo de psicólogos. Esta é a justificação que encontramos para, em relação à análise dos dados recolhidos no grupo referido, termos mais dificuldade em colocar hipótese explicativas, pelo que nos limitámos, essencialmente, a proceder a uma organização dos mesmos, tornando mais clara a sua leitura.

Quadro nº10 - Médias, Desvio-Padrão, Medianas e Amplitudes do QSMP no G1

Dimensões	G1 (n = 8)							
	Pré-Formação				Pós-Formação			
	M	DP	Amplitude Estudo/Instrumento		M	DP	Amplitude Estudo/Instrumento	
			Min	Max			Min	Max
Satisfação Pessoal (F1)	28,88	2,90	24(8)	32(32)	29	2,50	25(8)	32(32)
Atitude Pró-Social (F2)	18,63	1,30	16(5)	20(20)	19,50	0,76	18(5)	20(20)
Autocontrolo (F3)	15,50	2,73	11(5)	19(20)	16,62	1,92	14(5)	19(20)
Autonomia (F4)	16,38	2,26	13(5)	20(20)	16,75	2,05	14(5)	20(20)
Resolução de Problemas e Auto-Atualização (F5)	30,50	4,18	25(9)	36(36)	31,75	2,25	28(9)	36(36)
Habilidades de Relação Interpessoal (F6)	23,88	2,10	22(7)	28(28)	24,63	2,13	22(7)	28(28)
Total	39/134(156)				39/138(156)			

Fonte: Elaboração própria – Nota: n=Total; M=Média; DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo

Quadro nº11 - Médias, Desvio-Padrão, Medianas e Amplitudes do QSMP no G2.

Dimensões	G2 (n = 4)							
	Pré-Formação				Pós-Formação			
	M	DP	Amplitude Estudo/Instrumento		M	DP	Amplitude Estudo/Instrumento	
			Min	Max			Min	Max
Satisfação Pessoal (F1)	27,75	2,87	24(8)	31(32)	28,25	2,06	26(8)	31(32)
Atitude Pró-Social (F2)	18,00	1,63	16(5)	20(20)	18,25	1,26	17(5)	20(20)
Autocontrolo (F3)	15,25	0,50	15(5)	16(20)	15,25	0,96	14(5)	16(20)
Autonomia (F4)	14,25	1,50	12(5)	15(20)	15,50	0,58	15(5)	16(20)
Resolução de Problemas e Auto-Atualização (F5)	29,75	3,30	26(9)	34(36)	31	0,82	30(9)	32(36)
Habilidades de Relação Interpessoal (F6)	23,75	2,36	22(7)	27(28)	24,50	1,00	24(7)	26(28)
Total	39/129(156)				39/133(156)			

Fonte: Elaboração própria – Nota: n=Total; M=Média; DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo

De facto, pudemos constatar que, embora tivesse havido o incremento dos índices de SMP no momento pós-formação, os professores, no geral, já possuíam elevados níveis, o que pode estar relacionado com o número de anos de serviço e a fase de desenvolvimento profissional do docente, segundo o modelo de Huberman (1989). A maioria dos professores tem mais de 30 anos de serviço, encontrando-se na última fase do ciclo profissional – fase de desinvestimento, a qual pode ser caracterizada pela serenidade, por uma postura de aceitação em toda a sua plenitude e de ausência de expectativas. Ao longo do percurso profissional do professor, a satisfação e bem-estar profissional tende a ser maior no início, diminui ao longo dos anos, e depois volta a aumentar nos últimos anos (Zacher & Schmitt, 2016; Tang, 2018).

A diferença encontrada nos valores médios nos dois grupos (G1 e G2), embora positiva, poderia ter outra importância, se tivéssemos assumido, também, nesta formação, um perfil de profissionalidade direcionado para os psicólogos, que nos pudesse levar mais longe, em termos de avaliação de resultados. Mas os condicionalismos de tempo e a definição de prioridades, foram determinantes no planeamento e implementação da formação. Sentimos, ainda assim, que conseguimos trabalhar com os dois grupos com muita motivação e foco, oferecendo propostas que, algumas vezes, ultrapassaram as expectativas dos próprios grupos.

Ficaremos sempre com a dúvida, dado que os questionários eram de auto preenchimento, se poderia ter sido necessário mais tempo para as eventuais alterações se consolidarem e adquirirem maior visibilidade (Schwarzer, 2016; Iancu et al, 2017; Oliveira et al, 2021; Oliveira et al, 2022). Achámos, no entanto, que houve muito cuidado e atenção no preenchimento do questionário.

Quanto às sessões de *follow-up*, consideramos que elas são essenciais para melhor determinar, mais tarde, a possível aplicação das aprendizagens e do resultado pessoal e profissional que daí decorreu. No contexto institucional em que decorreu a nossa formação, e como Projeto de Intervenção pareceu – nos, no entanto que o formato e o cronograma eram adequados ao tempo e às expectativas.

Para além desta recolha a partir do Questionário, foi solicitado, no dia do encerramento, uma avaliação crítica, impressiva, do impacto da formação, pessoa a pessoa. O suporte utilizado foi o Testemunho Oral, tendo sido um ponto comum, em evidência, o papel transformador, energético e motivacional da formação.

Contámos ainda, também, com a Avaliação da AF e do Desempenho das Formadoras, com dados recolhidos a partir do Questionário do CFAE. (Anexo III – Questionário do CFAE e Questionário do CFAE com avaliação dos formandos). Estes dados e correspondente análise, constam dos quadros colocados abaixo (Quadros nº12, nº13, nº14).

Quadro nº12 - Avaliação da ACD - Conteúdo/Organização

Questões	Escala (1 Nada Satisfeito(a) a 5 Muito Satisfeito(a))				
	1	2	3	4	5
Exposição/ abordagem do tema - Rigor e qualidade científica e pedagógica	0%	0%	0%	14%	86%
A duração foi adequada?	0%	14%	29%	43%	14%
A(s) sessão (sessões) proporcionaram uma reflexão sobre a importância da saúde mental positiva e da aquisição/consolidação de competências socioemocionais nas práticas profissionais e na promoção da sua melhoria?	0%	0%	0%	0%	100%
O "Guião Socioemocional dos Professores" pretende ser um futuro instrumento de trabalho, uma "pequena chave" que ajuda a abrir a porta da consolidação de "competências socioemocionais" e da sua possível "aplicação na sala de aula". Como avalia a potencialidade/possibilidade da sua utilização futura?	0%	0%	0%	29%	71%
Debate (quando decorreu)	0%	0%	0%	0%	100%

Fonte: Avaliação dos Formandos através do preenchimento do questionário CFAE (Anexo III)

Quadro nº13 - Avaliação da ACD - Avaliação da Intervenção das Formadoras

Questões	Escala (1 Nada Satisfeito(a) a 5 Muito Satisfeito(a))				
	1	2	3	4	5
Dinamismo e entusiasmo	0%	0%	0%	0%	100%
Segurança na informação que veicula	0%	0%	0%	0%	100%
Clareza no discurso e transmissão de informação	0%	0%	0%	14%	86%

Fonte: Avaliação dos Formandos através do preenchimento do questionário CFAE (Anexo III)

Quadro nº14 - Avaliação da ACD - Apreciação Global

	Excelente	Muito Bom	Bom	Satisfatório	Fraco
Assinale o item que considera mais adequado à apreciação global da ACD	85,70%	14,30%	0%	0%	0%

Fonte: Avaliação dos Formandos através do preenchimento do questionário CFAE (Anexo III)

Por fim, mas igualmente muito importante, apresentamos mais abaixo, os Resultados da LSMP no contexto da AF.

O Instrumento de Recolha de Dados foi o “Questionário do CFAE”.

O Instrumento de Avaliação para aplicar na Análise de Conteúdos é um Quadro construído sobre o “Questionário da Saúde Mental Positiva “ de Lluch, utilizando os fatores, critérios e itens como medidas qualitativas de análise.

O quadro de Análise de Conteúdos e Apresentação de Resultados foi adaptada a partir de “Bardin” (Bardin, 1977; Roque Dantes, 2016; Mendes & Miskulin, 2017).

A explicitação do Procedimentos, assim como a apresentação dos Instrumentos (Quadro nº15) e a apresentação de Resultados (Quadro nº16) serão descritos em seguida.

PROCEDIMENTOS:

- Recolha de pequeno textos produzidos pelos formandos, constantes do “Questionário do CFAE”;
- Elaboração de quadro de fatores e descritores que identificam e definem a SMP;
- Aplicação desses fatores e descritores para procurar, na análise de conteúdo, a evidência da LSMP como decorrente da formação;
- Definir como “matriz” avaliativa suficiente, dois parâmetros significativos a existir em simultâneo: referência clara aos fatores e (ou) descritores da SMP e valorização da formação como determinante dessa conquista ou dessa tomada de consciência;
- Explicitar, no Quadro, a análise de conteúdos e a apresentação de resultados.

Breve explicação / esclarecimento/ sobre os procedimentos utilizados

Procurámos utilizar a Metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin, procurando aplicar, no conteúdo das mensagens /textos em análise, os indicadores/descriptores que identificámos como adequados e que nos permitiram interpretar, fazer inferências e apresentar resultados da análise de conteúdos. Seguimos, assim, a definição de Bardin, ao assumir que a Análise de Conteúdo constitui-se como um conjunto de técnicas de análise de comunicações ou narrativas que, através da descrição dos conteúdos e da utilização de indicadores, permite a inferência de conhecimentos relativos às mensagens (Bardin,1977).

INSTRUMENTOS

O Quadro nº15 evidencia os Procedimentos, e o Quadro nº16 evidencia os Resultados da Análise de Conteúdos.

Quadro nº15 - Indicadores De Avaliação - Análise De Conteúdo – Literacia Da Saúde Mental Positiva.

FATORES	DEFINIÇÃO ITENS/DESCRIPTORES	MEDIDA PADRÃO DEFINIDA
F1 : Satisfação Pessoal	• Autoconceito/Autoestima • Satisfação com a vida pessoal • Perspetiva otimista do futuro	• A Identificação, no texto de fatores/itens/descriptores de medida LSMP • A referência à AF como associada à existência desses itens.
F2 : Atitude Pró-social	• Predisposição ativa para o social/para a sociedade (4) • Atitude social “altruísta”/ atitude de ajuda-apoio para com os outros • Aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes	• A Identificação, no texto de fatores/itens/descriptores de medida LSMP • A referência à AF como associada à existência desses itens.
F3: Autocontrolo	• Capacidade para enfrentar o <i>stress</i>/ as situações conflituosas • Equilíbrio emocional/controlo emocional • Tolerância à frustração, à ansiedade e ao <i>stress</i>	• A Identificação, no texto de fatores/itens/descriptores de medida LSMP • A referência à AF como associada à existência desses itens.
F4: Autonomia	• Capacidade para ter critérios próprios • Independência • Autorregulação da própria conduta • Segurança pessoal/Confiança em si mesmo	• A Identificação, no texto de fatores/itens/descriptores de medida LSMP • A referência à AF como associada à existência desses itens.
F5: Resolução de Problemas e Realização pessoal	• Capacidade de análise • Capacidade para tomar decisões • Flexibilidade/ capacidade para adaptar -se às mudanças • Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo	• A Identificação, no texto de fatores/itens/descriptores de medida LSMP • A referência à AF como associada à existência desses itens.

F6: Habilidade de Relação Interpessoal	- Habilidade para estabelecer relações inter pessoais - Empatia/capacidade para entender os sentimentos dos outros - Habilidade para dar apoio emocional - Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas	- A Identificação, no texto de fatores/itens/descriptores de medida LSMP - A referência à AF como associada à existência desses itens.
---	---	---

Fonte: Elaboração própria

Quadro nº16 - Análise de Conteúdo e Apresentação de Resultados – Literacia da Saúde Mental Positiva.

FORMANDOS	TEXTO PRODUZIDO FORMANDO	ANÁLISE DE CONTEÚDOS	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS
A	“Nesta Formação foi muito importante conhecer os fatores que podem melhorar e contribuir para uma Saúde Mental Positiva”	Refere os Fatores, refere o conceito de SMP e valoriza a formação.	Evidencia consciência da LSMP após formação
B	“ A Formação permite perceber que há valores controláveis e que com um trabalho ao nível do desenvolvimento pessoal, especificamente em aspetos como o autoconhecimento, a auto - imagem e as emoções, poderá haver melhorias no todo que somos: pessoa ou profissional”.	Refere Fatores, refere descritores e valoriza a formação.	Evidencia consciência da LSMP após formação
C	“A Formação foi uma experiência enriquecedora conducente ao melhoramento das competências sociais e emocionais. Extremamente importante para o auto conhecimento e consequente melhoria da minha profissionalidade.	Refere Fatores, refere descritores e valoriza a formação.	Evidencia consciência da LSMP após formação
D	“A Formação foi muito importante. Proporcionou conhecimento atualizado e, ainda, autoconhecimento, autoconceito. que são essenciais no encontro de um equilíbrio pessoal e profissional.	Refere Fatores, descritores e valoriza a formação.	Evidencia consciência da LSMP após formação.

E	Esta Formação ajudou – nos a organizar ferramentas de autoregulação e de gestão emocional.	Refere Fatores, descritores e valoriza a formação.	Evidencia consciência da LSMP após formação.
F	“Na Formação falámos de temas que são essenciais no encontro de um equilíbrio pessoal e profissional. A satisfação pessoal foi uma constante.	Refere os Fatores, refere a conceito de SMP e valoriza a formação.	Evidencia consciência da LSMP após formação.
G	Esta Formação foi muito importante. Permitiu reflexão individual e conjunta em relação à SMP.	Refere os Fatores, refere a conceito de SMP e valoriza a formação.	Evidencia consciência da LSMP após formação.
H	Foi um momento de reflexão e aprendizagem, com impacto na minha vida pessoal e profissional. O tema foi determinante.	Refere a conceito de SMP e valoriza a formação.	Evidencia consciência da LSMP após formação.

Fonte: Elaboração própria

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Aplicada, aos textos dos formandos, para análise de conteúdos, a medida padrão por nós organizada, foi possível concluir que, em todos os textos, se encontrava “a evidência da tomada de consciência da SMP e do seu impacto pessoal e profissional, como decorrente da formação”.

Assim sendo, podemos assumir o papel da AF, na tomada de consciência, dos professores participantes, sobre o impacto da SMP na sua vida pessoal e profissional.

Os resultados da implementação do projeto expostos evidenciam os objetivos definidos anteriormente. De facto, houve aumento dos índices da LSMP, os quais estão associados a uma melhor saúde docente e profissionalidade docente. Estas, estão associadas a processos de espiral positiva e negativa, consoante as dimensões promovidas, sejam elas positivas ou negativas (Salanova, Llorens & Schaufeli, 2011; Salanova, Martinez & Llorens, 2014; Fernández-Puig et al, 2015).

De forma a concluir a avaliação, consideramos importante confrontar os objetivos definidos anteriormente com a evidência dos resultados obtidos. Assim, apresentamos o Quadro nº17:

Quadro nº17 – Objetivos Definidos e a Evidência dos Resultados Obtidos.

	Descrição	Evidência
Objetivos Gerais	Promover a LSMP nos professores, empoderando-os e capacitando-os para a sua profissionalidade docente.	Objetivo alcançado através da realização da AF e evidenciado por meio da recolha de dados e respetiva análise de conteúdo do questionário do CFAE.
	Recolher evidências da relação entre o projeto de intervenção e a tomada de consciência da LSMP, nos professores participantes.	Objetivo alcançado através da produção e aplicação de instrumentos de avaliação da LSMP aos professores participantes.
	Criar e promover uma cultura de colaboração entre profissionais de saúde e de educação: Alcançado pela parceria interinstitucional entre saúde e educação (enfermeira estagiária/professora).	Objetivo alcançado pela parceria interinstitucional entre saúde e educação (enfermeira estagiária/professora).
	Contribuir para o desenvolvimento e consolidação de competências essenciais ao EEESMP.	Objetivo alcançado através da concretização do percurso evolutivo das competências multiníveis exigidas para a especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.
Objetivos Específicos	Fomentar os índices de LSMP dos professores.	Implementação do projeto de intervenção/AF, utilizando os referenciais do modelo multifatorial de SMP de Teresa Lluch.
	Incrementar os níveis de SMP dos professores.	Gestão das dinâmicas formativas, através das metodologias participativas.
	Recolher e analisar, com suportes metodológicos adequados, dados que evidenciem a tomada de consciência da LSMP dos professores participantes.	Aplicação dos quadros de avaliação e de análise de conteúdos para a recolha e análise de dados referentes à LSMP na perspetiva dos professores participantes.

Potencializar o desenvolvimento pessoal e profissional dos professores.	Orientação da AF para um perfil socioemocional para aplicação em contexto de sala de aula
Valorar o estabelecimento de uma colaboração interprofissional.	Considerar a parceria instituída como uma dinâmica essencial à gestão de toda a formação.
Inspirar outros a estabelecerem parcerias.	Divulgação junto dos professores participantes e das instituições intervenientes acerca da importância das parcerias interinstitucionais.
Tornar visível o trabalho do enfermeiro, e em particular o EEESMP.	Promover a visibilidade do trabalho do EEESMP no contexto da própria AF, permitindo partilha e expansão de conhecimento do seu modo de intervenção.
Desenvolver capacidades e competências inerentes ao papel do EEESMP.	Em contexto de formação, de liderança abertas e de metodologias participativas, a troca foi permanente, e permitiu um percurso de aprendizagem sólido e sustentado.

Fonte: Elaboração própria

Após terminar a fase da avaliação do Projeto de Intervenção, de forma simbólica e em modo de síntese, é retratado o Projeto de Intervenção – “Relações que Abrem Caminhos” em Apêndice III.

5. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

5.1 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Como Líder de Uma Cultura de Mudança – A Importância da Aquisição de Competências Técnicas Especializadas e de Pensamento Crítico Ativo

A análise reflexiva sobre qual é, afinal, o paradigma de perfil de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica que assumimos como desejável, constitui, naturalmente, um momento fundamental do nosso Relatório. É aqui que podemos colocar, lado a lado, o que se espera de nós, num mundo complexo e desafiante em que os paradigmas profissionais evoluem, cada vez mais, à medida das conquistas científicas e tecnológicas. Mas, também, ao mesmo tempo, colocar ao lado, na reflexão, o que nos é facultado, como

suporte formativo e modelo orientador, através dos referenciais de competências técnicas especializadas, integradas no sentido de Visão e Missão que deve acompanhar o compromisso e a ação do EEESMP.

Edgar Morin relembra – nos, no seu livro “Desafio para o Século XXI”, que somos pessoas singulares sujeitos aos desafios da complexidade, e que a realidade exige de nós, na sua permanente mudança, que saibamos religar, contextualizar, globalizar (Morin, 2001). É assim que precisamos de ser, como pessoas, como cidadãos, como comunidade. Mas a realidade é exigente e, para se viver em equilíbrio, capacitado para responder a esses desafios, mantendo a singularidade e encontrando espaços de ação ajustados à comunidade, torna-se evidente, cada vez mais, a importância que se deve dar à “saúde mental”, para facilitar a gestão individual dos equilíbrios e conduzir a uma vida saudável e realizada.

Criámos assim, ao caracterizarmos um potencial contexto de vivência da pessoa/cidadão, um espaço onde parece fazer todo o sentido colocar as expectativas do EEESMP em relação a si próprio, à sua profissionalidade. Mas onde podemos colocar, também, as expectativas da pessoa/cidadão/comunidade, em relação ao que o EEESMP tem para “oferecer”, num contexto em que as políticas nacionais e internacionais de saúde estão focadas na saúde mental e sua promoção. Falamos, aqui, dos conceitos de visão e missão, referindo –se, a visão, às expectativas do próprio, como indivíduo ou como coletivo, projetando - as no futuro, e a missão, às expectativas que pode criar nos outros, mostrando aquilo com que podem contar.

Visão e Missão são um referente conceptual fundamental para tornar evidente o papel do EEESMP no contexto da comunidade. E apercebemo-nos, no normativo próprio (OE, 2018a), que a eles se referem, que as expectativas apontadas são exigentes e evidenciam a necessidade de o EEESMP concretizar o seu percurso percorrendo diferentes níveis de aquisição de competências especializadas, devendo ter presente que as dinâmicas de mudança, pelo conhecimento e pela ação, serão mais consolidadas e constantes com um foco na liderança pessoal, como estratégia inovadora de gestão (OE, 2006).

A análise reflexiva que iniciámos, procurando evidenciar o perfil do EEESMP em toda a sua dimensão, levou –nos à importância da aprendizagem da “Liderança”, à necessidade essencial da aquisição das “Competências Técnicas Especializadas”, nos seus diferentes níveis, e ao reconhecimento do mundo complexo em que vivemos e ao modo como, pessoalmente e profissionalmente, nos preparamos para esses desafios.

Entre leituras diversas e fundamentais, continuamos assim, a nossa reflexão:

Liderar significa inspirar e influenciar outros a realizarem uma missão com objetivos em comum, em que cada um é importante, fomentando o espírito de equipa, num ambiente em permanente transformação (McBride, 2016). As competências de liderança enfatizam a capacidade de tomar decisões, iniciar e manter relações no trabalho efetivas, promover a comunicação e a colaboração interprofissional na equipa, coordenação de cuidados, delegação e uso de estratégias de resolução de conflitos (Murray, 2017). Desenvolver a capacidade de liderar está associada à efetividade do desempenho do enfermeiro, até porque, aquilo que nós somos projecta-se em quem atraímos, o que significa que a conceção de uma equipa de trabalho começa com o nosso trabalho como líder (Welss & Tappen, 2015). Assim, o desenvolvimento da componente relacional

constitui requisito basilar, sendo importante o trabalho individual de cada profissional, mas também a sua referenciação no caso de necessidade, e a intercolaboração e cooperação no seio de uma equipa (Gomes, Cortez & Damásio, 2020). O enfermeiro especialista, e neste caso específico, o EEESMP deve afirmar-se e construir o seu perfil como líder, sempre numa perspetiva evolutiva, e inserido numa equipa, num contexto sócio cultural onde impera a mudança, a incerteza, a complexidade e a inovação. A capacidade de liderar é crucial na excelência do desempenho do enfermeiro, nas relações que estabelece, não só com as pessoas alvo de cuidados e sua dimensão holística, como também com outros profissionais, determinando a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados e seus resultados (Murray, 2017).

Deste modo, o enfermeiro especialista, definido como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p.4744), assume papel preponderante como agente promotor de cuidados de saúde mental. No decurso do seu processo de desenvolvimento de competências, sejam comuns, específicas ou de mestre, o EEESMP encontra-se numa posição privilegiada na definição da qualidade dos cuidados prestados, como modelo de referência, agente de mudança e no avanço do conhecimento. A práxis do EEESMP procura os mais elevados padrões de qualidade, apoia-se nas teóricas de enfermagem, e numa atualização constante, tendo em conta uma prática baseada na evidência conduzida para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2015). Deste modo, o desenvolvimento de competências, embora complexo, é fundamental. Segundo Le Boterf (2005) o conceito de competência tem por base a articulação de diferentes domínios, ou seja: a capacidade de mobilizar os saberes para a ação, não se limitando somente ao domínio daqueles; a competência deve ser enquadrada e referenciada relativamente ao sujeito e contexto; o domínio da competência como integradora de diferentes elementos deve ser considerado; e também, a responsabilidade numa vertente individual e a nível mais alargado, na sua dimensão coletiva. Desta forma, segundo o mesmo autor, não pode haver clivagem entre o conceito de competência e a ação, pois é através desta e numa situação em particular, que a competência se revela, isto é, existe mobilização de recursos e saberes para a sua resolução. A ação competente revela-se em “situações novas ou quando o contexto em que a ação se desenrola exige um maior controlo sob a mesma” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009b, p. 11). Assim, o desenvolvimento de competências do enfermeiro é um processo complexo, gradual e único, que está claramente relacionado com o autoconhecimento e autoconsciência, pois a pessoa só se desenvolve se aprofundar a sua relação intrapessoal (Chalifour, 2008). Sendo que, a competência específica do EEESMP definida na primeira alínea no Regulamento nº515/2018 (OE, 2018a) é “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (p.21427). É no contexto da relação com o seu “eu” e deste em relação, que o enfermeiro, e toda a sua componente multidimensional, integrados num determinado contexto e em permanente interação dialética com outras pessoas e realidade circundante, desenvolve a metacognição, tão basilar na definição qualitativa de uma relação e resultados obtidos (Fernandes & Varela, 2019). A evolução do

enfermeiro assenta no desenvolvimento do processo de reflexão ativo, pensamento crítico, e no processo de raciocínio clínico no contexto da ação e sobre a ação (School of Nursing and Midwifery Faculty of Health, University of Newcastle, 2009; Fernandes & Vareta, 2019). De facto, os cuidados de enfermagem abrangem um processo complexo que consiste num “ato humano intencional, profissional, em que o desempenho das atividades tem maior amplitude que a simples execução das tarefas ou o volume dos atos” (Nunes, 2018,p.36).

Neste percurso evolutivo de aquisição de um perfil tecnicamente especializado, a experiência e a prática são elementares como momentos de formação do EEESMP, constituindo os estágios etapas privilegiadas de desenvolvimento, onde a supervisão é primordial (Teixeira, 2020), mas também foi importante, desde logo, a integração do conhecimento adquirido no período curricular na atividade diária no contexto pessoal e profissional. De acordo com Benner (2001), autora que descreveu o processo de desenvolvimento de competências por níveis, mencionou que “a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento.”(p.12)

A premência da inovação, da tecnologia e do empreendedorismo marcam a atualidade, e a mudança de um paradigma hospitalocentrico e biomédico para uma dimensão holística com maior incidência na comunidade é a realidade (OE,2015c). É importante a promoção da saúde mental das pessoas que recorrem aos serviços de saúde, mas também, daquelas que não recorrem aos serviços de saúde, mas que podem estar a precisar de ajuda, ou que podem influenciar outras, ou até mesmo otimizar o seu bem-estar, desenvolvimento e funcionamento, como nos descreve a SMP. Devemos aproveitar todas as oportunidades para promover a SM, pois toda a relação tem potencial terapêutico (Lopes, 2018). É essencial promover a saúde mental da comunidade em geral ao longo do seu ciclo de vida e nos seus diferentes contextos (Cutcliffe & Santos, 2018). A população em geral deve ser considerada, de forma a que todos tenham equidade de acesso aos serviços de saúde, nomeadamente os grupos vulneráveis e/ou em risco (Cutcliffe & Santos, 2018).

Compreendemos, assim, que numa sociedade complexa, onde a transformação é certa e constante, e a incerteza é uma certeza, é essencial que o EEESMP desenvolva uma postura de abertura, de flexibilidade, de proximidade, de criar relações de parceria com outros profissionais não só de saúde, mas com outros de outras áreas. O EEESMP deve ser uma figura de referência, um comunicador, um líder, um agente de mudança, deve ter uma postura ousada com ação proativa, uma visão integradora (Gomes, Cortez & Damásio, 2020), e deve desenvolver o pensamento complexo (Backes et al, 2022). É crucial a sua capacidade de avaliação, planeamento, implementação, de reavaliação e de investigação, para uma permanente construção, desconstrução e reconstrução. Na base da ação do EEESMP está, assim, a elaboração do processo de enfermagem que garante uma preocupação constante com a excelência do exercício, constituindo contributo para que os serviços de saúde mental, organizações e políticas se estruturam e sejam conduzidos pelas pessoas e para as pessoas (Gomes, Cortez & Damásio, 2020).

O nosso objetivo como EEESMP não é somente prestar cuidados de melhoria contínua, é também transformar, abrir caminhos e inovar, pois parte do conceito de ser profissional é deixar um melhor sistema do que aquele que encontrou (McBride, 2016). Martha Rogers, largamente reconhecida pela sua contribuição e

liderança no âmbito da enfermagem, defendia que a “arte de enfermagem é o uso criativo da ciência de enfermagem para o melhoramento humano” (Gunther, 2004, p. 256).

5.2 A Articulação Entre os Diferentes Momentos Significativos do Estágio e a Aquisição das Diferentes Categorias de Competências

Procurámos, no ponto anterior, construir e apresentar, em texto e com suporte de revisão de literatura científica, uma visão integrada e integradora do perfil do EEESMP, que nos permitisse visionar e integrar, como um todo, o caminho de aquisição de competências de diferentes graus, que foi percorrido no estágio e do qual falaremos, agora, detalhadamente.

Na verdade, o que afirmamos no tópico de enquadramento anterior (5.1), suportados pela adequada revisão de literatura, é que o EEESMP, perante uma sociedade complexa, desafiante, em mudança, tem que se assumir, pessoal e profissionalmente com uma postura construtiva, flexível, aberta ao conhecimento, procurando uma prática baseada em evidência científica e percorrendo o caminho necessário para garantir a sua capacitação.

Explicitaremos, a partir daqui, a forma como os estágios constituem momentos, por excelência, para a aquisição e consolidação de conhecimentos e, sobretudo, de competências. A formação, por si só, não desenvolve competências, pelo que a aplicação prática dos conhecimentos aprendidos e pesquisas efetuadas associada ao processo de reflexão, de discussão, de conceptualização e a própria articulação entre os diversos momentos dos estágios, é que criam as bases para a produção de competências. É, pois, “necessário que confirmemos as competências” (Hesbeen, 2001, p. 73). Afinal, “Qual é a vantagem real dos conhecimentos e das competências técnicas se não se transformarem em talentos que permitam criar uma obra única que é a arte de cuidar de uma pessoa na sua situação singular?” (Hesbeen, 2001, pp. 49-50).

Assim, na base do processo de desenvolvimento de competências encontramos diferentes dimensões – evidência científica, evidência na prática, assimilação e processamento, e a resolução procurando a segurança e qualidade dos cuidados numa perspetiva de evolução e de continuidade no futuro. A própria produção escrita de todo o processo apoia no desenvolvimento e consolidação das competências, pelo que a elaboração do presente relatório é de indelével importância. A expressão pela escrita promove o autoconhecimento e a compreensão da nossa identidade (Queirós, 2014).

Deste modo, procurámos confirmar o desenvolvimento de competências no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), Competências Específicas do EEESMP e Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O entendimento e a consciência acerca do perfil de competências que o enfermeiro de EEESMP deve desenvolver é crucial na definição do seu campo de ação, influenciando o seu desempenho e suas intervenções.

Assim, este subcapítulo (5.2) propõe expor a análise e reflexão acerca dos conhecimentos adquiridos durante o período curricular e sua mobilização e desenvolvimento nos diferentes momentos vivenciados nos estágios, e de acordo com as diferentes categorias de competências.

5.2.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) definem um quadro coletivo de competências que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua especialidade, devem desenvolver, sendo aplicáveis em qualquer contexto de prestação de cuidados. Estas competências são demonstradas pelos enfermeiros “através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745).

As CCEE estão descritas no Regulamento nº140/2019, 2ª série, nº26 de 6 de fevereiro de 2019, e estão agrupadas em 4 domínios, tais como: A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; B- Melhoria contínua da qualidade; C- Gestão dos cuidados; e D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Cada domínio é constituído por diversas competências, que estão expostas no Quadro nº18.

Quadro nº18 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Domínios	Competências
A - Responsabilidade profissional, ética e legal	A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
B – Melhoria contínua da qualidade	B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.
C – Gestão dos cuidados	C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

	C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade.
D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Fonte: Adaptado de OE (2019)

Domínio A - A responsabilidade é considerada no Código Deontológico (2015) como um dos princípios orientadores da atividade profissional dos enfermeiros. Integra o Artigo 100.º - Dos deveres deontológicos em geral, em que o enfermeiro tem o dever de “Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”. A responsabilidade é referida diversas vezes no Código Deontológico, nomeadamente no Artigo 104.º - Do direito ao cuidado, no Artigo 105.º - Do dever de informação, e no artigo 112.º - Dos deveres para com outras profissões.

Ser responsável engloba a capacidade, que está relacionada com a preparação para o exercício de poderes e de ser imputável, e a obrigação que se refere à incumbência de responder pelo que se faz, assim como dos compromissos assumidos (Nunes, 2022a).

Assumir a responsabilidade como um valor, é ter consciência dos deveres, definindo a ação no âmbito do que deve ser feito em detrimento do que não deve ser feito, ou até mesmo da não negligência. O dever sobrepe-se à consciência individual. Todavia, não se nasce responsável, constituindo, pois, um processo de construção e cumulativo (Nunes, 2022a).

Esta competência tem por base o conteúdo teórico ético-deontológico, a procura sistemática das melhores práticas e é centrada na pessoa alvo de cuidados (OE, 2019) sendo, pois, crucial o seu desenvolvimento na prática do EEESMP. Este, ao prestar cuidados, depara-se, frequentemente, com situações complexas em múltiplos contextos, as quais proporcionam desafios de diversa ordem. O campo da psiquiatria é particularmente complexo, e um dos grandes paradoxos é, se por um lado a grande responsabilidade do EEESMP é respeitar e defender a dignidade e direitos da pessoa alvo de cuidados, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados, por outro, a psiquiatria constitui um contexto onde a possibilidade de privação da liberdade e da implementação de tratamento contra a vontade é possível. Esta foi uma realidade particularmente relevante no primeiro estágio em contexto de internamento de adultos, e que desde logo instiga uma profunda reflexão quanto ao nosso papel como EEESM. Nesta situação encontramos várias tensões que colocam em plano de discussão/deliberação o respeito pela autonomia, o qual está associado aos princípios da dignidade humana e liberdade, e o bem comum, o respeito (advocar) pelos direitos das pessoas alvo de cuidados e a justiça social, e a promoção do bem-estar e a proteção da pessoa destituída da capacidade de compreensão quanto aos seus melhores interesses.

É indubitável que a pessoa na condição de internamento em regime compulsivo ou presumido se encontre em situação de vulnerabilidade acrescida. É fundamental ter sempre presente o artigo 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2006) - Princípio do Respeito pela Vulnerabilidade Humana e Integridade Pessoal (Comissão Nacional da UNESCO – Portugal, 2006), em que a vulnerabilidade humana deve ser um foco de atenção e cuidado, ou seja, a proteção das pessoas e grupos vulneráveis deve ser garantida, assim como o respeito pela sua integridade pessoal.

No tocante à vulnerabilidade humana propomos analisar uma situação ocorrida no decurso do primeiro estágio, sob o ponto de vista da tomada de decisão ética, no internamento de psiquiatria de adultos. A escolha desta situação particular teve por base o grande impacto emocional que teve em nós a nível da pessoalidade e como profissional, colocando em destaque a vulnerabilidade humana e a solidão, sendo esta última, um fenómeno com tendência crescente (Mental Health Foundation, 2022).

Um senhor na casa dos 50 anos foi trazido para o hospital por bombeiros e internado no serviço, devido a alerta dado por pessoas que passavam na rua que o encontraram inconsciente. Durante o internamento permaneceu os primeiros dias inconsciente, sem possibilidade de comunicar, muito menos de narrar a sua história e preferências, ou pela presença/contacto de alguém que o pudesse fazer por ele. Não tinha diagnóstico médico definido, não tinha antecedentes conhecidos, era estrangeiro e não tínhamos mais informações. Passados poucos dias de internamento, uma senhora com localização no estrangeiro e sotaque, também ele estrangeiro, liga, identifica-se como mãe do utente e solicita informações. Durante o contacto telefónico a mãe referiu que um rapaz que era amigo do filho a tinha contactado a relatar o sucedido (o filho tinha sido encontrado na rua e transportado para o hospital). Porém, este rapaz nunca nos contactou e a mãe mencionou que havia 2 anos que não falava com o filho. É neste ponto que surge a nossa análise de tomada de decisão ética, segundo o Modelo DECIDE (Thompson, Melia & Boyd, 2004) que está exposta no Quadro nº19.

Quadro nº19 – Aplicação do Modelo de Tomada de Decisão.

Modelo de Tomada de Decisão	Aplicação do Modelo
D - Definir o problema Quais são os fatos mais importantes do caso? Quem está envolvido? Quais são os seus direitos e nossos deveres? Qual é o principal problema ético que deve ser abordado?	- De acordo com o Artigo 89º - Da humanização dos cuidados, do Código Deontológico (CD) do Enfermeiro, o enfermeiro assume o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (OE, 2015a, p. 97). - O enfermeiro tem o dever de sigilo descrito no artigo 106.º do CD, só podendo partilhar informação “com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional, e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (OE, 2015b)

	- De acordo com o Parecer do Conselho Jurisdicional – 8/2008, na situação de “perda de autonomia irreversível ou incompetência transitória, a família envolvida no processo de cuidados pelo enfermeiro, tem direito à informação sobre a situação do doente, sem prejuízo da confidencialidade sobre a informação que deve ser preservada” (Conselho Jurisdicional da OE, 2008, p.2). - A interação por telefone coloca em causa a confiança entre os intervenientes, devido à ausência de visibilidade entre eles, assim como uma relação prévia. Todavia, cabe ao enfermeiro, de acordo com o Artigo 109 – Da excelência do exercício “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (OE, 2015b). - Segundo o nº9 da Carta dos Direitos do Doente Internado – “O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam” (Ministério da Saúde & Direção Geral de Saúde, p.9). Toda a informação só a ele diz respeito, não podendo ser partilhada com outros sem a sua vontade expressa. - Devemos fornecer informação, por telefone, à pessoa que se identifica como mãe do utente internado, estando este inconsciente e não havendo contacto entre ambos há cerca de 2 anos?
E – Estudo ético Quais os princípios relevantes para o caso?	Princípio da beneficência, princípio da não maleficência, princípio do respeito pela autonomia e princípio da vulnerabilidade.
C- Considerar opções Que opções temos naquelas circunstâncias? De que procedimentos alternativos dispomos? Que ajudas, meios e métodos precisamos de empregar?	- Promover ambiente calmo, acolhedor e sem julgamento, no contacto telefónico com a mãe do utente, permitindo a sua livre expressão e, assim diminuir ansiedade. Identificamo-nos e agradecemos o contacto. Confirmar dados da história da mãe com dados que detínhamos, e deste modo, confirmar a sua identidade. Obter mais dados da história pessoal/familiar/social do utente, conforme a familiar quisesse partilhar. Compreender melhor a relação entre o utente e mãe. Confirmada a identidade da mãe, e estando o utente em condição de incompetência transitória, é neste ponto que surgem duas hipóteses de resposta. Poder-se-ia pensar na mãe envolvida no processo terapêutico, e transmitir informações acerca dos cuidados de enfermagem. Todavia, podemos estar a comprometer o direito à confidencialidade, o princípio da não maleficência e o princípio da autonomia. Podemos incorrer no risco de quando o utente retomar a consciência puder expressar a sua vontade de não partilha com a mãe. OU Revelar que o utente não tem possibilidade de comunicar naquele momento, e que nós, assim, não podemos dar informações, mas que estamos inteiramente ao dispor para quando a familiar quiser ligar. E fornecíamos o horário definido pelo serviço para atendimento. - Em qualquer das duas hipóteses solicitávamos o contacto da familiar para agilizar o contacto entre ambas as partes.
I – Investigar Resultados Resultados éticos,	Desenvolver atitude de acolhimento é respeitar a pessoa nos seus direitos, e de acordo com os princípios e deveres definidos pela profissão. Promover a

Custos e benefícios	livre expressão da familiar, favorece a diminuição dos níveis de ansiedade do familiar, incrementa o nível de confiança nos profissionais de saúde, e a obtenção de dados acerca da história pessoal/familiar/social do utente e da sua relação com a mãe. Assim, poder-se-ão prestar cuidados de melhor qualidade. Confirmada a identidade da mãe, poderíamos ter dado informações quanto aos cuidados de enfermagem, mas, não conhecendo a relação do utente com a mãe, segundo a perspetiva daquele, aguardámos pela evolução clínica do utente. O utente pode não ter uma relação de confiança e de abertura com a mãe (não contactam há cerca de 2 anos) e não desejar a partilha de informação.	
D – Decidir sobre a Ação Plano e objetivos	Objetivos/Plano	
	Melhorar estado clínico do utente	Prestação de cuidados de enfermagem ao utente na sua dimensão holística, de acordo com o Plano Individual de Cuidados (PIC).
	Diminuir Ansiedade de familiar	<i>Promoção de ambiente calmo e de escuta, favorecendo a livre expressão da familiar; e prestação de apoio emocional.</i>
	Promover uniformização dos cuidados e sua melhoria contínua	<i>Promoção de espaço de partilha e de reflexão conjunta em equipa, nomeadamente nos momentos de passagem de turno e na elaboração de registos; Co-construção da tomada de decisão em equipa.</i>
E – Estimar/Avaliar resultados Relativamente a objetivos	Passado pouco tempo o utente recupera a consciência, e após ter sido informado que a mãe havia ligado, ele próprio teve a iniciativa e pede para falar com ela, tomando ele a decisão de partilha da informação clínica. O utente e a mãe agradecem à equipa o apoio dado. Objetivos foram atingidos.	

Fonte: Adaptado do Modelo DECIDE de Thompson, Melia & Boyd (2004)

A decisão ética em enfermagem assenta num quadro de princípios éticos, valores, deveres profissionais e direitos das pessoas alvo de cuidados (Deodato, 2014). O autor definiu a decisão ética de acordo com o carácter multidimensional dos seus fundamentos no processo deliberativo, tais como: éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídicos. Para a tomada de decisão ética, tendo em conta o seu processo complexo, recorreremos a um modelo, que embora não garanta uma resposta segura e absoluta, serve como instrumento de apoio na deliberação, facilitando o processo de procura da resposta mais adequada à situação concreta (Nunes, 2022b). No decurso da tomada de decisão é elementar promover a autonomia e participação dos utentes, assim como a envolvência de toda a equipa (Thompson, Melia & Boyd, 2004). Neste campo, e no sentido de dar resposta às unidades de competência: Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade; e Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão, referimos ainda, por exemplo, a realização de um estudo de caso (Apêndice IV) no estágio 1, com posterior apresentação em *Power Point* para a equipa, e abertura de espaço para reflexão e discussão. No âmbito do critério de avaliação

“Participa na construção da tomada de decisão em equipa” acrescentamos a participação nas reuniões de equipa multidisciplinar da pedopsiquiatria, nas quais todos os intervenientes assumiam um papel importante no processo de tomada de decisão. Independentemente do contexto dos estágios, como o internamento em psiquiatria de adultos, consulta externa de pedopsiquiatria, urgência de psiquiatria, e a escola, preocupámo-nos com o desenvolvimento e aplicação de um cuidado ético na totalidade do desempenho como EEESMP. Esta preocupação ética também garantimos na escolha temática do Projeto de Intervenção em Serviço, na sua elaboração, nas relações estabelecidas entre todos os intervenientes, na sua implementação, tratamento de dados, e divulgação.

No âmbito do desenvolvimento desta competência, a enfermeira orientadora teve um papel crucial ao promover momentos de partilha e de reflexão. Deste modo, verificou-se evolução positiva da competência **A1** ao longo dos estágios.

No que respeita à competência **A2**, refletimos acerca dos cuidados que o enfermeiro presta e que assentam na proteção e defesa da liberdade, direitos e dignidade humanas, na identificação das situações que implicam cuidados especializados, e na orientação das situações que podem comprometer a pessoa alvo de cuidados, adotando uma conduta de prática segura, antecipatória e de melhoria (OE, 2019).

Todas as intervenções que desenvolvemos no decurso dos dois estágios apoiaram-se no quadro de valores universais e dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, como pedra angular, descritos no Artigo 99º - Princípios Gerais (OE, 2015b). Outros documentos também constituíram referências importantes na aplicação e desenvolvimento de uma conduta profissional que procura a excelência, nomeadamente quanto à documentação referente aos Direitos das Pessoas, onde destacamos a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2006).

Foi importante consciencializar, de forma mais aprofundada, quanto aos direitos das pessoas, tais como: o direito ao respeito pela dignidade; o direito à vida e à qualidade de vida; o direito à liberdade e segurança dos cuidados; o direito à confidencialidade e o direito à proteção da saúde e qualidade dos cuidados; o direito à informação.

Um dos cuidados que sempre nos preocupámos em garantir na abordagem à pessoa alvo de cuidados constituiu garantir ambiente seguro, acolhedor, onde a pessoa se sentisse livre para se expressar sem julgamentos, em que a informação partilhada era garantida como sendo confidencial e em espaço privado. As consultas de enfermagem em pedopsiquiatria foram sempre em espaço próprio, que procurava ser acolhedor, nomeadamente pela ativação do ar condicionado, providenciando uma temperatura mais confortável, por exemplo nas situações em que se administravam injectáveis e a pessoa tinha que remover algumas peças de roupa. A criança/adolescente e cuidador (pais/mãe ou pai/tutor) ou ambos em separado, dependendo da situação em particular e suas necessidades, eram respeitados quanto aos valores, hábitos, crenças e no tocante à autonomia e autodeterminação. No campo da autonomia em pedopsiquiatria, esta adquire contornos específicos (Sondheimer & Rey, 2020). Neste contexto relembramos um adolescente com o diagnóstico médico

de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção que veio à consulta com postura de recusa pela presença na consulta, com humor disfórico, olhar dirigido para o chão e estava sentado ao lado da mãe. Promovemos ambiente calmo, acolhedor, e de respeito pelo utente e mãe. Desenvolvemos um clima de confiança, tendo iniciado a entrevista com assuntos do quotidiano. Mantivemos contacto ocular, desenvolvemos uma postura de disponibilidade e assertiva e não ameaçadora nem autoritária, assegurámos a confidencialidade, discurso simples com fala pausada, e de escuta ativa, e gerimos os espaços de comunicação do utente e mãe. Estabelecemos contacto verbal e procurámos conhecer desejos, expectativas e necessidades. E, no decurso da relação estabelecida, conseguimos compreender as suas crenças, e que o utente associava a sua ida à consulta a uma memória negativa relacionada com a cidade onde o departamento de pedopsiquiatria se encontra. Observámos, entretanto, que o utente foi ficando progressivamente mais calmo, mais recetivo e com maior abertura à relação. Explorámos estratégias de resolução de problemas, promovemos o reforço positivo do comportamento, da autoestima e competências. No final co-construímos um contrato terapêutico com o utente e mãe. Assim, gerimos, de forma positiva, uma situação potencialmente ameaçadora de comportamento agressivo.

Deste modo, desenvolvemos a competência A2.

Conforme descrito acima, no âmbito do domínio responsabilidade profissional ética e legal (A), as competências a ele respeitante foram adquiridas. Acrescentamos que a componente curricular prévia ao estágio deu contributo valioso, para além das leituras paralelas que recorremos.

No âmbito do **Domínio B**, no que diz respeito à competência B1, houve uma preocupação constante, no desenvolvimento da práxis, com uma busca constante da excelência do exercício profissional, pelo que nos apoiámos num processo orientado pelos eixos definidos pelos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem, nomeadamente os referentes aos Cuidados Especializados em EEESMP. Estes constituem um referencial, são precursores dos cuidados prestados pelos enfermeiros, servindo de base de reflexão e de estrutura para a melhoria contínua da segurança e qualidade no decurso do seu exercício profissional (OE, 2001).

O Projeto de Intervenção em Serviço procurou promover a SMP no grupo dos professores através do desenvolvimento do autoconhecimento e do incremento da literacia em SMP e, assim, impulsionar a sua qualidade de vida e profissionalidade docente. O Professor, enquanto gestor de curriculum, de aprendizagens e de interações pessoais, é constantemente “obrigado” a uma “reposição” da sua própria energia pessoal, sendo por isso importante e motivadora, para ele, a proposta formativa que oferecemos, na qual, explorando o modelo multifatorial de Teresa Lluch, criámos um caminho de conhecimento e partilha onde cada um dos participantes, sentiu, efetivamente, essa “reposição”. Deste modo, sentimos que contribuímos para a diminuição do risco de doença mental nos professores, incrementámos os seus níveis de bem-estar e de satisfação com a profissão, aumentámos o nível de proximidade entre professores e enfermeiros (possibilidade de criação de parcerias entre a educação e saúde), criámos uma relação de parceria (enfermeiro – professor)

com potencial influência na criação de futuras ligações, promovemos os relacionamentos interpessoais de qualidade, nomeadamente entre os professores, entre estes e restante comunidade educativa, e entre os professores e os alunos. A relação estabelecida entre professores e alunos é um dos fatores que está associado ao desempenho escolar destes e seu nível de saúde mental (Dolev & Leshem, 2017; Valente, Lourenço & Dominguez-Lara, 2022). Existe associação positiva entre os valores elevados de SMP nos professores e os valores nos alunos (Harding et al, 2019).

Desta forma, procurámos promover a melhoria dos cuidados, desenvolvendo intervenções baseadas na evidência científica e com cariz criativo, e, posteriormente, foram foco de avaliação para se analisar se a melhoria dos cuidados obteve expressão nas pessoas que participaram no projeto.

Durante os estágios, para além do projeto de intervenção, tivemos a oportunidade de integrar outros projetos já em vigor, como por exemplo o projeto ativo na consulta de pedopsiquiatria, que procura a promoção da adesão terapêutica. Neste contexto foi crucial promovermos um ambiente terapêutico e seguro em que o estabelecimento da relação psicoterapêutica constituiu a base onde assentaram os cuidados centrados na pessoa e dimensão holística. Foi desenvolvido um trabalho de colaboração e de parceria com a pessoa alvo de cuidados e família/pessoa significativa/ tutor, tendo total respeito pela sua individualidade, cultura, preferências e necessidades.

No decurso da administração de substâncias terapêuticas foram garantidos os princípios de segurança e de qualidade nos cuidados.

Os registos foram efetuados na plataforma informática SClínico com respeito pelo rigor, confidencialidade, mas com a garantia de expor informação importante para assegurar a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados.

Assim, consideramos que as competências do domínio B, ou seja, as competências B1, B2 e B3 foram desenvolvidas com sucesso.

O **Domínio C** das competências está relacionado com a gestão dos cuidados.

O enfermeiro assume a responsabilidade pelas decisões que toma e pelos atos que desenvolve ou delega, bem como, garante a qualidade e a continuidade dos cuidados que delega (OE, 2015a).

Assim, compreendemos a importância do desenvolvimento de competências de liderança no enfermeiro especialista. O sistema de saúde é complexo pelo que precisa de profissionais, que sendo líderes, sejam capazes de lidar com a imprevisibilidade, a ambivalência e a complexidade exponencial. É importante uma liderança que procure a evolução, que seja prospetiva e que impulsione a criatividade, as experiências diferentes, a comunicação entre os diversos saberes e a promoção das relações, numa abordagem colaborativa (Backes et al, 2022). De facto, desenvolver competências de liderança e gestão é fundamental para a prática do enfermeiro especialista, pois vai apoiá-lo na gestão e coordenação de equipas, no processo de tomada de decisão, na gestão de conflitos. É importante que promova os comportamentos de cidadania organizacional

que estão associados ao grau de motivação, de produtividade e habilidades de trabalho em equipa (Rezende & Duarte, 2017).

Ao longo dos estágios procurámos, em todos os contextos, através de uma postura calma, assertiva, de disponibilidade e de abertura, de respeito pelo papel e funções de cada elemento integrante da equipa, e com plena noção dos limites das nossas funções e competências, desenvolver e consolidar aprendizagens, e fomentar boas relações interpessoais, espírito de equipa e um clima positivo.

No contexto das consultas externas de pedopsiquiatria foram fundamentais as reuniões de equipa onde todos os elementos da equipa multidisciplinar assumiam papel ativo e importante nas tomadas de decisão e de referenciação. As relações interpessoais foram criadas e consolidadas de forma positiva, não só com a equipa multidisciplinar da pedopsiquiatria, mas também com outros elementos de diferentes áreas do departamento de psiquiatria, nomeadamente com as assistentes administrativas, assistentes operacionais, enfermeiros, médicos, seguranças, e com a senhora que trabalha no bar. Afinal, todos são importantes.

No âmbito do internamento, o bom relacionamento interpessoal, a liderança e gestão dos cuidados também foram uma preocupação constante, e em que a delegação de tarefas às assistentes operacionais e seu supervisionamento foi uma possibilidade.

No contexto do Projeto de Intervenção em Serviço, decidimos, face à tipologia das pessoas inscritas, professores e psicólogos, alguns com longas carreiras, utilizarmos uma liderança aproximada ao “Modelo de Liderança Aberta” (Charlene Li, 2011) que permite criar um espaço de paridade entre formadores/formandos, apresentando as orientações como roteiros em construção e admitindo colaboração, pelas intervenções e ideias partilhadas, na redefinição/reconfiguração de alguns momentos formativos, particularmente nas atividades desenvolvidas em dinâmica de pequeno grupo. A experiência deste tipo de liderança, baseada na motivação e inspiração que leva ao compromisso, obrigou – nos a uma revisão de literatura e levou-nos a um patamar diferente do exercício da liderança, que gostaríamos de consolidar ao longo do percurso profissional.

Para o desenvolvimento deste domínio de competências as Unidades Curriculares - Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, Gestão e Governança Clínica, e Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem trouxeram contributos essenciais.

Deste modo, consideramos que as competências do domínio C, ou seja, as competências C1 e C2 foram desenvolvidas com sucesso.

O **domínio das competências D**, está relacionado com o desenvolvimento das aprendizagens a nível profissional, alicerçadas na promoção do autoconhecimento e assertividade, e na evidencia científica (OE, 2019).

O desenvolvimento da competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, começou ainda antes do presente Mestrado, com a nossa grande vontade de querer evoluir como pessoa a nível pessoal e profissional. O processo de conhecimento de si e em contexto relacional sempre constituiu um foco de atenção pelo propósito de querer alcançar a nossa melhor versão em toda a sua amplitude. A nível profissional

é um dos fatores mais relevantes para alcançar os mais elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados, principalmente no âmbito dos cuidados de saúde mental.

Recorrer ao conhecimento de si para acompanhar a outra pessoa, implica explorar uma distância adequada no contexto relacional, possibilitar o aprimoramento do seu eu ideal como cuidador, descobrir um sentido para a sua práxis, e encontrar um equilíbrio entre a sua vida pessoal, familiar, espiritual e a sua vida profissional. O trabalho de introspeção é fundamental para o desenvolvimento das características essenciais como conselheiro, de acordo com Patterson e Eisenberg (2003), tais como: a capacidade de promover ambiente para a livre expressão e extroversão; de constituírem figuras inspiradoras de confiança e de segurança; de serem conscientes de quem são; de transmitirem interesse e respeito pelas pessoas, com profunda compreensão do comportamento humano e sua dimensão multidimensional; de possuírem uma visão global e atual; de ajudarem as pessoas a desenvolverem padrões de comportamento mais saudáveis; e de mobilizarem conhecimentos com base na evidência.

A frequência das Unidades Curriculares, como a de Desenvolvimento Pessoal e a da Relação de Ajuda, para além das várias leituras paralelas, trouxeram fortes contributos no processo de autoconhecimento, tendo instigado, desde logo, a sua aplicação prática no quotidiano, ainda antes dos estágios. Estes, foram, então, contextos, por excelência, para a sua aplicação e desenvolvimento. O processo de crescimento do “eu” é, sobretudo, realizado na dimensão relacional, e foram as várias situações e experiências que os estágios nos proporcionaram, que promoveram a nossa consciência e crescimento.

No contexto do desenvolvimento da dimensão de si em relação com o outro, o trabalho na componente da assertividade é fundamental. Esta pode ser utilizada como técnica de comunicação, ou como intervenção de enfermagem. A assertividade, como capacidade comunicativa “possibilita a uma pessoa expressar/defender uma determinada situação sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros, expressando-se de forma calma e sem agressividade para com o outro” (Sequeira, 2020c, p.199).

No tocante ao desenvolvimento da assertividade e autoconhecimento, centrais no desenvolvimento das competências do EEESMP, consideramos que, embora tenha sido percorrido um caminho favorável e considerável, ainda temos um longo percurso para o alcance da sua primazia.

Quanto à competência D2, procurámos, ao longo dos estágios, desenvolver a nossa conduta como facilitador de aprendizagens, nomeadamente, no estágio 1, realizámos uma formação em serviço (Apêndice V – Plano de Formação do Estudo de Caso e Apresentação), em que expusemos o caso clínico e discutimo-lo em equipa no final, fomentando partilhas e aprendizagens. A concretização do Projeto de Intervenção em Serviço também possibilitou a formação de acordo com as necessidades formativas do contexto, assim como, todas as intervenções desenvolvidas no estágio final (são detalhadas mais adiante nas Competências do EEESMP). Todas as intervenções desenvolvidas nos estágios foram baseadas na evidência científica. A evidência científica é sustentada por conhecimento que deve ser adquirido, aplicado, desenvolvido e divulgado. Assim, promovemos o progresso. Neste campo, escrevemos dois artigos, um para a revista / “Newsletter” do Centro

de Formação Ria Formosa, instituição pública dependente, do ponto de vista normativo, do Ministério da Educação, com o qual estabelecemos uma parceria institucional que nos permitiu submeter a nossa proposta de formação, receber a certificação da mesma e implementar os quatro módulos no espaço escolar onde se integra o referido Centro. Este artigo, respeitando o formato sinóptico que nos foi proposto pelo Centro, permitiu, ainda assim, uma narrativa integradora da forma como criámos um espaço motivacional que possibilitou a aderência às propostas de atividade que se foram desenvolvendo, concretizando os objetivos e superando as expectativas (Apêndice VI). Elaborámos, ainda, uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) (Apêndice VII), que reforça a importância das intervenções com os professores que promovem a SMP.

De facto, o autoconhecimento é intrínseco à excelência da competência profissional, porém não é suficiente que sejamos capazes de desenvolver a “leitura” intrapessoal e em relação com o outro de forma crescente e minuciosa, assim como, não basta adquirir conhecimentos científicos e de perícia na prática diária. A integridade profissional ou competência definida por Aristóteles, requer o desenvolvimento de um equilíbrio (Thompson, Melia & Boyd, 2004). E este, é, em si mesmo, um caminho que estamos fortemente motivados e dispostos a percorrer e a aperfeiçoar.

Deste modo, consideramos que as competências do domínio D, ou seja, as competências D1 e D2 foram desenvolvidas com sucesso.

Após a análise das CCEE, seguidamente, no ponto 5.2.2, refletimos acerca das competências do EEESMP.

5.2.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

O EEESMP, com base na excelência relacional, na mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e no desenvolvimento de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, presta cuidados às pessoas numa perspetiva holística e ao longo do ciclo vital. Deste modo, “foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018a, p.21427).

O EEESMP, segundo a OE (2018a) assume quatro competências específicas descritas no Regulamento nº515/2018, 2ª série, nº151 de 7 de agosto de 2018:

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

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

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

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (p.41427).

A **primeira competência** definida na alínea a) está relacionada com o processo de autoconhecimento do EEESMP. É através da relação que o enfermeiro estabelece com o seu “eu”, e toda a sua componente multidimensional, que integrados num determinado contexto e em permanente interação dialética com outras pessoas e realidade circundante, que se desenvolve o autoconhecimento e a autoconsciência tão basilares na definição qualitativa de uma relação e resultados obtidos (Chalifour, 2008). Este processo está associado à personalidade, percepção, concepções, representações, hábitos, conhecimentos, competências e as relações estabelecidas, sendo, pois, essencial na fundamentação das premissas que sustentam a práxis do EEESMP e modelo por ele desenvolvido.

O EEESMP recorre ao seu “eu” como um todo, como instrumento terapêutico, ao influenciar a capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e, desenvolver intervenções.

O conhecimento e a consciência de si, nomeadamente a nível de valores e crenças, permitem ao ser humano avaliar, verificar e melhorar a sua atuação, envolvendo-se num processo de desenvolvimento, e assim, de promoção da autonomia e da responsabilidade. Deste modo, “aprender a conhecer, reconhecer as nossas emoções, as suas manifestações, escrever, descrever o que nos sobressalta, ou nos aterroriza, é certamente progredir no conhecimento e no autodomínio (Rispaill, 2003, p.31). Deste modo, as reflexões diárias escritas que realizámos foram essenciais no processo de desenvolvimento pessoal.

O processo de autoconhecimento parte da atitude constante de questionar, pois mais importante do que obter novas respostas é formular novas indagações (Elder & Paul, 2002). A formulação de questões, associada ao pensamento reflexivo, é essencial. A reflexão é considerada uma ferramenta de aprendizagem que promove a aquisição de conhecimentos com significado, que deve ser combinada com o pensamento

crítico. Ao analisar qualquer situação, é o pensamento crítico que desenvolve o conhecimento e o entendimento, que apoiam a formação da identidade pessoal e profissional do enfermeiro, com repercussão na qualidade dos cuidados prestados (Nicol & Dosser, 2016).

A autoconsciência está na base da compreensão e aceitação da singularidade e das diferenças alheias. A consciência é “a chave para uma vida examinada” (Damásio, 2008, p. 24), sendo que no seu conceito mais simples favorece o reconhecimento do “impulso irresistível para conservar a vida e desenvolver um interesse por si mesmo” (Damásio, 2008, p. 24) e, no seu conceito mais complexo apoia no desenvolvimento do interesse “por outros si mesmos e a cultivar a arte de viver” (Damásio, 2008, p. 24).

A nossa qualidade de autoconsciência está associada à nossa percepção, a qual é subjetiva e seletiva, podendo ser falível, e são vários os fatores que a determinam, como as crenças e valores supracitados, assim como o nível de satisfação de necessidades (Phaneuf, 2005). Assim, compreendemos a importância da associação positiva entre autoconhecimento, autocuidado e qualidade dos cuidados prestados. Madeira e colaboradores (2020, p.29) referenciaram “um ciclo de retroalimentação positivo, em que profissionais de saúde mais saudáveis prestam cuidados mais humanizados, o que, por sua vez, contribui para uma redução do peso assistencial, ao condicionar um melhor estado de saúde destes profissionais”. Neste sentido, procurámos fomentar estilos de vida saudáveis com foco na promoção da saúde mental, e assim, começámos a praticar meditação e a técnica da respiração profunda diariamente.

De fato, o processo de autoconhecimento e pessoalidade do enfermeiro desenvolve-se num trabalho interior e em alteridade, em que ambos estabelecem uma interação dialética e dialógica, resultando numa relação terapêutica de co-construção e de co-evolução. Este aspeto adquire especial relevo, sendo a relação enfermeiro-pessoa alvo de cuidados, o cerne da práxis do EEESMP. Deste modo, a relação pode ser expressa como contexto de todo o cuidado e pode ser uma relação como uma estratégia separada de intervenção terapêutica (Lopes, 2018). A relação, quer no primeiro caso, quer no segundo caso, são elementares na dimensão do cuidar em enfermagem, sendo que toda a relação tem potencial terapêutico (Lopes, 2018).

No contexto da relação estabelecida entre o enfermeiro - pessoa alvo de cuidados, é fundamental desenvolver estratégias para observar e captar todo o quadro simbólico que o outro possa expressar, e desta forma o enfermeiro elabora como que um “puzzle”, e numa incessante comparação e experimentação em partilha, atualiza na sua interioridade e, sempre em co-construção na relação estabelecida com o outro (Abreu, 2011).

Ainda no que respeita ao crescimento do autoconhecimento e bem-estar, o desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço foi crucial, não só pela temática em si, como também pelo seu processo no todo (criação, implementação e resultados). A temática foi acerca da promoção da literacia da saúde mental positiva (SMP) nos professores e sua relação com a profissionalidade docente. Para nós desenvolvermos este projeto estudámos previamente o assunto, assimilámos, processámos e transmitimos, e posteriormente, no contexto da relação com os professores, aprofundámos. No tocante à SMP, esta apoiou grandemente o nosso

crescimento pessoal, principalmente no tocante à literacia emocional e de reforço numa perspetiva otimista no futuro. Permitiu-nos adquirir ferramentas para expandir o nosso potencial como pessoas em toda a sua expressão, para alcançar modos mais ajustados de gerir as adversidades da vida em toda a sua amplitude, para lidar melhor com a incerteza característica do plano existencial, e a aproveitar os seus aspetos positivos, valorizando o pormenor e a simplicidade.

A evolução na consciência de si também integra a reflexão acerca das nossas vulnerabilidades e dificuldades. Considerámos importante dar atenção a qualquer desconforto que se possa sentir, pois “negar ou ignorar a existência de um desequilíbrio não faz com que ele desapareça. A solução para restabelecer o equilíbrio e encontrar esta harmonia interna é a congruência, que apenas se expressa na acção” (Lazure, 1994, p. 146). As dificuldades que sentimos prenderam-se com a in experiência total prévia de contato com as realidades da psiquiatria, da pedopsiquiatria, do serviço de urgência e da escola (para além do papel anterior de aluna/estudante), as quais nos colocaram desafios, que gradualmente foram ultrapassados e superados. Um dos desafios foi a criação de relação de confiança com os professores em contexto escolar.

Assim, concluímos que todo o processo que envolveu a aquisição da primeira competência foi potenciada de forma positiva. Este foi um processo complexo que abarcou a assimilação da componente teórica, o conteúdo e vivência experiencial, e o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo na e sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na ação, bem como a nível das relações estabelecidas. Estas englobam as relações que o enfermeiro estabeleceu com as pessoas alvo de cuidados/família/pessoas significativas, mas também com outras pessoas, nomeadamente enfermeiros da equipa, onde as reuniões de serviço e passagens de turno constituíram momentos privilegiados de crescimento.

A **segunda competência**, definida na alínea b), aborda o processo de recolha de informação que é imprescindível para conhecer a condição de saúde mental e desenvolver a intervenção no âmbito da promoção e proteção da saúde e prevenção da doença mental. O processo decorre ao longo do ciclo de vida das pessoas e nos seus diferentes contextos interpessoais – família, grupo e comunidade, e recorre a diferentes formas de avaliação; nestas estão incluídas as habilidades de comunicação, técnica de entrevista, a capacidade de observação e de abertura ao outro, bem como a avaliação holística da pessoa alvo de cuidados e registos (OE, 2018a). Assim, a relação enfermeiro-pessoa alvo de cuidados e dimensão holística é basilar para a prática do enfermeiro. As relações estabelecidas são intencionais, processuais, em que se desenvolve a avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica de forma sistemática e ao longo do tempo, constituindo um processo gradual, incremental e em espiral (Lopes, 2018).

De acordo com College of Nurses of Ontario [CNO] (2013) existem cinco componentes básicas integrantes do processo de relação terapêutica, tais como: confiança, respeito, intimidade profissional, empatia e poder. A estes, podemos acrescentar o cuidado e a conexão emocional ou aliança terapêutica (Lopes, 2018). A nível das componentes supracitadas, gostaria de expressar algumas dificuldades quanto à empatia, pois, por vezes, é difícil evitar o mimetismo afetivo descrito por Phaneuf (2005), garantindo o distanciamento emocional

para assegurar a objetividade e a resposta profissional adequada. “Ter empatia não é viver o problema do outro, mas compreendê-lo” (Sequeira, 2016, p. 116), porém esta clivagem não é fácil de concretizar, pois para compreender é preciso haver algum envolvimento, como tal, “o limite entre o envolvimento e o distanciamento que lhe permita aceder ao outro é algo que cada um necessita de trabalhar” (Sequeira, 2016, p. 116). Este foi um trabalho que desenvolvi de forma positiva, ao longo dos estágios. Quanto à conexão emocional ou aliança terapêutica é essencial promover, sendo mais importante a nível dos resultados, do que qualquer técnica que o terapeuta possa utilizar (Lopes, 2018). No respeitante à interação com os adolescentes e na construção de uma relação empática que promovesse a livre expressão de emoções, uma das estratégias que utilizámos e que teve sucesso, foi na procura de pontos comuns entre o adolescente e nós. Aqui, o gosto pela música, o conhecimento dos seus diferentes estilos e ligação afetiva e emocional, para além de competências na área do canto, apoiaram-nos no estabelecimento de relações de confiança com os vários adolescentes na consulta. Neste campo destacamos a relação com uma adolescente que veio à consulta de acompanhamento e apresentou-se em silêncio, com discurso pobre, e quando procurámos pontos comuns, onde a música e o gosto pelo canto se destacaram, ocorreu gradualmente a livre expressão de emoções com possibilidade de desenvolver intervenção psicoterapêutica (Apêndice VIII). De facto, os adolescentes atribuem importância à música nas suas vidas e, segundo a *American Academy of Pediatrics* (2009) é frequente as raparigas, perante estados emocionais de solidão e de desânimo, expressarem-nos através da música. A intervenção através da música nos adolescentes e a identificação de temas de interesse comum no estabelecimento de uma relação de confiança e empática está bem documentado na literatura (OE, 2010; WHO, 2012; Rathbone & Baron, 2015).

O recurso à música é abordada na Grande Teoria de Enfermagem de Martha Rogers como sendo uma possibilidade de intervenção a desenvolver pelo enfermeiro, onde é importante o diálogo com significado, o cuidado centrado e a pandimensionalidade autêntica (Gunther, 2014).

A relação entre o enfermeiro - pessoa alvo de cuidados/família/pessoas significativas tem início quando a pessoa nos é apresentada, o que não implica a sua presença física, bastando haver menção à sua existência. Esta apresentação leva a uma representação, a qual condiciona o primeiro contato (Sapeta, 2010). Este primeiro momento é fundamental no processo da relação terapêutica e coincide com o princípio da avaliação diagnóstica direta. A avaliação diagnóstica é conduzida sob três sentidos: o que a pessoa doente sabe, o que a preocupa e quais as suas estratégias/capacidades (Lopes, 2006). Estes aspetos dão-nos acesso à história da pessoa como esta a entende. As histórias são uma dimensão fundamental da experiência humana. Elas ligam humanos a outros humanos e tempos a outros tempos. As histórias expressam quem são as pessoas, onde estiveram e para onde estão indo. Ajuda as pessoas a obterem novos *insights* e uma maior compreensão de si próprios, pois estas estão imbuídas não apenas de eventos, mas de uma realidade simbólica e de interpretações que se apoiam na atribuição de significado na vida de cada pessoa em particular (Smith & Liehr, 2014).

Para entender a pessoa doente, mais do que a componente objetiva da realidade, é o modo vivencial desenvolvido pela mesma (Abreu, 2011).

Na sua avaliação, para obter uma informação mais detalhada, é importante que o enfermeiro desenvolva a sua capacidade de análise e de observação, considerando a pessoa alvo de cuidados sob várias perspetivas. Numa perspetiva da pessoa como objeto significativo, ou seja, apresentação, postura, morfologia, mímica, expressão, motricidade, os olhos, entre outros.

Em termos de avaliação diagnóstica e sua natureza, esta vai depender, sobretudo, das conceções do enfermeiro no que concerne à enfermagem, saúde, pessoa, ambiente, entre outros.

A avaliação deve abarcar vários aspetos a nível geral: história pessoal e familiar; apresentação geral; expressão mímica e habilidades motoras; contato e idioma; estado de consciência; autoconsciência; consciência do corpo; impulsos e vontade; humor; sentimentos e emoções; pensamento e linguagem; memória, orientação e percepção; e funções biológicas vitais (Lopes, 2018; Querido et al, 2019). Esta avaliação procura entender a repercussão das modificações a nível do autocuidado, de acordo com as relações familiares e sociais da pessoa, cooperando na compreensão dos processos de transição, no respeitante à autoconsciência, condições de transição e padrões de resposta. Assim, em todos os campos de estágio, abordámos a pessoa alvo de cuidados e sua dimensão holística nos cuidados desenvolvidos. No estágio final, nas consultas de pedopsiquiatria, quer na avaliação inicial, quer durante o processo terapêutico, foi crucial o envolvimento da família/pessoas significativas/ tutores legais. Frequentemente, o acompanhamento era feito por telefone, facilitando o acesso e a avaliação, nomeadamente quanto à adesão terapêutica. Quanto à nossa passagem pelo serviço de urgência, e no tocante à recolha de informação, também procurámos desenvolver uma abordagem multidimensional, possibilitando obter uma compreensão global da história da pessoa alvo de cuidados/família/pessoa significativa e, assim, poder prestar cuidados seguros e de qualidade.

No primeiro estágio, ressaltamos a realização de um estudo de caso. Este teve por base o estabelecimento de uma relação terapêutica, onde a empatia e confiança foram essenciais para o desenvolvimento de uma relação de co-construção e de co-evolução. Foi um utente com o diagnóstico médico de perturbação delirante crónica e demência, tinha humor depressivo, embotamento afetivo, e cuja interação social era quase nula, pelo que foi difícil o acesso à informação, para além do que era um senhor que não tinha família, nem visitas. Todavia, através do recurso a diferentes estratégias e de habilidades de comunicação, e de escuta ativa num percurso construído diariamente, foi possível estabelecer uma relação terapêutica com o utente. E, embora tivéssemos tido conhecimento da presença de uma amiga, não conseguimos ter acesso à mesma, mesmo após vários contactos. Assim, a colheita de informação acerca da história pessoal, familiar e social do utente ficou comprometida, possibilitando a realização do genograma, mas não do ecomapa. Deste modo, planeámos, preparámos e realizámos uma entrevista inicial, e posteriormente outras. Fizemos a avaliação do estado mental e co-construímos o PIC.

A avaliação diagnóstica implica duas realidades complementares. A primeira, que se refere à avaliação diagnóstica inicial, e que implica momentos formais na sua componente de entrevista clínica, e a segunda

realidade, que consiste na reavaliação sistemática e que decorre no processo de prestação de cuidados (Lopes, 2018). Assim possibilita-nos uma avaliação contínua quanto aos objetivos propostos e ajustar.

No âmbito da recolha de informação e avaliação das necessidades em saúde mental no grupo de professores da escola, com a qual a consulta de pedopsiquiatria tinha ligação, escutámos e entrevistámos o psicólogo (elo de ligação entre a enfermeira orientadora e escola), efetuámos uma pesquisa exaustiva acerca da temática, e abordámos uma professora com experiência e currículo de excelência nesta área. Esta abordagem resultou numa parceria afetiva e profissional, mobilizada por uma grande motivação, e numa colaboração interprofissional, a qual procurou uma avaliação e intervenção mais adequada e ajustada, tendo em conta a população alvo. No tocante às leituras efetuadas, destacamos vários documentos, como sendo essenciais: o Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE] (DGS, 2015), o Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017); Programas de Aprendizagem Socioemocionais em Contexto Escolar, baseados essencialmente no Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar (Carvalho et al, 2016b); e um outro estudo - Saúde Psicológica e Bem-Estar (Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, 2022). De facto, o professor enfrenta diversos desafios e exigências na sua prática docente aos quais tem de dar resposta e, ainda mais importante, devem ter uma ação proativa, pelo que o empoderamento deste grupo profissional é elementar. Assim, apoiámos no desenvolvimento pessoal e profissional, reduzimos a probabilidade de surgirem doenças mentais, e no caso da sua eventual presença poderemos identificar, intervir e encaminhar, ou simplesmente promover proximidade e abertura de acesso aos serviços de apoio de saúde mental. E, indiretamente, promovemos as relações interpessoais do professor com o aluno, com os colegas, com o pessoal não docente, contribuindo, no todo, para o sucesso do propósito da comunidade educativa. No processo de recolha de informação e de avaliação das necessidades, foi fundamental conhecer alguns dos normativos elementares da conduta profissional dos docentes que os orientam, não só quanto à componente pedagógica da função, quanto ao perfil socioemocional e sua expressão nas competências de uma saúde mental positiva. Os normativos principais foram o Decreto –Lei nº 54/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018a) e Decreto – Lei nº 55 /2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018b) ou o Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória (Despacho nº 9311/2016). Outro aspeto muito importante na avaliação das necessidades dos professores, foram as reuniões formais com a Diretora do Centro de Formação de Professores que partilhou ideias e relevou o valor da formação, sendo que a formação modular foi acreditada pelo Ministério da Educação.

Durante a realização do projeto, nos momentos do lanche, houve partilhas e relações de 1:1 em que os formandos partilhavam assuntos pessoais, preocupações e dúvidas. Neste contexto, houve uma situação em que uma formanda nos questionou, procurando conhecer algumas estratégias para ajudar alguém num momento de crise, e nós abordámos algumas noções, de forma sintética e geral, tendo em conta o limite de tempo, as quatro ações do programa de primeira ajuda descrito por Costa e colaboradores (2020). A primeira ação está relacionada com a proximidade e a relação de confiança e de garantia de confidencialidade que se

estabelece com a pessoa, em que esta, que precisa de ajuda, não se sente julgada e sente o real interesse da outra parte. A segunda ação está focada nas necessidades detetadas e em estratégias de resolução de problemas e de auto-ajuda. Na terceira ação incentivamos a pessoa a procurar apoio formal e informal, devendo-se manter a relação com a pessoa até, pelo menos, o encaminhamento. No final, e sendo a quarta ação focada no autocuidado, reforçámos a sua importância e o quanto a AF a decorrer pode ajudar ao fornecer estratégias nesse sentido. Assim, a formação possibilitou abrir múltiplos caminhos, permitindo-nos recolher mais informação, estabelecer outros diagnósticos com outras possibilidades de intervenção. Neste campo, após a formação, poderíamos ter desenvolvido o programa de primeira ajuda em saúde mental e, após aplicação dos questionários que avaliaram a saúde mental positiva, poderíamos iniciar o programa de saúde mental positiva desenvolvido por Teixeira, Sequeira e Lluch-Canut (2020).

Deste modo, podemos concluir que desenvolvemos a segunda competência.

A **terceira competência** definida na alínea c) está relacionada com a organização e análise dos dados, com a determinação de um diagnóstico, estipulação dos resultados esperados, planificação, elaboração do plano de cuidados com a pessoa alvo de cuidados e dimensão holística, e com a equipa de saúde (OE, 2018a).

A colheita e avaliação da informação, assim como a avaliação da eficácia das ações implementadas constitui um processo complexo, o que implica o desenvolvimento do pensamento crítico (Alfaro-LeFevre, 2009). O pensamento crítico está relacionado com a habilidade para pensar de forma criativa e com rigor acerca da situação clínica em particular, com base em conhecimentos, como também na disposição para o questionamento, flexibilidade e abertura, tendo por base o autoconhecimento e a existência de ideias pré-concebidas, com eventual disposição para reconsiderar (Tanner, 2006).

O pensamento crítico e o processo de raciocínio clínico estão associados e são influenciados pela atitude da pessoa (enfermeiro), perspetiva filosófica e preconceitos (School of Nursing and Midwifery Faculty of Health, University of Newcastle, 2009). O processo de raciocínio clínico não é linear, mas funciona em espiral. Está associado à realização do Processo de Enfermagem o qual abarca diferentes fases, como a avaliação inicial, diagnóstico da situação de desequilíbrio, planeamento, implementação e avaliação (Amaral, 2010).

No tocante aos diagnósticos de enfermagem a North American Nursing Diagnosis Association [NANDA] (NANDA, 1990) definiu-os como “um julgamento clínico das respostas do indivíduo aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”. Em Portugal o diagnóstico de enfermagem está definido na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), como “um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação” (OE, 2009a, p.14). Assim, após a definição de diagnósticos, são planeadas as intervenções de acordo com os resultados esperados e o PIC é elaborado sempre em estreita colaboração com o utente, sendo permanentemente reavaliado e reajustado, de acordo com a evolução da pessoa doente/família.

No decorrer dos estágios, no contexto dos cuidados prestados, houve a oportunidade de elaborar vários PIC. No estágio 1, foram elaborados vários planos de cuidados com o apoio da plataforma informática – SClínico, e foi também realizado um estudo de caso. O SClínico permitia o fácil acesso e partilha entre a equipa de enfermagem e outros elementos da equipa de saúde. A execução de registos nos dois estágios foram uma preocupação constante, havendo o cuidado com o seu rigor, como forma facilitadora de transmissão de informação na equipa de enfermagem e com os outros elementos da equipa de saúde, nos momentos de transição dos cuidados, e quanto à sua componente ética e legal.

No estágio final, foram realizados vários PIC, que se encontram no Apêndice IX. Neste estágio, o enfermeiro desempenhava o papel de Terapeuta de Referência (TR), assumindo, por vezes, a metodologia de gestão de caso, o que foi muito enriquecedor. O TR, e em especial o EEESMP no papel de TR, o qual é citado por vários autores como o mais qualificado para o desempenho do papel de gestor de caso, assume funções como facilitador da permanência da pessoa na comunidade e sua integração, potenciando ao máximo a sua autonomia, por meio de um conjunto de atitudes, métodos e procedimentos que estimulam o seu poder de iniciativa, de participação, maximizando capacidades e sucessos (Brito, 2018). O TR facilita a adesão ao tratamento, detetando antecipadamente sinais de alerta e promovendo o desenvolvimento de estratégias de intervenção em crise e, assim, diminui probabilidade de recaídas e reinternamentos (Brito, 2018). E, no seio de uma equipa multidisciplinar, foi importante a participação e a consolidação da perceção do papel do EEESMP sob um modelo colaborativo e articulado na equipa em que desenvolve intervenções autónomas e interdependentes.

Ainda no que concerne ao Projeto de Intervenção em Serviço, definimos como diagnóstico de enfermagem Autoconhecimento, segundo a linguagem padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (INC, 2019). Quando procurámos identificar o tipo de formação que poderíamos propor para os professores e que pudéssemos enquadrar na promoção da SM e LSMP iniciámos um trabalho prévio que podemos encontrar descrito no Projeto de Intervenção (4.2.1 – Diagnóstico Preliminar), e ficou claro que os vários estudos e programas, alguns deles resultantes de parcerias institucionais entre Saúde e Educação, evidenciavam a exigência de permanente adaptação do professor, face a novos normativos e políticas, tornando-se, altamente desejável o desenvolvimento de uma “auto – consciência” construída/reforçada, a partir de modelos de SMP e Perfis de Competências Socioemocionais. A formação realizada no âmbito do Projeto de Intervenção, partiu, então, do diagnóstico de enfermagem – Autoconhecimento. E, utilizando o diagnóstico de enfermagem e o modelo de Teresa Lluch, garantimos, aos professores e psicólogos participantes, um reforço e consolidação de conhecimento e competências, que resultaram em capacitação e empoderamento para o seu quotidiano pessoal e profissional. Desenvolvemos, assim, um plano de intervenção, que foi sendo ajustado com a população alvo, de acordo com as suas necessidades, e avaliámos os resultados através da aplicação de um questionário validado e de um questionário que foi construído para avaliar conhecimentos e quanto ao nível de satisfação com a formação. Tal como já afirmámos, promovemos o

empoderamento das pessoas quanto ao seu nível de autoconsciência e quanto ao conhecimento de estratégias para maximizarem o seu potencial, e, deste modo, exercerem a sua influência numa perspetiva sistémica, nomeadamente na sua profissionalidade docente.

No decurso dos estágios tivemos, também, a oportunidade de avaliar e intervir com pessoas com diferentes diagnósticos médicos, com diversas perturbações mentais e do comportamento com origem em quadros de cariz agudo e crónico. Os estágios permitiram-nos desenvolver a capacidade de identificar situações de risco e agir de forma antecipada, nomeadamente no serviço de urgência. Possibilitou-nos desenvolver competências no âmbito da medicação, no tocante à sua monitorização e administração, e quanto à promoção da adesão ao regime medicamentoso e na gestão do regime terapêutico. Neste campo é crucial que o EEESMP estabeleça a aliança terapêutica, desenvolva estratégias educativas, motivacionais e comportamentais, como também constitua elo de ligação com outros técnicos (OE, 2021). No contexto das consultas de pedopsiquiatria, para avaliarmos a adesão aos tratamentos, aplicámos uma escala – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), a qual integra um projeto em vigor no presente serviço, e que visa a promoção da adesão terapêutica. A aplicação desta escala está visível no final dos planos de cuidados realizados com os utentes (Apêndice IX).

Pelo exposto, consideramos ter desenvolvido esta competência.

A **quarta competência** definida na alínea d) está relacionada com a capacidade do EEESMP mobilizar cuidados psicoterapêuticos, psicossociais, sócio terapêuticos e psicoeducacionais e, assim, apoiar a pessoa alvo de cuidados a “atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere” (OE, 2018a, p.21430). O processo terapêutico foca-se em “recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental” (OE, 2018a, p. 21430).

Os estágios constituíram contextos ricos de experiências, que nos possibilitaram desenvolver vários tipos de intervenções mediante os planos de cuidados co-construídos com a pessoa alvo de cuidados e dimensão holística.

No decurso dos estágios houve a possibilidade de planejar, preparar e realizar várias entrevistas, sendo que a entrevista clínica pode ser definida como

uma interação comunicativa entre um profissional de saúde e uma pessoa, grupo ou família, pela qual o profissional organiza um processo de observação e de recolha de informações através de questões, com o objetivo de compreender os detalhes do problema de saúde da pessoa e caracterizar o contexto no qual a pessoa e o problema se inserem (Sequeira, 2020b, p.90).

As várias entrevistas foram elementares na formulação dos diagnósticos e na realização dos PIC, sempre em estreita colaboração com os utentes. É crucial que as entrevistas, com relevo para a entrevista inicial, decorram num clima de acolhimento, de aceitação e de real interesse pela pessoa, bem como de um trabalho prévio de reflexão pessoal do profissional, à eventual ocorrência de fenómenos, de transferência e contratransferência. Em contexto de internamento compulsivo sentimos, por vezes, algumas dificuldades na

presença de um “cliente relutante”, na designação de Patterson e Eisenberg (2003), em que ele, se tivesse opção de escolha, não estaria na presença de um profissional e a falar sobre si. O pedido de ajuda não parte de si, mas de terceiros. No âmbito da consulta de pedopsiquiatria também, frequentemente, as crianças/adolescentes não iam à consulta por sua iniciativa, e sim, conduzidos pelos pais/tutores. Estas situações constituíram experiências únicas de crescimento pessoal e profissional.

No que concerne às relações estabelecidas entre a pessoa alvo de cuidados e o enfermeiro, a relação de ajuda (RA) assumiu grande expressão ao longo dos estágios. A RA descrita no Modelo de Relação de ajuda Profissional, de acordo com Chalifour (2008), é definida como a

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

A RA, através do estabelecimento de um clima de confiança e de respeito caloroso, procura garantir que o cliente se sinta compreendido, ajudando-o a ultrapassar uma dificuldade, a resolver uma situação atual ou potencial, a encontrar um modo relacional funcional consigo próprio e os outros, e a perscrutar o seu sentido de existência (Lazure, 1994; Chalifour, 2008).

A capacidade crescente de desenvolver a RA revelou-se essencial na prestação de cuidados de qualidade. Neste campo, os princípios de helicidade, integralidade e ressonância, bem como os postulados que abrangem o campo energético, abertura, padrão e pandimensionalidade foram primordiais como recurso para uma melhor compreensão da dimensão da pessoa alvo de cuidados, que ambas as teóricas Martha Rogers e Parse utilizam como fundamento. No âmbito da teoria de Parse – “Tornar-se Humano”, foi importante a valorização dos significados, qualidade de vida e preferências da pessoa, assim como a noção de sentido, que surge das expressões verbais e não verbais das pessoas em relação com o universo, sendo que aquele se amplia à medida que as pessoas “vivem o seu tornar-se num ser”. (Mitchell, 2004, p. 601). Na nossa prática tivemos sempre presente o que Parse definiu como fundamentos essenciais ao enfermeiro, tais como:

- Conhecer e usar as estruturas e teorias de enfermagem.
- Estar disponível para os outros.
- Valorizar os outros como uma presença humana.
- Respeitar as diferenças de pontos de vista.
- Possuir aquilo em que acredita e ser responsável pelas suas ações.
- Avançar para o novo e o não experimentado.
- Ligar-se aos outros.
- Ter orgulho em si próprio.
- Gostar daquilo que faz.

- Reconhecer os momentos de alegria nos esforços da vida.
- Gozar o mistério e estar aberto a novas descobertas.
- Ser competente na sua área escolhida.
- Descansar e começar de novo.

(Mitchell, 2004, p. 602)

Os estágios também proporcionaram o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, as quais procuraram responder a diferentes diagnósticos de enfermagem, como por exemplo aos diagnósticos - Ansiedade e a Baixa-Autoestima, entre elas destacamos a programação de duas atividades com uma adolescente, que se designaram por “Situação Difícil? Eu Páro, Respiro e Relaxo” e “A Música e as minhas Qualidades, o que Melhorar e Como Fazê-lo?” (Apêndice VIII). Estas atividades tiveram por base o Modelo Procedimental das Intervenções Psicoterapêuticas (OE, 2018b).

A primeira atividade foi desenvolvida e teve grande impacto positivo manifesto pela adolescente, tendo agradecido a oportunidade de reflexão, de apoio emocional e motivacional, e de aprendizagem de novas ferramentas para aplicação prática no quotidiano. Esta avaliação positiva também teve reflexo na avaliação do pulso que diminuiu entre os momentos antes e após intervenção, de 70 para 60 ppm (pulsações por minuto). A avaliação da pressão arterial, conforme programada, não foi possível avaliar por condicionantes do contexto. Um dos aspetos que nos chamou à atenção, foi quando a adolescente chegou de manhã ao serviço para a realização da atividade, e apresentava grande motivação na sua expressão verbal e não verbal. As intervenções desenvolvidas consistiram na aprendizagem da respiração abdominal e no desenvolvimento da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson. No final da sessão, foram apresentados, e oferecidos, quatro cartões com imagens de componente positiva, de forma a promoverem uma atitude positiva, de reflexão e de livre expressão de sentimentos e emoções. O objetivo era sugerir, após a realização da segunda atividade, guardar numa caixa, preparada por nós, e designada por “Baú dos valores”, estes cartões e outros pertences aos quais ela associe boas memórias, que promovam a sua saúde mental e bem-estar. O momento de reflexão foi essencial, e foi neste instante, que a enfermeira orientadora sugeriu o recurso à música como estava planeado na segunda atividade. A música é um recurso ao qual os enfermeiros podem recorrer, como mediador expressivo de comunicação com os adolescentes, principalmente, quando a adolescente nos tinha mencionado que a música e o canto, são das suas atividades preferidas. Acrescentamos ainda que, anteriormente, a adolescente tinha mencionado que adorava a música “Melhor de mim” popularizada pela cantora Mariza. Cumprindo todos os critérios, conforme explicado na atividade colocámos a música e a jovem teve a iniciativa de começar a cantar, e passados breves instantes, começámos nós a cantar em uníssono com a jovem. No final, a jovem abraçou-nos e agradeceu o momento de livre expressão e de aceitação plena. Este momento também coincidiu com a exploração da letra e seu significado para a utente. No final, na fase 3 – Conclusão, da intervenção psicoterapêutica, para além de obter a avaliação da pessoa acerca da intervenção e da prescrição para a ação, procurámos explorar os recursos na comunidade. A utente referiu que iria continuar a praticar as

estratégias desenvolvidas, mas confessou que um dos aspetos que mais a preocupava era não ter ninguém para partilhar e conversar e que isso lhe aumentava os níveis de ansiedade. Quando questionada se teria alguém nas suas relações interpessoais em quem confiasse, ela referiu que não tinha, a não ser a sua tutora, pelo que foi incentivada a comunicar com a tutora, para além, de reforçarmos, que estamos sempre ali, sempre que ela precise.

Quanto à segunda atividade, não foi possível realizar por condicionantes do contexto.

A preparação do ambiente envolvente constituiu peça fundamental nos resultados alcançados com a intervenção, pois preocupámo-nos em promover um ambiente acolhedor, calmo e relaxante. Diminuímos a luminosidade, colocámos uma música relaxante (levámos tablet e coluna), levámos um colchão e manta, tendo em conta as condições de temperatura baixas no momento. Também foi importante o recurso a uma voz calma e pausada.

A nossa intervenção tinha sempre o cuidado de envolver a pessoa alvo de cuidados e família/pessoas significativas. Neste campo, no último estágio, tivemos a oportunidade de desenvolver intervenções, como, por exemplo, algumas sessões de treino de competências parentais, que é uma intervenção que apoia os pais a trabalharem os padrões disfuncionais no plano relacional com os filhos (Costa & Simões, 2020). Estas sessões alcançaram resultados positivos visíveis na qualidade da relação entre pais e filhos, e no nível de satisfação manifesto por ambas as partes. No âmbito da intervenção com as famílias, também preparámos quatro sessões psicoeducativas (Apêndice X) tendo como população alvo duas mães de adolescentes com o diagnóstico médico de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e com o diagnóstico de enfermagem - Stress do Cuidador, segundo a linguagem padronizada da CIPE (INC, 2019).

De fato, é essencial apoiar os pais de pessoas com PEA, e uma das intervenções com melhor evidência científica é a Psicoeducação Familiar (Bearss et al, 2015; Kalalo, Yuniar & Ariyanto, 2021; National Institute of Health and Care Excellence, 2021). De acordo com o Regulamento n.º 356/2015, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental Psicoeducação é

uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos fatos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento – é projetada para ser parte de um plano global de tratamento. (OE, 2015c, p.17039)

Contudo, devido a condicionantes do contexto, não foi possível a sua aplicação prática.

O acompanhamento das famílias e utentes, através do desenvolvimento de relações psicoterapêuticas, possibilitou momentos de apoio emocional, promoção da literacia acerca das doenças e processo terapêutico, e de uma abordagem que procurou diminuir o estigma e fomentar a inclusão.

No decurso do estágio 1 foram desenvolvidas várias atividades com as pessoas internadas, como a escrita e os desenhos, que lhes possibilitou a livre expressão de sentimentos e emoções, e até a partilha com as outras pessoas internadas. Assim, promovemos a interação interpessoal.

Em ambos os estágios houve preocupação quanto à promoção da reabilitação psicossocial das pessoas alvo de cuidados. No tocante ao internamento, que é caracterizado pelo processo de acolhimento e de alta, este último, era um foco da ação, desde logo de início aquando do internamento da pessoa. O Planeamento da Alta deve ser estruturado em unísono com os restantes elementos da equipa de profissionais de saúde (enfermeiros e outros), de forma a se promover o espírito de equipa, a circulação da informação e a complementaridade das intervenções, na tentativa de potenciar o mais alto nível de recuperação da pessoa doente.

A realização do Projeto de Intervenção em Serviço procurou promover a literacia em saúde mental positiva com base numa estrutura psicoeducativa, e que, tendo por base o diagnóstico de enfermagem Autoconhecimento, visou capacitar os professores com ferramentas para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Incrementar o potencial dos professores através da promoção do conhecimento das diversas ferramentas a que podem recorrer, da criação de espaços de reflexão e de partilha tão vitais no desenvolvimento do seu desempenho e construção do seu caminho pessoal, foi fundamental. Afinal, o contexto, onde os professores estão inseridos, repleto de múltiplas variáveis de diversas exigências, desafios e eventuais conflitos, nomeadamente quanto à promoção do bem-estar dos alunos e seu desempenho escolar são constantes. Desta forma, as sessões foram constituídas por uma componente educativa, afetiva, de apoio emocional, de interação social, de trabalho em grupo, foi relevada a importância da partilha e de reflexão em pequenos e grandes grupos, e a valorização da personalidade no todo e seu contributo essencial para a evolução do mesmo, assim como do trabalho de reflexão individual. Desde o início estabelecemos o contrato pedagógico que foi sendo reestruturado ao longo das sessões, sendo que em andragogia é crucial a sua permanente negociação (Rodrigues & Ferrão, 2016). No princípio das sessões preocupámo-nos em procurar estabelecer um compromisso global de que a informação partilhada naquele contexto ali ficasse, e ao longo das sessões as partilhas foram, gradualmente, de maior profundidade e autênticas entre todos os formandos e formadores. A vulnerabilidade constituiu fator de crescimento, de afetividade, e de bem-estar. De acordo com Renaud (2001, p.33) “O mundo dos afetos marca tão intensamente a nossa afeição pelo mundo” que “o mundo vivido é o mundo da consciência e a consciência é sempre uma consciência afetiva”. A realização deste projeto implicou o desenvolvimento de competências psicossociais e técnicas. A nossa postura foi essencialmente semidiretiva, de facilitador, de liderança e de gestão da dinâmica formativa. Os métodos foram expositivo, demonstrativo e interrogativo. Recorremos a diferentes técnicas pedagógicas, que fomentam a relação pedagógica entre todos os elementos integrantes, ou seja, entre formandos e formadores, e entre os próprios formandos (Rodrigues & Ferrão, 2016). Neste campo os trabalhos de pequeno grupo e individuais ganharam destaque, e posterior partilha com o grande grupo. Quanto aos meios auxiliares utilizámos, como instrumento pedagógico e

formativo essencial, um produto original, talhado à medida da formação, customizado, que designámos por “Documentação de Apoio”. Este documento continha quatro “fascículos” separados, funcionando, cada um, como forma de suporte a cada sessão específica. Todos obedeciam, na sua organização, a um padrão dinâmico único: 1º, Programa da Sessão; 2º, Textos/Grelhas/Quadros de Apoio à Sessão; 3º Propostas de Atividade, com suporte de avaliação. Utilizámos, também, como complemento e promoção de dinâmica motivacional, o suporte *PowerPoint*, evolutivo e ajustado ao desenvolvimento das sessões.

Procurámos, sempre, fomentar um bom clima relacional, estimular a identidade de grupo e sua coesão e instigar as partilhas. Focámo-nos, também, na gestão das dinâmicas de pequeno e grande grupo e nas competências de comunicação, como a proxémica. A gestão do espaço onde decorreram as sessões também foi um aspeto elementar, pelo que foi organizada em U, o qual estimula as partilhas, a comunicação, o papel mais ativo dos formandos, e a noção de grupo (Rodrigues & Ferrão, 2016). Ao longo das sessões, a nossa conduta teve como guia o Decálogo de SMP procurando constituir figuras de referência e de inspiração, como por exemplo ao “colocar carinho nas atividades de vida”, e no final das sessões os formandos esboçaram vários sorrisos e palavras de afeto e de apreço, o que valida a décima recomendação do Decálogo quanto à importância do humor nas nossas vidas. As quatro sessões foram marcadas pelo real interesse em quem lá estava, pois no final de cada sessão, mesmo após um dia de trabalho, ninguém tinha pressa para sair, e continuavam num clima de partilha e de satisfação. Um dos indicadores de sucesso das sessões foi a vontade expressa e a presença contínua da maioria das pessoas ao longo das sessões. As ausências prenderam-se com fatores de doença, compromissos profissionais que surgiram no momento, ou por necessidade de assistência à família. O sucesso da implementação está relacionada com o fato de ser uma questão prioritária, ser baseada em evidências relevantes, no desenvolvimento de parcerias de acordo com a estratégia, no recurso a múltiplas estratégias e na adequação das mesmas tendo em conta o contexto, e nas características individuais dos facilitadores à mudança (neste caso as formadoras) (Dogherty et al, 2013). No tocante às características individuais os mesmos autores salientam a resiliência, o serem audaciosos, visionários e apaixonados pelo assunto.

Deste modo, desenvolvemos esta competência com sucesso.

Após a análise das competências do EEESMP, seguidamente, no ponto 5.2.3, refletimos acerca das competências de mestre do EEESMP.

5.2.3. Competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Finda a exposição do trabalho de reflexão acerca das competências comuns e competências do EEESMP, analisaremos o processo de aquisição do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiátrica. Assim, de acordo com Decreto-Lei nº65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros [PCM], 2018c), o grau de mestre é conferido quando a pessoa:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A análise da **primeira competência**, definida na alínea a), remete-nos para a importância da consolidação dos conhecimentos adquiridos no plano curricular. Neste campo destacamos as Unidades Curriculares - Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, que abordou o conhecimento em enfermagem, a tomada de decisão e a dimensão deontológica da profissão e a Unidade de Gestão em Saúde e Governação, que abrangeu a gestão e as políticas de saúde e sua importância na prática do enfermeiro. Outras Unidades Curriculares também foram importantes, como a Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica, que abarcou o processo de avaliação, pensamento crítico e reflexivo e o diagnóstico em enfermagem, dimensões fundamentais no desenvolvimento das intervenções em enfermagem. As Unidades de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I e II deram o seu contributo quanto à exposição e valor das teóricas de enfermagem na compreensão dos fenómenos e componente ontológica da profissão, e no que concerne ao conhecimento das dimensões de saúde mental, psiquiatria, doenças mentais e processo terapêutico. No âmbito do desenvolvimento relacional intrapessoal e interpessoal as Unidades - Desenvolvimento Pessoal e Relação de Ajuda em Saúde Mental foram fundamentais. Deste modo, os estágios constituíram momentos, por excelência, de aprendizagem, onde a teoria e a prática se uniam num todo único e em modo crescente na sua dimensão e expressão. O trabalho metacognitivo era diário, manifesto no esforço pessoal diário, com preocupação de uma

expressão mais ativa do que reativa. A pesquisa e estudo constantes das mais diversas temáticas, mediante as necessidades, também foram fundamentais no processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, verificou-se a mobilização dos conhecimentos que foram adquiridos e que estiveram no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das específicas do EEESMP e das competências de Mestre. Benner (2001) referiu que

O modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto colectivas como cumulativas, e ligadas de um modo vital com a prática clínica (p.12).

Assim, compreendemos que é basilar a valorização da relação entre teoria e a prática, como forma de desenvolvimento do conhecimento, mas também destas com a investigação. A investigação em Enfermagem “é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades.” (OE, 2006, p.1) A investigação fomenta o desenvolvimento da enfermagem, pelo que é fundamental conhecer a sua disciplina e limites, nomeadamente quanto aos seus metaparadigmas (pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem), os quais nos mostram a sua dimensão mais abstrata e ampla, os seus elementos principais e limites de interesse (Fawcett, 2005), para, deste modo, integrar novo conhecimento e promover a evolução da disciplina (Nunes, 2018). Porém, embora apresente contornos bem definidos, estes caracterizam-se pela abertura e permeabilidade para a interdisciplinaridade.

A investigação é, pois, considerada pela OE como um pilar na promoção de cuidados seguros e de qualidade, sendo um dos eixos prioritários – Estratégias inovadoras de gestão/liderança (OE, 2006).

Assim nasceu o Projeto de Intervenção em Serviço. Para a elaboração do seu referencial de conceitos realizámos várias pesquisas nas bases de dados de várias plataformas por meio dos termos DeCS/MeSH. Posteriormente, de forma a complementar a pesquisa e a investigação, realizámos uma RIL. Esta, por meio de um processo sistemático e rigoroso reforçou o valor desta investigação, do projeto implementado. Porém, tendo em conta que a LSMP é um termo recente e ainda apresenta dificuldades na clara definição do seu constructo, e tendo em conta que a abordagem do termo literacia remete a investigação, maioritariamente, para a perspetiva da doença mental, optámos por recorrer à promoção da SMP, pois esta está relacionada com a LSMP. A LSMP pode ser o resultado da promoção da SMP ou assumir papel mediador ou de recurso nos níveis de saúde mental e bem-estar (Carvalho et al, 2022).

O projeto desenvolvido foi inovador e ousado em várias vertentes, não só pela parceria entre enfermeira-professora, promovendo a proximidade entre ministérios - da saúde e da educação, como pelo conteúdo ainda pouco explorado, e metodologia utilizada na sua implementação. É vital que um investigador cultive um espírito livre, uma mentalidade não dogmática, criativa e aberta a uma vasta gama de alternativas. Um investigador deve cultivar um conhecimento vasto de múltiplos ramos do saber, a curiosidade e a vontade de querer saber sempre mais, o rigor na pesquisa e a capacidade de problematizar o conhecimento,

preocupando-se com a questão “Como sabemos o que sabemos?” (Vilelas, 2020,p.23), trabalho em equipa e perseverança (Vilelas, 2020).

É necessário um grande empenho, esforço, trabalho e estudo de forma contínua, para o crescimento do nosso papel como investigadores, procurando as melhores práticas baseadas na evidência perante contextos de grande complexidade e especificidade, assegurando, assim, a excelência na nossa práxis. Deste modo, estamos em consonância com o Artigo 109º - Da excelência do exercício (OE, 2015b). Acrescentamos que a uma prática de cuidados de qualidade está associada a componente de “correr riscos”, porque “implica acções adaptadas, inovadoras, que saem das normas” (Hesbeen, 2001,p.74).

Após análise da competência definida na alínea a) no âmbito das competências de mestre, consideramos que esta foi desenvolvida positivamente.

As **competências definidas nas alíneas b) e c)** propomos analisar em conjunto. Os estágios desenvolvidos proporcionaram-nos experiências totalmente novas. Os estágios 1 e final confrontaram-nos com situações novas e não familiares de grande complexidade, o que implicou o desenvolvimento de juízos num contexto em que a informação é restrita e/ou incompleta. Nestas circunstâncias foi crucial a pesquisa e estudo da evidência e de documentos de suporte ético-legal, o estímulo da reflexão e pensamento crítico, o desenvolvimento de competências de comunicação, de empatia, de assertividade, de negociação e de criação de um ambiente de confiança. Na formulação dos juízos e dos processos de tomada de decisões, a qualidade das interações interpessoais no contexto da equipa multidisciplinar, foi também fundamental.

O estágio 1 possibilitou a experiência com pessoas internadas com diversas patologias, e muitas em regime compulsivo. Neste contexto foi importante, por exemplo, a leitura da Lei de Saúde Mental nº36/98, de 24 de julho, publicada no Diário da República nº169/1998, Série I-A de 1998-07-24.

No estágio final, cuidámos pela primeira vez de crianças e adolescentes com doença mental e sua dimensão holística. E promovemos, também pela primeira vez, a LSMP nos professores em ambiente escolar. Esta última constituiu o nosso maior desafio, ao partir da ausência de experiência na área, da criação de parceria com uma profissional de um ramo diferente – educação , ainda, da procura do enquadramento institucional da Formação, que nos levou ao contacto com o Centro de Formação Ria Formosa e com a sua Diretora. Estas duas pessoas acrescentaram, de um modo diferente, mas significativo, uma outra dimensão ao trabalho de formação com os professores. A professora com quem fizemos a parceria, porque sendo uma referência na formação de professores, acreditada pelo Conselho Científico – Pedagógico da Formação Contínua de Professores em áreas inovadoras, sujeitas a investigação, como “Pedagogia Experimental”, “Inovação Educacional e “Relações entre Educação e Sociedade”, entre outras, contribuiu, de um modo natural e próximo, para que a formação fosse um espaço de partilha, aprendizagem e afeto, onde sentimos, também, o desejo de aprender. A Diretora do Centro de Formação, colaborando em todos os procedimentos que possibilitaram que a nossa AF tivesse um Registo de Acreditação como ACD, de 12 horas e 4 sessões, sendo a sua frequência válida, a nível nacional, na progressão de carreira dos professores. Assim, através de uma relação interprofissional,

movida pela paixão pela temática e valor na sua aplicação no grupo dos professores, repleta de afetos e motivação, nasceu o Projeto de Intervenção em Serviço. Esta relação, para além de procurar implementar o projeto, pretendeu abrir caminhos. Caminhos para mais intervenções similares em mais escolas, incrementar a proximidade dos professores com os profissionais de saúde mental, possibilitar novas vias de comunicação e de interação, o conhecimento do papel de cada interveniente, desconstruir ideias pré-concebidas, inspirar novas ideias e conexões, e ampliar horizontes. Atuar como agente de mudança foi, de facto, uma grande marca nas aprendizagens realizadas, o que implicou grande capacidade de apreensão e compreensão dos fenómenos e de resolução de problemas.

Desta forma, consideramos que as competências de mestre inerentes às alíneas b) e c) foram desenvolvidas.

A **quarta competência respeitante à alínea d)** aborda as habilidades de comunicação, que devem ser desenvolvidas no âmbito das competências de grau de mestre.

A comunicação é inerente ao processo relacional entre enfermeiro - pessoa alvo de cuidados/dimensão holística, sendo que este constitui o cerne da práxis do EEESMP. E, no âmbito da SM a comunicação, assume valor acrescido, quer pelos problemas em si, quer pela eventual repercussão. Assim, o desenvolvimento de competências na comunicação é fundamental. Existe evidência quanto à associação positiva entre as habilidades de comunicação do profissional de saúde e a capacidade da pessoa alvo de cuidados de assimilar e de seguir as orientações e recomendações (Sequeira, 2020a).

O desenvolvimento de técnicas e competências de comunicação foram também primordiais nas relações estabelecidas com outros profissionais, nomeadamente nas passagens de turno, na partilha do estudo de caso com a equipa e criação de espaços de reflexão em conjunto, na participação nas reuniões com a equipa multidisciplinar no contexto da consulta de pedopsiquiatria, e no âmbito do Projeto de Intervenção em Serviço. As habilidades de comunicação foram essenciais no processo de construção do projeto, implementação e exposição dos resultados. O seu desenvolvimento foi positivo, expresso não só na avaliação formal (verbal e escrita) feita pelos formandos, como nas partilhas que alguns participantes tiveram tempos mais tarde. Num momento ocasional, num ambiente informal, uma formanda reconheceu-nos, tendo referenciado a formação dada e a diferença que tinha feito na sua vida. Agradeceu pelos instrumentos que lhes tínhamos facultado e seu valor na sua aplicação diária, nomeadamente no contexto de doença, que, entretanto, tinha surgido. A formanda acrescentou ainda, que a nossa colaboração interprofissional a tinha inspirado para se unir a uma colega e a desenvolver um projeto, nas escolas, para promover o bem-estar nos alunos. Ainda no tocante à comunicação é fulcral saber divulgar o conhecimento, de acordo com a população alvo, pelo que foi publicado um artigo, acerca do nosso projeto, na revista do Centro de Formação de Professores.

Deste modo, consideramos que a competência de mestre inerente à alínea d) foi desenvolvida.

A análise da **competência intrínseca à alínea e)** remete-nos para um trabalho reflexivo de maior profundidade acerca das competências que fundamentam as aprendizagens que fazemos ao longo da vida,

conduzidos sob uma perspectiva auto-orientada e autónoma. Assim, gostaríamos de refletir, com base no ciclo reflexivo de Gibbs (Wain, 2017), o qual é composto por seis etapas que são: descrição da situação, pensamentos e sentimentos vivenciados, avaliação dos aspetos positivos e outros a melhorar, análise e verificação das aprendizagens decorrentes da situação, conclusão e ação.

A realização deste curso contribuiu para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional de forma exponencial e ímpar. O conteúdo das unidades Curriculares, as estratégias pedagógicas mais ativas, a promoção do trabalho em pequenos grupos e a partilha em grupos maiores, a motivação dos professores e a capacidade de influenciar e serem modelos de referência, os momentos de partilha formal e informal entre colegas, o estímulo dos professores para serem criativos, ousados e inovadores, constituíram contributo indubitável. Tudo, tendo sempre em atenção, os cuidados centrados na pessoa alvo de cuidados/dimensão holística, a prática baseada na evidência, as teóricas de enfermagem, a componente ética, deontológica e política, os perfis de competências e os padrões de qualidade de enfermagem (especificamente os que dizem respeito enfermagem de saúde mental e psiquiátrica).

Os estágios foram momentos cruciais na mobilização de conhecimentos e no desenvolvimento e consolidação de competências, tendo a componente metacognitiva desempenhado um papel incontornável no seu sucesso. O trabalho reflexivo e crítico está associado não só à nossa grande vontade de prestar cuidados seguros e de qualidade, mas também num plano de evolução crescente a nível multidimensional, para, assim, termos a capacidade de nos adaptarmos, e mais importante ainda, de desenvolvermos uma postura ativa e proativa face a uma realidade complexa e em permanente mudança e transformação. Devemos trabalhar na nossa construção como agentes de mudança. Assim, a nossa autoformação passa pela permanente investigação e estudo, pelo desenvolvimento de um espírito aberto, sensível ao que nos rodeia, curioso, autêntico, assertivo, e que procura a formação de parcerias e o estabelecimento de novas ligações, de acordo com as necessidades e objetivos. A promoção do pensamento complexo é crucial instigar, pois a realidade deve ser abordada na sua totalidade e interconectada para o seu real conhecimento (Morin, 2001). Deste modo, assumimos a responsabilidade de fomentar uma aprendizagem no decurso da nossa existência, que procura e garanta a excelência nos cuidados prestados. Neste sentido, no decurso do último estágio, participámos nalgumas formações como formando (Anexo IV – Formações como formando). E, tendo manifestado grande interesse e desenvolvido o projeto de intervenção na área da SMP, e só tendo sido desenvolvido o curso focado no programa de SMP posteriormente, também adicionámos o certificado em Anexo IV.

Durante o processo de desenvolvimento das competências, foi vivenciado um cenário experiencial, rico de emoções e sentimentos, tais como o medo, a tristeza, a melancolia, a surpresa, a felicidade, a compaixão, a admiração, a inspiração, a elevação moral, a gratidão, a esperança e a serenidade. Mas a concretização de um trabalho reflexivo de forma sistemática, a grande paixão pela enfermagem e especialidade, a motivação substancial de base, os modelos de referência e de apoio, e a qualidade das relações estabelecidas e seus

resultados, foram cruciais para que a experiência, no seu todo, alcançasse corolário positivo. Os resultados alcançados tiveram sua expressão não só nos cuidados prestados e seus efeitos, mas também no desenvolvimento de uma pessoa e profissional detentora de um maior nível de consciência de si, mais autoconfiante, com mais autoestima, mais assertiva, com maior abertura ao próximo e facilidade de se relacionar com este, com maior competência de proatividade, e maior capacidade de acreditar num futuro melhor. O desenvolvimento pessoal e profissional foi colossal (Apêndice XI – Os Desafios do EEESMP), embora consideremos que ainda temos um longo e interminável caminho para percorrer. A grande aprendizagem que marcou estes estágios, e nos ficou como lema, foi que é sempre possível fazer algo com alguém que precisa de ajuda, quer seja de forma expressa ou não expressa, pois toda a relação tem potencial terapêutico. Deste modo, estamos mais preparados e munidos com recursos para a prestação de cuidados movidos pela excelência no presente e como horizonte, o que implica a capacidade de permanente transformação, construção e reconstrução.

Terminamos a análise das competências de grau mestre, garantindo que o processo evolutivo foi positivo.

6 - CONCLUSÕES

Gostaríamos de iniciar este capítulo por manifestar o nosso profundo agradecimento a todas as pessoas envolvidas direta e indiretamente, e que com o seu apoio multinível, possibilitaram a concretização e conclusão deste trabalho com grande satisfação e realização pessoal e profissional, e acima de tudo, com impacto positivo na sua aplicação, abrindo portas a uma infinidade de possibilidades. De facto, o todo é maior que as partes e é produtor de um cenário integral e, muitas vezes, incomensurável.

Iniciámos a apresentação do presente Relatório com a referência ao Estado da Arte da Enfermagem, e evolução do conhecimento no âmbito do Paradigma de Enfermagem. Em seguida, e nesta sequência, apresentámos as teóricas de enfermagem, ou seja, Martha Rogers e Rosemarie Parse, que nos conduziram por uma linha criativa, mas devidamente sustentada e fundamentada ao nível da Ciência Humana. Considerámos importante evidenciar a Filosofia, a Psicologia e a Epistemologia como fonte conceptual para as teóricas supracitadas, embora cada uma assuma as suas particularidades. E, procurando desenvolver um Projeto de Intervenção junto dos professores, que pretendeu desenvolver a SMP, através da promoção do autoconhecimento e da LSMP, e deste modo, promover a sua qualidade de vida e profissionalidade docente, apresentámos o Referencial de Conceitos Estruturantes e o Modelo Multifatorial de Teresa Lluch; este permitiu a operacionalização do Projeto. Assim, desenvolvemos o projeto – “Relações que Abrem Caminhos”, baseada numa estrutura psicoeducativa.

Seguimos com a Metodologia de Projeto para a elaboração e a implementação do Projeto de Intervenção, com descrição detalhada de todas as suas etapas. Elaborámos dois artigos, um para a Revista “Newsletter” do Centro de Formação, o qual abordou todo o processo de concretização do Projeto, seus objetivos, assim como a sua superação, e uma RIL, que reafirma a importância das intervenções com os professores que visam a promoção da SMP.

De facto, existe evidência crescente no tocante à valorização da perspectiva positiva da SM, que é considerada um estado de funcionamento otimizado da pessoa, em que é essencial o desenvolvimento das suas qualidades para a maximização do seu potencial. É tão importante promover cuidados de saúde perante o contexto de doença, dimensão ainda mais vincada no contexto presente dos cuidados de saúde, como também promover os recursos necessários para promover a SM das pessoas sem diagnóstico de doença mental, anterior à manifestação de sintomas. E, um professor está saudável não só perante a ausência de doença, mas também quando manifesta satisfação, motivação, compromisso com a atividade profissional, capacidade de adaptação e de gestão da sua vida nas suas múltiplas vertentes, e deste modo, uma maior possibilidade de alcançar um funcionamento ótimo.

O projeto desenvolvido constituiu um grande desafio pelo seu carácter inovador e de ousadia. Partiu da criação de uma parceria entre enfermeira-professora, procurando promover o trabalho colaborativo, aproximando os ministérios – da saúde e da educação, e desta forma, atingir melhores resultados. Esta ligação foi crucial em todo o processo e resultados obtidos, constituindo também, fonte de motivação permanente, de partilha de afetos, e de conhecimentos. Foi um trabalho desafiante também, pelo contacto e relação estabelecida com a Professora Diretora do Centro de Formação de Professores pela sua dimensão estreante, assim como, foi um desafio pelo conteúdo pouco explorado e metodologias utilizadas no decurso das sessões de formação. Através de diferentes metodologias, nomeadamente o recurso ao “Modelo de Liderança Aberta” e a metodologias participativas, o plano de intervenção foi sendo ajustado, de acordo com as necessidades, fomentando o perfil de líder do EEESMP, com espírito de abertura, com habilidades comunicacionais, com postura colaborativa, assertiva, integradora, e integrada numa equipa, num contexto onde impera a mudança, a incerteza, a complexidade e a inovação. É primordial uma liderança que busque o progresso.

Foi neste enquadramento, que realçámos o papel crucial do EEESMP ao assumir uma posição privilegiada no papel de promotor da SMP e LSMP. O EEESMP reúne uma série de características específicas, onde o apoio em teóricas de enfermagem, num aglomerado de diversos saberes, numa prática baseada na evidência em constante atualização, e numa práxis que procura os mais elevados índices dos padrões de qualidade definem o seu perfil e práxis. Deste modo, estão reunidas as bases para o desenvolvimento e constante aperfeiçoamento das competências, sejam elas comuns, específicas ou de mestre. O EEESMP encontra-se numa posição distinta na definição da qualidade dos cuidados prestados, como agente de mudança e na evolução do conhecimento.

No processo de desenvolvimento de competências é imprescindível que o EEESMP instigue e amplie o seu papel ativo e pró-ativo no percurso interminável que fomenta o autoconhecimento, a (re)construção e de autoformação a título individual e profissional, sendo importante o incremento da tomada de consciência do valor do “aprender a aprender”, refletindo na e sobre a prática, promovendo-a, e, traçando objetivos que o orientem no seu percurso. Ao longo da sua trajetória pessoal de aumento de consciência de si, como EEESMP, é elementar a dimensão relacional, que alicerça a qualidade da sua intervenção e seus resultados. Afinal, toda a relação tem potencial terapêutico e as competências de comunicação são cruciais. Assim, é de valor indubitável que o EEESMP reflita acerca dos cuidados prestados, de um mundo “invisível” e complexo que compreende os processos de decisão. É imprescindível que desenvolva o pensamento crítico e o processo de raciocínio clínico, onde assenta o processo de avaliação diagnóstica, as intervenções instituídas, o processo de relação, e que estão associados à identificação das necessidades das pessoas, planeamento, intervenções desenvolvidas e avaliação da pessoa/família alvo de cuidados. O Processo de Enfermagem leva à elaboração de um PCI, que é continuamente (re)avaliado e negociado com a pessoa alvo de cuidados e dimensão holística. Deste modo, promovemos a melhoria contínua dos cuidados e a visibilidade dos cuidados de enfermagem, com representação em ganhos em saúde e dignificação da profissão. Assim garantimos uma preocupação constante com a excelência do exercício.

A atuação do EEESMP pode e deve, assim, ser desenvolvida em diferentes contextos e recorrer a diferentes modos de intervenção, dependendo de diversos fatores e da avaliação efetuada. Neste campo, os estágios constituíram oportunidades únicas e ricas em múltiplas experiências para o desenvolvimento de competências. Um dos aspetos que gostaríamos de realçar, e que obteve atenção particular e assídua, assim como assistimos à sua permanente evolução positiva, foi a preocupação com um cuidado ético nas decisões tomadas, relações humanas estabelecidas, elaboração e implementação do projeto, tratamento dos dados e divulgação, e no que concerne ao caminho percorrido na sua totalidade. Outro aspeto que destacamos, foi a habilidade para identificar situações de risco e desenvolver ação antecipada.

O desenvolvimento de competências é basilar para a excelência da práxis do EEESMP, e o Estágio Final, em particular o desenvolvimento do Projeto de Intervenção, constituiu um marco de valor indubitável. A evidência das competências adquiridas e do impacto positivo de um projeto como o nosso, foi determinante na conquista de competências especializadas em vários níveis, que resultaram para nós (enfermeira estagiária), como um suporte de garantia para a aquisição do título de EEESMP. Os resultados da concretização do projeto foram essenciais para o nosso crescimento, constituíram degraus de mérito no caminho percorrido na conquista das competências de especialista. Os resultados positivos que refletem a consecução dos objetivos definidos, e que foram resultado da atuação, em modo geral, do EEESMP, verificámos também, no desenvolvimento de competências de uma pequena comunidade de docentes, os formandos participantes, que através dos fatores do Modelo de SMP de Teresa Lluch, ficaram melhor preparados para os desafios da vida e profissionalidade docente.

A elaboração da narrativa do relatório assumiu uma função de reflexão, estruturante, organizadora, e reveladora do processo de desenvolvimento atual, e, desta forma, pode constituir uma referência consolidada e incitar a contínua evolução como futura EEESMP.

Consideramos, então, que o percurso efetuado, representado no presente relatório, alcançou os requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ao elaborar uma reflexão, numa perspetiva prospetiva, acerca do projeto de intervenção desenvolvido, poderíamos abrir um vasto leque de possibilidades, como por exemplo, quanto ao recurso a uma escala validada para a população portuguesa que avaliasse a LSMP (na altura da implementação do projeto não encontramos nenhuma validada e/ou sem fragilidades no construto a que se propunha). Outra das possibilidades, seria acrescentar mais sessões para o desenvolvimento mais aprofundado de todos fatores do Modelo de SMP de Teresa Lluch, e sua aplicação em contexto de sala de aula, como também a realização de uma sessão de *follow-up*. Poderia ser interessante proporcionar o desenvolvimento de sessões individuais, de acordo com a motivação e as necessidades de cada um dos formandos, e, assim, poder aplicar o programa validado de SMP - Mentis Plus+ (Teixeira, Sequeira e Lluch-Canut, 2020). Outro aspeto a implementar, e tendo em conta a perspetiva onde todos os elementos da comunidade educativa são essenciais, ao criarem um todo de interação mútua, seria o desenvolvimento de sessões de formação para pessoal não docente. Afinal, é crucial a articulação e comunicação com todos os envolvidos não só integrantes da comunidade educativa como também com a equipa de saúde, pelo que poderia ser uma possibilidade, estabelecer uma parceria com esta.

De facto, a intervenção desenvolvida com os professores, promoveu oportunidades infindáveis de aplicação num futuro, onde a promoção das relações humanas constituiu fonte de enriquecimento e de desenvolvimento pessoal e profissional, e meio de abertura para um novo horizonte, fazendo jus à designação do projeto de Intervenção - “Relações que abrem caminhos”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P (2011). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. 5ªed Fundação Calouste Gulbenkian ISBN 9789723106398.
- Alfaro-LeFevre, R. (2009). *Critical Thinking and clinical judgment: a Pratical Approach to Outcome-Focused Thinking*. 4th ed. Saunders/Elsevier. ISBN-13: 978- 1416039488.
- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). Significado da Teoria para a Enfermagem, Enquanto Disciplina e Profissão. In Tomey, A & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 15-34). 5ªEd. Lusociência ISBN 9728383746.
- Aluh, D., Dim, O & Anene-Okeke (2018). Mental health literacy among Nigerian teachers. *Asia-Pacific Psychiatry* 10 e12329. <https://doi.org/10.1111/appy.12329>
- Alves, R., Lopes, T. & Precioso, J. (2021). Teachers' well-being in times of Covid-19 pandemic: factos that explain professional well-being. *International Journal Of Educational Research and Innovation* 15 230-217. <https://doi.org/10.46661/ijeri.5120>
- Amaral, A (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Lusociência ISBN 978-972-8930-55-4
- Amaral, Almeida & Sousa (2020). Intervenção Psicoeducacional . In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.174-176) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- American Academy of Pediatrics (2009). Impact of Music, Music Lyrics and Music Videos on Children and Youth. *Pediatrics*, 124 (5),1488-1494. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2145>
- Amstrong, M. & Kelly, A. (1995). More Than the Sum of Their Parts: Martgha Rogers and Hildegard Pepeplau. *Archives of Psychiatric Nursing* IX(1) 40-44. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0883-9417\(95\)80016-6](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0883-9417(95)80016-6)
- Backes, D., Gomes, R., Rupolo, I., Büscher, A., Silva, M. & Ferreira, C.(2022). Leadership in Nursing and Health Care in the Light of Complexity Thinking. *Rev Esc Enferm USP*. 56, e20210553. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0553en>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70. ISBN 972-44-0898-1
- Beames, J, Spanos, S., Roberts, A., McGillivray, L., Li, S., Newby, J., O'Dea, B. & Werner-Seidler, A. (2022). Intervention Programs Targeting the Mental Health, Professional Burnout, and/or Wellbeing of School Teachers: Systematic Review and Meta-Analyses. *Educational Psychology Review* 35(26). <https://doi.org/10.1007/s10648-023-09720-w>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência do Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Berss, K. & Burrell, L., Stewart, L. & Scahill, L. (2015). Parent Training in Autism Spectrum Disorder: What's in a Name? *Clin Child Fam Psychol* <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0179-5>

- Bjornsen, H, Eilertsen, M, Ringdal, R., Espnes, G. & Moksnes, U. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health* 17 717. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>
- Boniwell, I. (2016). *A Ciência da Felicidade: Psicologia Positiva*. 1ª edição. 4ª edição ISBN 978-989-8761-17-0
- Borg, E. & Palshaugen, O. (2019). Promoting Students' Mental health: A Study of Inter-professional Team Collaboration Functioning in Norwegian Schools. *School Mental Health* 11. 476-488. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9289-9>
- Botelho, L., Cunha, C. & Macedo, M. (2011). O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e Sociedade* 5 (11) 121-1136. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Bournes, D. & Mitchell, G. (2014). Humanbecoming. In Alligood, M. *Evolution of Nursing Theorists*. (pp.464-495). Eighth Editions. Elsevier ISBN 9780323091947
- Bournes, D. (2013). Cultivating a spirit of inquiry using the humanbecoming leading-following model: The nursing research challenge. *Nursing Science Quarterly* 26(2) 182-188. <https://doi.org/10.1177/0894318413477154>
- Brito, M (2018). *O Enfermeiro como Terapeuta de Referência nas equipas de Saúde Mental Comunitária*. Ordem dos enfermeiros. ISBN 978-989-8444-56-1
- Brzezinski, I (2014). Série Estado do Conhecimento. Formação de profissionais da educação (2003-2010) Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais <http://estadoconhecimento.inep.gov.br/ojs3/index.php/estadoconhecimento/issue/view/422>
- Carvalho A*, Almeida C*, Amann G*, Leal P**, Marta F***, Pereira F****, Ladeiras L****, Lima R**** & Lopes I****. Saúde Mental em Saúde Escolar. Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em meio escolar. (Fevereiro, 2016a) (*DGS, ** IPS/ESS, *** PV, ****DGE) <https://core.ac.uk/download/pdf/288868323.pdf>
- Carvalho A*, Almeida C*, Amann G*, Leal P**, Marta F***, Moita M***, Pereira F****, Ladeiras L****, Lima R**** & Lopes I****. (Dezembro, 2016b) Saúde Mental em Saúde Escolar. Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar. (*DGS, ** IPS/ESS, *** PV, ****DGE) https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/ManualSaudeMental_PNSM_dez2019.pdf
- Carvalho, J. & Cordeiro, R. (2018). Theories of the Interpersonal Relationships, Transitions and Humanistic Theories: Contribution to Frameworks of Psychiatric/Mental Health Nursing in Europe. In Santos, J. & Cutcliffe, J. (Ed.) *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century. A Person-Centered Evidence-Based Approach*. (pp-49-58) Springer ISBN 978-3-319-31771-7
- Carvalho, D., Sequeira, C, Querido, A, Tomás, C, Morgado, T, Valentim, O, Moutinho, L, Gomes, J & Laranjeira, C. (2022). Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis. *Frontiers in Psychology* 13. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877611>

- Chalifour, J (2008). *A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* Volume 1 Lusodidacta ISBN 978-989-8075-05-5
- Choi, K. & Pak, A. (2007). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clinical and Investigative Medicine*. 30(6), E224-E232. <https://doi.org/10.25011/cim.v30i6.2950>
- Coelho, L., Raposo, A., Piedade, A., Marques, H., Teixeira, L., Uva, M., Fernandes, S, Gonçalves, T., Silveira, M., Martins, C. & Bergano, S. (2020). Escolas Transformadoras: Colaboração, Transformação e Políticas Educativas em Educação para a Cidadania Global. *Sinergias-diálogos educativos para a transformação social* 11 57-74. https://sinergiased.org/wp-content/uploads/1970/01/Revista-Sinergias_dialogos-educativos-para-a-transformacao-social_n11.pdf
- College of Nurses of Ontario [CNO] (2013). Therapeutic nurse-client relationship, Revised 2006 ISBN 978-1-77116-112-1 https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic.pdf
- Comissão Nacional da UNESCO – Portugal (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2008) Parecer CJ – 8/2008 Informações telefónicas a familiares de utentes. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf
- Costa, T., Sampaio, F., Sequeira, C. & Ribeiro, I. (2020). Primeira Ajuda em Saúde Mental. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.236-239) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Costa, P. & Simões, L. (2020). Treino de competências parentais na PHDA. In Moura, O., Perreira, M. & Simões, M. (Coord). *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção. Diagnóstico, Intervenção e Desenvolvimento ao Longo da Vida*. (pp.349-372) 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-091-2
- Cunha, M (2020). Promoção da Saúde dos Estudantes do Ensino Superior: Saúde Mental Positiva e Literacia em Saúde mental em análise Instituto [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Politecnico de Viana do Castelo] http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2515/1/Marcia_Cunha.pdf
- Cutcliffe, J. & Santos, J. (2018). Introduction: remembering the Person: The Need for a Twenty-First-Century, Person-Centred European Psychiatric/Mental Health Nursing Textbook. In Santos, J. & Cutcliffe, J. (Ed)

European Psychiatric/mental Health Nursing in the 21st Century – A Person-Centred Evidence-Based Approach (pp.3-12) Springer ISBN 978-3-319-31772-4

Damásio, A. (2008). *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. 16ªed Publicações Europa-América

Dhawan, E. & Joni, S. (2015). *Inteligência Conectiva: A Chave do Sucesso para Grandes Projetos*. 1ªed. Gestãoplus ISBN 978-989-8820-01-3

Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem. Do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina. ISBN 9789724.52267

Despacho nº 9311/2016 do Ministério da Educação. (2016). Diário da República: II série, nº 139. <https://files.dre.pt/2s/2016/07/139000000/2256422564.pdf>

Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (2022). Saúde Psicológica e Bem-estar. Observatório de saúde Psicológica e Bem-Estar: Monitorização e Ação. <https://www.dge.mec.pt/noticias/observatorio-escolar-monitorizacao-e-acao-saude-psicologica-e-bem-estar>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdAde-Escolar-2015.pdf>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2020/09/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Dogherty, E., Harrison, M., Graham, I., Vandyk, A. & Keeping-Burke, L. (2013). Turning Knowledge Into Action at the Point-of-Care: The Collective Experience of Nurses Facilitating the Implementation of Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 10(3) 129-139. <https://doi.org/10.1111/wvn.12009>

Dolev, N. & Leshem, S. (2017). Developing emotional intelligence competence among teachers. *Teacher Development* 21(1) 21-39. <http://dx.doi.org/10.1080/13664530.2016.1207093>

Drossel, K, Eickelmann, B, Ophuysen, S. & Bos, W. (2019). Why teachers cooperate: na expectancy-value model of teacher cooperation. *Eur J Psychol Educ* 34 187-208. <https://doi.org/10.1007/s10212-018-0368-y>

Education Support (2022). Teacher Wellbeing Index 2022 <https://www.educationsupport.org.uk/media/zoga2r13/teacher-wellbeing-index-2022.pdf>

Elder, L. e Paul, R. (2002). *The miniature guide to the art of asking essential questions*. Foundation for Critical Thinking.

Fawcett, J (2005). Structure and use of Nursing Knowledge. In F.A. Davis (Ed.) *Contemporary Nursing knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2ª ed) (pp.3-30) Philadelphia Company.

Fernandes, J. e Vareta, D. (2019). *Enfermagem Avançada*. Papa-Letras.

- Fernández-Puig, V., Mayayoa, J., Lusa, A. & Tejedor, A. (2015). Evaluando la salud laboral de los docentes de centros concertados: el Cuestionario de Salud Docente. *Journal of Work and Organizational Psychology* 31 175-185 <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpto.2015.07.001>
- Ferré-Grau, C., Raigal-Aran, L., Lorca-Cabrera, J., Ferré-Bergadá, M., Lleixà-Fortuno, M., Lluch-Canut, M., Montserrat, P & Albacar-Riobóo, N. (2019). A multi-centre, randomized, 3-month study to evaluate the efficacy of a smartphone app to increase caregiver's positive mental health. *BMC Public Health* 19 888. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7264-5>
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Furtado, S. & Medeiros, T. (2017). Subjective well-being of teachers in preretirement. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 4(2), 99. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.4.2.1889>
- García-Álvarez, D., Soler, M., Cobo-Rendón, R. & Hernández-Lalinde, J. (2022). Positive Psychology Applied to Education in Practicing Teachers during the COVID-19 Pandemic: Personal Resources, Well-Being, and Teacher Training. *Sustainability*.14(18) 11728. <https://doi.org/10.3390/su141811728>
- Garcia, I. (2016). Saúde mental positiva em adolescentes. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto] <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17844>
- Girlanda, F., Fiedler, I., Becker, T., Barbui, C. & Koesters, M. (2017). The evidence–practice gap in specialist mental healthcare: systematic review and meta-analysis of guideline implementation studies. *The British Journal of Psychiatry* 210, 24–30. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179093>
- Gomes, J., Cortez, E. & Damásio, V. (2020). Saúde Mental em todas as Políticas: Oito Exemplos de como Fazer... In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.49-56) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Gonçalves, S, Silva, R, Viera, A, Martins, P & Lluch-Canut, M (2021). Encenação do decálogo da saúde mental positiva: relato de experiência num internamento de psiquiatria de agudos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 26(26) 187-199. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.318>
- Gonçalves, V. & Veiga, F. (2009). Percepções dos Professores acerca de si Próprios enquanto Profissionais da Docência. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Universidade do Minho* ISBN 978-972-8746-71-1
- Guimarães, C., Soares, N. & Mazureck, C. (2018). O impacto do Programa Saúde na Escola sob a ótica de docentes e profissionais de saúde. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*. 2(1)32-40. <http://dx.doi.org/10.31512/ricsb.v2i1.2678>
- Gunther, M. (2004). Martha E. Rogers: Seres Humanos Unitários. In Tomey, A & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 253-278). 5ªEd. Lusociência ISBN 9728383746.

- Gunther, M. (2014). Martha E. Rogers: Unitary Human Beings In Alligood, M. *Evolution of Nursing Theorists*. (pp.220-239). Eighth Editions. Elsevier ISBN 9780323091947
- Harding, S., Morris, R., Gunnell, D., Ford, T., Hollingworth, W. Tilling, K., Evans, R., Bell, S., Grey, J., Brockman, R., Campbell, R., Araya, R., Murphy, S. & Kidger, J. (2019). Is teachers' mental health and wellbeing associated with students mental and wellbeing? *Journal of Affective Disorders*. 1(242), 180-187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.080>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Ação na Perspectiva do Cuidar*. Lusociência ISBN 972-8383-20-7
- Hoekstra, B., Young, V., Eley, C., Hawking, M. & McNulty, C. (2016). School Nurses' perspectives on the role of the school nurse in health education and health promotion in England: a qualitative study. *BMC Nursing* 15-73. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0194-y>
- Huberman, M. (1989). The Professional Life Cycle of Teachers. *Teacher College Record* 91(1) 31-57. <https://doi.org/10.1177/016146818909100107>
- Hurtado-Pardos, B, Moreno-Arroyo, C, Casas, I, Lluch-Canut, T, Lleixà-Fortuno, M, Farrés-Tarafa, M & Roldan-Merino, J (2017). Positive mental health and prevalence of psychosocial ill-being in university nursing professors in Catalonia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 55(7) 38-48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170619-06>
- Iancu, A., Rusu, A., Maroiu, C. , Pacurar, R. & Maricutoiu, L. (2017). The Effectiveness of Interventions Aimed at Reducing Teacher Burnout: A Meta-Analysis. *Educ Psychol Review*, 30(2), 373–396. <https://doi.org/10.1007/s10648-017-9420-8>
- Innerarity, D. (2021). *Uma Teoria da Democracia Complexa*. 1ªed. ISBN 978-989-740-124-4
- International Council of Nurses [ICN] (2022, Novembro ,26). *Navegador CIPE-release 2019*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books
- Janssen, M., Heerkens, J., Van der Heijden, B., Korzilius, H., Peters, P. & Engels, J. (2022). Effects of mindfulness-based stress reduction and an organizational health intervention on Dutch teachers' mental health. *Health Promotion International*, 38(3). <https://doi.org/10.1093/heapro/daac008>
- Jimenez, M. (2017). Sentido de coherencia, resiliencia y salud mental positive en profesionales del Sistema de Emergencias Médicas. Tesis doctoral. Universidade de Gerona <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154085>
- Joanna Briggs Institute (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. 2014 Edition, The Joanna Briggs Institute. https://www.researchgate.net/publication/275655865_The_Systematic_Review_of_Economic_Evaluation_Evidence

- Joanna Briggs Institute (2020). Critical Appraisal Tools. <https://jbi.global/news/article/jbi-releases-revised-critical-appraisal-tools>
- Jorm, A, Korten, A, Jacomb, P, Christensen, H, Rodfgers, B & Pollitt, P. (1997) "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*.166 (4) 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jorm, A. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol* 67 (3) 231-243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. (2015). Why we need the concept of "mental health literacy". *Health Communication*. 30 (12) 1166-1168. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037423>
- Joseph, S. (2021). How Humanistic is Positive Psychology? Lessons in Positive Psychology From Carl Rogers' Person-Centered Approach-It's the Social Environment That Must Change *Front Psychol* 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709789>
- Kalalo, R., Yuniar, S. & Ariyanto, F. (2021). Effect of parental skills-based psychoeducation intervention on parental stress index and severity of children with autismo spectrum disorders: A pilot study. *Annals of Medicine and Surgery* 70. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102873>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermeiro*. Barcelona: Masson
- Kuyken,W., Ball, S., Crane, C., Ganguli, P., Jones, B., Montero-Marin, J., Nuthall, E., Raja, A., Taylor, L., Tudor, K., Viner, R., Allwood, M., Aukland, L., Dunning, D., Casey, T. Dalrymple, N., Wilde, K., Farley, E., Harper, J., Hinze, V., Kappelmann,N., Kempnich, N., Lord, L., Medicott, E., Palmer, L & Williams, J. (2022). Effectiveness of universal school-based mindfulness training compared with normal school provision on teacher mental health and school climate: results of the MYRIAD cluster randomised controlled trial. *Evid Based Ment Health*. 25(3) 125-134. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300424>
- Kurt, N. & Demirbolat, A. (2019). Investigation of the Relationship Between Psychological Capital Perception, Psychological Well-Being and Job Satisfaction of Teachers. *Journal of Education and Learning*, 8(1). <https://doi.org/10.5539/jel.v8n1p87>
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N. & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 25 567–9. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>
- Larkin, D. (2021). Living Rogerian unitary nursing science in tumultuous times and teaching our next generation with healing stories. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science* 27(4) <https://www.societyofrogerianscholars.org/s/Larkin-2021-Volume-27-No-4.pdf>
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lusodidacta ISBN 972-95399-5-2

- Leite, C., machado, M., Viera, R., Marinho, M. & Monteiro, C. (2015). Programa Saúde na Escola: percepções de docentes. *Investigación y Educación en Enfermería* 33(2). <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a10>
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health* . <https://doi.org/10.1136%2Ffmch-2020-000351>
- Lluch-Canut, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* [Tesis Doctoral, Facultad de Psicología da Universidad de Barcelona] https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2366/E_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lluch-Canut, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55.
- Lluch-Canut, M. T. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual*, 11(1), 61-78.
- Lluch-Canut, M. (2008). Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados. In Fornes, J. & Gómez, J. (Coord). *Recursos y programas para la salud mental. Enfermería psicossocial II* (pp.37-69). Fuden coleccion líneas de especializacion en enfermería
- Lluch-Canut, M. (2011). Decalogue of Positive Mental Health/decalogo de Salud mental Positiva/Decàleg de Salut mental Positiva. Coleccion OMADO Deposito Digital Universidad de Barcelona https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20062/11/Decalogo_Salud_Mental_Positiva_trilingue.pdf
- Lluch-Canut, M. (2020a) (Coord.) Decálogos de Salud Mental Positiva adaptados a diferentes situaciones y/o personas afectadas por circunstancias de la pandemia de Coronavirus COVID-19. Barcelona: Coleccion OMADO, Deposito Digital de la Universidad de Barcelona <http://hdl.handle.net/2445/155018>
- Lluch-Canut, M. (2020b). Cuida la Salud Mental Positiva: un abordaje para afrontar com más fuerza mental la situación generada por la pandemia de Coronavirus COVID-19. Universitat de Barcelona <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/155397>
- Lluch-Canut, M. & Sequeira, C (2020). Saúde Mental Positiva. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental; Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 61-63) 1ªed Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Lluch-Canut, M. (2021). Salud Mental positiva. Cuidar la Salud Mental Positiva, en el contexto de la pandemia COVID-19 y hacia un futuro denominado “nueva normalidade”. *Revista hermeneutic* 19 <http://publicaciones.unpa.edu.ar>
- Lomas, T., Medina, J., Ivtzan, I., Rupprecht, S. & Eiroa-Orosa, J. (2017). The impact of mindfulness on the wellbeing and performance of educators: A systematic review of the empirical literature. *Teaching and Teacher Education* 61 132-141. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2016.10.008>

- Lopes, M (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau ISBN 972-8485-6-X
- Lopes, M (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In Santos, J & Cutcliffe, J (eds). *European Psychiatric Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing* (pp.247-257) https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19
- Madeira, L, Micu, D & Alves, S (2020). A Humanização do Ato Médico. In Silva, M (coord). *Ética em medicina*. (pp. 25- 39) 1ªed Lidel 978-989-752-515-5
- Malinski, V. (2018). The importance of a Nursing Theoretical Framework for Nursing Practice: Rogers' Science of Unitary Human Beings and Barretts's Theory of Knowing Participation in Change as Exemplars. *Revista Cultura del Cuidado* 15(2)1794-5232.
- Mancuso, J. (2008). Health Literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences* 10 248-255 <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- McBride, A. (2016). Transformational Leadership to promote Well-Being. In Yearwood, E & Hines-Martin, V. (Editor). *Routledge Handbook of Global Mental Health Nursing Evidence, practice and empowerment*. (pp.122-134) 1ª ed Routledge ISBN 9781315780344
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development & Progress*. 5th Ed Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins ISBN 978-1-60547-211-9
- Mendes, R. & Miskulin, R. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa* 47(165) 1044-1066
- Mental Health Foundation (2022). All the lonely people. Mental Health Awareness Week <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/2022-06/MHAW22-Loneliness-UK-Report.pdf>
- Ministério da Educação e da Ciência (2012). "Decreto – Lei nº41/2012". Diário da República 1ªsérie, 37 (fevereiro): 829-855. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/41-2012-542994>
- Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. Carta dos Direitos do Doente Internado https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- Mitchell, G. (2004). Rosemarie Rizzo Parse: Tornar-se Humano. In Tomey, A & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 593-628). 5ªEd. Lusociência ISBN 9728383746.
- Morais, M. & Pinho, M. (2017). Concepções de Criatividade no Contexto Educacional: Um Novo Olhar Formativo. *Revista Contrapontos* 17(2). <http://dx.doi.org/10.14210/contrapontos.v17n2.p312-334>
- Morgado, J. (2007). Novo estatuto da carreira docente: Que desafios? *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 41 (1) 55-75.

- Morin, E. (2001). *O desafio do Século XXI: Religar os Conhecimentos*. Instituto Piaget ISBN> 972-771.401-1
- Murray, E. (2017). *Nursing leadership and management for patient safety and quality care*. F.A. Davis Company ISBN 97808803630215
- National Institute of Health and Care Excellence (2021). Autism: The NICE Guideline on the Management and Support of Children and Young People on the Autism Spectrum <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170/evidence/autism-management-of-autism-in-children-and-young-people-full-guideline-248641453>
- Nicol, J. & Dosser, I (2016). Understanding reflective practice. *Nursing Standar: oficial newspaper of the Royal College of Nursing* 30(36) 34-42. <http://dx.doi.org/10.7748/ns.30.36.34.s44>
- North American Nursing Diagnosis Association [NANDA] (1990). The development of NANDA's Nursing Diagnosis. *International Journal Knowledge*. 1 (4): 162-168. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.1990.tb00434.x>
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Lusodidacta.
- Nunes, L. (2022a). Liberdade, responsabilidade e dever. In Nunes, L. & Amaral, G. *Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I* (pp-74-83). Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem ISBN 978-989-54837-7-8
- Nunes, L. (2022b). Agir – Processos de tomada de decisão ética. In Nunes, L. & Amaral, G. *Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I* (pp-84-90). Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem ISBN 978-989-54837-7-8
- Oliveira, S., Roberto, M., Veiga-Simão, A & Marques-Pinto, A. (2021). A Meta-analysis of the Impact of Social and Emotional Learning Interventions on Teachers' Burnout Symptoms. *Educational Psychology Review* 33 1779-1808. <http://doi.org/10.1007/s10648-021-09612-x>
- Oliveira, S., Roberto, M., Veiga-Simão, A & Marques-Pinto, A. (2022). Effects of the A+ intervention on elementary-school teachers' social and emotional competence and occupational health. *Frontiers in Psychology*. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.957249>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006) Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – VOLUME I. ISBN 978-989-8444-00-4
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). Código Deontológico. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015c). Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2ªSérie, nº122 <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/regulamentos-dos-padrones-de-qualidade-em-enfermagem-de-saude-mental-e-em-enfermagem-em-pessoa-em-situacao-critica-publicados-em-diario-da-republica/>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018a) Regulamento nº515/2018 de 7 de agosto. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ªSérie, nº151 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018b). Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica <https://docplayer.com.br/130437514-Ordem-dos-enfermeiros.html>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 26 de 6 de fevereiro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-praticas-1/>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (2006) Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Ortega, M. (2015). Efectividad de un programa de intervencion psicossocial enfermeira para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas com problemas crónicos de salud. Tesis doctoral. Universidade de Barcelona <http://hdl.handle.net/10803/387116>
- Parnell, T, Stichler, J., Barton, A., Loan, L., Boyle, D. & Allen, P. (2019). A concept analysis of health literacy. Nurs Forum 54(3) 315-327. <https://doi.org/10.1111/nuf.12331>
- Patterson, L & Eisenberg, S (2003). *O processo de aconselhamento*. 3ªed Martins Fontes
- Phaneuf, M (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação- Lusociência ISBN 972-8383-84-3
- Phillips, J. (2015). Martha E. Rogers: Heretic and Heroine. *Nursing Science Quarterly* 28(1) 42-48. <https://doi.org/10.1177/0894318414558608>

- Pozo-Rico, T., Poveda, R., Gutiérrez-Fresneda, R., Castejón, J. & Gilar-Corbi, R. (2023). Revamping Teacher Training for Challenging Times: Teachers' Well-Being, resilience, Emotional Intelligence, and Innovative Methodologies as Key Teaching Competences. *Psychology Research and Behaviour Management* 16 1-18. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S382572>
- Prado, F. (2007). Complexidade e Metodologia de Projetos: Melhorando a Prática Docente em Cursos de Graduação Tecnológica [Dissertação de Doutorado em Pontifícia Universidade Católica de São Paulo] <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/10013>
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM] (2018a). Decreto-Lei nº 54/2018. *Diário da República* nº129/2018, Série I de 2018-07-06, 2918-2928 <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM] (2018b). Decreto-Lei nº 55/2018. *Diário da República* nº129/2018, Série I de 2018-07-06, 2928-2943 <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/55-2018-115652962>
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM] (2018c). Decreto-Lei nº 65/2018. *Diário da República* nº157/2018, Série I de 2018-08-16, 4147- 4182
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional. Aprenda a ser Feliz*. Porto Editora ISBN 978-972-0-3408-4.
- Querido, A, Tomás, C & Laranjeira, C. (2019). *Da Saúde à Saúde Mental: Enquadramento Conceptual*. 1ªed Instituto Politécnico de Leiria
- Ramos, S. (2007). Introdução à Metodologia do Trabalho de Projeto. Tecnologias da Informação e Comunicação.
- Rathbone, B. & Baron, J. (2015). *What Works with Teens. A Professional Guide to Engaging Authentically with Adolescents to Achieve Lasting Change*. New Harbing Publications ISBN 9781626250789
- Registered Nurses Association of Ontario. (2002). Client centered care: Nursing best practice guideline. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Client_Centred_Care.pdf
- Renaud, I. (2001). A educação para os afectos. In Archer, L., Bisciais, J., Osswald, W. & Renaud, M. (Coord). Novos desafios à Bioética (pp-33-38). Porto Editora
- Rezende, H. & Duarte, A. (2017). A Influência da Liderança na Promoção de Comportamentos de Cidadania Organizacional entre Enfermeiros. In Parreira, P., Mónico, L. & Carvalho, C. (Coord). *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 27-48). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). ISBN: 978-989-99426-6-0
- Ribeiro, O, Martins, M, Tronchin, D & Forte, E (2018). O Olhar dos enfermeiros Portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 27(2) 1-9. <http://hdl.handle.net/10400.26/32544>
- Riobóo, N. (2014). Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrenia. Valoración dels requisits d'autocura i de salut mental positiva. [Tesis doctoral Universidad Rovira i Virgili, Tarragona] <https://www.tesisenred.net/handle/10803/294732>
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Lusociência ISBN 972-8383-42-8.

- Rocha, N., Bevilacqua, P. & Barletto, M. (2015). Metodologias participativas e Educação Permanente na Formação de Agentes Comunitários de Saúde. *Trab Educ Saúde* 13(3) 597-615 <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00056>
- Rodrigues, M & Ferrão, L (2016). *Formação Pedagógica de Formadores. Da teoria á prática Entidades Públicas e Privadas e-formação e e-learning* 10ªed Lidel ISBN 978-972-757-857-3
- Roque Dantas, A. (2016). Análise de conteúdo: Um caso de aplicação ao estudo dos valores e representações sociais. In M. Lisboa (Ed.), *Metodologias de investigação sociológica* (pp. 261-286). Edições Húmus.
- Salanova, M., Llorens, S. & Schaufeli, W. (2011). "Yes, I can, I feel good, and I just do it!" On gain cycles and spirals of efficacy beliefs, affect and engagement. *Applied Psychology. An International Review*, 60(2), 255-285 <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2010.00435.x>
- Salanova, M., Martinez, I. & Llorens, S. (2014). Una mirada más "positiva" de la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tempos de crisis: Aportaciones desde el equipo de investigacion Wont. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 22-30. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1164.pdf>
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2022). Mental Health Literacy: I tis Now Time to Put Knowledge into Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19 7030. <http://doi.org/10.3390/ijerph19127030>
- Sanches, M. (2002). Convite a uma reflexão crítica sobre a nova profissionalidade docente. In M. Fernandes et al. (org.). *O particular e o global no virar do milénio: cruzar saberes em educação* (pp. 79-83). Edições Colibri.
- Santini, Z., Torres-Sahli, M., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K, Rayce, S., Baker, M., Have, M., Schotanus-Dijkstra, M. & Koushede, V. (2020). Measuring positive mental health and flourishing in Denmark: validation of the mental health continuum-short form (MHCSF) and cross-cultural comparison across three countries. *Health and Quality of Life Outcomes* 18 297. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01546-2>
- Sapeta, P (2010). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente* [Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem] <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2043>
- School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, University of Newcastle (2009). *Clinical Reasoning - Instructor resources* https://www.utas.edu.au/_data/assets/pdf_file/0003/263487/Clinical-Reasoning-Instructor-Resources.pdf
- Schools for Health in Europe (2021). A qualitative exploration of barriers and facilitators for the implementation of school health promotion in Europe https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/mapping/report_on_facilitators_and_barriers_2021.pdf

- Schonert-Reichl, K. (2017). Social and Emotional Learning and Teachers. *Future of Children* 27(1)137-155. <https://doi.org/10.1353/foc.2017.0007>
- Sequeira, C, Carvalho, J, Sampaio, F, Lluch-Canut, T & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das Propriedades Psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em Estudantes Portugueses do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 11. 45-53. <http://hdl.handle.net/10400.14/19775>
- Sequeira, C (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* 1ª ed Lidel ISBN 978-989-752-168-3
- Sequeira, C (2020a). Comunicação em saúde Mental. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 73-74) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Sequeira, C (2020b). Entrevista Clínica. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 90-94) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Sequeira, C (2020c). Treino de Assertividade. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 199-201) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Sequeira, C, Carvalho, J, Gonçalves, A, Nogueira, M, Lluch-canut, T & Rodan-Merino, J (2020). Levels of Positive Mental Health in Portuguese and Spanish Nursing Students. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 26(5) 483-492. <https://doi.org/10.1177/1078390319851569>
- Sequeira, C., Sampaio, F., Pinho, L., Araújo, O., Lluch-Canut, T & Sousa, L. (2022) Editorial: Mental health literacy: How to obtain and maintain positive mental health. *Front. Psychol.* 13:1036983. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1036983>
- Shah, M. (2015). Compare and contrast of grand theories: Orem's self-care deficit theory and roy's adaptation model. *Internacional Journal of Nursing Didactics*, 5(1), 39- 42.
- Schwarzer, R. (2016). Health action process approach (HAPA) as a theoretical framework to understand behaviour change. *Actualidades em Psicologia* 30(121) 119-130 <https://psycnet.apa.org/doi/10.15517/ap.v30i121.23458>
- Sigma (2022). Sigma Organizational Call to Action 2021-2023: Be Bold. <https://www.sigmanursing.org/why-sigma/organizational-leadership/organizational-call-to-action-2021-2023>
- Sitzman, K & Eichelberger, L (2017). *Understanding the work of nurse theorists: a creative beginning* 3Ed ISBN 978-1-284-09150-2
- Smith, M. & Liehr, P. (2014). Story Theory. In Smith, M. & Liehr, P. (Ed), *Middle range theory for nursing*. Springer Publishing Company, LLC. (3ª ed) (pp. 225-252). ISBN 978-0-8261-9551-7
- Sondheimer, A. & Rey, J. (2020) Ética e Psiquiatria da Infância e da Adolescência Internacional. In Rey, J. & Martin, A. (eds). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. <https://iacapap.org/Resources/Persistent/e33180c2ef0db3165c383a1ba07b0c547e859b96/A.1-ETHICS-Portuguese-2020.pdf>

- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista investigação em enfermagem*, S2(23) 31-39.
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P. & Lleixà-Fortuno, M. (2016). Training programmes for family caregivers of people with dementia living at home: Integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2757-67 <https://doi.org/10.1111/jocn.13266>
- Souza, S., Rossetto, E. & Sodr , T. (2000). Aplicação da Teoria de Parse no relacionamento enfermeiro-indivíduo. *Rev. Esc. Enf. USP*. 34(3), p.244-51. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000300004>
- Stan Kutcher, M., Yifeng Wei, M. & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry* 61(3) 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Tang, Y. (2018). What makes rural teachers happy? An investigation on the subjective well-being (SWB) of Chinese rural teachers. *International Journal of Educational Development* 62 192-200. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2018.05.001>
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgement in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6) 204-211. ENCONTREI <https://journals.healio.com/doi/10.3928/01484834-20060601-04>
- Tay, J., Tay, Y & Kainin-Yobas, P (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing* 32 757-763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Teixeira, S., Coelho, J., Sequeira, C., Lluch Canut, M. & Ferré-Grau, C. (2019). The effectiveness of positive mental health programs in adults: A systematic review. *Health Soc Care Community*. 27. 1126-1134. <https://doi.org/10.1111/hsc.12776>
- Teixeira, A. (2020). Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde Mental. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.102-107) 1 ed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Teixeira, S, Sequeira, C & Lluch- Canut, T (2020a). *Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus +): manual de apoio*. A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. https://issuu.com/spesm/docs/programa_de_promo_o_de_sa_de_mental_manual_mentis
- Teixeira, S, Sequeira, C & Lluch- Canut, T (2020b). Programa de Saúde Mental Positiva. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.240-242) 1 ed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Thomas, P. & Winter, J. (2020). Strategic Practices in Achieving Organizational Effectiveness. In Roussel, L, Thomas, P & Harris (Eds), J. *Management and Leadership for Nurse administrators*. 8 Ed, (pp.135-152). Jones & Bartlett Learning.
- Thompson, I., Melis, K. & Boyd, K. (2004). * tica em Enfermagem*. 4 ed. Lusociência ISBN 972-8383-67-3
- Tuckman, B. (2000). Manual de Investigação em Educação. Fundação Caloute Gulbenkian ISBN 9789723108798

- Valente, S., Lourenço, A. & Dominguez-Lara, S. (2022). Teachers in the 21st Century: Emotional Intelligence Skills Make the Difference *IntechOpen*. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.103082>
- Vieira, J. & Granja, P. (2020). COVID 19: uma pandemia de saúde mental. *Saúde & Tecnologia* 24 5-10
- Vilelas, J (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. 3ªed. Edições Sílabo.
- Wain, A (2017). Learning through reflection. *British Journal of Midwifery* 25(10). <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.10.662>
- Wang, Y., Xue, C. & Zhang, M. (2022). A Survey of Teachers' Status in Mental Health Education Management Based on Big Data Analysis. *Occup The. Int* <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2022/8399938>
- Welss, S. & Tappen, R. (2015). *Essentials of Nursing Leadership and Management*. FA Davis Company 6ªed ISBN 978080363663
- Weiss, S. & Tappen, R. (2015). *Essentials of Nursing Leadership and Management*. 6ªed F. A. Davis Company
- Williamson, G. (2000). The test of a nursing theory: A personal view. *Nursing Science Quarterly*, 13(2) 124-128. <https://doi.org/10.1177/08943180022107555>
- Willis, D. & Griffith, C. (2010). Healing patterns revealed in middle school boys' experiences of being bullied using Rogers' Science of Unitary Human Beings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(3), 125–132. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00234.x>
- World Health Organization [WHO] (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging practice*. Word Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>
- World Health Organization [WHO] (2012). Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services ISBN 9789241503594
- World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013–2020. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
- World Health Organization. (2021). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf>
- Yamaguchi, S, Foo, J, Kitagawa, Y, Togo, F. & Sasaki, T (2021). A survey of mental health literacy in Japanese high school teachers. *BMC Psychiatry* 21 478. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03481-y>
- Yarcheski, A., Mahon, N., & Yarcheski, T. (2004). Health and well-being in early adolescents using Rogers' Science of Unitary Beings. *Nursing Science Quarterly*, 17, 72–77. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318403260473>
- Zacher, H. & Schmitt, A. (2016). Work Characteristics and Occupational Well-Being: The Role of Age. *Frontiers in Psychology* 7. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01411>

ANEXOS

ANEXO I – FORMULÁRIO DE ACOLHIMENTO

**Departamento de Psiquiatria e
Saúde Mental**

Consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

HISTÓRIA CLÍNICA

(Colar aqui a vinheta do utente)

Alergias/Outros Alertas: _____

Data da 1.ª Consulta Médica: ____/____/____
Enfermeiro: _____

Médico: _____

Identificação Familiar/Cuidador(es)

Responsabilidade Parental: _____

Cuidadores atuais: _____

Contactos: _____

Quem acompanha o Utente à consulta: _____

Mãe: _____

Data do Nascimento: ____/____/____

Habilitações Literárias: _____

Atividade Profissional: _____

Pai: _____

Data do Nascimento: ____/____/____

Habilitações Literárias: _____

Atividade Profissional: _____

Estabelecimento de Ensino

Nome: _____ Ano: _____ Contactos: _____

1

Percurso Escolar: (Ensino Pré-escolar, básico e secundário, relação com professores, mudanças, transições, dificuldades de aprendizagem, socialização, comportamento, atividades extracurriculares)

Caracterização do Pedido de Consulta

Motivo: _____

Perceção da evolução clínica desde o pedido: (Agravamento/Estabilizado/Melhoria)

O que já foi feito para resolver o problema: _____

Expectativas/Preocupações: _____

Consentimentos Informados

Investigação/Auditoria ☐

Terapêutica Psicofarmacológica Offlabel ☐

Departamento de Psiquiatria e

Saúde Mental

Consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Dados somatométricos

Data	PA	FC	Peso	Altura	IMC	P. Abdominal	Outros

Árvore Genealógica/Genograma

2

Contexto Psicossocial e Cultural

Naturalidade da Mãe:

Naturalidade do Pai:

Quem apoia a Família/Cuidadores:

Emigração/Imigração: _____ Índice de Graffar (1,2,3,4,5): _____

Outros aspetos socioculturais: _____

Rotina diária:

Atividades Lúdicas/extracurriculares:

ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

Questionário de Saúde Mental Positiva – QSM+

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

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

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

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

Fonte:

Citação: Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (11), 45-53.

ANEXO III - QUESTIONÁRIO DO CFAE E QUESTIONÁRIO DO CFAE COM AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS

Requerimento de Reconhecimento e Certificação de ACD - “ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM LITERACIA DE SAUDE MENTAL POSITIVA- PARTE I e PARTE II”

Certificação das ações de formação de curta duração previstas no regime jurídico da formação contínua, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 22/2014, de 11 de fevereiro, para os efeitos previstos no Estatuto da Carreira dos Educadores de Infância e dos Professores dos Ensinos Básico e Secundário, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 139-A/90, de 28 de abril.

***Obrigatório**

1. Nome completo do(a) formando(a) *

2. Designação da ação de formação (ACD) *

3. Local de realização da ACD *

4. Data de realização da ACD *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

5. Número de horas da ACD *

6. Nome dos(as) formadores(as) *

Nas questões seguintes assinale com o valor da escala que considera mais adequado à avaliação dos itens assinalados.

TEMA

A sua opinião é muito importante. O recurso a inquéritos por questionário faz parte dos processos de melhoria internos deste Centro/ monitorização da formação realizada.

7. Descreva a importância desta formação para o seu desenvolvimento pessoal e profissional *

CONTEÚDO/ORGANIZAÇÃO

8. Exposição/ abordagem do tema - Rigor e qualidade científica e pedagógica *

Marcar apenas uma oval.

Nada Satisfeito(a)

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

Muito satisfeito(a)

9. Se respondeu nível 1,2 ou 3 na questão anterior , justifique.

10. A duração foi adequada? *

Marcar apenas uma oval.

Pouco adequada

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

Totalmente adequada

11. Se respondeu nível 1,2 ou 3 na questão anterior , justifique.

12. A(s) sessão (sessões) proporcionaram uma reflexão sobre a importância da saúde mental positiva e da aquisição/consolidação de competências socioemocionais nas práticas profissionais e na promoção da sua melhoria?

Marcar apenas uma oval.

	Nada
1	☐
2	☐
3	☐
4	☐
5	☐
	Muitíssimo

13. O "Guião Socioemocional dos Professores" pretende ser um futuro instrumento de trabalho, uma "pequena chave" que ajuda a abrir a porta da consolidação de "competências socioemocionais" e da sua possível "aplicação na sala de aula". Como avalia a potencialidade/possibilidade da sua utilização futura?

Marcar apenas uma oval.

Nada

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

Muitíssimo

14. Debate (quando decorreu) *

Marcar apenas uma oval.

Nada Satisfeito(a)

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

Muito satisfeito(a)

INTERVENÇÃO DAS FORMADORAS

15. Dinamismo e entusiasmo *

Marcar apenas uma oval.

Nada Satisfeito(a)

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

Muito satisfeito(a)

16. Segurança na informação que veicula *

Marcar apenas uma oval.

Nada Satisfeito(a)

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

Muito satisfeito(a)

17. Clareza no discurso e transmissão de informação *

Marcar apenas uma oval.

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

APRECIÇÃO GLOBAL

18. Assinale o item que considera mais adequado à apreciação global da ACD *

Marcar apenas uma oval.

☐ Excelente

☐ Muito Bom

☐ Bom

☐ Satisfatório

☐ Fraco

19. Esta formação foi preparada para ser uma vivência partilhada de conhecimentos, de competências socioemocionais, de procura de equilíbrios pessoais e de caminhos profissionais abertos à mudança. *
Elabore um pequeno texto sobre o significado/impacto que teve para si.

20. Refira os aspetos mais positivos e menos positivos e sugestões de melhoria *

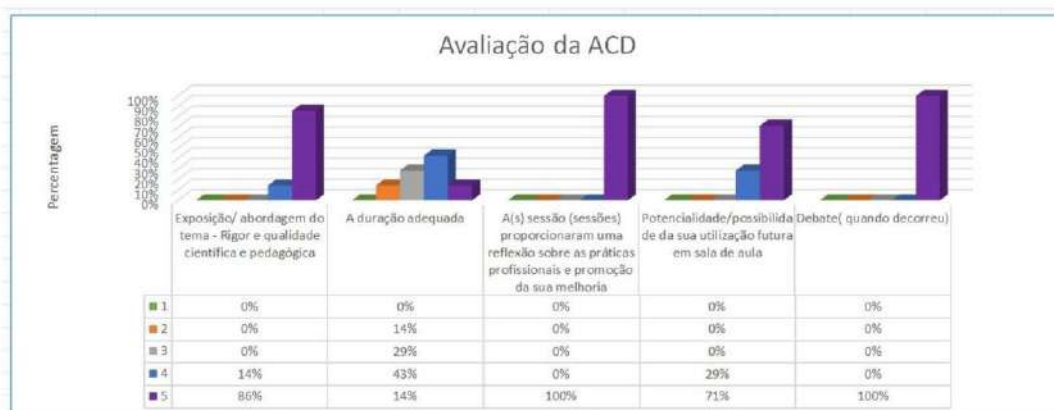
Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

TRATAMENTO DOS INQUÉRITOS POR QUESTIONÁRIO

Ação de Curta Duração: Nº 224 e 248 - ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM LITERACIA DE SAUDE MENTAL POSITIVA- PARTE I e PARTE II

Número de horas: 6h + 6h



Se respondeu nível 1,2 ou 3 na questão anterior , justifique.

3 respostas

Julgo que faltou tempo para operacionalizar estratégias relativas às "personagens" abordadas.

Poderia ter uma duração superior, para poder colocar em prática alguns temas.

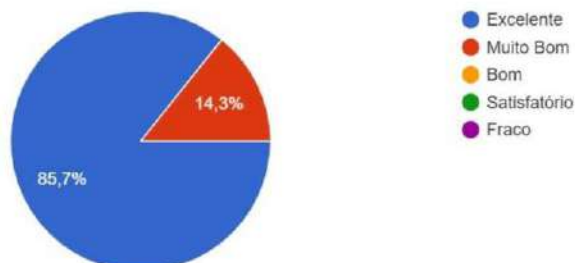
Pela importância, devia ser mais desenvolvida e estendida.



APRECIÇÃO GLOBAL

Assinale o item que considera mais adequado à apreciação global da ACD

8 respostas



TEMA

Muito importante

Da maior importância para conhecimento dos fatores que podem melhorar e contribuir para uma saúde mental positiva; ao conhecer esses fatores permite admitir uma melhoria na relação da pessoa enquanto indivíduo e enquanto profissional, especificamente na docência. Permite ainda perceber que há fatores controláveis e que com um trabalho ao nível do desenvolvimento pessoal, especificamente em aspetos como o auto conhecimento, a auto imagem e o as emoções, poderá haver melhorias no todo que somos: pessoa ou profissional. No entanto, no desenvolvimento profissional considero que não bastaria que os docentes sejam formados nesta matéria. Seria necessário incluir alunos, encarregados de educação, entre outros, dado que considero que é um problema maior, que atinge a sociedade atual.

A temática abordada nesta formação é muito importante quer a nível pessoal quer a nível profissional, pois, na qualidade de professora, para me sentir realizada a nível profissional, tentando fazer o meu melhor, é necessário que me sinta bem a nível pessoal. Como tal, nesta ACD, adquirimos alguns conhecimentos teóricos e permitiu-nos parar para refletir um pouco sobre nós mesmo, quer a nível pessoal, quer profissional.

Muito importante

Foi uma experiência enriquecedora, conducente ao melhoramento das competências sociais e emocionais que promovem o bem-estar e que se refletem, consequentemente, no desempenho profissional.

Ter ferramentas de autorregulação e gestão emocional.

Extremamente importante para o auto-conhecimento e consequente melhoria da minha profissionalidade

Esta formação foi preparada para ser uma vivência partilhada de conhecimentos, de competências socioemocionais, de procura de equilíbrios pessoais e de caminhos profissionais abertos à mudança. Elabore um pequeno texto sobre o significado/impacto que teve para si.

Foi um momento de reflexão e aprendizagem com impacto na minha vida pessoal e profissional.

O impacto foi grande: abordar determinados assuntos em grupo assusta e provoca um "friozinho no estômago" quando nos revemos em situações relacionadas por outros. Por um lado, apercebemo-nos que "não é só a nós que nos acontece", no entanto "com o mal dos outros podemos nós bem"...A necessidade destes temas serem partilhados choca com a forma como o sistema educativo está organizado: partilhar fragilidades com colegas que serão nossos avaliadores ou que iremos avaliar é um obstáculo à sinceridade, à autenticidade e à comunicação verdadeira. Por isso, para mim, esta formação é a continuação de um caminho, que vejo mais como individual (e que já tinha iniciado por motivos de saúde) que me permitiu rever aspetos prioritários que tenho que relembrar para cuidar todos os dias com vista à alterações do comportamento da minha parte relativos às circunstâncias que surgem na vida e na profissão. Julgo que nesta fase é positivo identificar as situações e aceitar que há necessidade de priorizar o ser humano, quer eu, quer os outros com quem me relaciono na profissão. Por último, também foi muito importante saber que a enfermeira Cristina Paulo tem toda a consciência das dificuldades e fragilidades que enfrentam os docentes e poderá ser "uma voz" no solo da Saúde (Instituições e colegas com quem exerce) para replicar o tema e replicar estas formações. Uma palavra para a professora Miriam Aço, verdadeira entusiasta desta profissão que nos dá o exemplo claro de que nutrir-se pessoalmente é a chave para uma postura positiva na vida e de quem poderemos recordar as palavras sábias nos dias menos bons, percebendo que é possível um docente transformar a vida dos seus alunos através do seu exemplo. Parabéns às duas pela coragem e pelo processo de construção das sessões que partilharam connosco! Percebeu-se que o fizeram com um enorme prazer!

Esta formação também foi importante porque tivemos oportunidade de partilhar conhecimentos e experiências com outros formandos com profissões diferentes da minha, o que contribuiu para enriquecer ainda mais a ACD.

Foi muito importante: Permitiu reflexão individual e conjunta quanto ao tema, proporcionou mais conhecimento atualizado, e ainda autoconhecimento, que de alguma forma poderá ser aplicado no dia a dia quer na escola, junto dos alunos, ou mesmo no seio familiar, sendo um tema tão abrangente, mas sobretudo essencial no encontro de um equilíbrio pessoal.

Todo este processo, definido por objetivos claros e desafiantes, aportou-me conhecimentos e técnicas que conduzem à promoção da saúde mental positiva e que abrem caminho para uma classe docente mais resiliente.

Esta formação permitiu-me refletir sobre vários aspetos que considero importantes na minha vida profissional: autocontrolo, habilidades de relação interpessoal, autoatualização e resolução de problemas, entre outros.

Ajudou-me a tomar consciência de alguns aspetos que, na minha perspetiva, devem ser trabalhados e melhorados.

Extremamente importante pois abriu caminhos para a compreensão da importância da uma saúde mental positiva e do seu impacto no meu dia-a-dia como profissional que enfrenta desafios diários também eles ligados com a saúde mental da comunidade profissional em que me insiro.

Refira os aspetos mais positivos e menos positivos e sugestões de melhoria

O menos positivo é o pouco tempo, deveria ser uma formação contínua e transversal, com caráter obrigatório

Os mais positivos foram abordados na resposta anterior e além desses, só o facto de terem tido o carinho do chá e bolinhos! Também considero que nos debates a intervenção da professora Cátia da UAIG, como psicóloga, foi muito positiva para mim, houve estratégias apontadas que são muito importantes. Talvez a presença de um psicólogo como formador neste tema também fosse importante (além de enfermeira e professora).
Negativos não encontro. Apenas a sugestão que continuem com outros grupos!

O aspeto mais positivo a destacar são as formadoras que, para além da sua experiência e conhecimento, transmitiram também muita paz e calma, o que é muito saudável depois de um dia de trabalho. Também tiveram a preocupação de nos acolher da melhor forma e com muita simpatia, sempre com o intuito de nos fazer sentir bem. Quanto aos aspetos negativos, não tenho nada a referir. Possa apenas reforçar, a título de sugestão, que esta ACD pudesse eventualmente passar a Ação de Formação, com uma duração maior, pois faria todo o sentido, ter a oportunidade de aplicar ainda mais na prática, o que tivemos oportunidade de aprender.

O único menos positivo seria ser necessário mais horas sobre o tema, tendo em conta a importância do mesmo quer para a sua aplicação com os alunos, que acabou por ser menos abordado, mas fundamental para o equilíbrio mental da pessoa.

A forma empática, confiante e clara com que as formadoras conduziram as sessões, os processos usados, os conhecimentos transmitidos foram importantíssimos pelo que considere a ação excelente. Menos positivo foi a curta duração da formação.

Um dos aspetos mais positivos foi o espaço que se abriu para debate e partilha de experiências.

O dinamismo das formadoras, o rigor na informação, as propostas de trabalho; menos positivo considero a duração da ação

Cofinanciado por:



ANEXO IV - FORMAÇÕES COMO FORMANDA







A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)

www.aspesm.org

Certificado

Certifica-se que

Cristina Lopes Paulo

foi **FORMANDO(A)** do curso de atualização em Enfermagem de Saúde Mental
“**Programa de Saúde Mental Positiva**”, com a duração de 8 (oito) horas, realizado
online, nos dias 15 e 22 de maio de 2023, organizado pela A Sociedade Portuguesa
de Enfermagem de Saúde Mental.

Conteúdo Programático

- MENTIS PLUS
- Procedimento

Porto, 30 de junho de 2023

O Presidente da ASPESM

(Prof. Doutor Carlos Sequeira)



A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)

www.aspesm.org

Certificado

Certifica-se que

Cristina Lopes Paulo

foi **FORMANDO(A)** do Curso Prático Avançado em Enfermagem de Saúde Mental
“**Programa de Saúde Mental Positiva**” com a duração de 24 (vinte e quatro)
horas, realizado online, a partir de 29 de maio de 2023, organizado pela
Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Porto, 30 de junho de 2023

O Presidente da ASPESM

(Prof. Doutor Carlos Sequeira)

APÊNDICES

APÊNDICE I – AÇÃO DE FORMAÇÃO - PROGRAMAS E MATERIAL DE APOIO

Programas das ACD

PROGRAMA TEMÁTICO - ACD



Centro de Formação

Ria Formosa

Associação de Escolas FARO-OLHÃO

Registo de Acreditação
Associação de Escolas (Faro/Olhão)
Escola Secundária João de Deus
Avenida 5 de outubro - 8004-069 Faro
cffaro@aejdfaro.pt Telefone- 289 826007

Programa temático - ACD

Local:	Faro
Data:	Dias 16 e 23 de Novembro
Horário:	16,30 às 19,30 horas
Duração (horas):	6 Horas

DESIGNAÇÃO da ACD :	
Roteiro de Formação Docente em Literacia da Saúde Mental Positiva – PARTE I	
Entidades promotoras:	Centro de Formação Ria Formosa Agrupamento de Escolas Pinheiro e Rosa
Formador(es) (grau(s) e nome(s))	Míriam Aço – Doutoramento em Ciências da Educação Cristina Paulo – Mestrado em Enfermagem
Áreas abrangidas (1):	b) Prática Pedagógica e Didática na Docência • competências científicas - “mobilização de literacias diversas”, “promoção de conhecimento científico”; • competências pedagógicas e didáticas – “gestão integrada de conhecimento, trabalho interdisciplinar”; • competência comunicacional – “domínio de técnicas de exposição e argumentação”; • competência identitária pessoal/socioemocional – “capacidade de trabalhar cooperativamente e com autonomia”. (fonte: Decreto Lei nº 55/2018).
Enquadramento Objetivos:	A Promoção da Saúde Mental é um tema atual e pertinente nas Agendas Políticas de organismos internacionais, tais como OMS, ONU, UNESCO, e, também, a nível de Programas Nacionais, com parcerias estabelecidas, principalmente, entre os Ministérios da Saúde e da Educação.

	A ação de formação aqui proposta vai ao encontro destas preocupações, propondo atingir os seguintes <u>Objetivos</u>: • Criar um espaço de motivação pessoal e de expectativa profissional, mostrando os benefícios de uma tomada de consciência sobre a importante ligação entre “Saúde Mental Positiva”, “Competências Emocionais” e “Profissionalidade Docente”; • Tornar claro que a aquisição e domínio de competências identitárias pessoais/socioemocionais são uma enorme mais valia para a promoção da saúde mental; • Trabalhar as competências identitárias pessoais/socioemocionais a partir do modelo/roteiro de Teresa Luch; • Criar condições metodológicas para a elaboração de um “Guião Socioemocional do Professor”, que será um instrumento de apoio na consolidação das competências identitárias pessoais/socioemocionais; • Apoiar o professor na mobilização/transferência das competências trabalhadas, para as integrar na sua prática docente, como gestor de curriculum e mediador do processo de aprendizagem.
Temas abordados – conteúdos (científicos e pedagógicos):	• “Literacia da Saúde Mental Positiva”, “Modelo Multifatorial de Teresa Luch”, “Literacia Emocional” e “Profissionalidade Docente” – um caminho para a promoção da Saúde Mental; • Os normativos de referência em educação como estrutura orientadora da abordagem às competências pessoais/socioemocionais.
Destinatários Público-alvo	Professores

Observações	Esta ação procurará ser um espaço de motivação, reflexão, aprofundamento, partilha. O foco principal, a promoção da saúde mental, confronta – se com os constantes desafios e exigências que se colocam aos professores. Como fazer, então, um percurso sólido e significativo? Vamos procurar percorrer, juntos, este caminho de procura, reflexão e aplicação.
--------------------	--

⁽¹⁾ De acordo com o art.º 5.º do Dec-lei n.º 22/2014, de 11 de fevereiro:

- a) Área da docência, ou seja, áreas do conhecimento, que constituem matérias curriculares nos vários níveis de ensino;
- b) Prática pedagógica e didática na docência, designadamente a formação no domínio da organização e gestão da sala de aula;
- c) Formação educacional geral e das organizações educativas;
- d) Administração escolar e administração educacional;
- e) Liderança, coordenação e supervisão pedagógica;
- f) Formação ética e deontológica;
- g) Tecnologias da informação e comunicação aplicadas a didáticas específicas ou à gestão escolar

Documentação de Apoio



ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA



DOCUMENTAÇÃO DE APOIO



Escola Neves Júnior

Míriam Aço

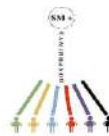
Cristina Paulo

Esta formação é parte integrante da Unidade Curricular: Estágio II
Mestrado em Enfermagem – Saúde Mental e Psiquiátrica
Professora Orientadora: Ana Paula Zarcos



Índice

Sessão 1	1
Sessão 2	13
Sessão 3	23
Sessão 4	35
Referências Bibliográficas	45



ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM
LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA
Sessão 1



ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA

Sessão 1

OBJETIVOS:

- Apresentar os participantes e os responsáveis da Ação de Formação
- Promover a Apresentação do Programa de Formação, dos seus objetivos, dinâmicas e conteúdos
- Explicitar o desenvolvimento esperado, em conteúdos e metodologia, para a 1ª sessão
- Proceder à formulação de conclusões no final da sessão
- Aplicar o “Questionário de Saúde Mental Positiva” (recolha pré-formação).

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

- Momento de Apresentação – Diretora do CFAE
- Momento Motivacional - partindo da questão “o que somos, quando somos professores ?”, falar dos “Desafios”, das “Interrogações”, das “Respostas” , explicitando o Programa de Formação como suporte de respostas para os desafios e interrogações – Professora Míriam
- Momento Expositivo 1– donde partimos? Qual o referencial de conceitos – base utilizado? Breve apresentação de conceitos - “doença mental”, “saúde mental”, “saúde mental positiva”, “literacia da saúde mental positiva”, “profissionalidade docente” – Enfermeira Cristina



- Momento Expositivo 2- Seis “personagens” facilitadoras do caminho para uma “saúde mental positiva” : o modelo multifatorial de Teresa Lluch – Professora Míriam e Enfermeira Cristina
- Momento de dinâmica de pequeno grupo: Guião de atividade orientado para a construção de uma lista de prioridade dos fatores, tendo em vista a profissionalidade docente - Professora Míriam e Enfermeira Cristina
- Momento de Debate em grupo alargado: apresentação das conclusões dos grupos, debate e formulação de conclusões de fim de sessão.

Nota : a aplicação do questionário será feita digitalmente.



TEXTO 1 - O QUE SOMOS QUANDO SOMOS PROFESSORES

Ser professor neste tempo em movimento contínuo e acelerado, onde os valores nos são dados *à la carte*, como diz Lipovetsky, e o conhecimento se afirma como *biodegradável*, no dizer de Morin, é perseguir ainda o sonho de tocar o sucesso no quotidiano gesto de ensinar, procurando que as aulas sejam espaço de crescimento, onde ensinamos como se aprende a aprender e como, de aprendizagem em aprendizagem, se aprende a ser Pessoa e a qualificar a vida.

Ser professor é também, pois, aqui, neste tempo em movimento, procurar o chão teórico onde assentem os nossos pés e que pode vir na forma de uma pedagogia diferenciadora, garantida na promoção das interacções e na qualidade dos processos e mesmo dos produtos; mas que, por mais que nos sirva de fundamento, nos dá também a consciência de que, neste gesto quotidiano de ensinar, não há receitas, nem absolutos, e que só nos resta mesmo caminhar em busca de gestos renovados, conscientes de qualquer taxonomia, qualquer paradigma pedagógico, nos tranquiliza o espírito por instantes, anos até, talvez, mas não nos retira esta necessidade de procura, esta assumpção renovada de que é no olhar crítico e disponível que criamos as condições para deixar entrar em nós o desejo permanente de inovar.

Ser professor é, afinal, ter consciência que, reforma após reforma, continuamos disponíveis, ainda que críticos, porque o que nos importa é podermos cruzar olhares, emoções e saberes com os sujeitos, sempre renovados, da nossa acção pedagógica, procurando referências à medida dos rigores e exigências dos contextos, conscientes de que não vamos nem queremos parar porque, como diria Torga “*o homem tem a largueza dos horizontes que lhe cabem nos olhos – nos verdadeiros e nos da imaginação*”; e porque sabemos também, enquanto actores privilegiados desta arte milenar, que, como diria Confúcio, “*a Natureza faz-nos iguais mas a Educação é que nos torna diferentes*”.

(Aço, 2007a)



TEXTO 2

DECRETO LEI N.º 54/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018a)

Disposições Gerais

Artigo 3.º

Princípios Orientadores

São princípios orientadores da educação inclusiva:

- a) Educabilidade universal, a assunção de que todas as crianças e alunos têm capacidade de aprendizagem e de desenvolvimento educativo;
- b) Equidade, a garantia de que todas as crianças e alunos têm acesso aos apoios necessários de modo a concretizar o seu potencial de aprendizagem e desenvolvimento;
- c) Inclusão, o direito de todas as crianças e alunos ao acesso e participação, de modo pleno e efetivo, aos mesmos contextos educativos;
- d) Personalização, o planeamento educativo centrado no aluno, de modo que as medidas sejam decididas casuisticamente de acordo com as suas necessidades, potencialidades, interesses e preferências, através de uma abordagem multinível;
- e) Flexibilidade, a gestão flexível do currículo, dos espaços e dos tempos escolares, de modo que a ação educativa nos seus métodos, tempos, instrumentos e atividades possa responder à singularidades de cada um;
- f) Autodeterminação, o respeito pela autonomia pessoal, tomando em consideração não apenas as necessidades do aluno mas também os seus interesses e preferências, a expressão da sua identidade cultural e linguística, criando oportunidades para o exercício do direito de participação na tomada de decisões;



- g) Envolvimento parental, o direito de os pais, ou encarregados de educação, à participação e à informação relativamente a todos os aspetos do processo educativo do seu educando;
- h) Interferência mínima, a intervenção técnica e educativa deve ser desenvolvida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação se revele necessária à efetiva promoção do desenvolvimento pessoal e educativo das crianças ou alunos e no respeito pela sua vida privada e familiar.

Artigo 5.º

Linhas de atuação para a inclusão

- 1 – As escolas devem incluir nos seus documentos orientadores as linhas de atuação para uma cultura de escola onde todos encontrem oportunidades para aprender e as condições para se realizarem plenamente, respondendo às necessidades de cada aluno, valorizando a diversidade e promovendo a equidade e a não discriminação no acesso ao currículo e na progressão ao longo da escolaridade obrigatória;
- 2 – As linhas de atuação para a inclusão vinculam toda a escola a um processo de mudança cultural, organizacional e operacional, baseado num modelo de intervenção multinível que reconhece e assume as transformações na gestão do currículo, nas práticas educativas e na sua monitorização;
- 3 – As linhas de atuação para a inclusão devem integrar um contínuo de medidas universais, seletivas e adicionais que respondam à diversidade das necessidades de todos e de cada um dos alunos;
- 4 – As escolas devem, ainda, definir indicadores destinados a avaliar a eficácia das medidas referidas no número anterior.

.....

CAPÍTULO II

Medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão

.....



Artigo 8.º

Medidas universais

- 1 – As medidas universais correspondem às respostas educativas que a escola tem disponíveis para todos os alunos com o objetivo de promover a participação e a melhoria das aprendizagens.
- 2 – Consideram-se medidas universais entre outras:
 - a) A diferenciação pedagógica;
 - b) As acomodações curriculares;
 - c) O enriquecimento curricular;
 - d) A promoção do comportamento pró-social;
 - e) A intervenção, com foco académico ou comportamental, em pequenos grupos.
- 3 – As medidas universais são mobilizadas para todos os alunos, incluindo os que necessitam de medidas seletivas ou adicionais, tendo em vista, designadamente, a promoção do desenvolvimento pessoal, interpessoal e de intervenção social.



TEXTO 3

DECRETO LEI N.º 55/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018b)

Disposições Gerais

Artigo 4.º

Princípios orientadores

1 – À conceção, operacionalização e avaliação das aprendizagens do currículo dos ensinos básico e secundário, assente numa definição curricular comum nacional, presidem os seguintes princípios orientadores:

- a) Promoção da melhoria da qualidade do ensino e da aprendizagem assente numa abordagem multinível, no reforço da intervenção curricular das escolas e no carácter formativo da avaliação, de modo que todos os alunos consigam adquirir os conhecimentos e desenvolver as competências, atitudes e valores previstos no Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória;
- b) Concretização de um exercício efetivo de autonomia curricular, possibilitando às escolas a identificação de opções curriculares eficazes, adequadas ao contexto, enquadradas no projeto educativo e noutros documentos estruturantes da escola;
- c) Garantia de uma escola inclusiva, que promove a igualdade e a não discriminação, cuja diversidade, flexibilidade, inovação e personalização respondem à heterogeneidade dos alunos, eliminando obstáculos e estereótipos no acesso ao currículo e às aprendizagens, assente numa abordagem multinível, que integra medidas universais, seletivas e adicionais de suporte à aprendizagem e à inclusão;
- d) Reconhecimento dos professores, enquanto agentes principais do desenvolvimento do currículo, com um papel fundamental na sua avaliação, na reflexão sobre as opções a tomar, na sua exequibilidade e adequação aos contextos de cada comunidade escolar;



TEXTO 4 - REFERENCIAL DE CONCEITOS

CONCEITOS

- **Saúde Mental (SM) :** “Um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, consegue enfrentar o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade” (WHO, 2005, p.2)¹
- **Saúde Mental Positiva (SMP):** “Um estado de funcionamento ótimo do ser humano, o que salienta a importância da promoção das qualidades da pessoa na otimização do seu potencial” (Sequeira et al, 2014, p.46)
- **Literacia em Saúde Mental (LSM):** “(1)Conhecimento como obter e manter uma boa saúde mental; (2) conhecimento acerca das doenças mentais e seus tratamentos; (3) diminuição do estigma relacionado com as doenças mentais; (4) aumentar a eficácia na procura de ajuda” (Kutcher et al,2016, p.567)²
- **Literacia em Saúde Mental Positiva (LSMP):** A LSMP é uma componente da LSM e refere-se ao conhecimento e habilidade para obter e manter a SM (Bjornsen et al, 2017).
- **Profissionalidade Docente:** “Processo de constituição das características específicas da profissão – como aquisição dos conhecimentos necessários ao desempenho de suas atividades, assimilação de saberes pedagógicos, desenvolvimento de atitudes, valores, habilidades e/ou competências para aperfeiçoar o exercício docente” (Gorzoni & Davis, 2017, p.1406).

¹ Tradução livre: “a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”

² Tradução livre: “(1) Understanding how to obtain and maintain good mental health; (2) understanding mental disorders and their treatments; (3) decreasing stigma related to mental disorders; (4) enhancing help-seeking efficacy (knowing when, where, and how to obtain good mental health care and developing competencies needed for self-care)”



TEXTO 5 - MODELO MULTIFATORIAL DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

O Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva, desenvolvido por Lluch em 1999, através da sua tese de doutoramento, assenta em seis fatores, algo desiguais dos critérios iniciais enunciados por Jahoda (1958).

Estes fatores são os seguintes: Satisfação Pessoal (F1), Atitude Pró-social (F2), Autocontrolo (F3), Autonomia (F4), Resolução de Problemas e Auto-atualização (F5) e Habilidades de Relacionamento Interpessoal (F6) – (Lluch, 1999).

A definição de saúde mental positiva, baseada neste modelo, parte de suposições fundamentais:

1. É entendida como um construto e isso significa que não pode ser definida diretamente; são precisos termos mais específicos, como fatores ou dimensões mais específicas.
 2. É entendida como um estado dinâmico e flutuante. A conceção dinâmica de saúde mental, de saúde mental positiva, implica aceitar como são e positivo, sentimentos e vivências tanto negativas como positivas.
 3. Tem limites que devem ser controlados. Todos os estados emocionais têm limites que, se excedidos (por deficit ou por excesso), podem causar patologia.
- Os fatores que compõem o Modelo Multifuncional de Saúde Mental Positiva, estão inter-relacionados, de forma que uns podem compensar outros. E assim, dependendo do momento ou da satisfação pessoal, alguns fatores prevalecem sobre outros (Lluch, 1999, ,2008,2020,2021)

Quadro 1 – Definição dos fatores do Modelo de Saúde Mental Positiva

Fator	Definição
F1: Satisfação Pessoal	Refere-se à satisfação consigo mesmo (auto-conceito/ auto-estima) com a vida pessoal e com as perspetivas futuras.



F2: Atitude Pró-Social	Inclui a sensibilidade da pessoa ao seu ambiente social, a atitude e o desejo de ajudar a apoiar os outros e a aceitação dos outros e fatos sociais diferenciais.
F3: Autocontrolo	Contempla a capacidade da pessoa de lidar com situações de stresse e conflito, equilíbrio emocional e tolerância à frustração ansiedade e stresse.
F4: Autonomia	Inclui as capacidade da pessoa de tomar as suas próprias decisões, aplicando os seus próprios critérios, auto-regulando o seu próprio comportamento e mantendo um bom nível de segurança pessoal.
F5: Resolução de Problemas e Auto atualização	Refere-se à capacidade da pessoa de tomar decisões e resolver os problemas que a vida acarreta, bem como a capacidade de se adaptar às mudanças, desenvolvendo uma atitude flexível e de crescimento pessoal contínuo.
F6: Habilidades de Relação Interpessoal	Inclui a capacidade da pessoa em comunicar e estabelecer relações interpessoais harmoniosas com o seu ambiente e a capacidade de comunicar sentimentos e dar e receber afetos.

Fonte: Teixeira, Sequeira & Lluch-Canut, 2020, p. 18



SESSÃO 1 - ATIVIDADE

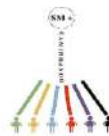
TIPO DE ATIVIDADE:

- Dinâmica de pequeno grupo.

PROPOSTA DE ATIVIDADE:

- Escolher porta voz para comunicar o trabalho, quando concluído;
- Fazer a leitura partilhada, no grupo, do texto nº 5;
- Estabelecer a ligação com as personagens já visionadas no *powerpoint*, que fazem parte do modelo de Saúde Mental Positiva;
- Considerando esta informação e a reflexão conjunta, procurar elaborar:

Uma lista de prioridades (de cima para baixo) das personagens/fatores/competências que lhes parecem mais relevantes, tendo em vista facilitar e valorizar o trabalho docente (profissionalidade docente).



ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM
LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA
Sessão 2



ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA

Sessão 2

OBJETIVOS:

- Apresentar as conclusões dos trabalhos de grupo e promover o debate em grupo alargado
- Considerar as conclusões propostas como ponto de partida para a desconstrução das “personagens”/fatores
- Criar um espaço estratégico, com exercícios práticos, para trabalhar alguns “descritores” constantes das definições dos fatores/ “personagens”, evidenciando, em contexto de formação, a possibilidade de desenvolver/consolidar esses descritores
- Explicitar modos de passagem destes “descritores” pessoais para a prática docente
- Enunciar o modo de construção do “Guião Socioemocional do Professor”.

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

- Momento de Apresentação, em dinâmica de grupo alargado, das conclusões produzidas em dinâmica de pequeno grupo
- Momento de Organização das conclusões apresentadas e dos seus argumentos de suporte, tendo em vista a seleção de “personagens/fatores”, consideradas prioritárias, no trabalho realizado, pelos colegas formandos, face à profissionalidade docente



- Momento Expositivo, para explicitar, com maior detalhe, as “personagens/fatores” através dos seus “descritores”
- Momento de dinâmica de grupo alargado: Guião de atividade orientado para exercícios práticos de desenvolvimento/consolidação de “descritores” enunciados como características das “personagens/fatores”
- Mobilização da informação partilhada e das evidências produzidas, para dar corpo ao “Guião Socioemocional do Professor”, a ser produzido nas sessões 3 e 4.



TEXTO 1 - DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

Na tentativa de fomentar a saúde mental positiva na vida das pessoas, tornando mais operacional o seu desenvolvimento Lluch-Canut (2011), baseando-se nos fatores conceptuais do Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva, definiu um decálogo de 10 recomendações essenciais:

1. Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida (a nível pessoal e profissional)
2. Colocar “carinho” nas atividades da vida
3. Não ser muito duro consigo mesmo e com outros (a tolerância, compreensão e flexibilidade são bons para a saúde mental)
4. Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal
5. Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles acontecem
6. Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e de ‘sentir’)
7. Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente
8. Tentar resolver os problemas quando eles surgem
9. Cuidar das suas relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntima como as de trabalho (colegas)
10. Fazer uso frequente do sentido de humor na vida.

(Teixeira, Sequeira & Lluch-Canut, 2020, p.22)



TEXTO 2

Decreto – Lei N.º 240/2001

.....

ANEXO

Perfil geral de desempenho profissional do educador de infância e dos professores do ensino básico e secundário

I

Perfil Geral de desempenho

O perfil geral de desempenho do educador de infância e dos professores dos ensinos básico e secundário, enuncia referenciais comuns à actividade dos docentes de todos os níveis de ensino, evidenciando exigências para a organização dos projectos da respectiva formação e para o reconhecimento de habilitações profissionais docentes.

II

Dimensão profissional, social e ética

1 – O professor promove aprendizagens curriculares, fundamentando a sua prática profissional num saber específico resultante da produção e uso de diversos saberes integrados em função das acções concretas da mesma prática, social e eticamente situada.

.....

III

Dimensão de desenvolvimento do ensino e da aprendizagem

1 – O professor promove aprendizagens no âmbito de um currículo, no quadro de uma relação pedagógica de qualidade, integrando, com critérios de rigor científico e metodológico, conhecimentos das áreas que os fundamentam.

.....



IV

Dimensão de participação na escola e de relação com a comunidade

1 – O professor executa a sua atividade profissional, de uma forma integrada, no âmbito das diferentes dimensões da escola como instituição educativa e no contexto da comunidade onde esta se insere.

.....

V

Dimensão de desenvolvimento profissional ao longa da vida

1 – O professor incorpora a sua formação como elemento constitutivo da prática profissional, construindo-a (...) mediante a análise problematizada da sua prática pedagógica, a reflexão fundamentada sobre a construção da profissão e o recurso à investigação, em cooperação com outros profissionais.

.....



TEXTO 3 - AFECTOS, PRÁTICA REFLEXIVA, DISPONIBILIDADE PSICO-AFECTIVA - OS DESAFIOS DO PROFESSOR DE HOJE

Somos professores num tempo de mudança: mudanças vividas por decisões ministeriais; mudanças sentidas na mobilidade dos próprios fenómenos sociais, resultantes de novos mapas culturais e novos agentes de socialização; mudanças experimentadas na nossa própria identidade, pessoal e profissional, perante os desafios da comunicação, à distância de um qualquer comando digital, e que fazem estremecer o que havíamos pensado como verdade segura e intocada da nossa profissão, a nossa formação académica e científica, que nos realizava como transmissores qualificados de conteúdos, aceites, sem discussão, como autênticos conhecimentos e saberes.

Sentimos hoje que esta competência, trazida pela nossa formação superior, tocada levemente por uma Pedagogia que, na maior parte dos casos, foi aprendida no estágio, como matéria a assimilar e a aplicar no registo das aulas observadas, aparecendo, quase sempre, ainda direccionada para uma Didáctica de *objectivos* e *produtos* e não de *processos* e *desempenhos*, não nos preparou para a escola de hoje.

Temos consciência que o perfil de competências que é exigido, pela própria prática docente e os seus múltiplos contextos, ao professor, no seu dia a dia, é um leque abrangente de variáveis onde a competência sócio - emocional desempenha um papel essencial, já que é através dela que o professor poderá construir espaços de interacção consistentes, tornando-se, ao mesmo tempo, capaz de gerir as distâncias entre o sucesso de uma prática pedagógica idealizada e a sua prática docente quotidiana. Todavia temos, também, a noção de que falamos de uma competência muito abrangente, do ponto de vista dos comportamentos esperados, mas que é conceptualmente difusa e quase equívoca, principalmente se continuarmos a pautar o nosso modelo de professor por um referente unívoco, seja ele o modelo tradicional de “transmissor de conteúdos” ou a versão pós moderna de “gestor de recursos e aprendizagens”. O que pretendemos, afinal, dizer, é que, nesta sociedade em que a complexidade se instalou como paradigma e natureza intrínseca, espera-se do professor que seja um fiel e rigoroso repositório de conteúdos, mas que seja também assertivo, flexível, bom gestor de emoções, possuidor



de auto-estima e de auto- conhecimento, capaz de criar redes relacionais promotoras de motivação e empenho; mas espera-se, também, que seja ele quem, entre criatividade pessoal e uma boa dose de intuição, vá trabalhando e dando forma a estas novas competências, deixadas um pouco ao acaso nas linhas mestras da formação de professores.

Uma Educação para os Afectos, direccionada para o significado das interacções emocionais na prática docente, poderia ajudar o professor na descoberta daquilo que, em termos de interioridade e identidade pessoal, pode ser capitalizável, como mais valia essencial, para uma prática inovadora e de sucesso, fazendo – o aceitar o papel dos afectos, a normalidade dos sentimentos contraditórios no exercício da função docente, a necessidade de clarificar os momentos de tensão, tornando – os, se possível, criativos; e dando-lhe, para além disto, a dimensão clara do seu compromisso existencial, nesta assumpção do acto educativo como espaço de afectos.

Afinal, trabalhar os afectos, a inteligência emocional, o desenvolvimento da auto-avaliação é, certamente, uma experiência pessoal significativa; mas é, também, uma experiência efectiva de comunicação, afectividade e adesão, se for vivenciada na sala de aula e se o professor for fazendo a transição destas experiências individuais para possíveis modelos de acção educativa, sustentados por uma Pedagogia do Afecto, da Diferenciação e da Compreensão.

(Aço, 2007b)



SESSÃO 2 - ATIVIDADE

TIPO DE ATIVIDADE:

- Dinâmica de Grupo

PROPOSTA DE ATIVIDADE:

Partindo do Decálogo de Teresa Luch e da leitura dos textos de suporte à atividade, em anexo, procurem, em dinâmica de pequeno grupo:

1. Criar uma “Personagem” que tenha o perfil, o mais completo possível, de alguém que tenha alcançado plena “Satisfação Pessoal” na sua vida
2. Dar credibilidade à personagem dando – lhe identidade e personalidade adequadas às características que lhe são atribuídas nos textos de suporte
3. Apresentar a “Personagem” ao grupo alargado, procurando estratégias criativas e motivadoras para essa apresentação.

TEXTOS DE SUPORTE À ATIVIDADE 1 - LISTA DE MASLOW - INDICADORES DA “AUTO-REALIZAÇÃO”

Representa a realização do potencial de cada pessoa.

- Espontaneidade;
- Criatividade;
- Autonomia;
- Relutância à doutrinação;
- Identificam-se com a humanidade;
- Maior aceitação de si, do outro e da natureza.

(Cavalcanti et al, 2019)

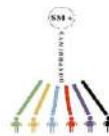


CARL ROGERS E A CAPACIDADE NATURAL DE “AUTO – REALIZAÇÃO” DO INDIVÍDUO

Rogers apresenta uma abordagem integral e focada na pessoa e, também como Maslow, defende que a pessoa possui capacidade inata de auto-realização.

De acordo com a sua perspetiva, a pessoa tem a capacidade de se autodirigir, de se desenvolver de forma positiva, segundo um potencial de crescimento individual.

(Baptista & Neto, 2022)



ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM
LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA
Sessão 3



ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA

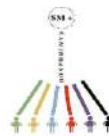
Sessão 3

OBJETIVOS:

- Apresentar as conclusões dos trabalhos de grupo e promover o debate em grupo alargado
- Considerar as conclusões propostas como ponto de partida para a “consolidação” de um referencial possível e desejável para a “Personagem” “Satisfação Pessoal”
- Utilizar as conclusões referidas para concretizar uma nova dinâmica de pequeno grupo, trabalhando os descritores da “Auto –estima”
- Promover uma atividade de “sincronização”, em dinâmica de grupo alargado, criando um espaço de motivação, experimentação e consolidação das atividades anteriores
- Explicitar, de modo detalhado, o modelo do “Guião Socioemocional do Professor” e a metodologia a utilizar na sua concretização/produção.

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO:

- Momento de Apresentação, em dinâmica de grupo alargado, das conclusões produzidas em dinâmica de pequeno grupo sobre a “Personagem” “Satisfação Pessoal” e sobre o seu perfil “idealizado” no trabalho de grupo
- Momento de Organização das conclusões apresentadas e dos seus argumentos de suporte



- Momento de Realização de nova atividade, em dinâmica individual e, posteriormente, de grupo alargado, para uma abordagem personalizada sobre a “auto-estima” e o seu significado em contexto de “descritores /competências socioemocionais”
- Momento de Motivação e consolidação através da atividade de “sincronização” incentivada a partir da partilha de música e ritmo, evidenciando a estratégia de “sincronização”, em termos socioemocionais, como ativação da ação, motivação empática, gestão emocional, entre outros
- Momento Expositivo, para explicitar, com maior detalhe, a importância do “Guião Socioemocional do Professor”, assim como o seu modelo e a metodologia de concretização
- Análise comparativa, dos fatores e descritores no Modelo Multifatorial de Teresa Luch, nos referenciais de “Competências Socioemocionais”, modelo SEL e nos indicadores de “Inteligência Emocional” de Goleman
- O “Guião Socioemocional do Professor” – trabalhar competências para mudança na sala de aula – empoderamento pessoal e profissionalidade docente.



TEXTO 1 – ESTRATÉGIAS PARA FATORES/PERSONAGENS MODELO TERESA LLUCH

CONSOLIDAÇÃO DE DESCRITORES IDENTITÁRIOS/COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS

- **Satisfação Pessoal:** Exemplo de uma estratégia - Meditação. É uma técnica ancestral e uma poderosa ferramenta promotora de autoconhecimento. A evidência aponta para uma melhoria do desempenho profissional e bem-estar. Os exercícios de respiração podem constituir método de apoio à meditação (Queirós, 2021).
- **Atitude Pró-Social:** Exemplo de uma estratégia – Voluntariado. O voluntariado tem vários benefícios, nomeadamente na promoção da atitude pró-social (Tiessen, Cassin & Lough, 2021). O voluntariado pode ser iniciado pela prestação de ajuda/apoio a um vizinho, por exemplo (Centro de Informação Europeia Jacques Delors).
- **Autocontrolo:** Exemplo de uma estratégia – Respiração Abdominal. Tem por base uma respiração consciente, de modo lento, profundo e relaxado, através do abdómen (Queirós, 2021).
- **Autonomia:** Exemplo de uma estratégia – Análise Swot (Teixeira, Sequeira & Lluch, 2020). Através do conhecimento das forças, fraquezas, ameaças e oportunidades é possível delinear e desenvolver um planeamento estratégico que permita estabelecer objetivos concretos e concretizá-los. (Thomas & Winter, 2020).
- **Resolução de Problemas e Realização Pessoal:** Exemplo de uma estratégia – Etapas do processo de resolução de problemas. Fomenta o foco na resolução dos problemas (Serra, 2011).



Habilidades de Relação Interpessoal: Exemplo de uma estratégia – Carta do Perdão. A capacidade de perdoar está associada a maiores níveis de felicidade. O oposto promove a negatividade na pessoa e nas suas relações. Perdoar não significa reconciliar. Quem perdoa usufrui de mais benefícios do que a pessoa que a prejudicou (Queirós, 2020)



TEXTO 2

Quadro 1 - Atitude Pedagógica SEL

ATITUDE PEDAGÓGICA	PROFESSOR	ALUNO
Abertura para o Novo / Curiosidade	Procura por experimentar algo novo e entender através do questionamento. Implica ter um desejo pelo conhecimento	Desenvolvem a imaginação, a tolerância e a curiosidade para a expansão dos próprios conhecimentos e o pensamento crítico
Estabilidade Emocional	Regulação das emoções de forma previsível e consciente sem mudanças ou de humor bruscas	Faz com que o aluno não se deixe levar facilmente pelas emoções e frustrações quotidianas e consiga pensar melhor antes de agir
Amabilidade	Atenção ao outro no sentido de, a cada momento, integrar o respeito, a ternura e a gentileza, em todas as interações	Permite ao aluno aprender a conviver e a trabalhar melhor com todas as pessoas
Entusiasmo	É um estado de espírito de aparente euforia, ou de uma excitação, que se sente por praticar uma atividade específica	Permite aos alunos descobrir a paixão pelas atividades e pelas interações na vida



Centro de Formação
Rã Formosa
Associação de Escolas FAPO-Quilão



Empatia	É colocar-se no lugar do aluno com a intenção de compreender os seus sentimentos e comportamentos	Faz com que os alunos aprendam a compreender-se a si e aos outros
Experimentação	É a atitude de colocar em práticas as matérias curriculares, tentando dar vida às ideias, propondo projectos no grupo	Conduz o aluno a planear, organizar e dar corpo às suas ideias e mais sentido às suas aprendizagens
Organização	Forma de dispor um conjunto de pessoas para alcançar um resultado específico	Permite aos alunos entenderem que pode ser mais simples e eficaz atingir um objetivo através do planeamento e preparação
Responsabilidade / Compromisso	Assumir a tomada de decisões conscientes, as consequências pelo próprio comportamento, garantindo que todos os compromissos são garantidos.	Permite aos alunos a criação de uma cultura de responsabilização pelas suas atitudes ou comportamentos
Cooperação	Saber agir em conjunto, para alcançar um objetivo comum	Estimula os alunos a compreender e a respeitar as capacidades e dificuldades de todos e a trabalhar em complementaridade, usando as forças de cada um



Autonomia	É ser ativo na procura de conhecimento e na tomada de decisões	Estimula os alunos a organizarem-se na procura das respostas às questões relativas ao seu percurso de aprendizagem
------------------	--	--

Fonte: Carvalho e colaboradores (2016,p.21)



TEXTO 3

Quadro 2 – Tópicos de Formação

Introdução às Aprendizagens Socioemocionais	Providencia informação introdutória sobre o que são as Aprendizagens Socioemocionais, incluindo a investigação que demonstra a eficácia das práticas SEL
Envolver as Aprendizagens Socioemocionais numa abordagem escolar global	Providencia informação sobre como os educadores podem apoiar a introdução às Aprendizagens Socioemocionais em todas as áreas da vida escolar, incluindo no Projeto Educativo de Escola e no Plano Anual de Atividades, e sobre como implementar uma avaliação sistemática das Aprendizagens Socioemocionais
Criar uma cultura profissional com base nas Aprendizagens Socioemocionais	Aborda o desenvolvimento social e emocional dos adultos nas escolas, incluindo as aprendizagens socioemocionais dos adultos, a sensibilidade às questões da cultura, género e raça, assim como de estratégias de envolvimento de famílias e restante comunidade
Integrar as aprendizagens Socioemocionais na sala de aula	Fornece informação sobre como integrar as Aprendizagens Socioemocionais no quotidiano da sala de aula, integrando o SEL no currículo
Identificar e seleccionar programas SEL com base em evidências	Aborda estratégias para seleccionar e adaptar programas com base em evidência de modo a corresponderem às necessidades locais

Fonte: American Institutes for Research and CASEL Designing and Implementing SEL, citado por Carvalho e colaboradores (2016,p.29)



TEXTO 4 – AFECTOS - O PROFESSOR À DESCOBERTA DE SI PRÓPRIO

“A competência social do professor é, hoje, uma mais-valia essencial para a qualidade dos seus desempenhos e passa, necessariamente, por um processo de reconhecimento e identificação dos novos agentes da socialização e também por uma descoberta interior, cada vez mais direccionada para o auto-conhecimento, para a gestão das emoções, para a capacidade de lidar com o confronto entre prática e ideais pedagógicos... Apercebemo-nos, enquanto profissionais do ensino, da necessidade de dar consistência a esta descoberta interior, trabalhando-a, em termos de identidade pessoal, de alargamento dos horizontes pedagógicos e, fundamentalmente, de procura de uma praxiologia relacional onde as interações emocionais possam constituir condições-base para o desenvolvimento das aprendizagens. (...) O Perfil desejável do professor nesta sociedade que, à conta de *revolução informacional* apela cada vez mais à interconectividade e ao sentido da complexidade, deve passar, necessariamente por um aperfeiçoamento pessoal, onde os compromissos existenciais, a eticidade das escolhas, as formas de vivenciar os afectos, a própria tensão criativa das experiências emocionais, possam ser trabalhados num processo formativo onde se treinam competências já adquiridas e onde se adquirem novas competências, direccionadas para a tomada de consciência progressiva do papel que as emoções e os afectos desempenham, na construção equilibrada dos ambientes propiciadores de uma aprendizagem de sucesso. Dar suporte teórico às vivências emocionais, apresentar paradigmas processuais que permitem trabalhar as emoções, partilhar experiências vivenciadas na sala de aula e dar-lhes o enquadramento interpretativo, pode ser, pois, uma proposta formativa entusiástica e motivante, do ponto de vista profissional, que irá constituir, certamente, também, uma importante mais-valia na própria autoavaliação pessoal.



Afinal, enquanto professores, somos pessoas por inteiro e vivenciamos, nos espaços pedagógicos da nossa profissão, um mundo de emoções e afetos que cresce, também, à medida das nossas próprias apetências e é por isso que se torna essencial saber despertar, de um modo claro e consistente, essas mesmas apetências, e torná-las criadoras de interação. E torna-se igualmente essencial ter a consciência plena de que é neste viver de afetos, de sonhos partilhados, de tramas construídas, de palavras e silêncios, que acontecem os saberes e que aí nos encontramos, enquanto professores, responsáveis e interativos, neste ato criador.”

(Aço, 2007c)



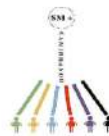
SESSÃO 3 - ATIVIDADE

TIPO DE ATIVIDADE:

- Dinâmica individual

PROPOSTA DE ATIVIDADE:

- Observe a imagem que lhe é facultada, sabendo, à partida, que é a imagem de alguém importante e conhecido.
- Procure fazer uma descrição da pessoa partindo duma visão positiva, que nos dê a conhecer a sua “melhor versão”, identificando todas as características que lhe parecerem relevantes para a promoção da sua auto-estima.



ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM
LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA

Sessão 4

GUIÃO SOCIOEMOCIONAL DO PROFESSOR



ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA

Sessão 4

GUIÃO SOCIOEMOCIONAL DO PROFESSOR

1 – INTRODUÇÃO

O “Guião Socioemocional do Professor” surgiu, desde os primeiros esboços desta formação, com o objetivo de aglutinar, de um modo mais evidente e funcional, as duas componentes essenciais de todo o percurso formativo: a estrutura socioemocional identitária, retirada do modelo multifatorial de Teresa Lluch e o perfil de ação docente, equiparado, em termos de expectativas, com o conceito de “Profissionalidade Docente”.

É, naturalmente, um instrumento facilitador, mas que deverá ser visto como um elemento potenciador do trabalho do docente, não acabado, mas sim preparado para ajudar a abrir mais caminhos de consolidação socioemocional e de construção de percursos pedagógico didáticos para a mudança.

A estrutura do Guião integra um “Breve Roteiro de Competências Socioemocionais e de Atividades Transversais para Consolidação” e um “Breve Roteiro Pedagógico e de Propostas de Aplicação em contexto Sala de Aula”.

O trabalho desenvolvido nas sessões anteriores constituiu o suporte essencial do Guião, já que foi ao longo das mesmas que se apresentaram os referenciais de conceitos que permitiram explicitar os caminhos da saúde mental positiva e, ao mesmo tempo, articular com os perfis da profissionalidade docente e com a cultura de qualidade e exigência que hoje se coloca ao professor, face a uma cultura de escola inclusiva e de uma ação pedagógica diferenciada, consideradas paradigma essencial.



2 – BREVE ROTEIRO DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS E DE ATIVIDADES TRANSVERSAIS PARA CONSOLIDAÇÃO

2.1 - BREVE ROTEIRO DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS.

As competências socioemocionais representam diferentes fatores identitários e correspondem a diferentes perfis de atitudes, competências e expectativas comportamentais. Utilizando o modelo de Teresa Lluch, procuramos, neste roteiro, clarificar que expectativas e vontade de adquirir e consolidar esses perfis, podemos e devemos ter e a que correspondem, afinal, esses perfis.

2.1.1 - Satisfação Pessoal - Perfil

- Auto – conceito e auto-estima assumidos e utilizados no quotidiano;
- Procura de empoderamento pessoal por desenvolvimento e consolidação de uma consciência de si, de uma valorização da sua energia própria e dos seus valores;
- Consciência de uma identidade própria e de uma personalidade ativa;
- Consciência de um estado de bem – estar integrado e dinâmico;
- Uma perspetiva otimista de futuro, num tempo com horizontes alargados e esperança e fé nas suas possibilidades.

2.1.2 - Atitude Pró-social - Perfil

- Predisposição ativa para o social, a comunidade;
- Uma vocação intencional para agir pelo bem do outro;
- Atitude empática, interativa, de compreensão e colocação no lugar do outro;
- Atitude social altruísta, suportada por um sentido de responsabilidade e solidariedade.



2.1.3 – Autocontrolo – Perfil

- Capacidade de ser gestor das expressões mais visíveis dos comportamentos pessoais, tais como emoções, impulsos, desejos, vontades;
- Capacidade de enfrentar o *stress*, as situações de conflito;
- Superar momentos de tensão e reencontrando o equilíbrio (resiliência);
- Tolerância à frustração, à ansiedade, capacidade de aceitação e superação em diferentes momentos;
- Procura de equilíbrio e controlo emocional.

2.1.4 – Autonomia – Perfil

- Capacidade de tomar decisões fundamentadas na sua vontade, com critérios de atuação próprios;
- Capacidade de confiar em si, de acreditar no seu potencial, de ter uma visão de percurso de vida suportada pela valorização da sua independência pessoal;
- Autoconfiança, proatividade e concretização de objetivos completam o perfil.

2.1.5 - Resolução de Problemas e Realização Pessoal - Perfil

- Capacidade para identificar problemas, analisar dados, cruzar informação, identificar fraquezas e ameaças, forças e oportunidades e procurar soluções
- Capacidade de planeamento, flexibilidade face às circunstâncias, adequação às mudanças
- Criatividade, pensamento divergente, soluções alternativas, pensamento “fora da caixa”.



2.1.6 - Habilidades de Relação Interpessoal - Perfil

- Capacidade de comunicação, cooperação, partilha, troca de pensamentos, sentimentos, ideias e emoções;
- Disponibilidade para a escuta ativa, empática, compreensiva e confiável;
- Vocação para trabalho em equipa, sentido de responsabilidade, facilidade para o exercício de lideranças.

2.2 - ATIVIDADES TRANSVERSAIS PARA CONSOLIDAÇÃO DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS

2.2.1 – Respiração

Todas as culturas na história do mundo reconheceram de alguma forma a existência de uma energia vital dentro do corpo humano. A relação de interdependência entre a respiração e o nosso estado de saúde tem sido reconhecida desde há séculos nas práticas medicinais e nas práticas de meditação do Oriente.

No Ocidente, a respiração é vista como um processo fisiológico para fornecer oxigénio ao corpo, mas a respiração pode ser feita de uma forma mais sistemática e consciente. Deveríamos ver a respiração como a ferramenta essencial para energia da vida, o elo vital entre a mente e o corpo (Dennis, 2017, p.43)

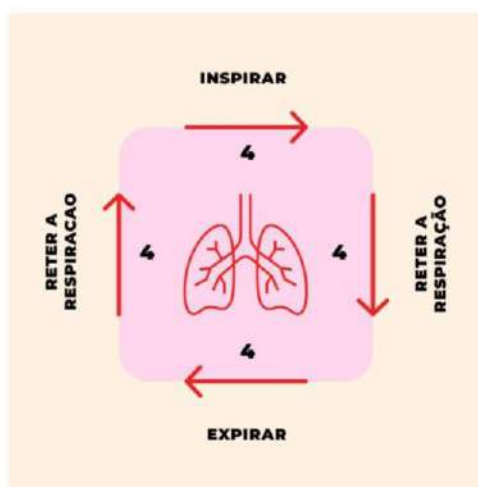
“Controlar a respiração é uma ferramenta poderosíssima” (Aguilhas & Fonseca, 2021, p.255).



Respiração Quadrada

Esta é uma técnica que combina exercício de respiração com a visualização de um quadrado, para lembrar a pessoa do padrão e duração da respiração. Este exercício segue os seguintes passos:

- Inalação lenta pelo nariz enquanto se conta até 4;
- Contenha a respiração e conte até 4;
- Expire lentamente e conte até 4;
- Contenha a respiração e conte até 4;
- Repita o padrão respiratório consoante necessidade (Norelli, Long & Krepps, 2022).



Fonte: <https://www.saberviver.pt/bem-estar/exercicios-de-respiracao-para-reduzir-a-ansiedade/>



Respiração 4-7-8

É uma respiração conhecida pelo seu poder relaxante. É uma técnica de respiração rítmica profunda, baseada em práticas de pranayama. Este exercício respiratório envolve um padrão característico de inspiração, retenção da respiração e expiração, de forma a reduzir a ansiedade e promover um sono relaxado. Pode ser descrito em cinco etapas:

- Esvazie completamente os pulmões abrindo os lábios e expirando de forma audível (*shhhh*) pela boca;
- Mantendo a boca fechada, inspire calmamente pelo nariz enquanto conta até 4;
- Prenda a respiração contando até 7;
- Expire lentamente pela boca contando até 8;
- Repita este ciclo cerca de 6 vezes antes de retornar à respiração normal (Summer&Iyo, 2022).

2.2.2 - Mindfulness

O conceito de *mindfulness* surge de uma tradução do termo *sati*, proveniente da língua pali, que na religião budista significa “consciência pura”. Alguns dos termos e técnicas utilizadas no *mindfulness* advêm da filosofia oriental, com relação à tradição religiosa budista, apesar da inexistência de qualquer reminiscência religiosa no conceito. No mundo ocidental, *mindfulness* traduz-se como atenção ou consciência plena (Miguel & Ruiz, 2020, p. 263).

A principal diferença entre o relaxamento e a meditação tipo *mindfulness* (que se traduz por «atenção plena») é que a prática desta última se centra em conteúdos mentais como os pensamentos, impulsos e emoções. Com o treino, ajudam-nos a viver determinadas situações de uma forma mais consciente e menos reativa (e, por gerarem menor ansiedade, podem conduzir-nos a um efeito de relaxamento) (...)

Quer iniciar-se no *mindfulness*?

Tome atenção ao que o rodeia.



Centro de Formação
Ria Formosa
Associação de Escolas FAPO-Duão



Está sentado numa cadeira dura ou mole?

O seu corpo está quente ou frio?

Quando inspira fundo, reconhece algum cheiro?

E já reparou nos barulhos que se passam lá fora?

O nosso cérebro processa tanta informação de forma automática e padronizada que, por vezes, só damos atenção quando algo foge da norma. Se calhar não se tinha apercebido do cheiro que o rodeava, mas temos a certeza de que, se tivesse uma comida a queimar ao lume, o seu cérebro daria o sinal de alerta. Da mesma forma, se estivesse sentado num banco muito duro ou desconfortável, já teria mudado o local ou a posição. Pelo contrário, quando estamos confortáveis, não trazemos à consciência aquilo que estamos a sentir no momento e agimos em modo de «piloto automático».

É por este motivo que a atenção plena é tão interessante.

Ao praticarmos, conseguimos ter consciência e ativar os nossos sentidos a qualquer momento.

Experimente fazer uma caminhada num local tranquilo e dirija a sua atenção para o meio circundante.

O que sentem os seus pés ao tocar no chão? Analise como sente os seus dedos, a textura dos sapatos, a pressão em contacto com o chão...

Como está a temperatura do ar? Permita-se sentir o que se passa na sua pele, como fica o seu corpo ao estar em contacto com o sol, a brisa, a chuva ou o vento...

A que cheira o meio envolvente? Procure identificar aromas e foque a sua atenção na tentativa de descobrir quais aqueles que estão presentes no seu passeio e de que forma vão mudando ao longo do percurso...

O que ouve na sua jornada? Pássaros, um avião, o vento a bater nas folhas...

Se, numa fase inicial, este exercício pode e deve ser feito num local com poucas distrações, quando estiver verdadeiramente treinado, pode fazê-lo numa viagem de carro, num trajeto para o trabalho ou numa ida ao supermercado. O essencial é treinar a sua mente a tomar atenção plena àquilo que quiser.

Lembre-se de que, tal como um músculo, ficará tanto mais forte quanto mais frequente for a sua prática (Agulhas & Fonseca, 2021, p.257,258, 259)



2.2.3 Grounding

Grounding é uma técnica que distrai a mente de experiências indesejadas para se focar no que está acontecendo no momento presente. É útil em situações de stress, mas também na sua ausência, pois o *grounding* precisa de ser treinado para quando necessário a pessoa saber aplicar (WHO, 2020).

Técnicas de *Grounding*:

1. Respiração Lenta e Relaxada

Tente concentrar-se na respiração. Sente-se com postura direita. Faça respirações lentas e profundas pelo nariz e expire lentamente pela boca. Garanta uma respiração diafragmática/abdominal e não a nível do tórax superior. Concentre-se no ar entrando e saindo e nos movimentos lentos da inalação e da exalação. Foque-se sobretudo na exalação o que conferirá uma maior sensação de alívio.

2. Distração

Escolha a sua cor favorita ou qualquer cor. Olhe em redor e encontre a sua cor. Observe vários objetos com essa cor. Pode repetir o processo escolhendo uma nova cor.

Outra forma de distração, é a realização da contagem de forma regressiva, a partir do número 100 de 7 em 7.



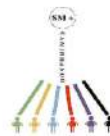
3. A Técnica 5-4-3-2-1

Observe novamente o local circundante. Agora repare e observe:

- Cinco coisas que pode ver;
- Quatro coisas que pode tocar (pode ser o chão, a cadeira em que está sentado, as suas roupas);
- Três coisas que pode ouvir (radio, falas, som de objetos ou sons/ruídos distantes);
- Duas coisas que pode sentir o cheiro (perfume, comida, café);
- Uma coisa que pode provar (ou imaginar o sabor da sua comida favorita).

4. Concentrar

Escolha um item ou um objeto como as chaves, o relógio, a mala, a pulseira. Algo que esteja consigo o tempo todo. Após a sua seleção, coloque-o na sua mão. Feche os olhos e sinta a textura, a temperatura, o peso do objeto. Pode olhar para o objeto ou outro objeto qualquer no meio circundante e observe a sua cor, as suas características e outras quaisquer que ele possa ter (Royal Berkshire NHS Foundation Trust, 2022).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Aço, M. (2007a, 10 de setembro). O que somos quando somos professores. *Correio de Educação*, 304.
- Aço, M. (2007c, 8 de outubro). Uma educação para os Afectos – O Professor à Descoberta de Si Próprio. *Correio de Educação*, 308.
- Aço, M. (2007b, 15 de outubro). Afectos, prática reflexiva, disponibilidade psicoafectiva – Os desafios do professor de hoje. *Correio de Educação*, 309.
- Agulhas, R. & Fonseca, F. (2021). *(Re)Construir a minha Casa Emocional: Guia Prático para mudar o pensamento, regular as emoções e alcançar o bem-estar*. 1ªed. Manuscrito. ISBN 978-989-8975-88-1
- Bjornsen, H, Eilertsen, M, Ringdal, R., Espnes, G. & Moksnes, U. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health* 17 717 doi:10.1186/s12889-017-4733-6
- Carvalho A*, Almeida C*, Amann G*, Leal P**, Marta F***, Moita M***, Pereira F****, Ladeiras L****, Lima R**** & Lopes J****. (Dezembro, 2016) Saúde Mental em Saúde Escolar. Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar. (*DGS, ** IPS/ESS, *** PV, ****DGE) https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/ManualSaudeMental_PNSM_dez2019.pdf
- Cavalcanti, T., Medeiros, E., Moura, H., Gouveia, V., mariano, T. & Moizeis, H. (2019). Hierarquia das Necessidades de Maslow: validação de um Instrumento. *Psicologia: Ciência e Profissão* 39, 1-13 <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003183408>
- Centro de Informação Europeia Jacques Delors. Voluntariado <https://eurocid.mne.gov.pt/voluntariado>
- Dennis, R. (2017). *Respire*. 1ªed Arena ISBN 978-989-665-290-6
- Gorzoni, S. & Davis, C. (2017). O Conceito de Profissionalidade Docente nos Estudos mais Recentes. *Cadernos de Pesquisa* 47(166) 1396-1413
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N. & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 25 567-9. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>
- Lluch-Canut, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* [Tesis Doctoral, Facultad de Psicología da Universidad de Barcelona] https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2366/E_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lluch-Canut, M. (2008). Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados. In Fornes, J. & Gómez, J. (Coord). *Recursos y programas para la salud mental. Enfermería psicossocial II* (pp.37-69). Fuden coleccion líneas de especialización en enfermería
- Lluch-Canut, M. (2020). Cuida la Salud Mental Positiva: un abordaje para afrontar com más fuerza mental la situación generada por la pandemia de Coronavirus COVID-19. Universitat de Barcelona <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/155397>
- Lluch-Canut, M. (2011). Decalogue of Positive Mental Health/decalogo de Salud mental Positiva/Decàleg de Salut mental Positiva. Coleccion OMADO Deposito Digital Universidad de Barcelona https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20062/11/Decalogo_Salud_Mental_Positiva_trilingue.pdf
- Lluch-Canut, M. (2021). Salud Mental positiva. Cuidar la Salud Mental Positiva, en el contexto de la pandemia COVID-19 y hacia un futuro denominado “nueva normalidade”. *Revista hermeneutic* 19 <http://publicaciones.unpa.edu.ar>



- Miguel, A. & Ruiz, M. (2020). Mindfulness e Saúde Mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 263- 268) 1ªed. Lidel ISBN978-989-752-413-4
- Ministério da Educação (2001). Decreto – Lei N.º 240/2001. Diário da República nº201/2001, Série I-A de 2001-08-30, 5569-5572 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/240-2001-631837>
- Norelli, S., Long, A. & Krepps, J. (2022). Relaxation Techniques. In StatPearls [Internet]. Treasure Island StatPearls Publishing <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513238/>
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM] (2018a). Decreto-Lei nº 54/2018. *Diário da República* nº129/2018, Série I de 2018-07-06, 2918-2928 <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM] (2018b). Decreto-Lei nº 55/2018. *Diário da República* nº129/2018, Série I de 2018-07-06, 2928-2943 <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/55-2018-115652962>
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional: Aprenda a ser Feliz*. Porto Editora, ISBN 978-972-034018
- Royal Berkshire NHS Foundation Trust (2022). Grounding techniques to help with anxiety https://www.royalberkshire.nhs.uk/media/znyb23mr/grounding-techniques-to-help-with-anxiety_apr22.pdf
- Sequeira, C, Carvalho, J, Sampaio, F, Lluch-Canut, T & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das Propriedades Psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em Estudantes Portugueses do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 11. 45-53.
- Serra, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. 3ªed Gráfica de Coimbra.
- Summer, J. & Iyo, J. (2022). Best Breathing Exercises for Sleep. Sleep Foundation <https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene/best-breathing-exercises-for-sleep>
- Teixeira, S, Sequeira, C & Lluch-Canut, T (2020). *Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus +): manual de apoio*. A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. https://issuu.com/spesm/docs/programa_de_promo_o_de_sa_de_mental_manual_mentis
- Thomas, P. & Winter, J. (2020). Strategic Practices in Achieving Organizational Effectiveness. In Roussel, L, Thomas, P & Harris (Eds), J. *Management and Leadership for Nurse administrators*. 8ªEd, (pp.135-152). Jones & Bartlett Learning.
- Tiessen, R., Cassin, K. & Lough, B. (2021). International development volunteering as a catalyst for long-term prosocial behaviours of returned Canadian volunteers. *Citizenship Teaching & Learning* 16(1) 95-114. https://doi.org/10.1386/ctl_00039_1
- World Health Organization [WHO] (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging practice*. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>
- World Health Organization [WHO] (2020). Doing what matters in times of stress: an illustrated guide <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>

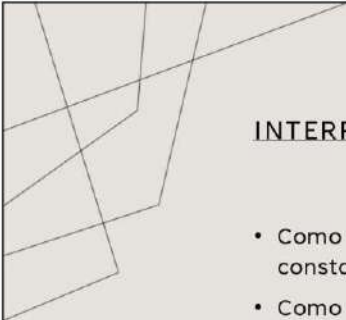
Apresentação em PowerPoint **das Sessões da AF**





DESAFIOS

- A prestação de um serviço sujeito a escrutínio diário
- A exposição pública contínua
- A necessidade de permanente adequação aos contextos e à diferença como norma
- A impossibilidade de criar padrões de resposta docente face à diversidade



INTERROGAÇÕES

- Como conciliar o gosto pela docência com a exigência constante de novas competências?
- Como garantir um desenvolvimento profissional ao longo da vida tendo em vista a profissionalidade docente?
- Como consolidar competências identitárias, socioemocionais, mobilizando –as para a sala de aula?





PREOCUPAÇÕES/RESPOSTAS

Agendas políticas internacionais

- UNESCO
- UNICEF
- OMS



PREOCUPAÇÕES/RESPOSTAS

Agendas sociopolíticas nacionais

- PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL
- PROGRAMAS DE APRENDIZAGEM SOCIOEMOCIONAIS EM CONTEXTO ESCOLAR
- SAÚDE PSICOLÓGICA E BEM – ESTAR



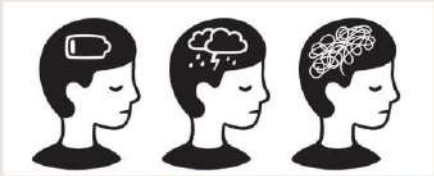




REFERENCIAL DE CONCEITOS

PERSPETIVA GERAL

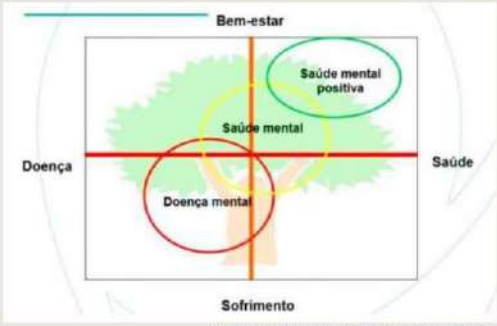
Os problemas de saúde mental constituem preocupação a nível mundial e a nível nacional (OMS, 2021; Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017)





REFERENCIAL DE CONCEITOS

GRÁFICO DINÂMICO





REFERENCIAL DE CONCEITOS

DOENÇA MENTAL

“Um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, implicando, na pessoa doente, a incapacidade de exercer os seus papéis sociais (familiares, laborais e/ou comunitários)” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.4)



REFERENCIAL DE CONCEITOS

SAÚDE MENTAL

“Um estado de bem estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade” (Organização Mundial de Saúde, 2014, p.1).





REFERENCIAL DE CONCEITOS

SAÚDE MENTAL POSITIVA

“É um estado em que a pessoa é capaz de manter um certo nível de satisfação pessoal consigo mesma e com a sua vida, uma certa capacidade de aceitar os outros e os fatos diferenciais, um certo grau de autocontrole emocional e autonomia, é capaz de ir resolvendo os problemas que surgem mantendo uma atitude de crescimento e de autorrealização e é capaz de estabelecer e manter relacionamentos interpessoais satisfatórios” (Lluch- Canut, 2020, p.4).



REFERENCIAL DE CONCEITOS

EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

- Segunda metade do século XX: Higiene Mental
- 1947 – Saúde mental: engloba a saúde e a doença mental
- 1948 – OMS “Saúde: o nível máximo de bem-estar físico, psicológico e social”
- 1958 – Modelo de Saúde Mental Positiva de Marie Jahoda
- A partir dos anos 60 – Action for Mental Health
- 1958-1998: Poucas referências. Negligência de conceitos relacionados: Bem estar-estar e Qualidade de vida
- Final dos anos 90 – Grande desenvolvimento da terminologia positiva
- 1999 – Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva

(Lluch-Canut & Sequeira, 2020; Teixeira, Sequeira & Lluch-Canut, 2020).





REFERENCIAL DE CONCEITOS

LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA

“É uma componente da literacia em saúde mental e refere-se ao conhecimento e habilidade para obter e manter uma boa saúde mental.” (Carvalho et al, 2022, p.2).

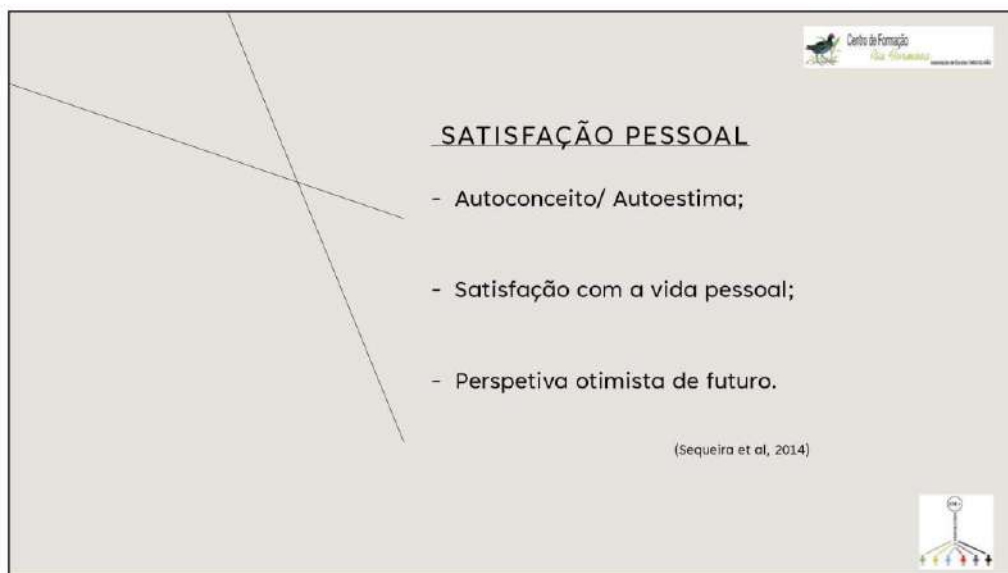


REFERENCIAL DE CONCEITOS

PROFISSIONALIDADE DOCENTE

“Processo de constituição das características específicas da profissão – como aquisição dos conhecimentos necessários ao desempenho de suas atividades, assimilação de saberes pedagógicos, desenvolvimento de atitudes, valores, habilidades e/ou competências para aperfeiçoar o exercício docente” (Gorzoni & Davis, 2017, p.1406).







ATITUDE PRÓ-SOCIAL

- Predisposição ativa para o social/ para a sociedade;
- Atitude social “altruísta”/ Atitude de ajuda – apoio para com os outros;
- Aceitação dos outros e dos fatos sociais diferentes.

(Sequeira et al, 2014)



AUTOCONTROLO

- Capacidade para o enfrentamento do stress/ de situações conflituosas;
- Equilíbrio emocional/controlo emocional;
- Tolerância à frustração, à ansiedade e ao stress.

(Sequeira et al, 2014)





AUTONOMIA

- Capacidade para ter critérios próprios;
- Independência;
- Autoregulação da própria conduta;
- Segurança pessoal/ Confiança em si mesmo.

(Sequeira et al, 2014)



RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E REALIZAÇÃO PESSOAL

- Capacidade de análise;
- Habilidade para tomar decisões;
- Flexibilidade/capacidade para adaptar-se às mudanças;
- Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo.

(Sequeira et al, 2014)





HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

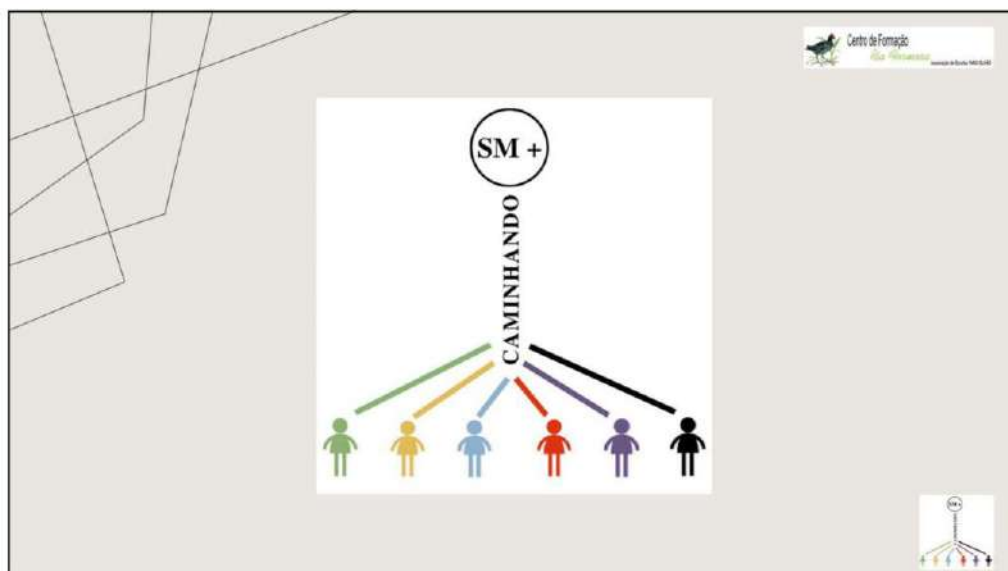
- Habilidade para estabelecer relações interpessoais;
- Empatia/capacidade para entender os sentimentos dos outros;
- Habilidade para dar apoio emocional;
- Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas.

(Sequeira et al, 2014)



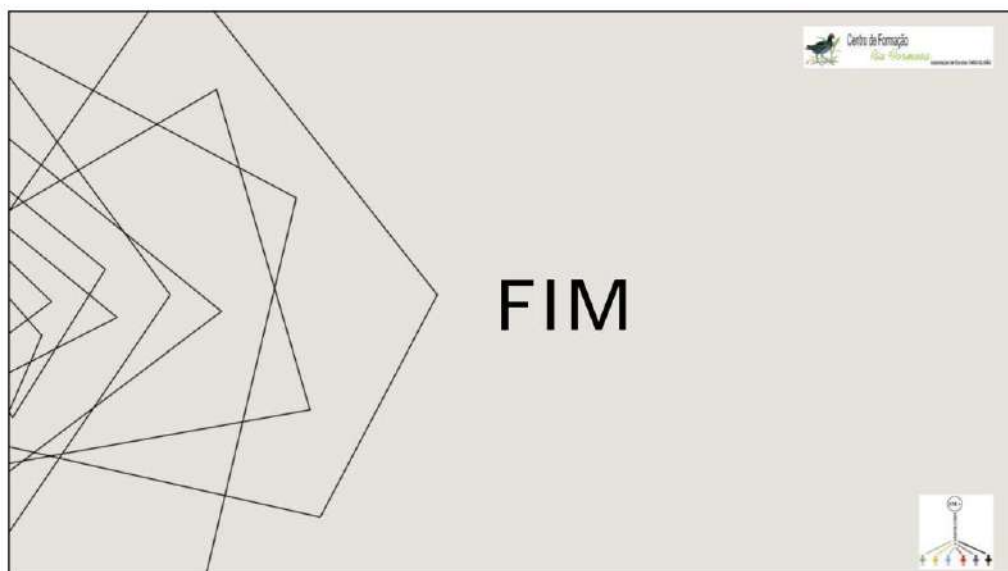
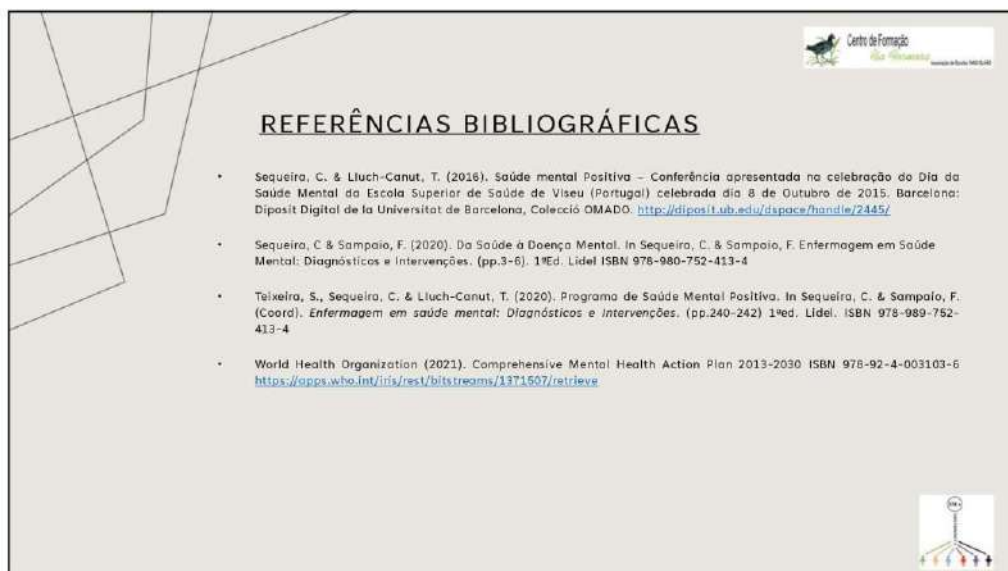
Satisfação Pessoal	Atitude Pró Social	Autocontrolo	Autonomia	Resolução de Problemas e Auto-Atualização	Habilidades de Relação Interpessoal
--------------------	--------------------	--------------	-----------	---	-------------------------------------

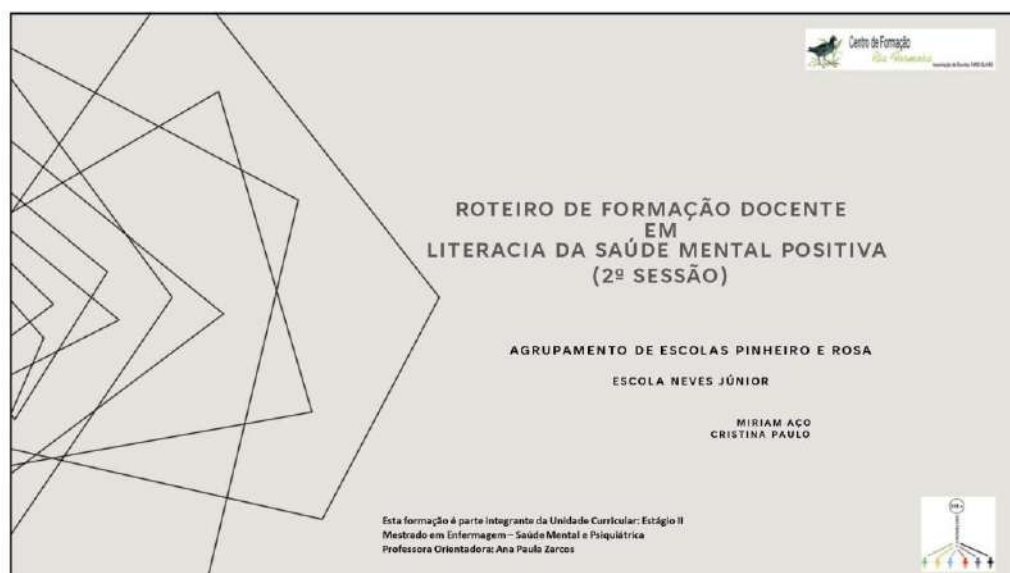




REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, D., Sequeira, C., Querido, A., Tomás, C., Morgado, T., Valentim, O., Moutinho, L., Gomes, J. & Laranjeira, C. (2022). Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis. *Frontiers in Psychology* 13 DOI: 10.3389/fpsyg.2022.877611
- Lluch-Canut, T. (2020). Cuida la Salud Mental Positiva: un abordaje para afrontar con más fuerza mental la situación generada por la pandemia de Coronavirus COVID-19.
- Lluch-Canut, T. & Sequeira, C. (2020). Saúde Mental Positiva. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. (pp.61-63) 1ªed. Lidel. ISBN 978-989-752-413-4
- Organização Mundial de Saúde (2014). Plano de Ação sobre Saúde Mental <https://patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/05/OPAS-2014-Plano-de-Acao-sobre-Saude-Mental.pdf>
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 http://nccs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DG3_PNSM_201710.09_v2.pdf
- Sequeira, C., Carvalho, J., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T. & Roldan-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11 45-53







SATISFAÇÃO PESSOAL

- **Autoconceito/ Autoestima:** percepção que o indivíduo tem de si e do contexto à sua volta (Serra, 2011); “a opinião que cada um tem de si próprio e a visão relativa ao seu mérito e capacidades” (Sampaio & Sequeira, 2020, p. 116)
- **Satisfação com a vida pessoal:** componente cognitiva do bem estar subjetivo (Galinha, 2021)
- **Perspetiva otimista de futuro:** a prevalência de mais crenças positivas do que negativas, sobre o futuro, ao longo da vida (Carver et al, 2010)





ATITUDE PRÓ-SOCIAL

- Predisposição ativa para o social/ para a sociedade;
- Atitude social “altruísta”/ Atitude de ajuda – apoio para com os outros;
- Aceitação dos outros e dos fatos sociais diferentes.

(Sequeira et al, 2014)





AUTOCONTROLO

- Capacidade para o enfrentamento do stress/ de situações conflituosas;
- Equilíbrio emocional/controlo emocional;
- Tolerância à frustração, à ansiedade e ao stress.

(Sequeira et al, 2014)





AUTONOMIA

- Capacidade para ter critérios próprios;
- Independência;
- Autoregulação da própria conduta;
- Segurança pessoal/ Confiança em si mesmo.

(Sequeira et al, 2014)





RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E REALIZAÇÃO PESSOAL

- Capacidade de análise;
- Habilidade para tomar decisões;
- Flexibilidade/capacidade para adaptar-se às mudanças;
- Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo.

(Sequeira et al, 2014)



HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL

- Habilidade para estabelecer relações interpessoais;
- Empatia/capacidade para entender os sentimentos dos outros;
- Habilidade para dar apoio emocional;
- Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas.

(Sequeira et al, 2014)



DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

Significado das características no Percurso

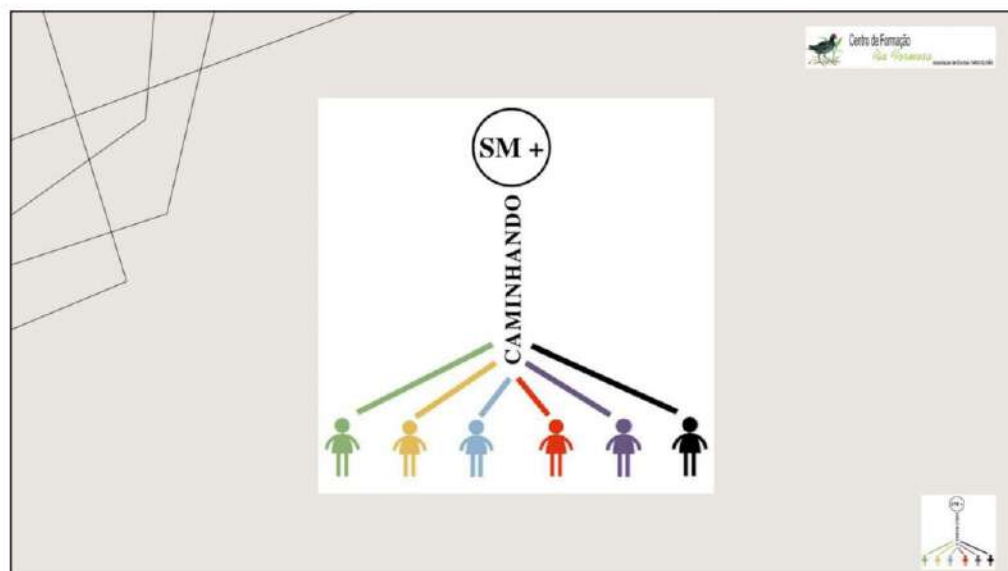
No sentido de reforçar a saúde mental positiva na vida pessoal e concretizar, de um modo mais operacional, os fatores conceptuais do modelo multifatorial de saúde mental positiva, Maria Teresa Iluch Canut definiu um decálogo de 10 recomendações essenciais, que foram traduzidas para a língua portuguesa por Sequeira:

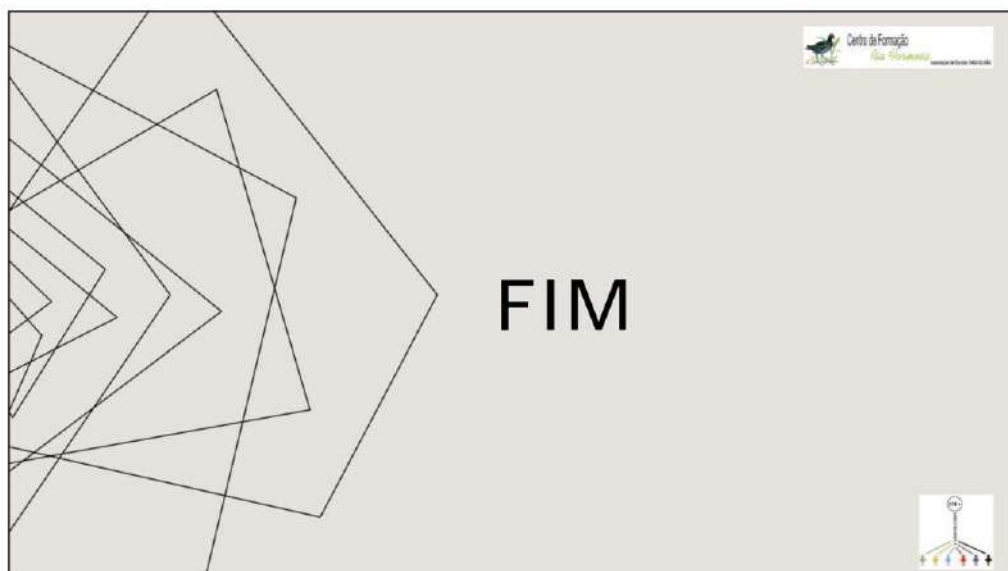
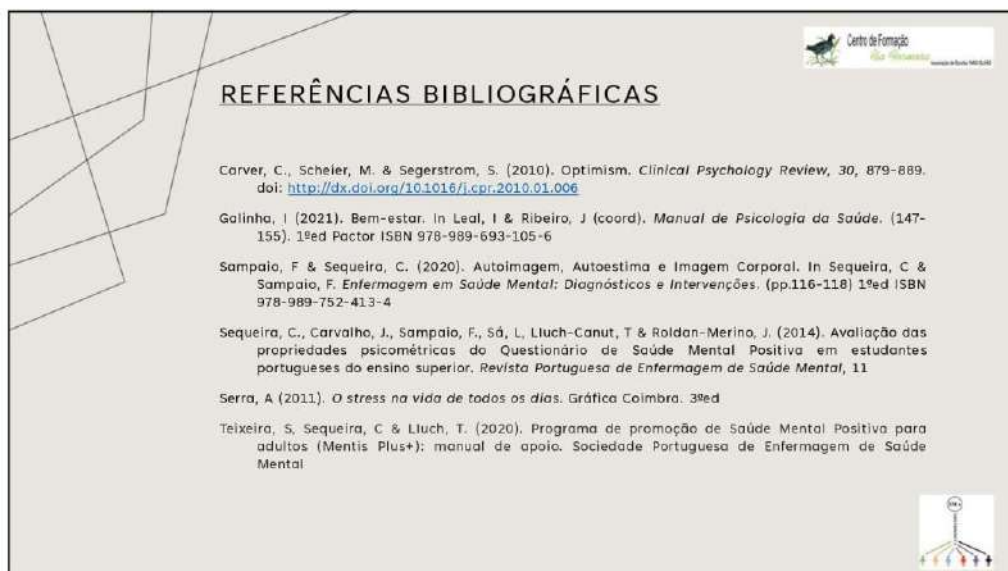
- Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida (a nível pessoal e profissional);
- Colocar "carinho" nas atividades da vida;
- Não ser muito duro consigo mesmo e com outros (a tolerância, compreensão e flexibilidade são bons para a saúde mental);
- Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal;
- Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles acontecem;
- Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e de 'sentir');
- Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente;
- Tentar resolver os problemas quando eles surgem;
- Cuidar das suas relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntima como as de trabalho (colegas);
- Fazer uso frequente do sentido de humor na vida.

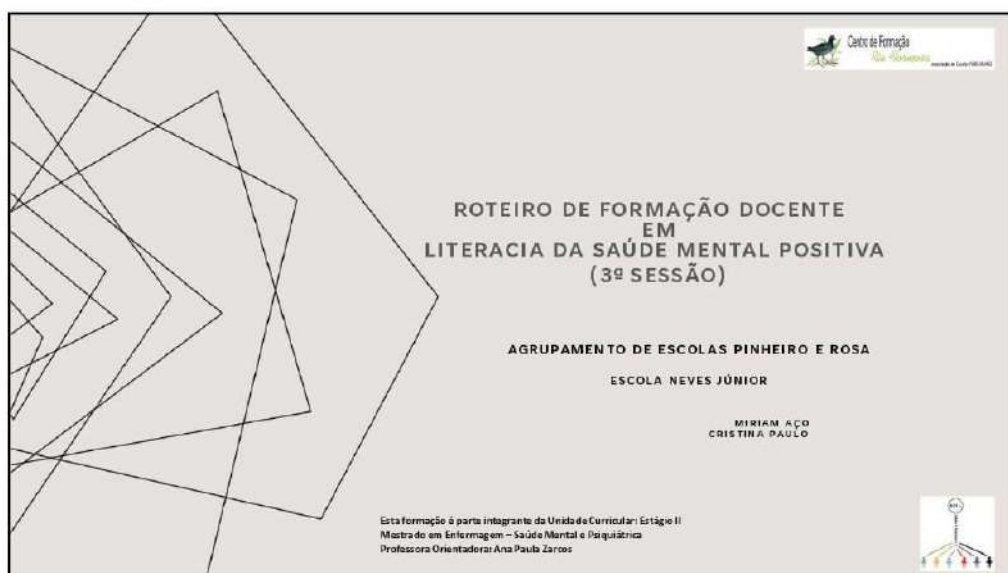
(Teixeira, Sequeira & Iluch, 2020, p22)



O diagrama apresenta seis ícones de pessoas coloridas (verde, amarelo, azul, vermelho, roxo e preto) alinhados horizontalmente. À direita deles, há um ícone de uma árvore com raízes e galhos, simbolizando a estrutura multifatorial da saúde mental positiva.









SATISFAÇÃO PESSOAL – EXEMPLO DE UMA ESTRATÉGIA

Meditação

- É uma técnica ancestral e uma poderosa ferramenta promotora de autoconhecimento. A evidência aponta para uma melhoria do desempenho profissional e bem-estar. Os exercícios de respiração podem constituir método de apoio à meditação (Queirós, 2021).





ATITUDE PRÓ-SOCIAL – EXEMPLO DE UMA ESTRATÉGIA

Voluntariado

- O voluntariado tem vários benefícios, nomeadamente na promoção da atitude pró-social (Tlessen, Cassin & Lough, 2021).
- O voluntariado pode ser iniciado pela prestação de ajuda/apoio a um vizinho, por exemplo (Centro de Informação Europeia Jacques Delors).





AUTOCONTROLO - EXEMPLO DE UMA ESTRATÉGIA

Respiração Abdominal

- Tem por base uma respiração consciente, de modo lento, profundo e relaxado, através do abdómen (Queirós, 2021).





AUTONOMIA - EXEMPLO DE UMA ESTRATÉGIA

Análise Swot

- Através do conhecimento das forças, fraquezas, ameaças e oportunidades é possível delinear e desenvolver um planeamento estratégico que permita estabelecer objetivos concretos e concretizá-los. (Teixeira, Sequeira & Lluch, 2020; Thomas & Winter, 2020).





RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E REALIZAÇÃO PESSOAL - EXEMPLO DE UMA ESTRATÉGIA

Etapas do processo de resolução de problemas

- Etapas do processo de resolução de problemas. Fomenta o foco na resolução dos problemas (Serra, 2011).



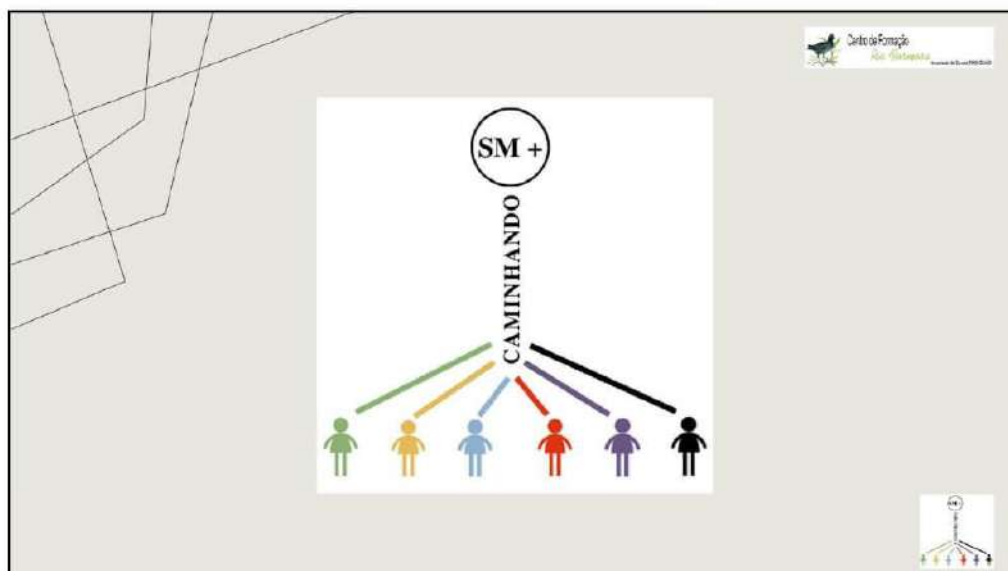


HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL - EXEMPLO DE UMA ESTRATÉGIA

Carta do Perdão

- A capacidade de perdoar está associada a maiores níveis de felicidade. O oposto promove a negatividade na pessoa e nas suas relações. Perdoar não significa reconciliar. Quem perdoa usufrui de mais benefícios do que a pessoa que a prejudicou (Queirós, 2020)





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centro de Informação Europeia Jacques Delors. Voluntariado
<https://eurocid.mne.gov.pt/voluntariado>

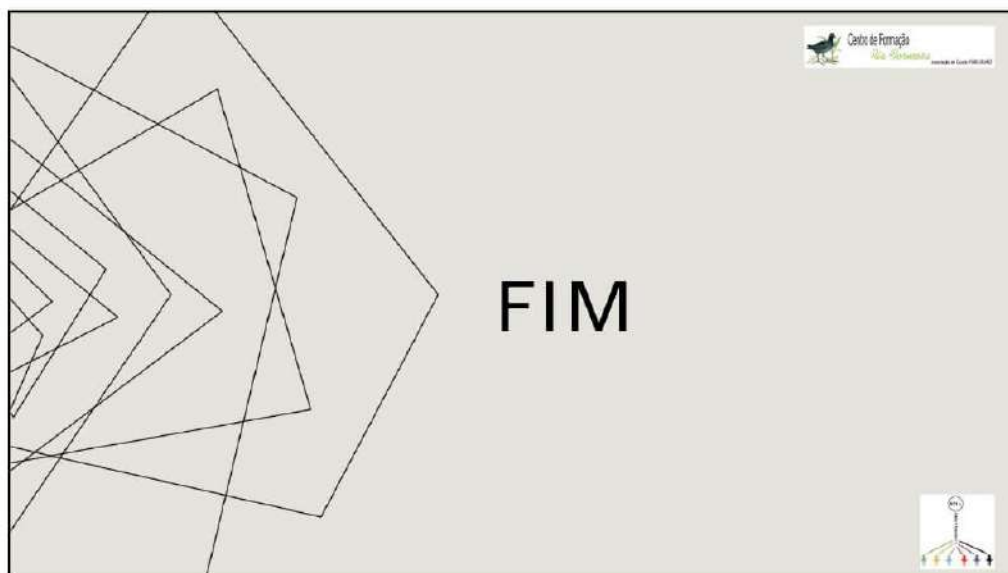
Queirós, M. (2021). *Inteligência Emocional: Aprenda a ser Feliz*. Porto Editora, ISBN 978-972-034018

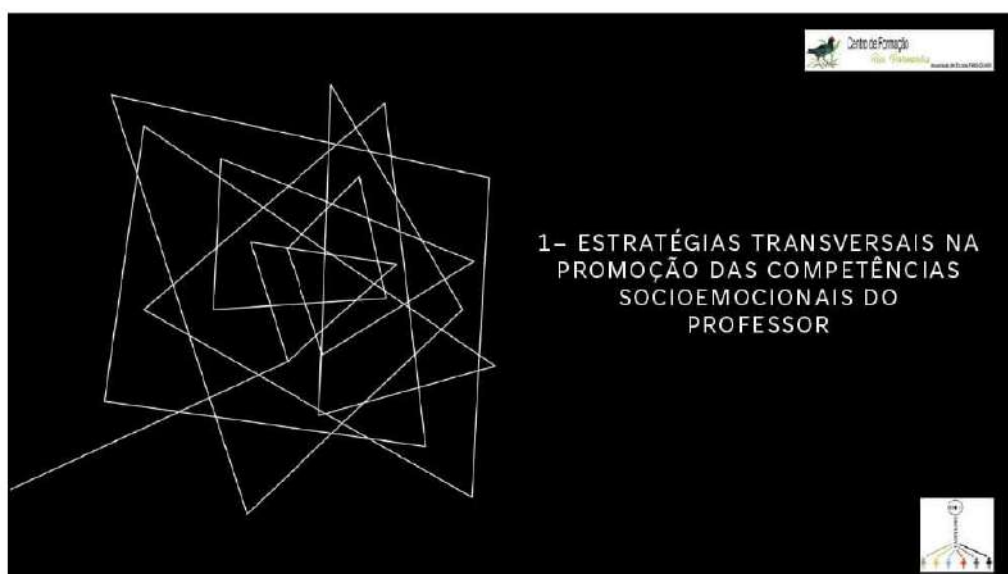
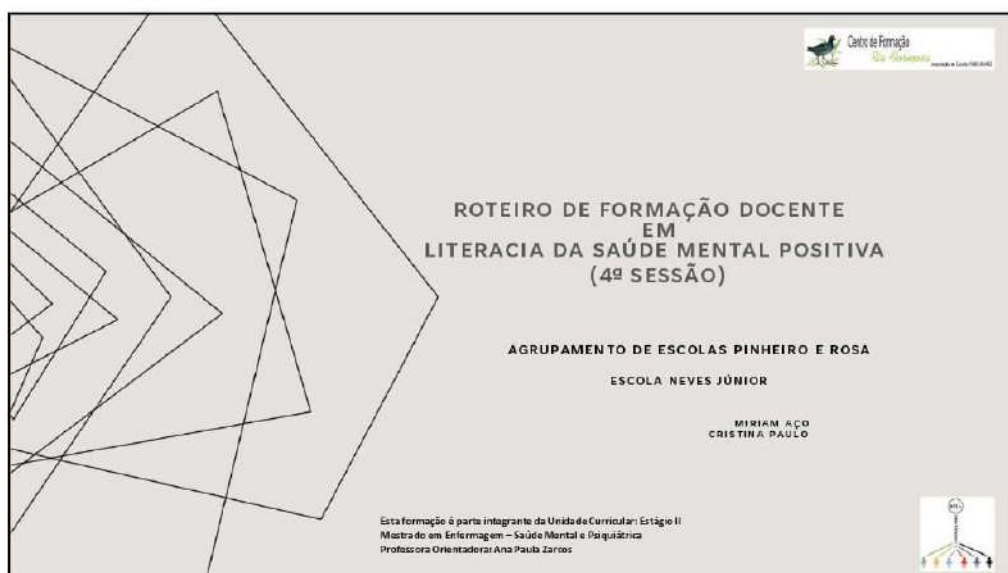
Serra, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. 3ªed Gráfica de Coimbra.

Teixeira, S, Sequeira, C & Lluch, T (2020). *Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus +): manual de apoio*. A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Thomas, P & Winter, J. (2020). Strategic Practices in Achieving Organizational Effectiveness. In Roussel, L. 8ªEd, (pp.135-152). JoneThomas, P & Harris (Eds), J. *Management and Leadership for Nurse administratorss & Bartlett Learning*.

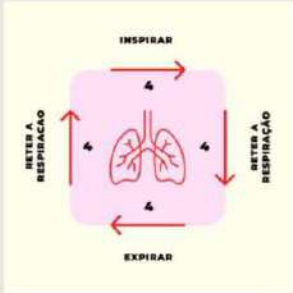
Tiessen, R., Cassin, K. & Lough, B. (2021). International development volunteering as a catalyst for long-term prosocial behaviours of returned Canadian volunteers. *Citizenship Teaching & Learning* 16(1) 95-114 . https://doi.org/10.1386/ctl_00039_1





RESPIRAÇÃO

- A respiração é uma ferramenta essencial para energia da vida, o elo vital entre a mente e o corpo (Dennis, 2017, p.43)
- Respiração quadrada** (Norelli, Long & Krepps, 2022)



O diagrama ilustra a respiração quadrada em um formato de quadrado amarelo. No topo, uma seta vermelha aponta para a direita com o rótulo 'INSPIRAR'. No lado direito, uma seta vermelha aponta para baixo com o rótulo 'RETER A RESPIRAÇÃO'. No fundo, uma seta vermelha aponta para a esquerda com o rótulo 'EXPIRAR'. No lado esquerdo, uma seta vermelha aponta para cima com o rótulo 'RETER A RESPIRAÇÃO'. No centro do quadrado, há um desenho de pulmões em tons de rosa e vermelho.



RESPIRAÇÃO

Respiração 4-7-8

Pode ser descrito em cinco etapas:

- Esvazie completamente os pulmões abrindo os lábios e expirando de forma audível (*shhhh*) pela boca;
- Mantendo a boca fechada, inspire calmamente pelo nariz enquanto conta até 4;
- Prenda a respiração contando até 7;
- Expire lentamente pela boca contando até 8;
- Repita este ciclo cerca de 6 vezes antes de retornar à respiração normal (Summerly, 2022).





MINDFULNESS

- O conceito de *mindfulness* surge de uma tradução do termo *sati*, proveniente da língua pali, que na religião budista significa “consciência pura” (Miguel & Ruiz, 2020, p. 263).
- **Quer iniciar-se no *mindfulness*?**
Tome atenção ao que o rodeia.
Está sentado numa cadeira dura ou mole?
O seu corpo está quente ou frio?
Quando inspira fundo, reconhece algum cheiro?
E já reparou nos barulhos que se passam lá fora? (Agulhas & Fonseca, 2021, p.258)





MINDFULNESS

- **Experimente fazer uma caminhada num local tranquilo e dirija a sua atenção para o meio circundante.**
O que sentem os seus pés ao tocar no chão? Analise como sente os seus dedos, a textura dos sapatos, a pressão em contacto com o chão...
Como está a temperatura do ar? Permita-se sentir o que se passa na sua pele, como fica o seu corpo ao estar em contacto com o sol, a brisa, a chuva ou o vento...
A que cheira o meio envolvente? Procure identificar aromas e foque a sua atenção na tentativa de descobrir quais aqueles que estão presentes no seu passeio e de que forma vão mudando ao longo do percurso...
O que ouve na sua jornada? Pássaros, um avião, o vento a bater nas folhas... (Agulhas & Fonseca, 2021, p.258,259)





GROUNDING

- *Grounding* é uma técnica que distrai a mente de experiências indesejadas para se focar no que está acontecendo no momento presente (World Health Organization, 2020).

Técnicas de *Grounding*:

1. Respiração lenta e relaxada:

Tente concentrar-se na respiração. Sente-se com postura direita. Faça respirações lentas e profundas pelo nariz e expire lentamente pela boca. Garanta uma respiração diafragmática/abdominal e não a nível do tórax superior. Concentre-se no ar entrando e saindo e nos movimentos lentos da inalação e da exalação. Foque-se sobretudo na exalação o que conferirá uma maior sensação de alívio.





GROUNDING

2. Distração:

Escolha a sua cor favorita ou qualquer cor. Olhe em redor e encontre a sua cor. Observe vários objetos com essa cor. Pode repetir o processo escolhendo uma nova cor.

Outra forma de distração, é a realização da contagem de forma regressiva, a partir do número 100 de 7 em 7.





GROUNDING

3. A Técnica 5-4-3-2-1:

Observe novamente o local circundante. Agora repare e observe:

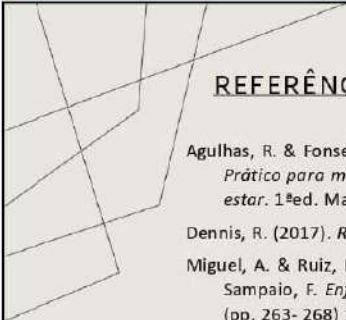
- Cinco coisas que pode ver;
- Quatro coisas que pode tocar (pode ser o chão, a cadeira em que está sentado, as suas roupas);
- Três coisas que pode ouvir (radio, falas, som de objetos ou sons/ruídos distantes);
- Duas coisas que pode sentir o cheiro (perfume, comida, café);
- Uma coisa que pode provar (ou imaginar o sabor da sua comida favorita) (Royal Berkshire NHS Foundation Trust, 2022).











REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

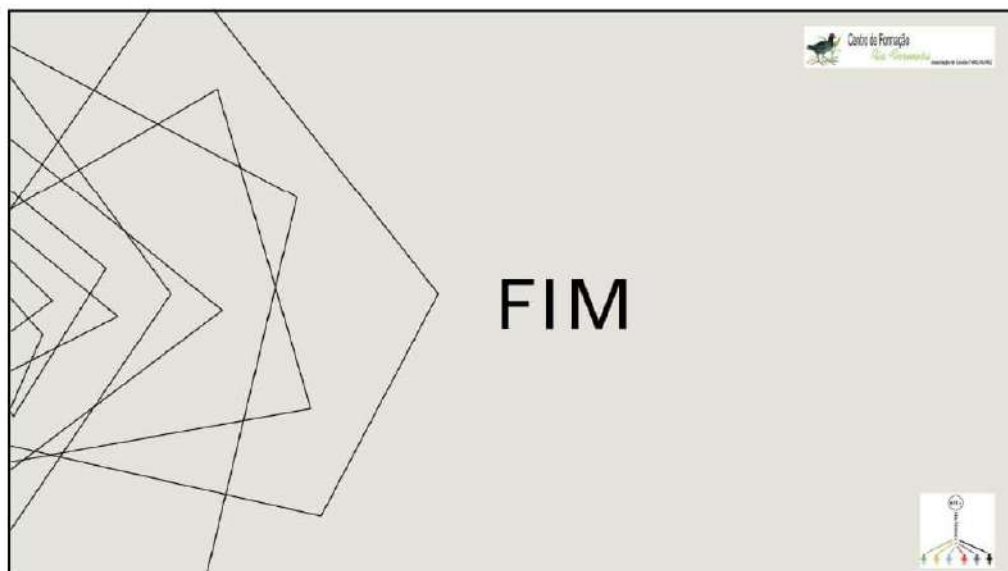
Agulhas, R. & Fonseca, F. (2021). *(Re)Construir a minha Casa Emocional: Guia Prático para mudar o pensamento, regular as emoções e alcançar o bem-estar*. 1ªed. Manuscrito. ISBN 978-989-8975-88-1

Dennis, R. (2017). *Respire*. 1ªed Arena ISBN 978-989-665-290-6

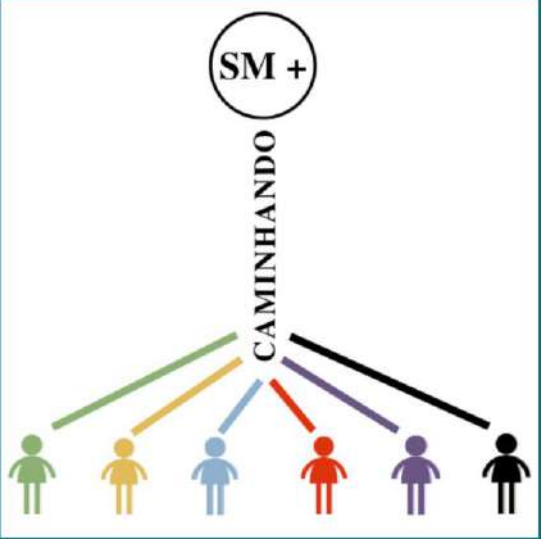
Miguel, A. & Ruiz, M. (2020). Mindfulness e Saúde Mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 263- 268) 1ªed. Lidel ISBN978-989-752-413-4

Royal Berkshire NHS Foundation Trust (2022). Grounding techniques to help with anxiety
https://www.royalberkshire.nhs.uk/media/ijqdxpkb/grounding-techniques-to-help-with-anxiety_apr22.pdf

Summer, J.&Iyo, J.(2022).Best Breathing Exercises for Sleep. Sleep Foundation
<https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene/best-breathing-exercises-for-sleep>



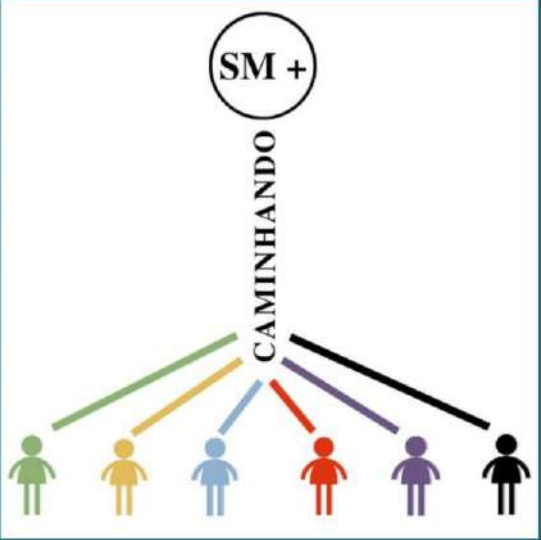
Link e QR Code **para Preenchimento do QSMP Pré e Pós-Formação**



RESPOSTA AO
QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA
ATRAVÉS DO LINK

<https://forms.gle/xC8iZqRUqoHd82ti8>

OU DO QR CODE



RESPOSTA AO
QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA
PÓS-FORMAÇÃO
ATRAVÉS DO LINK

<https://forms.gle/cWV1q97tZs6XYUaG8>



APÊNDICE II - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

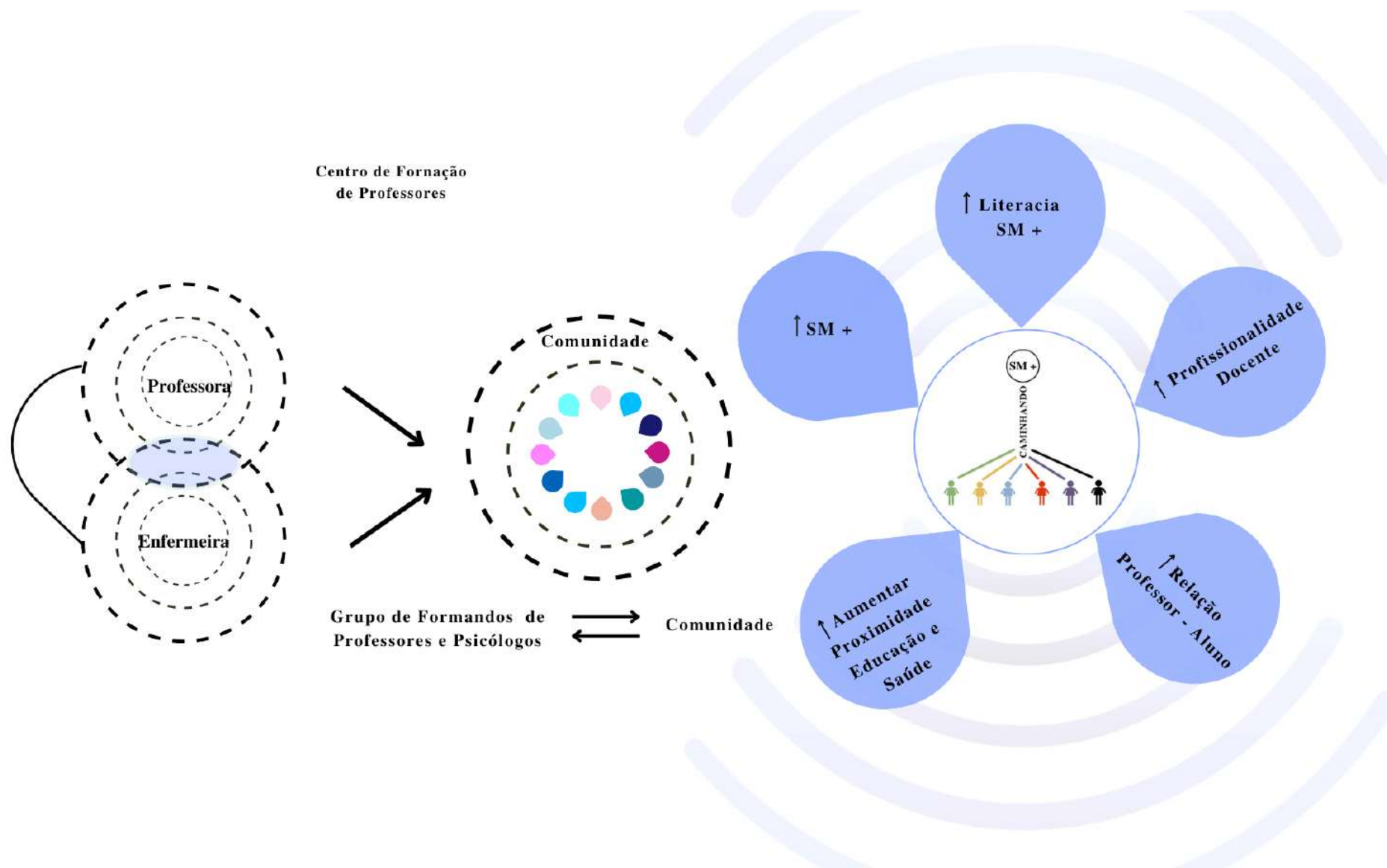
Caracterização Sociodemográfica

Professores (n=8)		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Amp</i>	<i>f</i>	%
Sexo	Feminino	-	-	-	8	100
Idade		56,63	5,45	48-64	-	-
Habilitação Académica	Licenciatura	-	-	-	8	100,0
Nível de Ensino	1º ciclo	-	-	-	1	12,5
	3º Ciclo	-	-	-	4	50,0
	Ensino Secundário	-	-	-	3	37,5
Situação Profissional	Quadro de Escola	-	-	-	7	87,5
	Quadro de Zona Pedagógica	-	-	-	1	12,5
Tempo de Serviço		29,50	13,18	2-44	-	-
Concelho	Faro	-	-	-	7	87,5
	Olhão	-	-	-	1	12,5
Psicólogos (n=4)		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Amp</i>	<i>f</i>	%
Sexo	Feminino	-	-	-	2	50
	Masculino	-	-	-	2	50
Habilitação Académica	Licenciatura	-	-	-	2	50
	Mestrado	-	-	-	1	25
	Doutoramento	-	-	-	1	25
Idade		33,50	8,58	24-43	-	-
Concelho	Faro	-	-	-	4	100

Fonte: Elaboração própria – Nota: n=Total; %=Porcentagem ;*M*=Média; *DP*=Desvio Padrão;

Amp=Amplitude; *f*=Frequência Absoluta.

APÊNDICE III - PROJETO DE INTERVENÇÃO - "RELAÇÕES QUE ABREM CAMINHOS"



APÊNDICE IV - ESTUDO DE CASO

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
2021/2022

ESTÁGIO I- ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estudo de Caso – Sr. X



Professora Doutora Ana Paula Lampreia Banza Zarcos Palma
Enfermeira Orientadora Ângela Elias

Discente: Cristina Paulo n.º 210531043

**Junho
2022**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
estágio



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
2021/2022

ESTÁGIO I- ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estudo de Caso – Sr. X



Professora Doutora Ana Paula Lampreia Banza Zarcos Palma
Enfermeira Orientadora Ângela Elias

Discente: Cristina Paulo n.º 210531043

**Junho
2022**

“Um dia escrevi que tudo é autobiografia, que a vida de cada um de nós a estamos contando em tudo quanto fazemos e dizemos, nos gestos, na maneira como nos sentamos, como andamos e olhamos, como viramos a cabeça ou apanhamos um objeto no chão. Queria eu dizer então que, vivendo rodeados de sinais, nós próprios somos um sistema de sinais.”

José Saramago

“A coisa mais bela que o homem pode experimentar é o mistério. É essa emoção fundamental que está na raiz de toda ciência e toda arte.”

Albert Einstein

LISTA DE SIGLAS

AEM - Avaliação do Estado Mental

APA – American Psychiatric Association

CIPE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CNO - College of Nurses of Ontario

DC - Diário Clínico

DCNT - Doença Crónica Não Transmissível

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEESMP - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICN - International Council of Nurses

PSOE - Psicose Sem Outra Especificação

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDC – Perturbação Delirante Crónica

PIC - Plano de Cuidados Individuais

PNM - Perturbações Neurocognitivas Major

PPP - Perturbação Paranoide da Personalidade

WHO – World Health Organization

Estudo de Caso – Sr. X

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – DIAGRAMA DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS: UMA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE	18
FIGURA 2 – GENOGRAMA DO SR. X	35

Estudo de Caso – Sr. X

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – MEDICAÇÃO ADMINISTRADA DESDE A ADMISSÃO ATÉ AO MOMENTO DA ALTA	31
QUADRO 2 – ÁREAS INTEGRANTES DA AEM	42
QUADRO 3 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	47

ÍNDICE GERAL

1	NOTA INTRODUTÓRIA	1
2	MOTIVAÇÃO DE BASE PARA A SELEÇÃO DA PESSOA PARA O ESTUDO DE CASO	4
3	CONCEPTUALIZAÇÃO DA PERTURBAÇÃO DELIRANTE CRÓNICA E DEMÊNCIA	6
4	ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: TRANSIÇÃO COMO CONCEITO CENTRAL EM ENFERMAGEM	17
	4.1 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS: UMA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE	18
5	HISTÓRIA PESSOAL	24
	5.1 IDENTIFICAÇÃO	27
	5.2 MOTIVO DE INTERNAMENTO	28
	5.3 HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL	28
	5.4 ANTECEDENTES PESSOAIS	31
	5.5 MOTIVO DE INTERNAMENTO HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL....	31
	5.6 PERSONALIDADE	33
	5.7 ANTECEDENTES FAMILIARES	33
	5.7.1 GENOGRAMA	34
	5.8 COMUNIDADE	35
6	BREVE REFLEXÃO SOBRE ALGUNS ASPETOS DA HISTÓRIA PESSOAL DO SR. X	36
7	AValiação de Enfermagem	40
	7.1 A AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	40

Estudo de Caso – Sr. X

8	PROCESSO DE ENFERMAGEM	43
8.1	A MÚSICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	49
8.2	PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS (PIC)	51
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
	ANEXOS	82
ANEXO 1	- QUESTIONÁRIO DE RESERVA COGNITIVA	83
ANEXO 23	- ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO (AGF)	85
ANEXO 3	- ESCALA DE <i>INSIGHT</i> MARKOVÁ E BERRIOS	87
ANEXO 4	- ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH	89

1 NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular: Estágio I - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, inserida no VI Curso de Mestrado em Associação de Enfermagem, na Escola Superior de Saúde, no Instituto Politécnico de Setúbal, surge a proposta de elaboração do presente Estudo de Caso enquadrado num serviço de internamento para adultos com patologia aguda e do foro psiquiátrico

Estudo de caso é um método de investigação conduzido por diferentes fases, provenientes de variadas fontes, através do qual a pessoa (a autora do estudo de caso, e neste caso enfermeira) realiza a recolha de dados, fomenta o processo de pensamento crítico e reflexivo, na tentativa de alcançar uma melhor compreensão da situação como um todo e em si, desenvolve um conjunto de intervenções adequadas consoante a especificidade da situação, e efetua a sua avaliação. A expectativa é que a enfermeira obtenha conhecimento e vivência experiencial no âmbito da tomada de decisões e de resolução dos problemas identificados, possibilitando a oportunidade de estudo e de análise de uma situação real, e assim, aproximar a teoria da prática, integrando-a na sua práxis como uma unidade (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

A aplicação deste método de investigação é crucial no âmbito da intervenção do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), como forma particular de atuação no âmbito da intervenção e prevenção da doença mental e promoção da saúde mental. A doença mental é um problema crescente a nível mundial e a nível nacional, com impacto multidimensional (World Health Organization [WHO], 2021a; Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017). O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021) reportou que a qualidade de vida dos portugueses está comprometida, estando fortemente relacionada com problemas de saúde mental. Portugal tem dos valores mais elevados quanto à taxa de prevalência de doenças mentais em contexto europeu.

Assim, foi desenvolvido um estudo de caso acerca do Sr. X, designação utilizada de forma a garantir a proteção da sua identidade e dos seus dados pessoais e de saúde.

Ao longo deste trabalho será abordada a motivação da autora na seleção da pessoa para o estudo de caso, a concetualização dos diagnósticos médicos, o modelo teórico de enfermagem de Afaf Meleis: a Teoria das Transições, afinal a atuação do EESMP objetiva a “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante

Estudo de Caso – Sr. X

respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21427). Também será apresentada a história pessoal e sua componente reflexiva, a avaliação do estado mental, e o processo de enfermagem com a elaboração do Plano de Cuidados Individual (PCI).

Desta forma, os objetivos deste trabalho, em consonância com os perspetivados pela Unidade Curricular, são:

- Desenvolver a autoconsciência de si em contexto de relação com a pessoa com doença mental;
- Mobilizar o eu pessoal e o profissional integrados num todo, como um instrumento terapêutico;
- Compreender a importância da realização de um estudo caso como um instrumento reflexivo/ formativo;
- Aprofundar conhecimentos a nível dos diagnósticos médicos do Sr X;
- Compreender a pessoa e suas respostas numa perspetiva holística e ao longo do ciclo de vida;
- Utilizar um modelo teórico de enfermagem para ancorar o trabalho do estudo de caso
- Conhecer o Processo de Avaliação Diagnóstica e Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da concretização do Processo de Enfermagem;
- Desenvolver competências do EEESMP;
- Servir como elemento de avaliação da unidade curricular.

O trabalho divide-se em nove partes: Nota Introdutória; Motivação de Base para a Seleção da Pessoa para o Estudo de Caso; Concetualização da Perturbação Delirante Crónica (PDC) e Demência; Enquadramento Concetual; Transição como Conceito Central em Enfermagem; História Pessoal; Breve Reflexão sobre Alguns aspetos da História Pessoal do Sr. X; Avaliação de Enfermagem; Processo de Enfermagem; e Considerações Finais.

Estudo de Caso – Sr. X

O presente documento está em consonância com as regras do Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos do Departamento de Enfermagem da ESS do IPS, da norma de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição, e está de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico.

2 MOTIVAÇÃO DE BASE PARA A SELEÇÃO DA PESSOA PARA O ESTUDO DE CASO

Para a realização do Estudo de Caso, foi selecionado o Sr. X que se encontrava internado. O Sr. X chamou a atenção da autora para a realização do presente Estudo de Caso, quando lhe foi apresentado num momento de passagem de turno. Era alguém de 70 anos, com postura solitária no internamento, mesmo estando rodeado por outras pessoas, e realmente solitário no mundo, nunca tendo recebido uma única visita ou telefonema no decurso do seu internamento. Confirmou-se junto de outros profissionais e nos registos, que morava, previamente, sozinho num quarto, dependendo de uma instituição que lhe fornecia alimentação. Foi neste momento, que a nossa relação enfermeira – pessoa alvo de cuidados começou. Tal como é referido por Lopes (2018), que a relação terapêutica tem início quando a pessoa é apresentada.

De fato, era um senhor que estava sozinho e isolado. A solidão é um problema crescente em todo o mundo, e em que Portugal não é exceção. É um fenómeno que se tem ampliado, particularmente nas pessoas mais velhas, nomeadamente nos países do Sul da Europa (Ejlskov, 2016; Lima, 2018). A autora manifesta grande vontade em querer desenvolver competências e trabalho neste campo, afinal “ninguém morre sozinho” (Sampaio, 1991, p. 13), e “está tudo interligado” (Dhawan & Joni, 2015, p.35). A propósito do envelhecimento, como fenómeno global cada vez mais presente nos dias atuais, a autora reflete - Se por um lado há um aumento da esperança média de vida, graças à evolução da ciência, por outro haverá real apoio face a uma fase potencial de crescente vulnerabilidade? Acrescenta-se mais anos à vida e quanto à qualidade de vida associada aos anos? Embora as políticas desenvolvidas de apoio à promoção do envelhecimento ativo e saudável, no campo de ação, têm a visibilidade pretendida? E se a pessoa tiver um diagnóstico de doença mental? Uma doença mental grave, uma perturbação psicótica, como uma PDC, onde uma das grandes questões é, de fato, a ausência de *insight*, portanto a menor probabilidade da existência de um pedido de ajuda? O envelhecimento é um fenómeno que toca a todos, afinal ninguém envelhece sozinho.

De fato, a formulação de questões associada ao pensamento reflexivo é essencial. A reflexão é considerada uma ferramenta de aprendizagem que promove a aquisição de conhecimentos com significado, que deve ser combinada com o pensamento crítico. Ao

Estudo de Caso – Sr. X

analisar qualquer situação, é o pensamento crítico que desenvolve o conhecimento e o entendimento, que apoiam a formação da identidade pessoal e profissional do enfermeiro, com repercussão na qualidade dos cuidados prestados (Nicol & Dosser, 2016).

Durante o internamento, mesmo perante o estado de enclausuramento do Sr. X, de aplanamento afetivo e de hipobulia, quando a autora o abordava, ele começou a expressar olhar brilhante. Não foi logo nos primeiros contactos, mas ao fim de alguns momentos de partilha, como se os olhos quisessem falar num silêncio onde qualquer significado verbal jamais alcançaria.

É também interesse da autora desenvolver competências de comunicação, observação e de intervenção, no âmbito da doença mental grave. De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008) as doenças mentais graves comprometem, habitualmente, a capacidade de relacionamento, de adaptação a nível social, como também, no campo do desempenho profissional. A doença mental grave é definida como “doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (Decreto-Lei nº8/2010, p.258), e, de acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021) foram estipuladas duas dimensões na sua identificação, ou seja, a duração da doença (contacto com o serviço de saúde, no mínimo, há 2 anos) e o prejuízo do funcionamento social. As perturbações psicóticas, nomeadamente a PDC, enquadram-se no conceito de doença mental grave.

Os momentos de partilha entre a autora e Sr. X reavivaram memórias afetivas de grande relevo para a autora, onde houve, de algum modo, alguma transferência afetiva, em que estes instantes vividos relembrou a primeira pessoa cuidada pela autora no seu primeiro estágio no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, cujo contacto foi um marco basilar na sua construção quer a nível profissional, quer a nível pessoal.

A autora exercendo funções de enfermeira, e neste caso específico, como futura EEESMP assume papel crucial na prestação de cuidados de saúde de qualidade no contexto de doença mental e promoção da saúde mental.

Afinal,

“E o que é trabalhar com amor?

É pôr em todas as coisas que fazeis

Um sopro de vosso espírito” (khalil Gibran)

3 CONCEPTUALIZAÇÃO DA PERTURBAÇÃO DELIRANTE CRÓNICA E DEMÊNCIA

A PDC é considerada uma doença em que existem alterações relacionadas com o contexto da atividade delirante. O seu conceito essencial está associado à existência de um delírio ou de um conjunto de delírios, estáveis, crónicos, sem grande repercussão no comportamento (para além das alterações relacionadas com o delírio) e sem outros sintomas psicóticos (fenómenos de primeira ordem de Schneider, alucinações ou doença formal do pensamento) (Couto, 2014, p.193)

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), a PDC integra o grupo das Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações, mas é uma condição diferenciada, nomeadamente no respeitante à esquizofrenia (American Psychiatric Association [APA], 2014). Na PDC não está, usualmente, presente, quadro alucinatório, alterações formais do pensamento, não tem evolução deficitária, com sintomas negativos, bem como a nível do conteúdo dos delírios, o qual não é, na generalidade, bizarro (Couto, 2014). Porém, é possível fazer o diagnóstico de PDC na presença de delírios bizarros (APA, 2014).

Poucos estudos, no âmbito da perturbação delirante, têm sido desenvolvidos, até mais recentemente (Kendler, 2017). Os estudos efetuados não abrangeram grandes grupos, pelo que os valores das taxas de prevalência e de incidência podem não corresponder à realidade. Assim como, não foi encontrado nenhum estudo epidemiológico em Portugal (Lopes et al, 2022). A prevalência da perturbação delirante ao longo da vida é de cerca de 0.2% (APA, 2014) e na população em geral é de 0.05-0.1% (Lopes et al, 2022). Um artigo clássico da epidemiologia (Copeland et al, 1998) sugere que a prevalência em idosos é o dobro da taxa referida pela APA (2014). A incidência global é de 0.7-3 por 100 000 habitantes (Lopes et al, 2022). No que concerne à taxa de prevalência das perturbações delirantes em contexto de internamento, segundo Soyka, Zingg e Baumgartner (2011), é de 0.5%.

Pode afetar pessoas de qualquer idade, sendo mais usual entre os 40-49, desenvolvendo-se em média, aos 46 anos (Harrison et al, 2018; Lopes et al, 2022). O envelhecimento é reconhecido como um período de vulnerabilidade para uma primeira

Estudo de Caso – Sr. X

ocorrência de psicose e também pela exacerbação de sintomas psicóticos prévios (Gardijan & Szucs, 2016).

Quanto ao género, a APA (2014) referiu que não existem diferenças significativas na frequência global da perturbação delirante, embora mencionasse diferenças no tocante ao tipo de delírio. Alguns autores indicam que é mais frequente no sexo masculino (Couto, 2014; Lopes et al, 2022) e outros no sexo feminino (Soyka, Zingg & Baumgartner, 2011; Gautam, Jain, & Gautam, 2018). Num estudo retrospectivo que procurou explorar as diferenças de género em pessoas com perturbação delirante, verificou que os homens apresentavam maior frequência de delírios generalizados, de grandeza e de perseguição, enquanto as mulheres apresentavam maior frequência de delírios erotomaniacos assim como perceções e humor delirantes (Azevuela et al, 2015).

A PDC é uma doença que não é muito comum, mas não é rara (Couto, 2014). Ao longo do tempo, tem sido descrita de vários modos, e, embora ainda algumas questões, é considerada, atualmente, uma doença estável e diferenciada da esquizofrenia, estando bem definida no DSM-5 (Couto, 2014). Porém, só em 1977, por Winokur, a perturbação delirante, foi introduzida pela primeira vez no DSM-3 (Lopes et al, 2022). Historicamente, a PDC era definida pelo termo clássico de paranoia. Paranoia, etimologicamente, é uma palavra que deriva do grego: para (ao lado) + nous (mente), o que significa loucura (Morais, lagarto & Cerejeira, 2014). Ao longo da história, o conceito de paranoia nem sempre se associou ao de perturbação mental. Em 1764 Vogel reintroduziu o termo paranoia representando perturbação mental (Lopes et al, 2022). E, entre 1856-1926 Kraepelin designava paranoia como a terceira forma de psicose, para além da *dementia praecox* (esquizofrenia) e psicose maniaco-depressiva. Porém outros autores defendiam que a perturbação delirante era um subtipo da esquizofrenia (Morais, lagarto & Cerejeira, 2014) e verificava-se, que muitas das pessoas com perturbação delirante evoluía para esquizofrenia, questionando a sua estabilidade diagnóstica (Couto, 2014). Entretanto, o termo paranoia foi substituído por perturbação delirante, termo atual (Harrison et al, 2018).

A etiologia da doença ainda não é claramente conhecida (Joseph & Siddiqui, 2022), existindo algumas teorias explicativas de diversa ordem, que procuram explicar os mecanismos de produção ou de manutenção do delírio, mais do que a etiopatogénese da doença (Kiran & Chaudhury, 2009; Couto, 2014). Algumas das teorias são: a Psicodinâmica, a Antropológica, a Neurobiológica, a Cognitivo-Perceptual, a Biográfica e a Integrativa (Fariba & Fawzy, 2021).

Estudo de Caso – Sr. X

Como fatores de risco para o desenvolvimento da PDC são descritos: idade avançada; fatores genéticos; défices sensoriais (auditivos e visuais); traços de personalidade paranoides, esquizoides ou evitantes; familiares com antecedentes de esquizofrenia ou perturbação paranoide da personalidade; imigração; baixo estatuto socio económico; e consumo de substâncias. (Couto, 2014; Lopes et al, 2022). No que diz respeito a estes fatores, permanece a dúvida se são fatores de risco ou manifestações da situação mórbida (Couto, 2014).

Na maioria das vezes, não há história de doença psiquiátrica, exceto às vezes um episódio depressivo (Gardijan & Szucs, 2016). De acordo com Couto (2014), numa perspetiva clássica, existe uma personalidade no período prévio da doença que apresenta traços de desconfiança e de narcisismo, e que num determinado momento desencadeante (e.g. eventos adversos sociais e vitais) tem início o delírio.

Para a realização de um diagnóstico clínico, é necessário a presença de alguns critérios (APA, 2014). A perturbação delirante é caracterizada pelo período mínimo de 1 mês de um ou mais delírios sem outros sintomas psicóticos. Se as alucinações estiverem presentes não são centrais no quadro patológico e estão associadas ao tema delirante (APA, 2014). Embora o impacto do delírio na vida da pessoa, os seus prejuízos a nível funcional são mais circunscritos que noutras perturbações psicóticas, como na esquizofrenia, e com comportamento mais adequado, não sendo claramente bizarro ou estranho (Harrison et al, 2018). Na perturbação delirante os delírios tendem a ser sistematizados, monotemáticos, encapsulados, e dinâmicos, enquanto que na esquizofrenia os delírios são, habitualmente, fragmentados e múltiplos (Couto, 2014; Harrison et al, 2018).

Alguns estudos recentes apontam para prejuízos a nível afetivo e cognitivo, os quais não eram considerados até então, como sendo preponderantes no quadro clínico (González-Rodríguez et al, 2021). A presença de deficits cognitivos são semelhantes aos encontrados nas pessoas com esquizofrenia, mas, possivelmente, mais subtis (Tuulio - Henriksson et al, 2011). Muñoz-Negro e colaboradores (2018), apontam também para o domínio depressivo, que tendo em conta a sua frequência, é importante integrar o quadro de doença - perturbação delirante. Os delírios estão associados ao declínio cognitivo e risco aumentado de desenvolvimento de demência (Fischer & Sweet, 2016; Anor, et al, 2021). Apesar da prevalência e dos resultados clínicos adversos dos delírios, seus mecanismos permanecem obscuros (Ismail et al, 2022). A evidência aponta para um risco

Estudo de Caso – Sr. X

aumentado de demência associada a um quadro de perturbação psicótica (Ismail et al, 2022).

A propósito de demência, o caso em específico em estudo, o Sr. X também apresenta o diagnóstico de demência de provável etiologia mista. A demência é uma doença crónica, constituindo a Doença Crónica Não Transmissível (DCNT) mais frequente, e que afeta a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Em 2015 a demência afetava cerca de 47 milhões de pessoas em todo o mundo, e é previsto um aumento até 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050. Cerca de 9.9 milhões de pessoas desenvolvem demência a cada ano, ou seja, surge um novo caso em cada 3 segundos (WHO, 2017).

Segundo os critérios de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (APA, 2014), a demência referida no anterior DSM corresponde, no atual DSM, às Perturbações Neurocognitivas Major (PNM). Um Transtorno Neurocognitivo é caracterizado por declínio nas habilidades, alterando a capacidade funcional, e afetando a independência e autonomia da pessoa para as suas atividades básicas de vida diárias (APA, 2014).

A demência é um termo genérico que aborda síndromes de várias etiologias, em que a característica principal consiste na deterioração intelectual adquirida, tendo por base uma causa orgânica que não é específica. A demência não deve ser encarada como uma doença, mas como uma síndrome, isto é, “um conjunto de sinais e sintomas mais ou menos homogêneos, que podem ter várias etiologias e englobar várias doenças” (Sequeira, 2010, p. 90). Segundo Vieira (2014, p. 214) demência pode ser definida como

uma deterioração progressiva das funções cognitivas, na ausência de alteração do estado de consciência (...) há um declínio de memória, associado a um défice de outra função cognitiva. Com a progressão da deterioração cognitiva esta acompanhar-se-á de alterações de comportamento e irá conduzir a uma perda progressiva de autonomia e da capacidade de desempenho nas atividades profissionais, sociais e da vida diária, acabando por afetar o funcionamento do organismo no seu todo.

Os critérios de diagnóstico para a PNM (APA, 2014, p. 720) são:

A. Evidência de declínio cognitivo significativo em relação a um nível prévio de desempenho num ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptivomotora ou cognição social) com base em:

Estudo de Caso – Sr. X

1.Preocupação do indivíduo, de um informador conhecedor ou do clínico de que existe um declínio significativo na função cognitiva; e

2.Um déficit substancial no desempenho cognitivo, preferencialmente documentado por testes neuropsicológicos estandardizados ou, na sua ausência, por outra avaliação clínica quantitativa.

B. Os défices cognitivos interferem na realização independente das atividades da vida diária (isto é, no mínimo necessita de assistência nas atividades instrumentais complexas da vida diária tais como pagar contas ou gerir a medicação).

C. Os défices cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de um *delirium*.

D. Os défices cognitivos não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação depressiva major, esquizofrenia).

No âmbito das demências, pode-se considerar dois grupos: as síndromes demenciais reversíveis, e as primárias ou degenerativas, e as que são as irreversíveis. Neste último encontram-se a Doença de Alzheimer, Demência vascular, Demência de corpos de Lewy e Demência frontotemporal (Vieira, 2014). A Doença de Alzheimer é a mais frequente, seguida da Demência vascular (Livingston et al, 2017). Diversos estudos neuropatológicos apontam para uma robusta associação entre a Doença de Alzheimer e a Demência vascular, a qual se designa por “demência mista”, e engloba sintomas de ambas. Estas compartilham fatores de risco, componentes do quadro clínico e mecanismo patogénicos (Lagarto, Rafaela & Cerejeira, 2014). A demência mista pode representar 15% dos casos de demência (Viera, 2014).

Regressando à PDC e sua caracterização, perante eventuais episódios do humor concomitantes com o delírio, a sua duração é menor relativamente aos episódios delirantes. Assim como, para o diagnóstico de uma PDC, os delírios não estão relacionados com efeitos fisiológicos de uma substância, outra condição médica, ou não são melhor explanados por outra perturbação mental (APA, 2014).

A nível funcional, o seu comprometimento, nalguns casos, pode ser considerável e a pessoa pode apresentar um funcionamento ocupacional pobre e isolamento social. Perante um diminuto funcionamento psicossocial, a atividade delirante assume, regularmente, função significativa. É comum, as pessoas com esta perturbação

Estudo de Caso – Sr. X

apresentarem comportamento e aspeto, aparentemente, “normais”, quando não têm uma ação guiada pelas suas crenças delirantes, ou quando estas não estão em plano de discussão (APA, 2014). As pessoas com perturbação delirante podem considerar que os outros percebem as suas crenças delirantes como irracionais, mas não aceitam, podendo haver, assim, um “*insight* factual”, mas não um verdadeiro *insight* (APA, 2014). O desenvolvimento de humor irritável ou disfórico como resultado das suas crenças delirantes pode ocorrer, assim como problemas de diversa ordem, como a nível social, conjugal, ocupacional, e litigioso (APA, 2014). Habitualmente, as pessoas com perturbação delirante não apresentam *insight* quanto à sua condição clínica, não reconhecem as ideias delirantes associadas à doença, nem a necessidade de tratamento, o que colabora para o atraso no diagnóstico e começo do tratamento (Lopes, et al, 2022).

Segundo Hasson- Ohayon et al (2009), a falta de *insight* está associada à falta de esperança. A esperança desempenha um papel crucial na recuperação das pessoas com doença mental (Sari et al, 2021). A recuperação não envolve necessariamente a eliminação de sintomas, mas envolve o processo de integração das dificuldades de saúde mental na componente multidimensional do *self*. O processo de recuperação é frequentemente caracterizado por temas de esperança, empoderamento e apoio social, e pode envolver o desenvolvimento de novos interesses e atividades significativas (Best et al, 2020). Alguns autores identificaram cinco processos implicados na recuperação da pessoa com psicose: Conexão, Esperança e otimismo sobre o futuro, Identidade, Significado na vida e Empoderamento (Leamy et al., 2011).

Assim, é raro as pessoas com PDC procurarem apoio profissional para a sua condição mórbida, sendo, maioritariamente, conduzidos por outras pessoas, ou contra a sua vontade. Quando observados, pode não ser óbvio a existência de delírio, não só pela personalidade relacionada com a doença (desconfiança), mas também pela recusa da pessoa em querer revelar informações (Couto, 2014). Outro dos fatores que pode atrasar o diagnóstico é o início insidioso da PDC (Lopes, et al, 2022).

A perturbação delirante, mediante o conteúdo dos delírios, pode ser classificada em diferentes subtipos, tais como: Tipo erotomaniaco; Tipo grandiosidade; Tipo ciúme; Tipo persecutório, Tipo somático; Tipo misto e Tipo não especificado. No âmbito do presente estudo de caso, será abordado somente o Tipo persecutório e o Tipo grandiosidade. O delírio Tipo persecutório é o mais frequente e é caracterizado pela existência de alguém, ou de uma organização, que dirige a sua ação de forma maliciosa, procurando prejudicar e importunar a pessoa doente (Couto, 2014). A pessoa acredita ser

Estudo de Caso – Sr. X

objeto de “conspiração, engano, espionagem, perseguição, envenenamento ou de ser drogado, calúnia maliciosa, assédio ou obstrução na concretização de objetivos a longo prazo” (APA, 2014, p. 108). O comportamento desenvolvido pela pessoa é congruente com o conteúdo, o que pode promover a rejeição nas pessoas que lidam com estas pessoas, podendo, inclusive, serem incluídas no delírio (Couto, 2014). O delírio do Tipo grandiosidade, é aquele que apresenta menor frequência, e está relacionado com a convicção da pessoa ter um grande (não reconhecido) talento ou perspicácia, ou pela realização de uma descoberta relevante (Lopes, et al, 2022; APA, 2014). O conteúdo do delírio é influenciado pelo enquadramento sócio cultural (APA, 2014).

No âmbito da psicopatologia, o delírio é considerado axial, pelo que Jaspers em 1913 afirmou (citado por Correia, 2014, p.41) que “o delírio foi em todos os tempos o fenómeno fundamental da loucura”.

O delírio consiste numa crença fixa que não é passível de mudar através de evidência oposta (APA, 2014). Pode ser definido como “uma crença falsa, inabalável, provinda de processos mórbidos e que contrasta com o contexto cultural e social do sujeito” (Correia, Guerreiro & Barbosa, 2014, p. 52). Pode manifestar-se em inúmeras patologias, no âmbito da psiquiatria e da neurologia (Bortolotti, 2010). A forma como a pessoa com os delírios lida com os mesmos pode ajudar no diagnóstico diferencial (Harrison et al, 2018).

O delírio da PDC é, no âmbito fenomenológico, idêntico ao das outras doenças com atividade delirante, porém pode apresentar oscilações a nível da convicção (Couto, 2014).

Etimologicamente a palavra “delírio” é originária do substantivo latino *delirium*, que se relaciona com o verbo *delirare* (*de* = fora; *liros* = sulcos), significando literalmente *lavar fora do sulco* (Cheniaux, 2015). Segundo Abreu (2011, p. 139) é o “pensamento que não se submete às resistências que a realidade lhe impõe, cujo juízo está, pois, perturbado desde o início”. Delírio, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN], 2019) é um “Pensamento distorcido”, o qual se refere a “Cognição comprometida”. De acordo Jaspers (1913) citado por Correia, Guerreiro e Barbosa (2014) o delírio apresenta as seguintes características: irredutibilidade, convicção plena e conteúdo impossível. Este último, sendo controverso, deverá ser substituído pela característica de incompreensibilidade psicológica.

Estudo de Caso – Sr. X

O delírio pode ser categorizado em delírio primário e delírio secundário. O delírio primário corresponde às ideias e vivências que não provêm nem estão relacionadas com outros processos psicológicos, surgindo sem justificação causal aparente, alicerçado a vivências delirantes primárias (Correria, Guerreiro & Barbosa, 2014). Estas, podem ser classificadas em: humor delirante, em que a pessoa pressente que algo ameaçador, estranho e inexplicável, está a ocorrer no seu meio circundante, mas que não sabe precisar; percepção delirante diz respeito à formação de um novo significado de carácter anormal, habitualmente por auto referência, que é conferido a um objeto percebido de forma normal; ocorrência ou intuição delirante ocorre quando o delírio manifesta-se completamente formado, sem apoio percetivo, como uma ideia ou certeza súbita e um significado anormal; recordação delirante, que pode ser de dois tipos, ou seja, recordação delirante do tipo percepção delirante e recordação delirante do tipo ocorrência delirante (Correria, Guerreiro & Barbosa, 2014). O delírio secundário está associado ou deriva de outros processos psicológicos, e pode ser compreendido através da contextualização da história pessoal e psiquiátrica da pessoa (Correria, Guerreiro & Barbosa, 2014).

De acordo com Porcher (2016) a própria definição de delírio lança alguns desafios. Alguns autores desafiaram o seu status doxástico ao argumentarem que os delírios não perfilham o status genuíno de crenças, pois não compartilham a sua componente funcional (Ritunnano & Bortolotti, 2021). Os delírios não são passíveis de serem contra-argumentados e nem sempre se manifestam no comportamento desenvolvido, ao contrário das crenças. E se outrora, acreditava-se que os delírios eram como que um discurso vazio, crenças irracionais ou implausíveis, ou ainda representações incompreensíveis da realidade, sugerindo que o seu conteúdo não tinha qualquer valor, hoje tal já não se verifica. Os delírios são significativos, pois, frequentemente, fazem sentido no quadro experiencial de vida da pessoa, podem explicar e prever quanto ao comportamento da pessoa com o quadro delirante, reconceptualizam a realidade e o eu, podendo ser importante para a questão do significado da vida. Considerar os delírios com significado e que estes podem conferir significado à vida das pessoas pode ser importante na sua abordagem por parte dos profissionais de saúde (Ritunnano & Bortolotti, 2021). Afinal, atrás de um delírio está uma pessoa, não sendo, pois, uma entidade à parte (Briggs & Rinaldi, 2014).

No respeitante aos quadros delirantes, Fonseca (1997) classifica-os quanto ao conteúdo, estando este relacionado com o contexto histórico e socio-cultural, quanto à direção, podendo os delírios serem considerados centrífugos e centrípetos, ou mistos. Os

Estudo de Caso – Sr. X

delírios também podem ser classificados no tocante à sua estrutura, podendo ser simples (monotemáticos), complexos (pluritemáticos), sistematizados e não sistematizados, e no que concerne ao seu curso, e assim, serem duráveis e instáveis. Quanto à dimensão estrutural dos delírios Correria, Guerreiro e Barbosa (2014) acrescentam que os delírios podem ser Compartilhados ou loucura a dois (*folie à deux*) em que outra pessoa ou grupo passam a partilhar o delírio. Quanto aos delírios sistematizados, estes referem-se à existência de um delírio principal e à construção e orientação da restante totalidade do sistema delirante, em torno daquele. Perante um delírio sistematizado a pessoa envolve-se numa busca incessante de cada vez mais elementos para o apoiar e sistematizar (Correria, Guerreiro & Barbosa, 2014). E, por último, de acordo com a classificação dos quadros delirantes de Fonseca (1997), encontra-se a forma vivencial, a qual engloba, de forma geral, todos os anteriores.

A diferenciação entre um delírio e uma ideia hipervalorizada nem sempre é fácil e “depende em parte do grau de convicção com que a crença é definida, apesar das claras e razoáveis evidências contraditórias relativas à sua veracidade” (APA, 2014, p. 103).

No que concerne à evolução e prognóstico da PDC, a investigação não proporciona dados fidedignos a longo prazo. Porém, existe evidência que aponta para um prognóstico global pobre, embora melhor quando comparando com um quadro de esquizofrenia e quando existe adesão terapêutica (Lopes et al, 2022). E, embora o diagnóstico seja estável, cerca de 21% das pessoas com perturbação delirante desenvolve esquizofrenia (Harrison et al, 2018; Lopes et al, 2022). Alguns autores elencam alguns fatores de bom prognóstico, tais como: princípio da doença antes dos 30 anos de idade; sexo feminino; bons níveis funcionais, sociais e ocupacionais presentes antes da doença; doença com começo súbito; reduzida duração da doença; presença de fatores precipitantes e de ideias delirantes persecutórias, somáticas e erotomaniacas (Lopes et al, 2022). As ideias delirantes de ciúme e grandiosas integram os fatores de mau prognóstico (Sadock, Sadock & Ruiz, 2014). Na presença de sintomatologia depressiva, as pessoas com perturbação delirante apresentam 15,6% de risco de suicídio (Molina-Andreu et al, 2014).

A PDC, como atrás foi referido, é uma entidade própria no âmbito das perturbações do espectro psicótico, pelo que deveria ter uma abordagem terapêutica específica, quer farmacológica, quer não farmacológica. Todavia, o tratamento da PDC não reúne total consenso, uma vez que os estudos publicados até agora são fundamentados em pequenas amostras, em estudos de caso e estudos observacionais, com diversas metodologias, o que diminui a qualidade da evidência científica presente (Lopes et al ,

Estudo de Caso – Sr. X

2022). E, dado a inexistência de orientações específicas para a abordagem à PDC, e tendo em conta que integra o espectro das perturbações psicóticas, recorre-se ao manual de orientações da National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) para o desenvolvimento do tratamento (Lopes et al, 2022).

Antes de estabelecer um plano terapêutico é essencial um diagnóstico diferencial, através de uma colheita minuciosa da história clínica, exame físico e exames complementares de diagnóstico, para assim se saber se se está realmente perante uma PDC ou outra perturbação psiquiátrica ou até mesmo no contexto de uma perturbação de etiologia orgânica (Joseph & Siddiqui, 2022). A APA (2014) refere a importância da avaliação dos sintomas a nível da cognição, da depressão e da mania no âmbito diagnóstico.

Para uma abordagem terapêutica eficaz, é importante avaliar as necessidades e preferências da pessoa, o que, por vezes, não acontece, ocorrendo um desfasamento entre as prioridades do terapeuta e da pessoa alvo de cuidados, o que contribui para uma menor adesão e menores índices de satisfação com o plano terapêutico (Moritz et al, 2017). A abordagem não farmacológica, tem por base o estabelecimento de uma aliança terapêutica, a qual pode ser difícil, devido à frequente ausência de *insight* para a sua condição de doença (Lopes et al, 2022).

A aliança terapêutica pressupõe acordo, compromisso, atitudes de colaboração e de reciprocidade dos elementos envolvidos, designando-se como “uma relação marcada por concordâncias entre terapeuta e cliente e cuja qualidade depende de como ambos conseguem colaborar nos objetivos e nas tarefas, bem como na qualidade do vínculo estabelecido” (Faria et al, 2020).

É também importante avaliar o impacto da doença junto de terceiros (e.g. família, amigos, vizinhos), assim como o seu suporte familiar e social, para assim, se compreender se existem condições de cumprir o tratamento em regime ambulatorial. O tratamento das doenças mentais em contexto ambulatorial/comunitário é privilegiado, em detrimento do hospitalocêntrico (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008; Morais, Lagarto & Cerejeira, 2014). É crucial implementar um programa integrado, colaborativo e articulado entre os membros de uma equipa inter e multidisciplinar, e que tenha por base a dimensão holística e individual da pessoa/família/pessoas significativas/comunidade com a doença mental (OE, 2021; Joseph & Siddiqui, 2022). No âmbito da praxis do EEESMP, a sua intervenção junto de pessoas com PDC é basilar, tendo por base uma visão holística da

Estudo de Caso – Sr. X

pessoa, o impacto que a doença assume na vida da pessoa e uma intervenção co-construída, tendo em vista uma melhoria do funcionamento e qualidade de vida.

Estudo de Caso – Sr. X

4 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: TRANSIÇÃO COMO CONCEITO CENTRAL EM ENFERMAGEM

A enfermagem é uma ciência humana com abordagem centrada na prática do cuidar e de promoção do bem-estar da pessoa e sua dimensão holística, que fomenta o desenvolvimento de teorias, que possibilitam descrever, explicar, prever e prescrever cuidados de enfermagem (Meleis, 2012). Os referenciais teóricos contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem e são uma referência para a prática, possibilitando uma atuação sistemática e intencional (Shah, 2015).

O ciclo vital de cada pessoa é assinalado por uma série de passagens sequenciais singulares e de profundo carácter individual, estando intimamente relacionadas com a forma como cada pessoa lida com os momentos de passagem que integram a sua existência. Estes momentos de passagem são influenciados pelos recursos pessoais e externos, pelas experiências prévias e significados atribuídos, e pelo contexto familiar e social onde a pessoa está inserida (Meleis & Trangenstein, 2010). Deste modo, ao longo da vida são experimentadas múltiplas transições, que, embora possam ser definidas de diferentes maneiras, o conceito de transição consiste num processo desencadeado por uma mudança, onde ocorre passagem de um estado relativamente estável para outro relativamente estável. As transições compreendem várias fases revestidas de dinamismo, por marcos e pontos de viragem, e podem ser descritas através de processos e/ou resultados finais (Meleis, 2010). A transição só ocorre quando existe assimilação e integração da mudança no modo de viver e de se relacionar, com reorganização e redefinição da pessoa, pelo que não existe retorno à condição pré-existente. O processo de transição implica tempo e movimento para que a pessoa se desconecte, mude, incorpore, e transforme o seu padrão comportamental e relacional, e identidade anteriores, ou seja, o seu modo de ser e de estar (Kralik, Visentin & Loon, 2006; Schumacher & Meleis, 2010).

De acordo com Schumacher e Meleis (1994), a palavra “transição” há muito tempo que constitui o foco de atenção da enfermagem. Os enfermeiros, constituem os profissionais de saúde que mais tempo passam junto das pessoas que vivem transições, sendo este um conceito central na sua prática.

A transição constitui numa área de atenção para os enfermeiros no momento em que afeta a saúde das pessoas, o seu bem estar e a sua capacidade para o autocuidado

(Meleis, 2010). Os enfermeiros, por meio de uma prática centrada na pessoa e suas necessidades reais, podem influenciar os processos de transição (Meleis et al, 2000).

Segundo Meleis (1991) o enfermeiro interage (interação) com uma pessoa numa situação de saúde/doença (cliente), a qual está integrada num determinado contexto sociocultural (ambiente) e está em processo de transição ou em antecipação desta (transição); a interação enfermeiro-cliente é orientada por um propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenção holística), sendo que os enfermeiros recorrem a algumas ações (intervenções terapêuticas) para promover a saúde e bem estar.

Assim, no âmbito do estudo de caso presente, foi selecionada a Teoria das Transições de Meleis – Uma Teoria de Médio Alcance, para o seu desenvolvimento e aplicação.

4.1 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS: UMA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

No âmbito da disciplina de enfermagem e sua evolução, é importante compreender o enquadramento paradigmático da Teoria das Transições de Meleis, que é uma Teoria de Médio Alcance, e que integra o paradigma da transformação, em que os fenómenos são indivisíveis, complexos, únicos e em interação incessante com o meio circundante (Kérouac et al, 1996). Esta teoria, que assume a transição como foco do seu quadro conceitual, aborda a natureza das transições (tipo, padrões e propriedades), os condicionalismos da transição: facilitadores e inibidores, os padrões de resposta, onde estão incluídos os indicadores de processo e de resultado, e as intervenções terapêuticas de enfermagem, conforme é visível na Figura 1

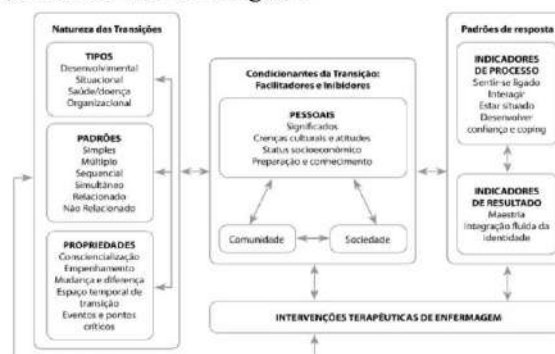


Figura 1. Diagrama da Teoria das Transições de Meleis: uma Teoria de Médio Alcance (traduzida). Fonte: Meleis et al, 2010

Estudo de Caso – Sr. X

Esta Teoria identificou quatro tipos de transições e que são fulcrais para a prática de enfermagem, ou seja: desenvolvimental (relacionadas com mudanças no ciclo vital, como exemplo o envelhecimento); situacional (mudança nos papéis); saúde e doença (como as pessoas e famílias, e neste caso particular do estudo de caso, como a pessoa vivencia os diferentes contextos de doença e as transições entre os níveis de cuidados com decorrer do processo de doença); e organizacional (mudança na estrutura, função ou dinâmica) (Meleis et al, 2000). Embora existam diferentes tipos de transições, elas não são unidimensionais, discretas ou exclusivas de forma mútua. As transições são padrões de complexidade e de multiplicidade. Assim, os enfermeiros não se devem focar somente num tipo específico de transição, mas nos padrões de transição significativos para a pessoa alvo de cuidados. Afinal, cada pessoa pode vivenciar mais do que uma transição de forma simultânea. As transições múltiplas podem ocorrer de forma sequencial ou simultânea, dependendo do seu grau de sobreposição. A natureza das transições também pode estar ou não relacionada. Deste modo, as transições podem ser simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas (Meleis et al, 2010).

Quanto às propriedades da experiência de transição estão incluídas: a consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço temporal da transição e acontecimentos e pontos críticos (Meleis et al, 2010).

A consciencialização está associada à percepção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição. O nível de consciência é frequentemente refletido no grau de congruência entre o que é conhecido acerca dos processos e respostas e o que constitui um conjunto esperado de respostas e percepções de pessoas que passam por transições semelhantes. A consciencialização é uma característica definidora da experiência de transição, pelo que a sua ausência poderá indicar que a pessoa não deu início à experiência de transição.

Os graus de consciencialização e de envolvimento estão associados, sendo que uma pessoa sem consciencialização pode não se envolver na experiência de transição, comprometendo-a. O envolvimento é também uma das propriedades das transições, que se define pelo nível em que a pessoa se envolve no processo inerente à transição (Meleis et al, 2010).

Como foi já foi referido, as transições implicam mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com transições. As transições resultam da e na mudança. Neste sentido, é crucial perceber os efeitos e significados da mudança para se conhecer o

Estudo de Caso – Sr. X

processo de transição. Assim, as dimensões da mudança que devem ser exploradas são a sua natureza, temporalidade, importância ou gravidade conferida, e as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos ou de desequilíbrio, rupturas nos relacionamentos, rotinas e ideias, percepções e identidades. Outra das propriedades que se associa à mudança é a diferença. Esta, caracteriza-se por expectativas não conhecidas ou divergentes, sentimentos diferentes, pela percepção de ser diferente, ou ainda detentor de uma visão dispar do mundo e dos outros (Meleis et al, 2010).

No âmbito das transições, é importante considerar o seu espaço temporal, ou seja, o fluxo e movimento ao longo do tempo. Bridges (2003) mencionou que as transições ocorrem num determinado espaço temporal, onde se identifica o seu término. De acordo com o mesmo autor, o espaço temporal tem início desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por um período de instabilidade, confusão e stresse, para um eventual fim, marcado por um novo começo, ou período de estabilidade. Contudo, é essencial, na avaliação da experiência de transição, considerar a possibilidade de variabilidade ao longo do tempo, uma vez que pode ser necessário reavaliar os resultados (Meleis et al, 2010).

Vários estudos indicam que as transições múltiplas, na sua maioria, envolvem eventos críticos ou pontos de viragem. Estes constituem também propriedade do processo de transição, e estão associados à consciência de mudança ou de diferença, ou a um maior envolvimento na experiência de transição (Meleis et al, 2010).

No contexto do processo das transições, existem condições que facilitam ou dificultam as mesmas, influenciando a qualidade da experiência, assim como a nível de consequências. Estas condições, ou condicionalismos são: pessoais (significados, crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconómico e, preparação e conhecimento), a comunidade e a sociedade.

Os significados atribuídos, crenças e atitudes relacionados com os eventos associados ao processo de transição influenciam a sua resolução, podendo decorrer numa transição saudável ou não. Neste campo, o estigma também pode assumir um papel de relevo. O status socioeconómico pode influenciar o processo das transições, pois um status socioeconómico mais baixo está associado à experiência de sintomas psicológicos que dificultam a transição. Outro dos aspetos que afeta a resolução do processo de transição é a preparação e conhecimentos prévios acerca do que esperar durante a transição e as estratégias a adotar na gestão da situação. A comunidade e sociedade,

Estudo de Caso – Sr. X

nomeadamente os seus recursos e condições também são fatores importantes ao nível das transições (Meleis et al, 2010).

A Teoria das Transições, para além da natureza das transições e condicionalismos, também engloba os padrões de resposta. Nestes, estão incluídos os indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping*) e os indicadores de resultado (domínio de novas competências e reformulação de identidades). Assim, uma transição saudável é caracterizada por indicadores de processo e indicadores de resultado (Meleis et al, 2010).

Os indicadores de processo são cruciais avaliar, tendo em conta a variabilidade do processo de transição ao longo do tempo, possibilitando a intervenção de forma atempada, da parte do enfermeiro, influenciando, assim, os resultados. A necessidade da pessoa alvo de cuidados se sentir e estar conectado é elementar. Neste campo, os profissionais de saúde podem assumir um papel relevante da experiência positiva, pois a pessoa ao sentir-se conectada com aqueles, poderá colocar questões e esclarecer dúvidas mais facilmente. Quanto à interação entre os diferentes elementos envolvidos no processo de transição é importante considerar, ao possibilitar um contexto harmonioso e de efetivo apoio e de colaboração nos cuidados e, deste modo, fomentar uma transição saudável. Localizar-se e situar-se no tempo, espaço e contexto relacional é essencial, para além da comparação, aspeto fundamental, que também possibilita a pessoa situar-se, sendo uma forma que permite a pessoa explicar, e talvez até justificar como e porquê está em determinada situação, de onde é e veio, e quem é e quem foi. Ainda no respeitante aos indicadores de processo, o desenvolvimento da confiança e *coping* são citados como estando associados a uma maior compreensão dos processos inerentes à transição, e recurso a mecanismos de *coping* eficazes que fomentam uma melhor adaptação à nova situação (Meleis et al, 2010).

No âmbito dos indicadores de resultado, a mestria de novas competências e o desenvolvimento de uma identidade fluida, mas integrativa, são essenciais no processo de transição saudável, com indicadores de resultado também eles saudáveis. A determinação de quando uma transição está completa deve ser flexível e variável, dependendo do tipo de mudança ou do evento que iniciou a transição, bem como da natureza e dos padrões de transição. A mestria de novas competências pode-se manifestar através da capacidade de tomar decisões e de se encarregar pelos seus próprios cuidados, na busca por recursos de apoio. A integração fluida da identidade está relacionada com a reformulação da identidade, com o modo como a pessoa integra a mudança no seu modo

Estudo de Caso – Sr. X

existencial e vivencial as novas experiências, comportamentos e competências desenvolvidas, com vista a uma melhor adaptação (Meleis et al, 2010).

A Teoria das Transições de Meleis possibilita ao enfermeiro desenvolver uma melhor compreensão da totalidade do processo de transição, por meio de uma visão globalizante e aprofundada, e uma orientação da sua práxis através de intervenções de promoção, prevenção e de intervenção terapêutica. Embora o processo de transição constitua um foco crucial dos cuidados de enfermagem, esta teoria deve ser encarada como um referencial, pois a compreensão plena do processo de transição somente é acessível pela visão individual e única da pessoa alvo de cuidados (Meleis et al, 2010).

No âmbito da abordagem do processo de transições perante a pessoa alvo de cuidados, foi desenvolvida uma estrutura de trabalho que engloba particularidades da população idosa. No tocante aos indicadores, foca-se sobretudo nos indicadores de processo e não de resultado, valorizando a avaliação periódica ao longo do processo de transição, sempre integrada numa perspectiva de ligação às experiências de vida da pessoa como um continuum. Os indicadores de processo são: sintomas mínimos; status funcional ótimo; sentimentos de conexão; *empowerment* (empoderamento); integridade. Quanto ao processo de transição saudável descrevem-no quando existe redefinição do significado e consciencialização, mudanças de expectativas, reestruturação das rotinas diárias, desenvolvimento de conhecimento e capacidades, manutenção da continuidade, a criação de novas escolhas e o encontro de oportunidades para crescer (Karen et al, 2010).

Sob o ângulo da Teoria das transições, consegue-se compreender um pouco melhor a situação particular do Sr. X. Este, no segundo internamento, atravessava diferentes tipos de transições, completando um quadro de padrões de transições múltiplas, sequenciais, em simultâneo e com um certo grau de relacionamento. O Sr. X não apresentou consciencialização para a sua condição patológica (PDC) e necessidade de tratamento, situação que comprometeu, de algum modo, o envolvimento e desenvolvimento a nível das transições. Porém, tinha consciência da sua vulnerabilidade, perante debilidade física e necessidade de apoio quanto ao autocuidado, capacidade cognitiva, as quais associava ao envelhecimento, e incapacidade de sustentabilidade financeira de forma autónoma. O Sr. X passou de um bom status socioeconómico para uma situação de baixo status socioeconómico, em que perdeu tudo. E, acrescendo a sua condição solitária, sem apoio familiar e social, o processo de transições foi prejudicado. Neste campo, os profissionais de saúde assumiram um papel de relevo no apoio, acompanhamento e encaminhamento. No que concerne aos indicadores de processo, nesta

Estudo de Caso – Sr. X

última estrutura de trabalho e de análise para pessoas idosas, verificou-se melhoria a nível da diminuição dos sintomas e melhoria da funcionalidade. Quanto à conectividade, apresentou fraca melhoria. Durante o internamento o Sr. X apresentava interação nula, e já nos últimos dias, foi visualizado a conversar por breves instantes com dois utentes, e, após alta, restabeleceu contato com uma amiga que o vai visitar à Santa Casa da Misericórdia, local onde está atualmente. Os indicadores de *empowerment* e de integridade tinham de ser melhor avaliados e trabalhados para alcançar uma progressão visivelmente positiva. Porém, notou-se uma evolução positiva a nível global, embora ainda longe do alcance de seus melhores resultados em termos de potencialidade.

Ao longo das próximas páginas, serão narrados mais detalhes acerca da história do Sr. X, efetuada a avaliação, descritas eventuais hipóteses explicativas e realizadas reflexões, elaborados diagnósticos e desenvolvidas intervenções de enfermagem.

5 HISTÓRIA PESSOAL

Para conhecer melhor a história pessoal e vivencial da pessoa, foi realizado um momento de entrevista clínica. Infelizmente, quando se selecionou o Sr. X para a realização do estudo de caso, de forma inesperada, passado pouco tempo após a entrevista, a pessoa teve alta clínica para a Santa Casa da Misericórdia de um concelho próximo do hospital. Não se conseguiu mais nenhum momento, no âmbito dos vários momentos necessários que compõem uma entrevista clínica, para uma melhor colheita de dados acerca da pessoa, nem a aplicação de escalas de avaliação.

Porém, foram várias as circunstâncias que permitiram estabelecer contato e promover a partilha entre a autora e o Sr. X, possibilitando acrescentar informações relevantes, e que foram também importantes, pois sendo menos formais, promoveram um ambiente mais descontraído e uma maior possibilidade de aproximação entre a pessoa e a autora. Estes períodos de contato foram também essenciais ao serem realizados no contexto de “ambiente natural” da pessoa (lugares escolhidos pela pessoa no âmbito das suas atividades diárias, e não selecionado para o efeito, como no caso da entrevista clínica). Os instantes criados foram cruciais na promoção da relação de confiança entre a autora e a pessoa, o que inclusive apoiou positivamente a entrevista clínica. O acompanhamento por parte da autora do Sr. X foi constante durante o internamento e, mesmo até, numa das suas idas ao hospital de dia, à quarta-feira, para o treino cognitivo.

Ainda, na tentativa de reunir o máximo de informação possível para a elaboração do presente estudo de caso, houve a preocupação por parte da autora, de dialogar com outros enfermeiros do internamento, cuja *expertise* experiencial e de conhecimentos são uma referência, e que estão com a pessoa 24 horas por dia. A nível de enfermagem, também se obteve informação junto da enfermeira que se encontra destacada no Hospital de Dia, pois o Sr. X frequenta o mesmo após a alta do primeiro internamento que teve em 2021, e que manteve até ao segundo internamento, o último (em 2022). A autora reuniu-se também com outros profissionais de saúde, como os assistentes operacionais, que são muitas vezes invisíveis, mas imprescindíveis na qualidade dos cuidados prestados como um todo. A autora falou ainda com a Assistente Social, elo fundamental na contextualização e reinserção do Sr. X na comunidade. Soube-se da existência de um contato de uma pessoa “amiga” com quem o senhor mantinha contato prévio ao

Estudo de Caso – Sr. X

internamento, mas após várias tentativas de contato, nunca se obteve resposta. E, mesmo após a alta, houve tentativa de marcar uma visita entre a autora e o Sr. X na Santa Casa da Misericórdia, mas não houve autorização da instituição, tendo em conta as ainda restrições associadas ao contexto atual – covid 19. Teve-se conhecimento que o Sr. X recebia a visita da “amiga” supra citada, e, de acordo com a enfermeira orientadora, no decurso de uma visita no âmbito da equipa comunitária que integra, e que dá apoio e faz o seguimento no período pós alta, o senhor estava melhor. Entretanto, foi visualizado um filme acerca do Sr. X, exposto na internet (a existência deste filme foi reportada por um enfermeiro que trabalha no internamento, a quem tinha sido partilhado pelo Sr. X no primeiro internamento), cuja publicação data de 2014. No que concerne a este vídeo, foi feita tentativa de contato do autor do mesmo, procurando compreender a razão da sua existência, como surgiu a ideia, e qual seria o objetivo, todavia, não se obteve resposta.

Conforme foi dito, a relação entre a autora (enfermeira) e a pessoa alvo de cuidados (Sr. X) foi-se construindo. Esta relação é elementar na dimensão do cuidar em enfermagem, sendo que toda a relação tem potencial terapêutico, e que o relacionamento não se restringe à interação verbal, mas como um processo de partilha que abrange a pessoa como um todo e todas as formas de comunicação. As relações estabelecidas são intencionais e processuais, desenvolvendo-se a avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica de forma sistemática e ao longo do tempo. Constitui, assim, um processo gradual, incremental e em espiral (Lopes, 2018).

De acordo com College of Nurses of Ontario [CNO] (2013) existem cinco componentes básicas integrantes do processo de relação terapêutica, tais como: confiança, respeito, intimidade profissional, empatia e poder. A estes, podemos acrescentar o cuidado e a conexão emocional ou aliança terapêutica (Lopes, 2018).

O processo de avaliação diagnóstica assentou na avaliação/reavaliação da situação da pessoa alvo de cuidados, concretizada na conjugação variável sob várias perspetivas, ou seja, vivencial, de ajuda e biomédica. Foi realizada de forma incessante, sistemática, dinâmica e integrada nos cuidados prestados, e em estreita colaboração com a pessoa alvo de cuidados (Lopes, 2006)

A avaliação Diagnóstica e de Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é um processo fundamental e é conduzida sob três sentidos: o que a pessoa doente sabe, o que a preocupa e quais as suas estratégias/capacidades (Lopes, 2018). Estes aspetos dão-nos acesso à história da pessoa como esta a entende. As histórias são uma dimensão fundamental da experiência humana. Elas ligam humanos a outros humanos e

Estudo de Caso – Sr. X

tempos a outros tempos. As histórias expressam quem são as pessoas, onde estiveram e para onde estão indo. Ajuda as pessoas a obterem novos *insights* e uma maior compreensão de si próprios, pois estas estão imbuídas não apenas de eventos, mas de uma realidade simbólica e de interpretações que apoiam na atribuição de significado na vida de cada pessoa em particular (Smith & Liehr, 2014).

O “Processo de Avaliação Diagnóstica” implica duas realidades complementares. A primeira, que se refere à avaliação diagnóstica inicial, e que implica momentos formais na sua componente de entrevista clínica, e a segunda realidade, que consiste na reavaliação sistemática e que decorre no processo de prestação de cuidados.

A entrevista clínica é

uma interação comunicativa entre um profissional de saúde e uma pessoa, grupo ou família, pela qual o profissional organiza um processo de observação e de recolha de informações através de questões, com o objetivo de compreender os detalhes do problema de saúde da pessoa e caracterizar o contexto no qual a pessoa e o problema se inserem (Sequeira, 2020, p.90).

Antes da realização da entrevista já havia sido estabelecida uma relação entre a autora e o Sr. X, o que facilitou o acesso o acesso prévio a algumas informações, para além de ter facilitado a entrevista em si. Porém, foi também importante a consulta do processo clínico, o que adicionou algumas informações acerca do historial da pessoa doente/família. Foi essencial reunir o máximo de informação possível, pois previa-se uma entrevista difícil, tendo em conta o discurso pobre da pessoa e a sua fraca interação social habitual. Nesta sequência, mediante uma linha de orientação e a construção de um guião, era possível entender melhor a história pessoal e familiar da pessoa. A preparação da entrevista clínica é crucial para o sucesso desta, quer a nível de processo, quer a nível de resultados (Sequeira, 2016).

Uma entrevista semidirectiva foi, assim, desenvolvida, tendo a vantagem de se focar nos aspetos que se pretendem abordar, sob uma matriz diretiva preestabelecida (Sequeira, 2016). A preparação do guião teve também em consideração: data, hora, local e tempo de duração. A clarificação do motivo da entrevista e a garantia de confidencialidade foram tópicos a relembrar.

Os objetivos da entrevista foram:

- Fortalecer a relação de confiança;
- Desenvolver a aliança terapêutica;

Estudo de Caso – Sr. X

- Conhecer a história de vida da pessoa;
- Identificar necessidade (s)/problema(s).

A preparação do local também foi um aspeto importante, devendo reunir condições de conforto, de privacidade, de paisagem sonora com minimização do ruído, bem como da disposição de cadeiras, em ângulo 90º, de forma a evitar a posição frontal, que pode ser encarada como intrusiva ou antagonista (Sequeira, 2020; Correia & Paulino, 2014). Assim, a entrevista clínica decorreu ao longo de três fases: fase inicial, fase exploratória ou de desenvolvimento e fase final (Sequeira, 2020)

Para a elaboração do estudo de caso, a informação foi colhida através de informação colhida junto do Sr. X utente (fonte primária), pelo respetivo processo clínico, pelos profissionais de saúde e visualização do vídeo (fontes secundárias).

A exposição dos dados colhidos acerca do Sr. X segue o modelo apresentado por Correia & Paulino (2014).

5.1 IDENTIFICAÇÃO

Sr. X, sexo masculino, 71 anos, divorciado, sem descendentes, natural de [REDACTED]

Residência: Antes do 1º internamento vivia na casa de uma senhora idosa, de quem se tornou cuidador. Após este internamento e antes do 2º internamento, residiu num quarto alugado (cedido por um amigo por um valor simbólico), e depois num quarto arrendado, que pagava com os 360 euros que recebia de reforma (este quarto foi resultado de uma pesquisa no OLX com a Assistente Social, a qual foi difícil, pois algumas hipóteses de alojamento não conferiam as condições mínimas de habitabilidade).

Atividade Profissional: Reformado, tendo trabalhado como *barman* desde os 15 anos até aos 57 anos.

Habilitações literárias: antigo 4ºano de escolaridade. De acordo com o filme, em 2014, o Sr. X apresenta excelente domínio da língua portuguesa e inglesa (pessoa viveu muitos anos na [REDACTED], segundo relatos). Conhecimentos aprofundados sobre temáticas relacionadas com o ambiente, e.g, fauna e flora, sobre a história do rio [REDACTED], bem como a nível do padrão histórico e cultural de [REDACTED], sobretudo relacionado com o rio referido acima.

5.2. MOTIVO DE INTERNAMENTO

Pessoa internada a 16 de Março de 2022, para resolução social, devido à deterioração do estado geral, com o autocuidado comprometido e falta de apoio social. Os diagnósticos médicos à admissão são PDC e provável síndrome demencial, a qual se declarou, ao longo do internamento, de provável etiologia mista. Internamento em regime voluntário.

5.3 HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

1º internamento: A 21 Março de 2021 foi admitido no Serviço de internamento de Psiquiatria do Hospital de [REDACTED] com o diagnóstico de Psicose Sem Outra Especificação (PSOE) em regime de internamento compulsivo. Foi trazido pela polícia ao Serviço de Urgência do Hospital em [REDACTED] para avaliação, por “suspeita da presença de anomalia psíquica grave”, segundo Diário Clínico (DC). Previamente a pessoa tinha ido de [REDACTED] até à polícia judiciária de [REDACTED], de táxi, para revelar que “se queria entregar por ter ateado um fogo com intuito de matar uma idosa de quem tomaria conta” (DC), enquanto isso, os polícias de [REDACTED] informaram a polícia de [REDACTED], que se dirigiu ao local, não tendo verificado qualquer indício de incêndio. O Sr. X retornou a casa, e passadas algumas horas, foram ativados os bombeiros pela real existência de incêndio. O Sr. X revelou que na primeira vez, após denúncia em [REDACTED], não tinha conseguido atear fogo, mas que na segunda teve sucesso. Ele também mencionou que cuidava de uma senhora idosa estrangeira, que se vai chamar Sr^a F, havia cerca de 10 anos, e que os parentes desta não lhe prestavam a devida assistência, o que motivou, segundo o próprio, a atear fogo à casa da Sr^a F (partilhavam a mesma casa). No decurso do internamento obteve o diagnóstico de PDC. De acordo com o DC, e, de forma resumida, o delírio, em que o Sr. X revelava - “Eu sou filho de um rio” consistia em:

desde a infância se interessou pelo rio, pela fauna e flora locais. Quando foi para a guerra do Ultramar, em 1970, fizeram uma dragagem e o doente diz que, quando regressou, constatou que os crustáceos e bivalves estavam todos mortos. Diz que decidiu investigar e percebeu que a areia do [REDACTED] é afinal um enorme tesouro mundial, porque não é areia, mas sim

Estudo de Caso – Sr. X

microconchas riquíssimas em fitoplâncton, motivo pelo qual o rio era tão rico em berbigão, que alimentava a sardinha, explicando assim os enormes cardumes pescados, que permitiam à forte indústria conserveira que, à época, ainda existia na cidade. Ao longo dos anos, os areeiros que controlam e mandam em Portugal, através das empresas de construção civil, nomeadamente a [REDACTED] e, principalmente, o grupo [REDACTED], aproveitaram-se desta riqueza e foram condenando a fauna e flora ao desaparecimento. Ele sempre quis lutar contra isto, diz que ao longo dos anos escreveu milhares de cartas, participou em protestos, diz que foi inclusivamente a casa dos ex-presidentes [REDACTED] (em [REDACTED]) e [REDACTED] (em [REDACTED]) e a Bruxelas, protestar em relação a esta situação, mas ninguém lhe deu ouvidos. Garante ter vários dossiers com todas as provas e que até levou um deles à PJ hoje.

O Sr. X apresentava delírio de grandiosidade e persecutório. Durante o internamento apresentava postura desconfiada, que foi ficando menos proeminente e ideação delirante, que foi ficando mais esbatida. A pessoa não apresentou alterações da senso-percepção, esteve sem *insight* para a sua situação mórbida e necessidade de tratamento.

A 14 de Abril de 2021, o Sr. X teve alta médica em regime ambulatorio compulsivo. Saiu do serviço sozinho.

Após o internamento é acompanhado em Hospital de Dia de Psiquiatria e Reabilitação, tendo-se verificado deterioração cognitiva, com défices mnésicos e funções executivas. Durante este período, verificou-se que o Sr. X não tinha apoio familiar/social, alimentava-se do que lhe era fornecido pela Cáritas, tinha dificuldade no autocuidado e gestão da medicação, bem como apresentava necessidade de recorrer, algumas vezes, ao serviço de urgência, devido a quedas no domicílio.

2º internamento

Pessoa foi internada para resolução social (eventual encaminhamento para estrutura residencial/lar?), dada a sua situação de dificuldade no autocuidado e gestão da medicação, com vários episódios de queda, associado à falta de apoio, e evidente deterioração cognitiva – provável síndrome demencial de etiologia vascular. Os diagnósticos médicos à admissão são PDC e demência que se declarou, ao longo do internamento, de provável etiologia mista.

Estudo de Caso – Sr. X

Foi submetido a vários exames. Exames toxicológicos negativos.

Durante o internamento não verbalizou o delírio espontaneamente, nem existem registos de atividade delirante.

Apresentou problema gastrointestinal, o que aumentou nível de dependência nas atividades de vida. Ao longo do internamento, a pessoa apresentou, inicialmente, um quadro maioritariamente de humor mais depressivo, manteve discurso pobre, adotando postura mais isolada, com fraca/nula interação grupal no que respeita aos outros utentes, mas colaborante com os profissionais de saúde e cuidados prestados. No decurso do internamento, reiniciou treino cognitivo no Hospital de Dia e teve o apoio da fisioterapia, devido à redução da força e mobilidade nos membros inferiores.

Com o decorrer do internamento notou-se evolução positiva a nível geral, com diminuição do nível de dependência nas atividades de vida.

A nível da medicação:

Admissão	- Haloperidol 150mg de 4/4 semanas; - Metformina 500mg 2 vezes por dia; - Olanzapina 7.5mg ao deitar (não estará a fazer).
Durante o Internamento	- Haloperidol 150mg de 4/4 semanas, com <i>switch</i> para Paliperidona. No final são suspensos os antipsicóticos injetáveis; - Antes de iniciar a Paliperidona 75mg, iniciou Risperidona; - Candesartan 8mg 1 vez por dia; - Sertralina (chegou a 100mg por dia). Foi suspensa e iniciou venlafaxina 75mg; - Biperideno - Donepezilo 10mg - Metformina 500mg 2 vezes por dia - Olanzapina
Momento da Alta	- Venlafaxina 75mg, 1 comprimido ao pequeno almoço

Estudo de Caso – Sr. X

	- Donepezilo 10 mg, 1 comprimido ao jantar - Candesartan 8mg, 1 comprimido por dia - Metformina 500mg, 1 comprimido ao pequeno almoço + 1 comprimido ao jantar - Quetiapina 100mg, 1 comprimido ao deitar
--	---

Quadro 1 – Medicação administrada desde a admissão até ao momento da alta

5.4. ANTECEDENTES PESSOAIS

Antecedentes psiquiátricos: sem antecedentes prévios conhecidos, segundo DC, pelo menos nos registos mais recentes, porém a pessoa referiu ter sido seguida por um psiquiatra, que se teria suicidado (situação que não foi possível esclarecer). No filme visualizado, o Sr.X expôs que, em 1998, tinha tido “depressão, quando não conseguiu salvar o rio” (segundo informação colhida).

Antecedentes médicos:

- Colecistite aguda em 2012
- Colocação de Pacemaker permanente por Bloqueio Auriculo Ventricular segundo grau Mobitz I sincopal em Outubro de 2021
- Covid 19, sem aparentes sequelas
- Diabetes mellitus tipo II não insulinotratada

Tratamento não convencional: Urinoterapia.

Alergias: penicilina (?)

5.5. HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL

Infância: Um período que decorreu sem aparentes problemas. Não se conseguiu aprofundar a informação. O Sr. X referiu “Tive uma infância muito feliz!”, “brincava muito” (segundo informação colhida) e tinha uma boa relação com os pais e irmãos.

Estudo de Caso – Sr. X

Mencionou, que quando tinha 12 anos começou a colecionar conchas, enquanto ajudava a mãe na apanha do marisco, como forma de apoio ao orçamento familiar (vídeo).

A nível escolar tem o antigo 4ºano de escolaridade, tendo revelado que gostava de estudar e que era bom aluno, contudo, não prosseguiu nos estudos, pois tinha de ajudar a família.

Puberdade e adolescência: Foi um adolescente feliz, segundo o próprio, tendo revelado que teve várias relações amorosas (esboçou um sorriso). Um dos acontecimentos mais marcantes da sua vida foi quando tinha 18 anos, em que ele e a sua namorada na altura, foram agredidos violentamente na rua. Houve tentativa de violação da namorada e ele foi violentamente e exaustivamente agredido a nível físico. Não reportaram a situação a ninguém, e nem pediram apoio dos cuidados de saúde.

Quanto ao consumo de substâncias, referiu ter experimentado, embora não se tenha conseguido aprofundar e especificar. Mencionou que, esporadicamente, ingeria bebidas alcoólicas e que não tinha hábitos tabágicos.

A nível de atividade profissional começou a trabalhar como *barman* desde os 15 anos até aos 57 anos. O Sr. X referiu que o que mais gostava na profissão eram as relações humanas, com as quais ainda hoje mantinha alguns contactos sociais e ocasionais. Deixou a profissão, pois “estava cansado” (segundo informação colhida).

Maturidade: Em 1970 esteve na guerra do Ultramar. Presume-se no decorrer deste período, talvez após, tenha estado na África do Sul (existem relatos de lá ter estado vários anos).

Casou quando tinha 35 anos, união que durou cerca de 17 anos, terminando com divórcio por comum acordo. Não tem descendentes. Tinha um grande empreendimento na praia [REDACTED], a nível da restauração, e um bom rendimento mensal. Em 2008/2009 despoletou a crise económica, e o Sr. X perdeu tudo, incluindo a habitação onde morava (nesta altura ainda continuava casado, só depois é que ocorreu o divórcio). Entretanto, vai viver para um armazém, onde está a sua coleção de conchas, ao qual chamava “o meu museu” (DC). Este armazém, posteriormente, devido à impossibilidade de pagamento, foi penhorado pelo banco e ocupado por outras pessoas. Neste momento vive da reforma.

O Sr. X, enquanto isso, sofre a perda da família, devido a “doença prolongada”, segundo o próprio (segundo informação colhida).

Entretanto, começou a cuidar da Srª Francisca, que durou cerca de 10 anos, tendo começado por volta de 2011. No decorrer destes 10 anos, em 2014, participou num vídeo publicado na internet, que aborda a sua relação com o rio [REDACTED] e seu delírio de

Estudo de Caso – Sr. X

grandiosidade e persecutório. Durante a visualização deste vídeo, pode-se observar uma pessoa muito expressiva, comunicativa, com discurso fluente e coerente, com recurso a discurso prolixo, com vocabulário rico e termos técnicos.

Em 2021, no âmbito dos cuidados que o Sr. X prestava à Sr^a F, ateou fogo à casa desta (partilhavam a mesma casa), pois considerava que os parentes da senhora não lhe prestavam a devida assistência.

Março de 2021 foi internado no serviço de Psiquiatria em regime compulsivo.

O Sr. X referiu como atividades de prazer/lazer: ouvir música (Zeca Afonso e Sergio Godinho); cozinhar; brincar com os cães; e relações humanas.

5.6. PERSONALIDADE

Não se reuniram as características necessárias que integrem um quadro que qualifique a personalidade, com traços/perturbações da personalidade. Todavia, antes do primeiro internamento e durante o mesmo, apresentou discurso e comportamento sugestivos de traços predominantes da Perturbação Paranoide da Personalidade (PPP).

Antes do primeiro internamento o Sr. X expressava - “Eu estou sozinho. Eles construíram um muro para ninguém se aproximar de mim. Perdi tudo! Amigos, esposa, negócio...” (segundo informação colhida - vídeo). O Sr. X acreditava que a “máfia” estava por detrás da destruição do rio, e que era ele que os denunciava, tendo alertado o governo desde 1983. E, quando morava com a Sr^a F de quem cuidava, considerava que “o vizinho quando ia lá, punha veneno na comida, para me matar a mim e à ... (Sr^a F)” (DC). No primeiro internamento referia que “a polícia andou vários anos atrás de mim, fizeram com que perdesse os meus estabelecimentos e agora perdi a casa” (DC)

5.7. ANTECEDENTES FAMILIARES

O Sr. X, referiu que a família faleceu, devido a “doença prolongada”, segundo o próprio (segundo informação colhida). De acordo com DC (5/05/2021) o pai faleceu aos 77 anos com enfarte, a mãe faleceu aos 67 anos com acidente vascular cerebral, o irmão mais velho faleceu de doença neoplásica há alguns anos, e o irmão mais novo faleceu há cerca de 40 anos.

Estudo de Caso – Sr. X

Boas relações familiares na infância e adolescência. Não se sabe no período ulterior. Apenas abordou que tinha gostado muito da mãe e avó materna.

Neste momento tem duas sobrinhas a viverem na mesma cidade, mas não estabelece contato algum. Não tem contatos familiares.

Não tendo família, nem uma pessoa que forneça as informações necessárias para a avaliação familiar, esta não foi possível realizar, de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar apoiado pela Ordem dos Enfermeiros, o qual permite avaliar a família na sua dimensão estrutural, desenvolvimental e funcional (Figueiredo, 2012). Afinal a avaliação familiar é importante, pois a família constitui uma dimensão fundamental a qualquer ser humano, uma matriz desenvolvimental e como meio com recursos e necessidades próprias, que são importantes conhecer, no sentido de prestar cuidados de qualidade.

5.7.1. GENOGRAMA

O genograma constitui uma representação gráfica com informações acerca dos membros de uma família e seus relacionamentos ao longo de, pelo menos, três gerações. Permite uma visualização mais rápida e clara, da genealogia de uma determinada família, da complexidade dos seus padrões familiares e relacionais, das normas e eventos, bem como das fontes de resiliência, possibilitando uma forma de representar processos familiares estruturais, emocionais e afetivos. Assim, constitui uma ferramenta útil, como fonte de hipóteses, sobre como os problemas clínicos se desenvolvem, ao longo do tempo, no contexto familiar (McGoldrick, Gerson & Petry, 2020).

O genograma é elaborado ao longo das sessões terapêuticas com a pessoa e, também deve incluir a família, que deverá estar presente (Sampaio, 1994). A sua construção deve ter início na primeira sessão (McGoldrick, Gerson & Petry, 2020).

O ecomapa constitui um diagrama que representa as relações entre a família e a comunidade, cooperando na avaliação dos apoios disponíveis e que poderão apoiar a família (Wright & Leahey, 2011)

Estes instrumentos permitem avaliar, planejar e intervir a nível familiar (Wright & Leahey, 2011).

Estudo de Caso – Sr. X

O genograma do Sr. X foi, então, elaborado (Figura 2), tendo sido baseado em vários autores (Burd & Baptista, 2007; Muniz & Eisenstein, 2009; Wright & Leahey, 2011). Quanto ao ecomapa, não foi possível a sua realização, por falta de dados.

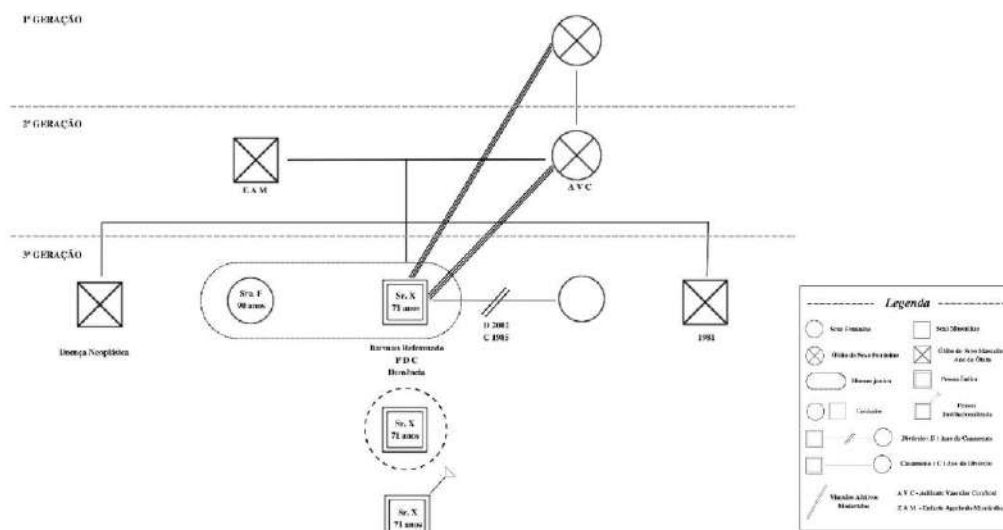


Figura 2 – Genograma do Sr. X

5.8. COMUNIDADE

A perturbação delirante está associada ao contexto social e cultural, pelo que foi feita uma pesquisa quanto às notícias acerca do rio [REDACTED] nos últimos anos. E, foram encontradas notícias muito interessantes acerca do rio [REDACTED], e uma delas, datada de 2013¹, tinha como assunto o fato de terem achado uma moeda de ouro romana no fundo do rio [REDACTED]. Esta moeda é classificada como sendo uma “Aureus” de Fautina do século II. Segundo o jornal foram as dragagens que permitiram descobrir essa moeda e outros arqueafatos, como madeiras e fragmentos de cerâmica. A notícia, entretanto, difundiu-se e as pessoas referiam-se ao rio [REDACTED], como tendo um tesouro de moedas de ouro.

¹ [REDACTED]

6. BREVE REFLEXÃO SOBRE ALGUNS ASPETOS DA HISTÓRIA PESSOAL DO SR. X

O ser humano evolui ao longo de um ciclo, o ciclo de vida. No decurso deste percurso, vários fatores em interação num todo complexo dinâmico modulam e são modulados pelo ser humano, pois, de acordo com o pensamento complexo, o mundo é percebido e apreendido como um todo e interconectado, e não como a junção das partes (Morin, 2001). No processo de avaliação diagnóstica, é importante avaliar a relação entre as várias dimensões, ou seja, a pessoa como um todo, quer a nível individual, familiar e da comunidade (Lopes, 2018). Neste sentido, é essencial refletir acerca de alguns aspetos desde o primeiro internamento, que foi quando o Sr. X contactou com os serviços de saúde (saúde mental/psiquiatria) pela primeira vez (pelo menos, de que há registo), tendo obtido um diagnóstico de doença mental, começando pelo comportamento de ter atestado fogo, o qual levou ao internamento, e ao início oficial/formal do seu caminho pelo processo de doença mental, com necessidade de intervenção. Embora exista evidência, através dos relatos e da visualização do vídeo, que indiquem que o Sr. X já poderia ter perturbação mental há muitos anos, somente com o primeiro internamento, houve evidência real de perturbação mental, com necessidade de internamento compulsivo. Até porque, foi a partir daí, que o grau de disfuncionalidade da pessoa, a vários níveis, se intensificou e ganhou contornos visíveis. Assim, são levantadas algumas questões e lançadas algumas hipóteses explicativas quanto ao que foi exposto acima.

O Sr. X ateou fogo à casa da Sr^a F como forma de chamar à atenção? Seria a evidência/manifestação de alguns traços de personalidade paranoide? Os traços de personalidade paranoide são um fator de risco para o desenvolvimento de PDC (Lopes et al, 2022), e estão fortemente associadas a esta (Tonna et al, 2018). Alguns estudos apontam para uma elevada prevalência de Perturbações da Personalidade associadas ao diagnóstico de perturbação delirante, com taxas variando entre os 39,5% e 64% (Newton-Howes et al, 2008; De Portugal et al, 2013), e dentro das perturbações da personalidade, a mais frequente, como comorbilidade, é a Perturbação Paranoide da Personalidade (PPP), com taxa de 38,4% (De Portugal et al, 2013; Moraes, Lagarto & Cerejeira, 2014). Talvez a aplicação de um teste de avaliação psicológica com estudo da personalidade poderia ter sido útil. De acordo com Mendes & Moreira (2022, p. 321) a avaliação da

Estudo de Caso – Sr. X

personalidade “deve fazer parte da colheita de história clínica de todos os doentes, quer haja suspeita de perturbação de personalidade ou não”, e prosseguem, afirmando que “a personalidade pode representar um fator patoplástico” (p. 321), ou seja, influenciar a doença em curso, ou constituir fator de vulnerabilidade para outras doenças. As pessoas com PPP apresentam viés atencional, contribuindo para uma tendência ampliada para assinalar e memorizar informações que são percebidas como ameaçadoras, para além de uma sensibilidade excessiva à crítica (Mendes & Moreira, 2022). O desenvolvimento paranoide, usualmente, tem por base personalidades do tipo sensitivo, isto é, pessoas tímidas, ansiosas, com extrema sensibilidade à crítica alheia, pelo que a perturbação psicótica pode assim surgir, muitas vezes, pelo aglomerar de experiências que lhe causaram sofrimento, acumulando fracassos, situações conflituosas e decepções (Moraes, Lagarto & Cerejeira, 2014). Deste modo, como terá sido o desenvolvimento da personalidade do Sr. X? Lucas e Saraiva (2014) mencionam que as pessoas com PPP possuem baixa autoestima, pelo que sentem necessidade de agir de modo grandioso ou de um modo especial e de controlarem quem os rodeia, como modo compensatório. Acrescenta-se ainda que alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento de PPP, são estrato socioeconómico baixo e divórcio (Mendes & Moreira, 2022).

Seria solidão? Não ter família? Como terá feito o processo de luto? Existem descrições em que o Sr. X se referiu à relação com a Srª F como “fazíamos companhia um ao outro” (DC). Em registos numa das consultas que decorreu no período pós-alta do 1º internamento, ele mencionou “fico em casa sozinho, isolo-me, parece que não quero estar com outras pessoas” (DC) e, no decurso do 2º internamento, quando a autora o questionou acerca dos amigos, ele retorquiu “Que amigos? Eu não tenho ninguém. Cada um tem a sua vida”. No decurso da entrevista clínica, acrescentou ainda que o que gostava mais acerca da sua profissão eram as relações humanas. Seria solidão associada e, eventualmente, acrescida pela idade já avançada (envelhecimento)? Como ele encara o envelhecimento e o seu processo? O envelhecimento, segundo Oliveira (2008, p.28) é “um processo complexo, diferencial (específico de cada pessoa), contínuo (embora com tempos diferentes), inelutável e irreversível”. O envelhecimento é uma etapa específica do ciclo vital, tem necessidades específicas e tarefas desenvolvimentais intrínsecas, que estão inseridas num contexto singular (bio-psico- social e espiritual). Estas juntamente com as necessidades associadas à presença de patologias, em particular a PDC e a demência, criam um quadro único de necessidades, que requerem determinados recursos do próprio, e de intervenção e de apoio externo, que poderão ter falhado. Existem registos

Estudo de Caso – Sr. X

de alguma consciência acerca do envelhecimento e de algumas limitações associadas, quando o Sr. X indicou que tinha atado fogo, também porque queria que a Sr^a F de quem cuidava precisava de ir para um lar, pois “eu já tenho 70 anos, estou a ficar velho e não a conseguia proteger” (DC). E, já durante o internamento, quando a autora lhe perguntou se ele queria jogar um jogo, ele retorquiu, dizendo que “já não consigo fazer nada” (segundo informação colhida)². No âmbito do envelhecimento e solidão, que são fenómenos que estão relacionados, com tendência crescente, verificou-se, que no contexto pandémico assumiram índices ainda mais exacerbados (WHO, 2021). Assim, teria este contexto, exacerbado um eventual fenómeno de solidão no Sr.X? Existem registos, de que o Sr. X terá revelado que desde que o contexto pandémico teve início, que começou a ficar em casa 24 horas por dia com a Sr^a F de quem cuidava, com o intuito de protegê-la. E, foi nesse período, que menciona “a situação estava a ficar descontrolada, e não sei o que me deu naquele dia” (DC)

Continuando com o levantamento de questões e eventuais hipóteses. Cuidava da Sr^a F, morando na mesma casa, na casa desta, como forma de ter um abrigo? Afinal, tinha perdido todos os bens materiais e estava sem família e pessoas significativas. Seria uma forma de ter algum sustento financeiro? A família pagaria o apoio prestado? Se sim, teriam algum acordo, seria regular nos pagamentos? O Sr. X cuidaria da Sr^a F como forma de contribuir para a sociedade, sendo uma mais valia, ao cuidar de uma pessoa idosa, e, portanto, mais vulnerável? E, quanto à relação estabelecida com a Sr^a F, qual seria? Parece que havia uma preocupação com a Sr^a F, havendo registos de que o Sr.X classificava esta relação como sendo de amizade (DC). Será que a Sr^a F aderiria às ideias delirantes do Sr. X, contribuindo para um eventual *Folie à Deux*, constituindo este um fator para que o Sr X avaliasse positivamente a relação estabelecida entre ambos? Que tipo de apoio lhe prestava? O Sr. X acompanhava nas idas a consultas médicas, auxiliava nas compras, com a comida, e mudava-lhe a fralda. E, como seria a relação da família da Sr^a F com o Sr. X?

² A autora, entretanto não conseguiu explorar o que havia sido dito, por condicionantes do serviço que ocorreram naquele momento. Porém, no dia seguinte, a autora acompanhou a pessoa quando esta foi ao Hospital de Dia, e ao aperceber-se que o Sr. X foi um dos mais rápidos na elaboração de alguns exercícios do treino cognitivo, a autora elogiou, e o Sr. X esboçou um sorriso, como se estivesse a confirmar o que havia ouvido

Estudo de Caso – Sr. X

Houve relatos de que haveria comunicação entre ambos, com eventuais problemas, mas não se conseguiu especificar. Como começou esta interação? Ou como seria mantida?

Neste momento o Sr. X está na Santa Casa da Misericórdia e soube-se que ainda estava melhor relativamente às melhorias apresentadas nos últimos dias de internamento, apresentando-se mais comunicativo, mais recetivo à interação e de bom aspeto geral. De fato, quando se lhe perguntou acerca da sua experiência no internamento, ele referiu “estou pior” (segundo informação colhida). E, quando se indagou: Gostaria de falar sobre o assunto? Ele permaneceu em silêncio. E, no dia seguinte, a autora questionou: O que está a achar da sua experiência aqui connosco? (Silêncio) O que está a sentir? (silêncio) Gosta da nossa companhia? Pessoa manifestou expressão de confirmação positiva, com ligeiro sorriso e olhar brilhante. Talvez tenha gostado de nós, mas, durante o internamento, no início, apresentou humor depressivo, fâcies triste, baixa ressonância afetiva, maioritariamente isolado, com fraca interação grupal, e com relatos expressivos “nunca pensei chegar tão baixo” (segundo informação colhida).

7. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

No âmbito do processo de avaliação diagnóstica em enfermagem, para se obter uma informação mais detalhada, é crucial a observação e avaliação do estado físico e mental da pessoa alvo de cuidados (Amaral, 2020). Neste campo, um dos instrumentos ao qual o enfermeiro pode recorrer, é a Avaliação do Estado Mental (AEM). Esta, através de uma entrevista, visa identificar variações da “normalidade” nas diferentes dimensões funcionais do foro mental da pessoa alvo de cuidados (OE, 2017). Por meio desta narrativa, é possível o acesso a dados sobre a componente cognitiva, de pensamento, consciência de si, conteúdo emocional, atividades de vida diárias e o modo de gestão pessoal acerca da sua problemática de saúde (OE, 2017).

7.1 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

A avaliação do estado mental “deve consistir numa descrição objetiva de cada domínio” (Nogueira & Cerejeira, 2014, p. 64), pelo que se elenca as seguintes características do estado mental evidenciadas pelo Sr. X, de acordo com o modelo de Correia, Guerreiro e Barbosa (2014), exposto no Quadro 2

Aparência Geral	Aspetto geral cuidado. Utiliza vestuário de acordo com a época do ano, tem higiene cuidada e é magro. Aparentemente a idade combina com a idade real. Não apresenta alterações a nível físico ou resultado de trauma. Estabelece contato ocular. Tem uma morfologia leptossômica (ectomórfico) (Abreu, 2011).
Postura	Retraída (Abreu, 2011)
Consciência	Vígil, sem alterações quantitativas ou qualitativas da consciência.
Atenção	Sem alterações significativas da atenção, quer a nível de hiperproxesia, hipoproxesia ou aproxesia, quer a nível de distractibilidade durante a entrevista. Porém, no decurso da aplicação de um teste a nível cognitivo, no contexto do Hospital de Dia, verificou-se alguma dificuldade num dos exercícios em que implicava a realização de

Estudo de Caso – Sr. X

	subtrações sucessivas, o que corrobora com Nogueira e Cerejeira (2014).
Orientação	Orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente.
Memória	Com alteração da memória imediata e recente, mas não a nível da memória remota.
Percepção	Sem alterações da percepção, particularmente a nível das distorções sensoriais ou falsas percepções
Discurso	Sem espontaneidade, apresentando um discurso de resposta a perguntas, com frases curtas. Discurso com hipoprosódia, pobre, bradifêmico, com aumento do tempo de latência da resposta, ocorrendo momentos em que não emitiu discurso, e foi tangencial. Apresentou hipofonia e voz grave.
Pensamento	Alterações no curso do pensamento, com bradipsiquismo e circunstancialidade, e na continuidade, apresentando pobreza do pensamento. Sem alterações em termos de posse e conteúdo do pensamento. Ideias suicidas ausentes.
Vivência do Eu	Alterações da consciência da existência e atividade do Eu, com diminuição da ressonância emocional, evidente ao longo da entrevista. No decurso desta, não foram observadas outras alterações, quer da unidade do Eu, quer dos limites do Eu, exceto num momento posterior, em que a pessoa referiu que “eu já não sou o que era” (segundo informação colhida), o que evidencia alterações da consciência da identidade e continuidade do Eu.
Humor, emoções e afetos	Humor eutímico. No decurso da entrevista apresentou, maioritariamente, embotamento afetivo, com diminuição da expressão emocional. Porém, houve um momento que o Sr. X apresentou maior expressão emocional, que coincidiu quando a entrevistadora mencionou, validando o que havia sido dito, que a pessoa tinha tido uma vida amorosa muito ativa, e o Sr. X sorriu. Existe congruência entre o conteúdo do discurso e a resposta emocional da pessoa.

Estudo de Caso – Sr. X

Vontade, impulsividade e comportamentos agressivos	Hipobulia. Sem manifestação de alterações qualitativas da vontade, sem atos impulsivos, ou comportamentos auto ou heteroagressivos.
Motricidade	Estado psicomotor lento, que, de acordo com Abreu (2011) está associado a uma lentidão dos processos mentais. A lentificação motora é notória através do decréscimo da amplitude e da frequência dos movimentos espontâneos e do discurso, para além da diminuição do tônus corporal (Nogueira & Cerejeira, 2014). Durante a entrevista as mãos movimentaram-se pouco, encontrando-se, maioritariamente, pousadas nas pernas da pessoa. Mímica facial pobre.
Vida Instintiva	Sem alterações do sono, do comportamento alimentar (todavia, o Sr. X referiu estar cansado de não haver mudança das ementas, tendo de ingerir sempre o mesmo) e do comportamento sexual.
<i>Insight</i>	Sem <i>insight</i> , não reconhecendo a sua doença e a necessidade de tratamento.

Quadro 2: Áreas integrantes da AEM

8. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Neste capítulo pretende-se, perante o caso em específico apresentado, abordar o processo de enfermagem por meio do reconhecimento das necessidades da pessoa alvo de cuidados. O Processo de Enfermagem é formado por cinco fases, tais como: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Deste modo, a primeira fase do processo de enfermagem diz respeito à colheita de dados onde é definido o estado de desequilíbrio com que a pessoa é internada. Esta fase decorre de forma ininterrupta, começando no primeiro contato até ao momento da alta hospitalar. Desenvolve-se através de três métodos: observação, entrevista e exame (Amaral, 2010).

O Processo de Enfermagem está na base da elaboração de um PIC. Este PIC foi construído em contexto de internamento, reconstruído ao longo do tempo, e com uma linha de continuidade para a comunidade após a alta. A realização de um PIC tem por base o juízo clínico do enfermeiro especialista, mediante a avaliação dos dados, proposições das teóricas, e negociação com a pessoa doente/família, para, assim, determinar os diagnósticos de enfermagem sensíveis à prática especializada (OE, 2018a; OE, 2021).

O diagnóstico de enfermagem é um “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem”, (CIPE, 2015, p.17), “serve a função de identificador das necessidades/problemas, reais ou potenciais, apresentados pela pessoa” (Sampaio & Sequeira, 2020, p.110). Recorre a uma linguagem padronizada - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) definidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses – [ICN], 2019). Optou-se pela CIPE, pois seguiu-se a parametrização da Unidade de Saúde, onde o Sr. X se encontrava internado, local onde ocorreu o estágio. Segundo esta classificação, um diagnóstico de enfermagem é composto pela conjugação entre um termo do eixo “Foco” e outro do eixo “Juízo” (se o termo do eixo “Foco” for neutro) ou pelo uso do termo do eixo “Foco” (se juízo negativo associado) (Sampaio & Sequeira, 2020).

A determinação de um diagnóstico de enfermagem é exclusivo da profissão, sendo diferencial de um diagnóstico médico. A elaboração de um diagnóstico implica a definição simultânea das intervenções, que mediante a situação singular da pessoa e suas necessidades, procurarão responder face à sua incapacidade (Amaral, 2010). Esta

Estudo de Caso – Sr. X

classificação padronizada permite que qualquer enfermeiro, independentemente da localidade do mundo onde exerça a profissão, possa elaborar os mesmos diagnósticos, o que facilita a partilha de informação, e a validação e legitimação da prática de enfermagem. Possibilita ainda, avaliar “os resultados sensíveis aos cuidados mediante as respostas às intervenções de enfermagem” (Amaral, 2010, p. 13).

Assim, foram identificados os diagnósticos, que estão expostos no Quadro 3 (exposto abaixo) e elaborado o PIC, que se encontra exposto no subcapítulo 8.2. O PIC é uma ferramenta à qual os enfermeiros recorrem para, em conjunto com a pessoa alvo de cuidados, definirem os diagnósticos, planearem as intervenções a desenvolver, e estabelecerem metas, isto é, os resultados esperados. No âmbito das competências do EEESMP (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21429) está explícito que este “realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”

❖ Autocuidado: Higiene comprometido	
❖ Autocuidado: Vestir-se comprometido	
❖ Autocuidado: Ir ao sanitário	
❖ Auto-cuidado: Alimentar-se Comprometido em Grau Moderado	
❖ Andar: Comprometido em Grau Reduzido	

Estudo de Caso – Sr. X

❖ Úlcera por pressão categoria II	
❖ Humor Depressivo	Definição: Humor “Corresponde antes a um sentimento difuso, sem objeto, que vai sem dúvida colorir emoções, afetos, impulsos, pensamento, e todos os fenómenos da vida psíquica, como se fosse o seu pano de fundo” (Abreu, 2011, p. 111). Humor depressivo “é o estado emocional consistente com a tristeza e disforia” (Trepacz & Baker, 2001, p. 68) Para o diagnóstico é necessário (OE, 2018b): <u>“Dados Obrigatórios</u> – Tristeza persistente (há mais de uma semana); – Desesperança e pessimismo (sensação de que o futuro não lhe trará nada de bom); – Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; – Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades; – Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão. <u>Dados Opcionais</u> – Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor – Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão”
❖ Cognição Comprometida	Definição: “Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória” (ICN, 2019). A cognição é um processo complexo que consiste “na capacidade de a

Estudo de Caso – Sr. X

	pessoa adquirir e usar informação, a fim de se adaptar às exigências do meio ambiente” (Silva et al, 2020, p. 125). Para o diagnóstico é necessário (OE, 2018b): “Dados Obrigatórios – Compromisso da memória (dificuldade em reter ou evocar informação); – Compromisso de outra função cognitiva (orientação, atenção, cálculo, pensamento, linguagem e habilidades construtivas)”
❖ Comportamento Interativo Comprometido	Definição: Comportamento interativo é “relacionar: agir com os outros” (ICN, 2019) e tem como filho Comportamento Interativo Comprometido (ICN, 2019). Para o diagnóstico é necessário (OE, 2018b): “Dados Obrigatórios – Dificuldade em iniciar, manter ou terminar uma interação social; – Número de contactos sociais reduzidos (inferior a um por semana); – Contactos interativos prejudicam o cumprimento das atividades de vida diárias; – Alteração no padrão de interação da pessoa; – Manifesta comportamentos desadequados ao contexto”
❖ Aceitação do Estado de Saúde Comprometida	O Pai da “Aceitação do Estado de Saúde” é a aceitação, que se define como “Coping: reduzir ou eliminar as barreiras, apreensões ou tensões” (ICN, 2019)
❖ Falta de Conhecimento	O Pai da “Falta de Conhecimento” é o “Conhecimento” que é “Status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou

Estudo de Caso – Sr. X

	competência; conhecimento e reconhecimento da informação” (ICN, 2019).
❖ Adaptação Comprometida	O Foco é a “Adaptação” que se define como “Coping: gerir novas situações” (ICN, 2019)
❖ Falta de Esperança	Esperança é uma “Emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (ICN, 2019)

Quadro 3 – Diagnósticos de Enfermagem

O Sr. X tem 71 anos, e neste último internamento, para além dos diagnósticos médicos, já expostos anteriormente, ele foi admitido, por apresentar autocuidado comprometido, pelo que teria sido útil uma avaliação aprofundada acerca do autocuidado.

O autocuidado, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2015 (2016, p.42) é definido como “A atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”

Segundo Sequeira (2010, p.42)

a avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico, ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação

De acordo com o enquadramento concetual dos padrões de qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental é considerado importante as intervenções do EEESMP que objetivem promover as respostas da pessoa doente/família que melhor se adaptem mediante determinados problemas associados à doença mental (e.g. autocuidado, promoção da autonomia, ocupação útil, adesão terapêutica) (OE, 2015). Deste modo, enfatiza-se a *recovery* (recuperação) e o *empowerment* (empoderamento), repercutindo-se, positivamente na qualidade de vida da pessoa/família/comunidade (OE, 2021)

Estudo de Caso – Sr. X

De acordo com Teixeira, Cunha e Sequeira (2020), a avaliação da dependência a nível do autocuidado propicia a prescrição de intervenções de acordo com as necessidades que foram identificadas, fomentando, deste modo, a prevenção da dependência e como resultado uma maior satisfação. Neste sentido, poderia ter sido útil a aplicação de instrumentos de avaliação da dependência no autocuidado, como o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965, traduzido e adaptado por Araújo et al, 2007). Estes instrumentos estão organizados em diversos tópicos e possibilitam a elaboração de diagnósticos de Enfermagem que estão relacionados com os diferentes domínios do autocuidado, e também com a componente ligada às atividades instrumentais de vida. O Sr. X, para além de apresentar compromisso do autocuidado tem a cognição comprometida. A cognição é

um processo complexo, sendo que o seu comprometimento pode interferir nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, com consequências negativas na vida da pessoa (Silva et al, 2020, p.125)

O autocuidado negligenciado, está associado, sobretudo, a uma incapacidade cognitiva para identificar ou começar o autocuidado espontaneamente, estando frequentemente relacionado com o humor depressivo (Silva et al, 2020).

No tocante aos diagnósticos de enfermagem, houve tentativa de avaliar a esperança/desesperança, recorrendo, inclusive, a algumas questões, no âmbito da “*Hope Communication Tool*”, descritas por Querido (2018), mas o Sr. X permaneceu em silêncio na maioria do tempo. Todavia, ao longo dos diferentes contactos entre a autora e a pessoa, existiram expressões indicadoras da necessidade de esperança, como “já não vale a pena”, “nunca pensei chegar tão baixo” e “está tudo perdido” (segundo informação colhida).

Ainda, no tocante aos diagnósticos, e em específico no que diz respeito ao Foco Conhecimento ou mais especificamente ao Diagnóstico “Falta de Conhecimento” ou de insuficientes habilidades relacionadas com a gestão do regime terapêutico, é essencial avaliar o grau de potencialidade da pessoa para a sua aquisição. Esta avaliação é estabelecida por fatores como: consciencialização, o envolvimento, a volição, a interpretação conferida à mudança, bem como a crença atribuída à autoeficácia (Gonçalves, 2020).

Embora, não tendo sido possível realizar mais nenhum momento de entrevista, conforme explicado anteriormente, os Planos de Cuidados tiveram por base a relação estabelecida entre a autora e o Sr. X, as diferentes fontes de informação, e uma pesquisa exaustiva, de forma a aprofundar conhecimento sobre as diferentes temáticas, de acordo

Estudo de Caso – Sr. X

com as necessidades da pessoa, num trabalho de co-construção, e, tendo por base, uma conduta que procurou desenvolver o pensamento crítico e reflexivo na e sobre a ação, e na reflexão sobre a reflexão na ação (Queirós, 2016). Assim, não foi possível a aplicação de escalas validadas, embora sejam citadas nos Planos e expostas nos Anexos.

8.1 A MÚSICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

No âmbito do PIC, a autora gostaria de abordar a música como intervenção de enfermagem, tendo em conta o caso específico – o Sr. X. Ao longo dos diferentes contatos que a autora teve com a pessoa, esta referiu que a música tinha sido muito importante na sua vida e que os seus cantores favoritos eram José Afonso e Sergio Godinho. Assim, no final da entrevista, após validação (mais uma vez) junto da pessoa acerca do seu gosto pela música, foi colocada a questão se a entrevistadora poderia cantar uma música de um dos seus cantores favoritos. Após momentos de silêncio, a sua resposta, no primeiro instante foi negativa, mas depois foi positiva. Foi cantado um excerto da música Grândola Vila Morena. Ei-lo:

Grândola, Vila Morena
Terra da fraternidade
O povo é quem mais ordena
Dentro de ti, ó cidade
Dentro de ti, ó cidade
O povo é quem mais ordena
Terra da fraternidade
Grândola, Vila Morena

Após este momento de partilha o Sr. X agradeceu, voltando a reforça-lo mais tarde. Assim, procurou-se promover a relação de confiança entre a pessoa e a enfermeira, o uso de si, como enfermeira, como instrumento terapêutico e o início de uma eventual intervenção de enfermagem através da música. Esta também não foi possível desenvolver, tendo em conta os motivos já explicitados. Para o uso da música como intervenção de enfermagem, recorrer-se-ia ao modelo desenvolvido por McCaffrey e Locsin (2003). Este modelo apresenta a música como uma intervenção efetiva e não invasiva, que pode ser

Estudo de Caso – Sr. X

utilizada pelos enfermeiros, de forma a promover a saúde e bem-estar. A música tem inúmeros benefícios, e ouvir música de que se gosta pode aumentar o desempenho cognitivo (Maria & Antonis, 2020). De acordo com este modelo, é necessário recorrer à aplicação de seis princípios: o princípio da intenção, o princípio da presença autêntica, o princípio da integralidade, o princípio da preferência, o princípio de sincronização adaptativa e o princípio de situar a pessoa. O princípio da intenção está relacionado com a tentativa do enfermeiro tentar facilitar a cura através da apresentação da música. A intenção com que a música é apresentada pelo enfermeiro e como é recebida pela pessoa, é um importante componente para obter benefícios da música. O princípio da presença autêntica implica que o enfermeiro, a pessoa e a música se apresentem de forma autêntica, ou seja, na sua totalidade individual única e livre. O princípio da integralidade está relacionado com a compreensão de que os seres humanos são um todo completo num determinado momento, e que a música como recurso terapêutico, necessita de ser percebida como parte integrante do ambiente que afeta esse todo. O princípio da preferência corresponde ao respeito pelos gostos e preferências da pessoa, como ser individual. O princípio de sincronização adaptativa permite que organismo se sincronize, como a nível das ondas cerebrais, ritmo cardíaco, respiração, nível emocional e outros ritmos, com o tipo de música que ouve. Por último, o princípio de situar a pessoa, o qual reposiciona no primeiro princípio, o princípio da intenção. O princípio de situar a pessoa está relacionado com a preocupação de estar na melhor posição para que a música e seus benefícios se desenvolvam, podendo ser importante um momento prévio de preparação e de eliminação dos pensamentos negativos.

Já outros autores defenderam o recurso à música como estratégia terapêutica (Batt-Rawden & Storlien, 2019) e acrescentaram que a música e o canto podem tornar-se numa ponte/via de conexão entre o profissional de saúde e a pessoa alvo de cuidados. Assim, a música pode ser utilizada pelos enfermeiros como mediador expressivo, consistindo em “toda a ação, atividade, instrumento ou consigna proposta a um cliente ou participante, para o levar a se expressar livremente” (Ferraz, 2009, p. 19).

8.2 PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS (PIC)

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Auto-cuidado: Higiene Comprometido em Grau Moderado	– Assistir no auto-cuidado: higiene No turno da manhã com frequência diária – Avaliar auto-cuidado: higiene No turno da manhã com frequência diária	Que a pessoa consiga manter padrão contínuo: lavar o rosto; pentear; cuidar das unhas; higiene oral; desfazer a barba/colocar creme; pele limpa, íntegra e seca. Auto-cuidado: Higiene não comprometido	Durante o internamento a pessoa melhorou padrão contínuo de higiene. É acrescida a especificidade do serviço e possíveis efeitos secundários da medicação, pelo que mantém o Auto-Cuidado Higiene comprometido em grau moderado.
Auto-cuidado: Vestuário Comprometido em Grau Moderado	– Assistir no auto-cuidado: vestuário Diariamente no turno da manhã – Avaliar auto-cuidado: vestuário	Que a pessoa consiga seleccionar, vestir, despir e ajustar o vestuário e, utilizar o calçado, tudo mediante o contexto e clima. Auto-cuidado: Vestuário não comprometido	Durante o internamento a pessoa melhorou quanto ao uso do vestuário, mas manteve dificuldade na utilização do calçado. É acrescida a especificidade do serviço e possíveis efeitos secundários da

Estudo de Caso – Sr. X

	Diariamente no turno da manhã		medicação, pelo que mantém o Auto-cuidado Vestuário comprometido em grau moderado.
Auto-cuidado: Ir ao sanitário Dependente em Grau Elevado	– Avaliar auto-cuidado: ir ao sanitário No turno da manhã, tarde e noite. – Incentivar o auto-cuidado: ir ao sanitário No turno da manhã, tarde e noite. – Trocar fralda (sempre que necessário) – Optimizar fralda (sempre que necessário)	Que a pessoa consiga desenvolver as atividades de eliminação, mantendo cuidados de higiene íntima e de prevenção da infeção. Auto-cuidado: Ir ao sanitário não comprometido	Durante o internamento a pessoa melhorou quanto ao uso do sanitário, passando de um período em que necessitava do uso de fralda, de forma regular, para o uso do sanitário de forma adequada, com recurso esporádico à fralda, por descuido. Neste momento precisa de apoio nos cuidados de higiene e mudança da fralda. Auto-cuidado: Ir ao sanitário Dependente em Grau Elevado.
Auto-cuidado: Alimentar-se Comprometido em Grau Moderado	– Assistir no alimentar-se No horário: 9h-13h-16h30 – Vigiar Refeição No horário: 9h-13h-16h30	Que a pessoa seja capaz de ingerir alimentos sólidos e líquidos, cortar os alimentos e barrar a manteiga, manipular os utensílios e levar os alimentos à boca,	Durante o internamento a pessoa apresentou melhoria quanto à alimentação, comendo melhor e com melhor tolerância, todavia

Estudo de Caso – Sr. X

	– Avaliar o alimentar-se No horário: 9h-13h-16h30	mastigar e manipular os alimentos na boca, engoli-los, e alimentar-se até ficar satisfeito. Auto-cuidado: Alimentar-se não comprometido	manteve o auto-cuidado comprometido em grau moderado pela especificidade do serviço e possíveis efeitos secundários da medicação. Mantém Auto-cuidado em grau moderado.
Andar: Comprometido em Grau Reduzido	– Supervisionar o Andar Diariamente no turno da manhã – Avaliar o Andar Diariamente no turno da manhã	Que a pessoa consiga movimentar o corpo, colocando-se de pé e efetuar carga nos membros inferiores, manter-se de pé em equilíbrio, dar pequenos passos, e andar com marcha eficaz. Andar não comprometido.	Durante o internamento a pessoa melhorou capacidade de se movimentar, passando de uma alteração do padrão da marcha com passos curtos para uma deambulação sem alterações. Pessoa deambulava pelo serviço. Todavia, pelos possíveis efeitos da medicação, manteve-se a necessidade de supervisão do andar até ao final do internamento.

Estudo de Caso – Sr. X

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Úlcera por pressão de categoria II (Calcâneo esquerdo)	– Avaliar risco de úlcera por pressão Aplicação de instrumento de avaliação – Escala de Braden, com frequência diária, no turno da manhã. Apresenta risco elevado. – Aliviar zona de pressão através de dispositivos; – Aplicar creme; – Incentivar mobilização; – Estimular a alternância de decúbitos; – Promover adequada alimentação e hidratação; – Vigiar sinais de úlcera por pressão; – Monitorizar úlcera por pressão Ferida com boa evolução cicatricial – Executar tratamento à úlcera por pressão Limpeza com cloreto de sódio 0.9%, aplicada de gaze iodoformada e placa de poliuretano	Que a pessoa diminua risco de desenvolver úlcera por pressão e que cicatrize a úlcera por pressão presente.	Houve diminuição do risco de desenvolver úlcera por pressão, com evolução positiva a nível cicatricial da úlcera por pressão existente.

Estudo de Caso – Sr. X

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Humor Depressivo	– Avaliar humor Diariamente de manhã e à tarde, segundo escala de avaliação integrada no sistema. Aplicação de instrumento de avaliação - Perfis de Estados de Humor (POMS) (Viana, Almeida & Santos, 2001), com frequência mensal, no turno da manhã (Anexo 2) (EEESMP) – Disponibilizar presença Disponibilizar tempo para estar em pleno com a pessoa, através de uma atitude de aceitação e interesse, escutando-a, de modo a promover a tranquilidade, segurança e confiança. – Gerir ambiente Facultar um ambiente calmo, com controlo dos estímulos, na tentativa de garantir um ambiente seguro, mediante as condicionantes/possibilidades existentes. – Incentivar a comunicação de emoções – Vigiar comportamento	Que a pessoa consiga alterar o padrão de resposta emocional, de forma a atingir um humor eutímico. Humor não comprometido.	No decurso do internamento houve mudança de humor, estando inicialmente com humor depressivo e depois com humor eutímico. Foram proporcionados momentos de livre expressão de sentimentos e emoções, num ambiente calmo, acolhedor e de aceitação, e incentivado a participar em atividades recreativas (renitente à participação). Nas últimas duas semanas antes da alta, a

Estudo de Caso – Sr. X

	– Executar Escuta Ativa Processo que promove a compreensão real da mensagem verbal e não verbal como resultado da interação entre a pessoa alvo de cuidados e o enfermeiro. Incentiva a pessoa a expressar-se, objetivando: propiciar a partilha e entendimento de um problema da pessoa; promover a relação terapêutica; fomentar o <i>rappor</i>t e a empatia; e facultar o desenvolvimento de confiança, segurança e conforto na pessoa. Esta intervenção procurou cumprir três elementos na sua execução: manifestação de interesse; não fazer julgamentos; e recorrer a perguntas para incentivar à exposição (Coelho & Sequeira, 2020) – Executar Apoio Emocional (EESMP) Está relacionado com a promoção de ambiente que incentiva a livre expressão de sentimentos e emoções e gestão emocional, num clima de confiança, de segurança e de aceitação. Está associado à relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. – Gerir comunicação Falar de modo calmo e pausado, diminuindo a probabilidade de barreiras de comunicação, com postura de tranquilidade, e aplicando estratégias de gestão do silêncio.		pessoa apresentou humor eutímico, acompanhado por escassos sorrisos.
--	---	--	---

Estudo de Caso – Sr. X

	– Executar Entrevista Motivacional (EESMP) A entrevista motivacional, centrada na pessoa e numa forma comunicativa de colaboração, procura promover a motivação para a mudança do comportamento da pessoa. Tem como princípios: expressar empatia; desenvolver discrepâncias; lidar com a resistência; e reforçar a autoeficácia. Numa primeira fase, habitualmente, assume cinco métodos: questões abertas; escuta reflexiva; apoiar/reforçar; sumariar; e evocar discurso de mudança (Barroso, 2020). – Executar Programa de Saúde Mental Positiva (EESMP) Objetiva maximizar a saúde global da pessoa e a sua qualidade de vida e bem estar psicológico, promovendo o seu <i>empowerment</i>, a habilidade de lidarem com as adversidades, de efetuarem escolhas mais informadas, adotando, assim, estilos de vida mais saudáveis. A operacionalização deste programa propõe a abordagem através de seis fatores: satisfação pessoal; atitude Pró-social; Autocontrolo; Autonomia; Resolução de Problemas e Autoatualização; e capacidade de Relacionamento Interpessoal (Lluch-Canut & Sequeira, 2020)		
--	---	--	--

Estudo de Caso – Sr. X

	– Executar Relação de Ajuda (EESMP) A relação de ajuda baseia-se numa abordagem centrada na pessoa alvo de cuidados, e não diretiva. Objetiva propiciar um ambiente que leve ao crescimento, onde a pessoa possa ser genuína, sentir-se aceite e compreendida, para, assim, conseguir encontrar soluções para o seu problema, de acordo com os recursos disponíveis. Implica planeamento, uma estrutura e a definição de objetivos (Coelho, Sampaio & Sequeira, 2020). – Treinar Competências Sociais (EESMP) Visa desenvolver as habilidades sociais, otimizando as relações positivas em contexto de interação, por meio de uma estrutura de intervenções perante deficits ou dificuldades relacionais (Loureiro, 2011). – Ouvir música, como intervenção de enfermagem (McCaffrey & Loesin, 2003; Sequeira, 2010; Ribeiro, 2020)		
--	--	--	--

Estudo de Caso – Sr. X

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Cognição Comprometida	– Avaliar cognição (EEESMP) Aplicação do Questionário de Reserva Cognitiva (Sobral, Pestana & Paúl, 2014) (Anexo 3) com frequência mensal no turno da manhã; – Ensinar sobre Estratégias de Estimulação da Cognição – Instruir sobre Técnicas Auxiliares de Compensação da Memória – Executar Estimulação Cognitiva (EEESMP) Procura, no princípio, o restabelecimento clínico funcional, e, posteriormente, a sua compensação, minorando os défices cognitivos apresentados. Tudo, através de um conjunto de estratégias e técnicas cognitivas, entre elas: terapia de orientação para a realidade, terapia por reminiscência, treino de funções específicas. A sua seleção é condicionada pelo tipo de défices apresentados (Sousa, Araújo & Silva, 2020). – Executar Treino Cognitivo Acompanhado, semanalmente, no Hospital de Dia. – Ouvir música, como intervenção de enfermagem (McCaffrey & Locsin, 2003; Sequeira, 2010; Ribeiro, 2020)	Que a pessoa apresente melhoria, ou que mantenha a sua dimensão cognitiva, nas suas diferentes funções, com maior capacidade e autonomia.	Pessoa apresentou ligeiros progressos a nível da linguagem, atenção, percepção, da função visuospacial e da praxia. Apresentou melhoria no desempenho das suas atividades de vida.

Estudo de Caso – Sr. X

Comportamento Interativo Comprometido	– Avaliar Comportamento Interativo Comprometido (EEESMP) Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) (APA, 2002) com frequência mensal no turno da manhã (Anexo 4); – Ensinar sobre Comportamento Interativo Perceber o entendimento da pessoa acerca do comportamento interativo, sua importância e regras inerentes. Despertar na pessoa a seleção de uma atividade a seu gosto e estimular a participação em atividades de grupo não competitivas, de forma gradual, fomentando o reforço positivo. Incentivar a pessoa a desenvolver relações interpessoais, participando em atividades de grupo, e apoiando – a na compreensão acerca das interações estabelecidas. Apoiar a pessoa no respeito à construção de expectativas de si e dos outros e no reconhecimento de situações que possam ser difíceis no âmbito relacional. – Vigiar comportamento – Estabelecer Limites – Prevenir isolamento social	Que a pessoa consiga modificar o seu padrão relacional, conseguindo estabelecer relações a nível interpessoal, promovendo a sua interação, integração, reinserção, o encontro de eventual fonte de apoio e de partilha.	Pessoa apresentou escassos progressos, permanecendo longos períodos na sala de convívio no “seu” cadeirão (todos os utentes acabavam por adquirir um lugar fixo), sem interação social. Permanecia sentado, alternando períodos com os olhos fechados. Recusava participar em atividades de grupo. Quando solicitado, pessoa interagia com os profissionais de saúde, mas com discurso pobre. Porém, nos últimos dias, antes da alta, o Sr. X, interagiu com o utente com quem partilhava o quarto, revelando maior abertura, e com outra utente na sala de convívio, que lhe forneceu um livro, e este
---	---	--	--

Estudo de Caso – Sr. X

	– Executar Aconselhamento (EEESMP) O Aconselhamento visa capacitar a pessoa, promovendo a sua autonomia e crescimento pessoal, perante as adversidades da vida, para, assim, tomar decisões eficazes (Patterson & Eisenberg, 2003). – Executar Modificação de Comportamento (EEESMP) Consiste numa abordagem comportamental e que numa perspectiva holística, considera o comportamento como algo instável, variável consoante vários fatores inerentes à pessoa, meio e terapeuta. Pode ser utilizado em simultâneo com a entrevista motivacional, mediante determinadas características (Sequeira & Sampaio, 2020). – Treinar o Comportamento Assertivo (EEESMP) O comportamento assertivo promove a expressão de ideias, sentimentos e necessidades, mas com respeito perante os direitos alheios. É fundamental no âmbito das relações interpessoais satisfatórias (Pereira et al, 2018). – Treinar Competências Sociais (EEESMP) – Vigiar Comportamento Interativo		manifestou interesse. Antes do contexto pandémico, eram permitidas saídas ao exterior do serviço, porém, agora só são permitidas saídas para os fumadores, e de acordo com critérios. A autora ainda questionou a pessoa quanto a uma eventual saída, mas esta recusou.
--	--	--	---

Estudo de Caso – Sr. X

Aceitação do estado de saúde comprometido	– Avaliar Aceitação do estado de saúde comprometido (EEESMP) Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de <i>Insight</i> Marková e Berrios (Vanelli et al, 2010) (Anexo 5) com frequência mensal no turno da manhã; – Executar escuta ativa; – Executar Apoio Emocional (EEESMP); – Promover a Aceitação do Estado de Saúde; – Fomentar a consciencialização e o <i>Insight</i>.	Que a pessoa reconheça a natureza da sua condição mórbida, o desenvolvimento da mesma e necessidade de intervenção e apoio terapêutico. Deste modo, fomenta-se a aprendizagem de novos conhecimentos, aquisição de novas competências e, reestruturação e reformulação para melhor lidar com a situação atual.	Pessoa sem <i>insight</i> para sua condição mórbida e necessidade de tratamento. Porém, apresentou consciência perante a sua necessidade de apoio face à sua vulnerabilidade a nível físico e cognitivo.
Adaptação Comprometida	– Avaliar a adaptação: Através de entrevista com frequência semanal, todas as manhãs; – Executar escuta ativa; – Executar Apoio Emocional (EEESMP); – Avaliar o <i>coping</i>;	Que a pessoa desenvolva capacidades para melhor gerir novas situações de acordo com a sua situação saúde/doença	Capacidade de adaptação melhorada visível no desempenho das atividades de vida diárias e de uma maior abertura à interação

Estudo de Caso – Sr. X

	– Promover a utilização de estratégias de <i>coping</i> eficazes É importante: estimular a expressão de sentimentos e receios; apoiar na identificação de estratégias, habilidades e forças, e métodos utilizados previamente face a situações problemáticas; auxiliar a pessoa a definir objetivos adequados de curto e médio prazo; incentivar a busca de recursos, de acordo com os objetivos; fomentar o treino de estratégias e habilidades; estimular o desenvolvimento de novas estratégias de <i>coping</i>, com vista à melhoria da capacidade de adaptação. – Promover a autoresponsabilização; – Assistir na auto-modificação – Executar modificação do comportamento (EEESMP) – Treinar competências sociais (EEESMP) – Encaminhar para Grupo de apoio – Executar terapia recreacional – Executar Terapia por Reminiscência Procura uma melhor adaptação do comportamento ao contexto do momento presente, através da lembrança de memórias, eventos, sentimentos e pensamentos do passado (Amaral, 2010).		
--	---	--	--

Estudo de Caso – Sr. X

	– Executar intervenção para autopercepção positiva (EEESMP) Estimula a pessoa a descobrir e compreender os seus pensamentos, sentimentos, o que a motiva e comportamentos desenvolvidos, de forma positiva (Amaral, 2010).		
Falta de Conhecimento	– Avaliar conhecimento da pessoa sobre o diagnóstico/motivo de internamento (semanalmente no turno da manhã); – Avaliar atitude face à doença/internamento; – Avaliar conhecimento quanto ao processo terapêutico; – Incentivar disposição para aprender; – Promover o <i>empowerment</i>; – Estimular a autonomia, maximizando-a; – Executar Programa de Literacia em Saúde Mental (EEESMP); A literacia em saúde mental é essencial no âmbito do desenvolvimento de comportamentos associados à prevenção e manutenção da saúde a nível mental. É através deste programa, que se procura fomentar o reconhecimento de défices a nível do bem estar da própria pessoa, ou de outras que a circundam, obtêm-se soluções atempadamente, e se	Que a pessoa adquira conhecimentos sobre a sua condição saúde/doença, desenvolvendo a sua melhor e responsável gestão.	Conhecimento comprometido, relacionado com a sua falta de <i>insight</i> quanto à sua condição mórbida e necessidade de tratamento relacionado com esta, porém melhorado associado à sua melhoria funcional a nível geral. No tocante à promoção de adesão terapêutica, a pessoa desconhecia o seu fundamento, mas acreditava que lhe dava força a nível físico, pelo que aderiu. Na tentativa de melhorar a falta de conhecimento, foram

Estudo de Caso – Sr. X

	diminui o estigma relacionado com a condição mórbida e tratamentos inerentes (OE, 2021). – Executar Programa de Saúde Mental Positiva (EEESMP); – Executar intervenção psicoeducativa (EEESMP) Abrange intervenções sistêmicas, didáticas e do foro psicoterapêutico desenvolvidas para a pessoa acerca da patologia e seu processo terapêutico, visando uma melhor e responsável gestão (Amaral, Almeida & Sousa, 2020).		explicados os benefícios da deambulação e mobilização, mesmo quando sentado, para além dos cuidados ao levantar-se quando está deitado, devendo, primeiramente, sentar-se, esperar um pouco e levantar-se, para diminuir probabilidade de sofrer eventuais efeitos secundários adversos relacionados com a medicação, e também com o calor. Efetuados ensinamentos quanto à alimentação (nomeadamente no respeitante à diabetes) e de uma adequada ingestão hídrica. Abordada a questão da importância de colocar dúvida e expor receios na interação com os
--	---	--	---

Estudo de Caso – Sr. X

			profissionais de saúde, pois estes estão ali para o ajudar e apoiar no que for preciso, sem julgamentos. A importância da promoção do autocuidado como forma de fomentar o bem estar a nível geral, foi também abordado. O Sr. X manifestou alguma receptividade face à informação recebida e ligeira melhoria.
--	--	--	---

Estudo de Caso – Sr. X

Falta de Esperança	– Avaliar Falta de Esperança (EEESMP) Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Esperança de Herth (HHI-PT-DC) (Querido & Dixe, 2010) (Anexo 6), com avaliação mensal no turno da manhã; – Promover a Esperança (EEESMP) É importante definir e auxiliar as forças e potencialidades da pessoa, instruir acerca de estratégias de reenquadramento cognitivo, e desenvolver a autoeficácia e habilidades da pessoa (Querido, 2020). – Aconselhar sobre esperança – Encorajar a pessoa – Realizar atividades terapêuticas (EEESMP) As atividades terapêuticas são de acordo com as fases da relação terapêutica estabelecida, podendo recorrer-se a exercícios de identificação de atributos de esperança (e.g. Brasão de esperança e Árvore dos Talentos) e o “Kit de esperança” (Querido, 2020)	Que a pessoa seja capaz de encarar o futuro de forma mais positiva, com desejo e razões para viver, com sentido de vida, com crença em si mesmo e nos outros, e paz interior	Esperança melhorada (potencial resultado, se avaliada de acordo com a escala).
----------------------------------	---	---	---

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PDC é uma doença pouco comum, mas não rara, em que existe delírio, tendencialmente, encapsulado, sem grande repercussão no funcionamento, comparativamente a outras psicoses, nomeadamente a esquizofrenia. No caso particular do Sr. X não houve manifestação espontânea de atividade delirante no último internamento, porém foi este que constituiu motivo de internamento (o 1º), de acesso e de sinalização quanto à necessidade de apoio dos serviços de apoio à doença mental, podendo estar associado a toda uma vida, ao qual se desconhece o início. Na tentativa de compreender a pessoa no presente, é elementar abrangê-la como um todo e ao longo do ciclo de vida. A PDC é uma doença mental grave relativamente estável e diferenciada da esquizofrenia, à qual está associada uma consciência mórbida baixa, dificultando o processo terapêutico. Consequentemente torna-se essencial o seu tratamento precoce, somente possível através de um diagnóstico claro e preciso, que permita a elaboração de um plano terapêutico centrado na pessoa alvo de cuidados e sua multidimensionalidade. No decurso deste processo, é elementar ter por base a noção de que a recuperação não implica a eliminação de sintomas, mas, sobretudo, a maximização da funcionalidade e autonomia da pessoa, com eventual reconstrução de um novo sentido, assim como a promoção da esperança.

Neste sentido, tornou-se crucial a elaboração de um estudo de caso, que possibilitou que a investigadora observasse, compreendesse, descrevesse e analisasse, de modo reflexivo, uma situação real em concreto e única, cujas fontes de informação foram múltiplas, através de uma visão integrada e global. Esta experiência foi proveitosa no desenvolvimento da capacidade de tomar de decisões frente a situações futuras. Neste sentido, a teoria de Meleis foi essencial, cujo foco são os processos de transição da pessoa no decurso do seu ciclo vital, enquanto processo incessante de transformação de um estado, fase ou período, para outro. A necessidade permanente de aprender a lidar com as mudanças e de se readaptar a essa realidade, ao longo da vida, constitui uma propriedade intrínseca à vida. A transição é o processo que leva a uma redefinição do modo de ser e de estar da pessoa, tudo no contexto de uma relação estabelecida entre a pessoa alvo de cuidados e sua dimensão holística e a enfermeira.

Estudo de Caso – Sr. X

De fato, a dimensão relacional tem potencial terapêutico, sendo que o relacionamento não se restringe à comunicação verbal. O processo relacional entre seres humanos é complexo, e tendo como objetivo, poder ser terapêutico, nomeadamente através da práxis do EEESMP, é basilar que este desenvolva o autoconhecimento e a sua prática, que só acontece em contexto relacional. As competências de comunicação são cruciais. É de valor indubitável que o(a) enfermeiro(a) reflita acerca dos cuidados prestados, de um mundo “invisível” e complexo que compreende os processos de decisão. É crucial que desenvolva o pensamento crítico e o processo de raciocínio clínico, que estão na base do processo de avaliação diagnóstica, de intervenção diagnóstica e do processo de relação, e que estão associados à identificação das necessidades das pessoas, planeamento, intervenções desenvolvidas e avaliação da pessoa/família alvo de cuidados. O Processo de Enfermagem leva à elaboração de um PCI, que deve ser continuamente (re)avaliado. Deste modo, promove-se a melhoria contínua dos cuidados e a visibilidade dos cuidados de enfermagem. Assim se garante uma preocupação constante com a excelência do exercício.

Com a realização deste trabalho, foi possível compreender que a atuação do EEESMP deve focar-se não só no diagnóstico e intervenção, mas também na prevenção e promoção da saúde mental, integrando conhecimentos e capacidades que lhe permitam mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Quanto à realização do presente estudo de caso foram várias as dificuldades sentidas, pois a história do Sr. X constituiu uma narrativa com muitas páginas em branco. Existem grandes fragmentos da história do Sr. X, dos quais não se conseguiu obter dados, inerentes às características inerentes ao diagnóstico e condição clínica da pessoa, como por exemplo pela ausência de *insight* para a sua condição de doença. A informação foi colhida a “conta gotas”, em que a comunicação tinha de ser mais direcionada, com maior número de perguntas mais fechadas, em que tudo tinha de ser bem explicado, com recurso a exemplos concretos, com realização de perguntas posteriores para tentar obter respostas a perguntas feitas anteriormente, de forma a validar, ou até mesmo para obter respostas. E, mesmo no tocante à informação obtida, houve dados em que é difícil discernir o que é real, do que não é, bem como instantes em que num dia é dada uma determinada informação, e noutro, é dada outra diferente sobre o mesmo assunto. Neste sentido, a

Estudo de Caso – Sr. X

ausência de familiares e/ou pessoas significativas do Sr. X que pudessem partilhar e adicionar informação, ou até mesmo confirmá-la, ou não, teriam sido uma peça basilar.

Os diversos silêncios ao longo dos contatos estabelecidos constituiu uma barreira no acesso à informação. A autora sente que tem de desenvolver competências neste campo. O silêncio, ao longo de uma entrevista, pode ter vários objetivos, sendo que uma pausa no discurso verbal pode tornar-se numa estratégia de comunicação, porém há que saber quando e como recorrer a ele (Phaneuf, 2005). Na perspectiva de Chalifour (1993, p.207), “o silêncio não consiste somente em não falar, ele é feito de interesse e atenção para que o cliente comunique; é também feito de presença de si e da disponibilidade a tudo ao que percebe, pensa, sente na qualidade de ajudante no momento em que o cliente se exprime”.

A falta de experiência e, consequentemente, de competências ainda subdesenvolvidas na área da saúde mental e psiquiátrica (foi a primeira experiência da autora nesta área), como a nível da comunicação, nomeadamente no campo das perturbações psicóticas, da observação, avaliação e de intervenção neste contexto, constituíram condicionantes na colheita de dados. Um maior número de dados teria sido crucial para a elaboração de uma narrativa o mais completa possível, para se compreender melhor o percurso existencial, vivencial e de saúde do Sr. X, e co-construir um plano terapêutico o mais adequado possível, tendo por máxima a excelência na qualidade dos cuidados prestados. Perante esta limitação são levantadas muitas questões e eventuais hipóteses explicativas.

Se esta experiência de relação entre a autora e a pessoa alvo de cuidados ocorresse hoje (após o estágio), seria melhor, pela evolução positiva da autora como pessoa e profissional, e acima de tudo, pelo forte desejo de encontrar a sua melhor versão em tudo o que desenvolve e se empenha.

Embora, as diversas dificuldades encontradas no percurso de realização do presente estudo de caso, os objetivos delineados foram atingidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J (2011). *Introdução à Psicopatologia compreensiva*. 6ª ed. Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-31- 0639-8
- Amaral, A (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Lusociência ISBN 978-972-8930-55-4
- Amaral, A. (2020). Observação e Avaliação Inicial em Saúde Mental. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.84-86). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Amaral, A, Almeida, E & Sousa, L (2020). Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.174-176). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 1ªed Climepsi Editores ISBN 972-796-020-0.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 5ªed Climepsi Editores ISBN 978-972-796-347-8
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 25(2) 56-66
<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>
- Avezuela, N., Díazb, N., Manriquec, L., Longásd, A., Fernández, C., De Portugal, E. & del Rivero, F (2015). Diferencias de género en el trastorno delirante. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 35 (125), 37-51. doi: 10.4321/S0211-57352015000100004
- Barroso, T (2020). Entrevista Motivacional. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.97-101). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Batt-Rawden, K & Storlien, M (2019). Systematic Use of Music as na Environmental Intervention on Quality of Care in Nursing Homes: A Qualitative Case Study in Norway. *Medicines* 6 12 doi:10.3390/medicines6010012
- Best, M., Law, H, Pyle, M & Morrison, A. (2019). Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psychosis. *Schizophrenia Research* 223 112-118 <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.06.026>.

- Bortolotti, L. (2010) - *Delusions and Other Irrational Beliefs*. Oxford University Press ISBN 978-0-19-920616-2
- Bridges, W. (2003). *Managing Transitions: Making the Most of Change*. 2ªEd. Da Capo Lifelong Books, ISBN: 0738208248;
- Burd, M. & Baptista, C. (2007). Anamnese da família: genograma e linha de tempo. In Filho, J. & Burd, M (Coord). *Doença e Família*. (pp.- 93-110). 2ªed. Casa do Psicólogo ISBN 85-7396-308-5
- Cheniaux, E. (2015). *Manual de psicopatologia*. 5ªed Guanabara Koogan ISBN 978-85-277-2742-6.
- Coelho, J, Sampaio, F & Sequeira, C (2020). Relação de Ajuda. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 183-185) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Coelho, J & Sequeira, C (2020). Escuta Ativa. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.177-179). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Copeland, J., Dewey, M., Scott, A., Gilmore, C., Larkin, B., Cleave, N., McCracken, C & McKibbin, P. (1998) Schizophrenia and delusional disorder in older age: Community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome. *Schizophr. Bull.* 24 (1), 153–161. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033307.
- Conselho Internacional de enfermeiros [ICN] (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015. Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), Ordem dos Enfermeiros ISBN 978-989-8444-35-6
- Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN] (2022, Junho, 19). *Navegador CIPE-release 2019*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional de saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Correia, D (2014). A Evolução Conceptual do Delírio desde a sua Origem até à Modernidade. *Psilogos* 12(2), 40-51.

Estudo de Caso – Sr. X

- Correia, D, Guerreiro, D & Barbosa, A (2014). Semiologia psicopatológica. In Correia, D (coord). *Manual de Psicopatologia*. (pp. 17-96) 2ªed Lidel ISBN 978-989-752-068-6
- Correia, D. & Paulino, M (2014). Entrevista e história psiquiátricas. In Correia, D (coord). *Manual de Psicopatologia*. (pp. 97-140) 2ªed Lidel ISBN 978-989-752-068-6
- Couto, F (2014). Perturbação Delirante Crónica. In Figueira, M, Sampaio, D & Afonso, P. *Manual de Psiquiatria Clínica*. (pp.191-196). 1ªed Lidel ISBN 978-972-757-960-0
- Dhawan, E & Joni, S (2015). *Inteligência Conectiva. A Chave do Sucesso para Grandes Projetos*. 1ªed Gestãoplus Edições ISBN 978-989-8820-01-3
- De Portugal, E, González, N, del Amo, V, Haro, J, Díaz-Caneja, C, Luna del Castillo, J. & Cervilla J. (2013). A empirical redefinition of delusional disorder and its phenomenology: the DELIREMP study. *Compr Psychiatry*, 54(3), 243–55. DOI: [10.1016/j.comppsy.2012.08.002](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.08.002)
- Decreto-Lei nº8/2010 – Diário da república, 1ªserie, nº19, de 28 de Janeiro de 2010. Ministério da Saúde – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. P.-257-263.
- Faria, C, Brites, R, Paulino, M & Silva, F (2020). *Intervenção em Psicologia Clínica*. 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-100-1
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas*. Tutitirév. ISBN 978-989-96401-0-8.
- Ejlskov, L (2016). When the old become lonely: structural determinants of late life loneliness in Europe. Perspective on mental health. Abstract. Book 3rd International ESS Conference, 13-15 July, Lausanne, Switzerland. European Social Survey https://www.europeansocialsurvey.org/docs/about/conference/EJLSKOV_When-the-old-become-lonely.pdf
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência
- Fonseca, A (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia I Volume* 2ªed Fundação Caloute Gulbenkian ISBN 972-31-0757-0
- Galdeano, L, Rossi, L & Zago, M. (2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico. *Rev Latino-am Enfermagem* 11(3) 371-375
- Gardijan, N.; Szücs, A. (2016). Late life psychotic disorders: Clinical aspects. *Rev. Med. Suisse*, 12 (531), 1561–1564.

- Gautam, S, Jain, A & Gautam, A (2018). Clinical Practice Guideline for Mangement of Psychoses in Elderly. *Indian J Psychiatry* 60(3), S363-S370 doi: [10.4103/0019-5545.224475](https://doi.org/10.4103/0019-5545.224475)
- Gonçalves, P. (2020). Augestão do Regime Terapêutico. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.155-158). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- González-Rodríguez, A., Guàrdia, A, Seeman, M, Monreal, J. (2021) Optimizing treatment of delusional disorder: New goals for a new era. *Curr. Top. Pharmacol.* 25, 61–68
- Harrison, P, Cowen, P, Burns, T & Fazel, M (2018) *Shorter Oxford Text book of Psychiatry* 7th Ed Oxford University Press ISBN 978-0-19-874743-7
- Hasson-Ohayon, I, Kravetz, S, Meir, T & Rozenzwaing, S (2009). Insight into severe illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research* 167(3) 231-238 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.04.019>
- Ismail, Z, Creese, B, Aarsland, D, Kales, H, Lyketsos, C, Sweet, R & Ballard, C (2022). Psychosis in Alzheimer disease – mechanisms, genetics and therapeutic opportunities. *Nature Reviews Neurology*. 18, 131-144. <https://doi.org/10.1038/s41582-021-00597-3>.
- Joseph S & Siddiqui, W. (2022) Delusional Disorder. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539855/>
- Karen, L, Schumacher, K, Jones, P & Meleis, A. (2010). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. In Meleis, A (Ed). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.129-144) Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Kendler K. (2017) The clinical features of paranoia in the 20th century and their representation in diagnostic criteria from DSM-3 through DSM-5. *Schizophr Bull* ;43(2); 332-43. DOI: 10.1093/schbul/sbw161
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermeiro*. Barcelona: Masson

Estudo de Caso – Sr. X

- Kralik, D., Visentin, k. & Loon, A (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursin.*, 55 (3) 320-329 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>
- Lagarto, L., Rafaela, D. & Cerejeira, J. (2014). Demências e perturbações neurocognitivas. In Saraiva, C & Cerejeira, J. (Coord). *Psiquiatria fundamental*. (pp. 385-405) 1ªed Lidel ISBN 978-989-752-071-6
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C, Williams, J & Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic reveiwe and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry* DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733
- Lluch-Canut, T & Sequeira, C (2020). Saúde Mental Positiva. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 61-63) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Lima, M (2018). *Nós e os outros, O poder dos laços sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafrada, S., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C, Banerjee, S, Burns, A, Cohen-Mansfield, J., Cooper, C, Fox, N., Giylin, L, Howard, R, Kales, H, Larson, E., Ritchie, K, Rockeood, K, Sampson, E, Samus, Q, Schneider, L, Selback, G, Teri, L. & Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet* 16, 390(10113), 2673-2734. DOI:10.1016/s0140-6736(17)31363-6
- Lopes, M (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau ISBN 972-8485-6-X
- Lopes, M (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In Santos, J & Cutcliffe, J (eds). *European Psychiatric Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing* (pp.247-257) https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19
- Lopes, C, Lázaro, M, Ribeiro, H & Hanemann, S (2022). Perturbação Delirante Persistente. In Pereira, D & Pereira, J (Coord) *Raciocínio Clínico em Psiquiatria. Principais Entidades Psiquiátricas*. (pp. 119-135) 1ªed Lidel ISBN 978-989-752-514-8.
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 6, 7-14.

- Lucas, R & Saraiva, C (2014). Perturbações de personalidade. In Saraiva, C & Cerejeira, J. (Coord). *Psiquiatria fundamental*. (pp. 425- 441) 1ªed Lidel ISBN 978-989-752-071-6
- Maria, S & Antonis, T (2020). Music Awareness and Cognitive Function. *J.Biol Today's World*. 9(7) 1-5.
- McCaffrey, R & Locsin, R (2003). Music Listening as a Nursing Intervention: A symphony of Practice. *Holist Nurs Pract* 16(3) 70-77
- McGoldrick, M, Gerson, R & Petry, S (2020). *Genograms. Assessment and Treatment*. 4ª ed. W. W. Norton & Company ISBN 9780393714050.
- Meleis, A (1991). *Theoretical nursing: Development & progresso* 2ed. JB Lippincott Company
- Meleis, A, Sawyer, L, Im, E, Messias, D & Schumacher, K (2000). Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-range Theory. *Adv Nurs Sci* 23(1) 12–28
- Meleis A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A., Sawyer, L, Im, E, Messias, D & Schumacher, K (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In Meleis, A (Ed). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.52-64) Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In Meleis, A (Ed). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.65-71) Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development & Progress*. 5th Ed Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins ISBN 978-1-60547-211-9
- Mendes, M & Moreira, C (2022) Perturbação paranoide da personalidade. In Pereira, D & Pereira, J (Coord) *Raciocínio Clínico em Psiquiatria. Principais Entidades Psiquiátricas*. (pp- 330-336) 1ªed Lidel ISBN 978-989-752-514-8.
- Molina-Andreu, O, Gonzalez-Rodriguez, A, Villanueva, A, Penadés, R, Catalán, R & Bernardo, M (2014). Awareness of illness and suicidal behaviour in delusional disorder patients. *Archives of Clinical Psychiatry* 41(6), 156-158
<https://doi.org/10.1590/0101-60830000000034>

- Morais, S., Lagarto, L. & Cerejeira, J. (2014). Perturbação delirante, perturbação esquizoafetiva e psicoses agudas. In Saraiva, C. & Cerejeira, J. (Coord). *Psiquiatria fundamental*. (pp. 159-181) 1ªed Lidel ISBN 978-989-752-071-6
- Morin, E. (2001). *O Desafio do Século XXI. Religar os Conhecimentos*. Instituto Piaget ISBN 1664-771-402-1
- Moritz, S., Berna, F., Jaeger, S., Westermann, S., Nagel, M. (2017). The customer is always, right? Subjective target symptoms and treatment preferences in patients with psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 267(4):335-339. DOI: 10.1007/s00406-016-0694-5
- Muniz, J. & Eisenstein, E. (2009). Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 33(1). 72-79.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., North, B., Yang, M. (2008). The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: systematic review of rates and explanatory modelling. *Psychol Med*. 38(8), 1075–82. DOI: [10.1017/S0033291707002036](https://doi.org/10.1017/S0033291707002036)
- Nicol, J. & Dosser, I. (2016). Understanding reflective practice. *Nursing Standard: official newspaper of the Royal College of Nursing* 30(36) 34-42
- Nogueira, V. & Cerejeira, J. (2014). Avaliação do doente em Psiquiatria. In Saraiva, C. & Cerejeira, J. (coord). *Psiquiatria fundamental*. (pp.59- 70) 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-071-6
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021). 20 anos de Relatórios de Primavera: Percurso de Aprendizagens. https://mcusercontent.com/b826be5c93722e0818a99c861/files/c3f64342-073c-ae66-db69-f1dc451a730e/RP_2021.01.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento nº356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República 2ªSérie – N°122, 17034 -17041. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *Parecer 1/2017 - competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental* – Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018a). Regulamento nº515/2018 de 07 de Agosto. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica. Diário da República, 2ªSérie, nº151, 21427-21430
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018b). Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. 1ªed Ordem dos Enfermeiros ISBN 978-989-8444-57-8.
- Patterson, L & Eisenberg, S (2003). *O processo de aconselhamento*. 3ªed Martins Fontes
- Pereira, I, Seabra, P, Valentim, O & Nogueira, M. (2018). Treino de assertividade na Enfermagem de saúde Mental. IX Congresso Internacional ASPESM
- Phaneuf, M (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação- Lusociência ISBN 972-8383-84-3
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Querido, A. & Dixe, M. (2010). Escala de Esperança de Herth (HHI-PT-DC)
- Queirós, P. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de los Cuidados*. 20(45). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.15>
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 6), 6-8. doi: 10.19131/rpesm.0206
- Querido, A, Tomás, C, Laranjeira, C, carvalho, D, Gomes, J & Valentim, O (2019). *Evidências em saúde Mental: Da Conceção à Ação*. 1ªed Instituto Politécnico de Leiria.
- Querido, A (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.243-245). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Regulamento nº.515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª. série, nº. 151 (7 de Agosto de 2018), 21427-21430

- Ribeiro, I (2020). Terapias Complementares em Saúde Mental. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.258-262). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sampaio, D (1991). *Ninguém Morre Sózinho. O adolescente e o suicídio*. 5ªed Caminho. ISBN 972-21-0548-5
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). O Processo de Enfermagem em saúde Mental e Psiquiatria. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.110-112). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sari, S, Agustin, M, Wijayanti, D, Sarjana, W, Afrikhan, U & Choe, K (2021). Mediating Effect of Hope on the Relationship Between Depression and REcovery in Persons With Schizophrenia. *Front. Psychiatry* 12 doi: 10.3389/fpsyt.2021.627588
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 26 (2) 119-127 <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Sequeira, C (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lidel ISBN 978-972-757-717-0
- Sequeira, C (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* 1ª ed Lidel ISBN 978-989-752-168-3
- Sequeira, C (2020). Entrevista Clínica. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 90-94) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Sequeira, C & Sampaio, F (2020). Modificação do Comportamento. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.193-195). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Shah, M. (2015). Compare and contrast of grand theories: Orem's self-care deficit theory and roy's adaptation model. *Internacional Journal of Nursing Didactics*, 5(1), 39-42.
- Smith, M. & Liehr, P. (2014). Story Theory. In Smith, M. & Liehr, P. (Ed), *Middle range theory for nursing*. Springer Publishing Company, LLC. (3ª ed) (pp. 225-252). ISBN 978-0-8261-9551-7
- Silva, M, Araújo, O, Sousa, L, Sampaio, F & Sequeira, C (2020). Cognição. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.125-127). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4

- Sobral, M, Pestana, M & Paúl, C (2014). Measures of cognitive reserve in Alzheimer's disease. *Trends Psychiatry Psychother* 36(3). 160-168 <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0012>
- Sousa, L, Araújo, O & Silva, M (2020). Estimulação Cognitiva. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.190-192). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Soyka, M, Zingg, C & Baumgartner, G (2011).Prevalence of delusional disorder among psychiatric inpatients: data from the German hospital register. *Neuropsychiatry*. 1(4), 319–323
- Teixeira, A, Cunha, S & Sequeira, C (2020). Autocuidado. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.113-115). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Tonna, M, Paglia, F, Ottoni, R, Ossola, P, Panfilis, C & Marchesi, C (2018). Delusional disorder: The role of personality and emoticons on delusional ideation. *Comprehensive Psychiatry* 85, 78-83 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.07.002>
- Trepacz, P & Baker, R (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. 1ª ed. Climepsi Editores. ISBN 9789728449773.
- Tuulio-Henriksson, A, Perälä, J, Saarni, S, Isometsä, E, Koskinen, S, Lönnqvist, J, [Suvisaari, J](#) (2011). Cognitive functioning in severe psychiatric disorders: a general population study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 261(6):447–56 doi: 10.1007/s00406-010-0186-y.
- Vanelli, I, Chendo, I, Levy, P, Figueira, L, Góis, C, Santos, J & Markova, I (2010). Adaptação para Português da Escala de Insight Marková e Berrios. *Acta Med Port* 23 1011-1016
- Viana, M., Almeida, P. & Santos, R. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica*. 1 (XIX) 77-92.
- Vieira, C (2014). Demências. In Figueira, M, Sampaio, D & Afonso, P. *Manual de Psiquiatria Clínica*. (pp.213-237). 1ªed Lidel ISBN 978-972-757-960-0
- World Health Organization [WHO] (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. ISBN 978-92-4-151348-7 <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1092215/retrieve>

Estudo de Caso – Sr. X

World Health Organization (2021a). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 ISBN 978-92-4-003103-6
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1371507/retrieve>

World Health Organization [WHO] (2021b). Advocacy Brief: Social isolation and loneliness among older people. ISBN 978-92-4-003074-9
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1358663/retrieve>

Wright, L & Leahey, M (2011). *Enfermeiras e Famílias. Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 5ª ed. Roca ISBN 978-85-4120-003-5

Estudo de Caso – Sr. X

ANEXOS

Estudo de Caso – Sr. X

ANEXO 1 - PERFIS DE ESTADOS DE HUMOR (POMS)

Estudo de Caso – Sr. X

POMS Adaptação por Viana, Almeida e Santos, 2001																	
NOME					DATA:												
Instruções: São apresentadas abaixo uma série de palavras que descrevem sensações que as pessoas sentem no dia-a-dia. Leia primeiro cada palavra com cuidado. Depois, assinale com uma cruz (X) a quadricula que melhor corresponda à forma como se tem sentido ao longo dos ÚLTIMOS SETE DIAS INCLUINDO O DIA DE HOJE.																	
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="padding: 5px;">Nada</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Um pouco</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Moderadamente</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Bastante</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Muito</td></tr> </table> Não escreva nos espaços abaixo. Só para uso interno.						Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito							
Nada																	
Um pouco																	
Moderadamente																	
Bastante																	
Muito																	
<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> </tr> </table> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">T</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">H</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">V</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">F</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">C</td> </tr> </table>							0	1	2	3	4	T	D	H	V	F	C
	0	1	2	3	4												
T	D	H	V	F	C												
1	Tenso																
2	Irritado																
3	Imprestável																
4	Esgotado																
5	Animado																
6	Confuso																
7	Triste																
8	Activo																
9	Mal-humorado																
10	Enérgico																
11	Sem valor																
12	Inquieto																
13	Fatigado																
14	Aborrecido																
15	Desencorajado																
16	Nervoso																
17	Só																
18	Baralhado																

Estudo de Caso – Sr. X

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE RESERVA COGNITIVA

Estudo de Caso – Sr. X

Questionário de Reserva Cognitiva

Rami et al., 2011

Nome: Data:

Escolaridade	
Sem escolaridade	0
Lê e escreve de uma forma autodidata	1
Básica (< 6 anos)	2
Primária (≥ 6 anos)	3
Secundária (≥ 9 anos)	4
Superior (licenciatura)	5
Escolaridade dos pais (marcar o com maior escolaridade)	
Sem escolaridade	0
Básica ou primária	1
Secundária ou superior	2
Cursos de formação	
Nenhum	0
Um ou dois	1
Entre dois e cinco	2
Mais de cinco	3
Ocupação laboral	
Não qualificado (inclui tarefas domésticas)	0
Qualificado manual	1
Qualificado não manual (inclui secretariado, técnico)	2
Profissional (estudos superiores)	3
Direção	4
Formação musical	
Não toca nenhum instrumento nem ouve música frequentemente	0
Toca pouco (amador) ou escuta música frequentemente	1
Formação musical formal	2
Línguas (mantém uma conversa)	
Apenas a sua língua materna	0
Duas línguas	2
Mais de duas línguas	3
Atividade de leitura	
Nunca	0
Ocasionalmente (inclui um jornal/um livro por ano)	1
Entre dois e cinco livros por ano	2
Mais de 10 livros por ano	3
Jogos intelectuais (xadrez, puzzles, palavras cruzadas)	
Nunca ou alguma vez	0
Ocasionalmente (entre 1 e 5 vezes por mês)	1
Frequentemente (mais de 5 vezes por mês)	2

Estudo de Caso – Sr. X

**ANEXO 3 - ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO
FUNCIONAMENTO (AGF)**

Estudo de Caso – Sr. X

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE FUNCIONAMENTO (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional como fazendo parte de um continuum hipotético de saúde-doenças mentais. Não incluir a deficiência do funcionamento devida a limitações físicas (ou ambientais).

Funcionamento superior num largo espectro de atividades, os problemas da vida nunca parecem ficar sem solução, é procurado por outros devido às suas muitas qualidades positivas. Ausência de sintomatologia.	100-----91
Ausência ou sintomatologia mínima (por exemplo, ansiedade ligeira antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interesse e envolvimento num espectro alargado de atividades, eficaz socialmente, de uma maneira geral satisfeito com a vida, os problemas e as preocupações não ultrapassam os do dia-a-dia (por exemplo, discussão ocasional com familiares).	90-----81
Se estiverem presentes sintomas, estes representam rações transitórias e esperadas a fatores de estresse psicossocial (por exemplo, dificuldades em concentrar-se depois de uma discussão familiar); apenas uma ligeira deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, atraso temporário no rendimento escolar).	80-----71
Alguma sintomatologia leve (por exemplo, humor deprimido e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, ociosidade ocasional ou furto no seio familiar), mas bastante bom no funcionamento de uma maneira geral, algumas relações interpessoais significativas.	70-----61
Sintomatologia moderada (por exemplo, afeto embotado e discurso circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, poucos amigos, incapaz de manter um emprego)	60-----51

Estudo de Caso – Sr. X

ANEXO 4 - ESCALA DE *INSIGHT* MARKOVÁ E BERRIOS

Estudo de Caso – Sr. X

ESCALA DE INSIGHT MARKOVÁ E BERRIOS
(adaptado de Vanelli et al 2010)

Leia cada uma das afirmações abaixo enunciadas e responda **SIM** ou **NÃO**.

Lembre-se que esta é a sua opinião e que não existem respostas certas ou erradas.

	Sim	Não
1.Sinto-me diferente do que sou normalmente		
2.Não há nada de errado comigo		
3.Estou doente		
4.As pessoas à minha volta parecem diferentes		
5.Não me sinto parte de nada		
6.Tudo parece desorganizado		
7.A mente não se pode tornar doente, só o corpo		
8.Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes		
9.Sinto-me pouco à vontade		
10.Tenho dificuldade em pensar		
11.Sofro de problemas dos nervos		
12.Tudo à minha volta está diferente		
13.Estou a perder o contacto comigo mesmo		
14.É difícil sentir-me à vontade com as pessoas que conheço		
15.Algo de estranho me está a acontecer		
16.Quero saber porque me sinto assim		
17.Não pareço ser capaz de funcionar normalmente		
18.As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população		
19.Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos		
20.Não estou doente, mas estou cansado		
21.Sinto que a mente me está a fugir		
22. Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia		
23.Tudo me parece agora mais claro do que nunca		
24.Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim		
25.Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada		
26.Tudo parece diferente à minha volta		
27.As coisas já não fazem sentido		
28.O meu problema principal é a minha saúde física		
29.Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por qualquer coisa		
30.Acho que preciso de algum tipo de ajuda		

Estudo de Caso – Sr. X

ANEXO 5 - ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH

Estudo de Caso – Sr. X

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (HHI-PT-DC)

Versão validada para pessoas com doença crónica e suas famílias

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Leia cada afirmação e coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste
preciso momento

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tenho uma atitude positiva perante a vida.				
2. Tenho objetivos a curto, médio e /ou a longo prazo.				
3. Sinto-me completamente só.				
4. Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades.				
5. Tenho uma fé que me dá conforto.				
6. Tenho uma profunda força interior.				
7. Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
8. A minha vida tem um rumo				
9. Acredito que cada dia tem potencial				
10. Sinto que a minha vida tem valor e mérito				

© 1999 Kaye Herth (1999 items 2 & 4 reworded) Versão Portuguesa traduzida e adaptada por Ana Querido e Maria dos Anjos Dixe (2010)

APÊNDICE V - PLANO DE FORMAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
esportista



IPS INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
2021/2022

Unidade Curricular: **Estágio I- Enfermagem de saúde Mental e Psiquiatria**

**Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento
de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa
com Perturbação Delirante Crónica**

Plano de Ação de Formação

Professora Doutora Ana Paula Lampreia Banza Zarcos Palma
Enfermeira Orientadora Ângela Elias

Formadora (Discente) Cristina Paulo n.º 210531043

**Setembro
2022**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de Saúde



ES
Escola Superior de Saúde
evora



IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
2021/2022

Unidade Curricular: Estágio I- Enfermagem de saúde Mental e Psiquiatria

**Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento
de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa
com Perturbação Delirante Crónica**

Plano de Ação de Formação

Professora Doutora Ana Paula Lampreia Banza Zarcos Palma
Enfermeira Orientadora Ângela Elias

Formadora (Discente) Cristina Paulo n.º 210531043

**Setembro
2022**

“Um dia escrevi que tudo é autobiografia, que a vida de cada um de nós a estamos contando em tudo quanto fazemos e dizemos, nos gestos, na maneira como nos sentamos, como andamos e olhamos, como viramos a cabeça ou apanhamos um objeto no chão. Queria eu dizer então que, vivendo rodeados de sinais, nós próprios somos um sistema de sinais. “

José Saramago

“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas.
Pessoas transformam o mundo”.

Paulo Freire

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

LISTA DE ABREVIATURAS

APA - American Psychological Association

CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDC - Perturbação Delirante Crónica

WHO - World Health Organization

ÍNDICE GERAL

NOTA INTRODUTÓRIA	1
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	3
1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E SERVIÇO	3
1.2 PÚBLICO ALVO	3
1.3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO/NECESSIDADE DE FORMAÇÃO	3
2. DEFINIÇÃO DA ESTRATÉGIA	5
2.1FORMAÇÃO EM SERVIÇO	5
2.2 OBJETIVOS DO PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	6
3. PLANEAMENTO DA ATIVIDADE	7
4. PROCESSO DE AVALIAÇÃO	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
APÊNDICES	15
APÊNDICE I – APRESENTAÇÃO POWERPOINT: APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DO ESTUDO DE CASO NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS A UMA PESSOA COM PERTURBAÇÃO DELIRANTE CRÓNICA	16

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular: Estágio I - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, inserida no VI Curso de Mestrado em Associação de Enfermagem, na Escola Superior de Saúde, no Instituto Politécnico de Setúbal, surge a proposta de realização de uma Ação de Formação no contexto da Formação em Serviço, no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Hospital de Portimão. A Ação de Formação cujo título é: Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica, está relacionada com a apresentação do Estudo de Caso realizado acerca do Sr. X. Esta designação pretende garantir a proteção da identidade da pessoa e dos seus dados pessoais e de saúde. Neste sentido, houve a sugestão de partilha do Estudo de Caso por parte da Professora Orientadora, assim como a manifestação de interesse e de algumas dificuldades por parte da equipa de enfermagem, pelo que foi identificada uma necessidade de formação. Assim, é proposta esta Ação de Formação.

A formação e o desenvolvimento a nível profissional dos enfermeiros é “um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e, consequentemente, dos serviços prestados” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016). O ato de formar-se “(...) pressupões mudar, acrescentar valor no que respeita a competências, atitudes, para que essa mais-valia se faça sentir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde” (Fabião et al, 2005, p. 236).

Quanto à temática do presente trabalho, como o próprio título o indica consiste na abordagem da metodologia do estudo de caso e na elaboração de Planos de Cuidados Individuais relacionados com uma pessoa com Perturbação Delirante Crónica (PDC).

Vários autores têm demonstrado a importância dos estudos de caso no desenvolvimento profissional e na promoção de prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Hackel & Fawcett, 2018; Harrison & Mills, 2016; Heale & Twycross, 2018).

A aplicação deste método de investigação é crucial no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), como forma particular de atuação no âmbito da intervenção e prevenção da doença mental

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

e promoção da saúde mental. A doença mental é um problema crescente a nível mundial e a nível nacional, com impacto multidimensional (World Health Organization [WHO], 2021a; Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017). A PDC, no âmbito do espectro das perturbações psicóticas, enquadra-se no conceito de doenças mentais graves, que habitualmente comprometem a funcionalidade da pessoa durante um longo período (OE, 2021).

A estrutura do trabalho é definida pela Identificação do Problema, Definição da Estratégia, Planeamento da Atividade, Processo de Avaliação e Considerações Finais.

O presente documento obedece às regras da referência bibliográfica da APA (*American Psychological Association*), 7ª edição, e está de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico.

1-IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

1.1 Breve contextualização da Instituição e Serviço

O Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – Hospital de Portimão abrange o Internamento, o Hospital de Dia de Reabilitação e a Consulta Externa. O estudo de Caso decorreu sobretudo no Internamento. Este, situa-se no piso zero. Tem uma lotação de 15 camas e é constituído por diversos setores, tais como: 1 Gabinete para secretariado situado à entrada; 2 vestiários para o pessoal; 1 Corredor de acesso à Consulta Externa; 1 Refeitório; 1 Sala de estar; 7 Enfermarias (4 de 2 camas, 2 de 3 camas e 1 de 1 cama); 1 Gabinete de consulta/entrevistas; 1 Sala de pessoal; 1 Armazém avançado com material de consumo clínico e hoteleiro; 1 Sala de trabalho de Enfermagem; 2 Gabinetes (1 para a Enfermeira Chefe, outro para o Diretor de serviço); 2 armários para roupa; 1 zona de sujos; 2 sanitários para o pessoal e 5 sanitários para utentes.

Os utentes podem ser admitidos pela Consulta Externa, pelo Serviço de Urgência ou por transferência de outros serviços ou instituições.

1.2 Público Alvo

A presente ação de formação destina-se aos enfermeiros que integram o Serviço de Psiquiatria do Hospital de Portimão. A equipa de enfermeiros é constituída por 27 elementos, em que um é a enfermeira Chefe e quatro têm a Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica.

1.3 Diagnóstico da situação/necessidade de formação

No decorrer da elaboração do estudo de caso, por sugestão da Professora Orientadora e da manifestação de interesse, recetividade e de algumas dificuldades expressas por parte de alguns elementos da equipa de enfermeiros, que individualmente revelaram dúvidas quanto ao próprio processo de elaboração do estudo de caso e processo

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

de enfermagem, foi feita a proposta de realização de uma Ação de Formação. Foi abordada a Enfermeira Orientadora, a Enfermeira Chefe, o Enfermeiro responsável pela formação e restantes elementos da equipa de enfermagem. Deste modo, foi identificada uma necessidade de formação em serviço.

Estudo de caso é um método de investigação conduzido por diferentes fases, provenientes de variadas fontes, através do qual a pessoa que investiga realiza a recolha de dados, fomenta o processo de pensamento crítico e reflexivo, na tentativa de alcançar uma melhor compreensão da situação como um todo e em si, desenvolve um conjunto de intervenções adequadas consoante a especificidade da situação, e efetua a sua avaliação. A expectativa é que o enfermeiro obtenha conhecimento e vivência experiencial no âmbito da tomada de decisões e de resolução dos problemas identificados, possibilitando a oportunidade de estudo e de análise de uma situação real, e assim, aproximar a teoria da prática, integrando-a na sua práxis como uma unidade (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

O estudo de caso constitui também uma forma de desenvolver competências no âmbito da atuação do EEESMP, como a nível da “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21427).

A taxa de prevalência de doenças mentais em Portugal, a nível europeu, tem dos valores mais elevados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2021).

A PDC é uma doença mental grave, que não é muito comum, mas não é rara, e tem repercussões a vários níveis, nomeadamente no campo cognitivo, afetivo e social (Couto, 2014; González-Rodríguez et al, 2021). Tem características específicas e critérios de diagnóstico que a diferenciam de outras patologias, nomeadamente da esquizofrenia (APA, 2014), pelo que é importante conhecê-la, mas sempre tendo presente de que a dimensão biomédica é somente uma dimensão que está associada a outras numa perspetiva holística do campo individual de uma pessoa e sua componente multidimensional única. Uma das dificuldades na abordagem das pessoas com perturbação delirante é que não apresentam *insight* quanto à sua condição clínica, nem no que concerne à necessidade de tratamento, o que dificulta o processo terapêutico (Lopes, et al, 2022). A recuperação não envolve necessariamente a eliminação de sintomas, mas envolve o processo de integração das dificuldades de saúde mental na totalidade complexa do *self* (Best et al, 2020).

2. DEFINIÇÃO DA ESTRATÉGIA

2.1 Formação em Serviço

A sociedade atual, em permanente evolução, marcada por dinamismo, mutação e revolução a nível científico e tecnológico, e por um fluxo frenético de informações em constante mudança tem repercussões a vários níveis (Who Europe, 2010), nomeadamente a nível da práxis do enfermeiro. Neste sentido, a atualização contínua dos conhecimentos dos enfermeiros, que tem por base o processo reflexivo e crítico, é crucial, não só como forma de adaptação, mas também como forma de crescimento pessoal e profissional, criando a oportunidade para o desenvolvimento de competências e melhoria dos cuidados prestados. Paulo Freire, precursor da pedagogia crítica (Araújo et al, 2018), defensor de uma educação problematizadora, indica que o sujeito evolui através da interação dialética entre este e o meio circundante, onde o diálogo horizontal e o processo de consciencialização constituem alicerces fundamentais. A educação promove o processo ininterrupto de desenvolvimento do sujeito, possibilitando modificar e transformar comportamentos, e, assim, constituir fator de mudança, levando à libertação, longe da chamada alienação (Pitano, 2017). O conhecimento não resulta, pois, de um ato passivo, mas de uma procura ativa, que tendo por base a reflexão crítica, leva a uma permanente reconstrução, capacidade de resolução de problemas e de tomada de decisão consciente e fundamentada. A ação e a reflexão unem-se na práxis (Pitano, 2017; Araújo et al, 2018).

Esta visão é aplicável à aprendizagem de adultos, os quais são estimulados por um processo de auto direção e de autonomia (Pires, 2012).

No contexto particular dos enfermeiros, Patrícia Benner releva o papel formativo e experiencial como elementares na evolução dos enfermeiros desde principiantes a peritos (Haugland et al, 2018).

De acordo com o artigo 64.º do Decreto-lei 437/91, 8 de novembro, “a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivos comuns, e das necessidades individuais de cada membro do grupo”. A formação deve ser contínua,

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

atual e assente na evidência técnico-científica (artigo 20.º Decreto-Lei 248/2009, de 22 de setembro).

No âmbito da formação, o formador assume um papel de facilitador da aprendizagem, o que corresponde ao papel do enfermeiro especialista, devendo assumir-se como agente de mudança, pois “(...) enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados”. Como formador o seu foco deve ser não os utentes, mas também os seus colegas nas componentes de “(...) orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (regulamento 140/2019 do diário da República, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

2.2. Objetivos do Plano da Ação de Formação

O estabelecimento de objetivos permite “descrever de uma forma clara, concisa e precisa, o que o formando deve ser capaz de ficar a saber, saber-fazer, no fim de um determinado momento do processo de aprendizagem” (Rodrigues & Ferrão, 2012, p.121)

Assim, para a presente Ação de Formação foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Contribuir para uma melhor abordagem das pessoas com PDC.

Objetivos Específicos

- Perceber a importância e metodologia do estudo de caso;
- Desenvolver estratégias de abordagem perante a situação em particular;
- Releva o contributo da Teoria das Transições no Processo de Enfermagem;
- Reforçar a importância do processo de enfermagem e sua relação com a qualidade dos cuidados prestados;
- Fomentar momento de partilha e de reflexão em equipa;
- Promover a melhoria e uniformização dos cuidados de enfermagem.

3. PLANEAMENTO DA ATIVIDADE

A programação das intervenções e dos conteúdos é uma fase essencial que integra o processo formativo, bem como a sua divulgação, a qual foi feita pelo enfermeiro responsável pela formação em serviço.

Os métodos e técnicas de ensino serão o expositivo e interrogativo. O método expositivo realça a transmissão verbal de determinada informação, o qual pode ser seguido por um período de questionamento, marcado pela colocação de perguntas em que o formador e/ou formando podem ter um papel ativo. Deste modo, o método interrogativo, como processo indutivo, poderá auxiliar a condução da formação, mediante as necessidades reais dos formandos (Gouveia, 2007). Este método dinamiza a motivação no grupo, promove a partilha, a discussão de ideias e de experiências, e a reflexão, tendo por base a comunicação bilateral e a possibilidade de inversão de papéis formador-formando (Gouveia, 2007).

No tocante aos meios auxiliares de ensino, estes apoiam na componente estrutural da Ação de Formação, de acordo com os métodos e técnicas, e objetivos e conteúdos da Ação (Baptista, 2007). Nesta sequência, realça-se a importância da tecnologia educacional, onde se salienta o PowerPoint, uma ferramenta multimédia, que quando é utilizada sabiamente, e longe de uma mera apresentação de slides, tem amplo potencial pedagógico (Sanches, 2016).

Na página seguinte, é exposto o Plano da Ação de Formação.

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica.

Local: Serviço de Psiquiatria

Título: Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Grupo: Enfermeiros

Preletor: Cristina Paulo

Data: 19.09.2022

Hora: 14horas – 15horas

Modalidade: Presencial

Objetivos

Geral

- Contribuir para uma melhor abordagem das pessoas com PDC.

Específicos

- Perceber a importância e metodologia do estudo de caso;
- Desenvolver estratégias de abordagem perante a situação em particular;
- Relevar o contributo da Teoria das Transições no Processo de Enfermagem;
- Reforçar a importância do processo de enfermagem e sua relação com a qualidade dos cuidados prestados;
- Fomentar momento de partilha e de reflexão em equipa;
- Promover a melhoria e uniformização dos cuidados de enfermagem.

Tempo	Conteúdos	Métodos	Meios
10 minutos	<u>Introdução:</u> Apresentação da preletora, dos objetivos da Ação de Formação e auscultação dos participantes	Expositivo e interrogativo	Computador, software Microsoft PowerPoint, projetor
30 minutos	<u>Desenvolvimento:</u> • PDC; • História Pessoal; • teoria das transições de Meleis; • Avaliação do Estado Mental; • Processo de Enfermagem.	Expositivo e interrogativo	Computador, software Microsoft PowerPoint, projetor
15 minutos	Discussão sobre a temática e esclarecimento de dúvidas	Interrogativo	—
5 minutos	<u>Conclusão:</u> Encerramento da Ação de Formação	—	Preenchimento do questionário da avaliação da formação

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

4. PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Segundo o artigo o artigo 109.º da Lei n.º156/2015 de 16 de Setembro o enfermeiro deve-se preocupar com a excelência do exercício profissional no decurso da sua prática, constituindo a atualização contínua e a formação um aspeto crucial. Deste modo, é importante que o enfermeiro deva, de acordo com a alínea f) do artigo 9.º do referido decreto de Lei, “Avaliar as suas intervenções, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, tendo em vista a eficiência e qualidade dos cuidados de enfermagem, a autonomia e a valorização profissional”.

Nesta situação em particular foi desenvolvida a avaliação do processo, isto é, da ação de formação em si, através de um questionário (questionário em vigor no serviço que avalia as formações em serviço). Este questionário permite avaliar a formação, o desempenho da formadora, meios e logística.

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou a elaboração do Plano da Ação de Formação do estudo de Caso realizado durante o Estágio, e, tendo inicialmente por base uma sugestão, ganhou expressão como uma necessidade de formação na equipa de enfermagem (população alvo). Surgiu, então, uma oportunidade de uma área de melhoria contínua. Assim, foi desenvolvido trabalho de pesquisa assente em informação atual e pertinente, trabalho de análise e de reflexão/pensamento crítico acerca da temática e sua importância, como também sobre o relevo da formação em si como forma de desenvolvimento pessoal e profissional.

O Plano de Formação foi elaborado de acordo com a população alvo e suas necessidades, o modelo de Paulo Freire, assim como os objetivos a que se propôs. Foi estruturado de acordo com o preconizado pela OE e com o perfil do EEESMP no âmbito da investigação, planificação, execução e avaliação.

O EEESMP assume um papel crucial como facilitador de aprendizagem, agente de mudança, bem como a nível da liderança no contexto onde se insere.

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, B. B., Machado, A. D., Rossi, C. S., Pacheco, S. T., & Rodrigues, B. M. (2018). Paulo freire's theoretical and methodological framework: Contributions in the field of nursing. *Revista Enfermagem*, 26, 1-6
<https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.27310>
- Baptista, F. (2007). *Manual do Formando "Métodos, Técnicas pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto Real de Trabalho"*. Delta Consultores e Perfil. Consultado a 4 de Junho de 2022 in https://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/49590/mod_resource/content/0/A4/MN_FCT_Mod-A4.pdf
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional de saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo
<https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Decreto-Lei n.º 437/91 do Ministério da Saúde. (1991). Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Diário da Republica I.Série – A N.º 257-8-1991, de 8 de Novembro de 1991, 5723-5741. <https://dre.pt/application/conteudo/331852>
- Decreto-Lei n8/2010 – Diário da república, 1ªserie, n19, de 28 de Janeiro de 2010. Ministério da Saúde – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. P.-257-263.
- Fabião, A., Magano C.O., Ferreira J.M., Miranda P.R. (2005). Formação: contributo para a qualidade. *Servir*.53(5). 235-247.
- Galdeano, L, Rossi, L & Zago, M. (2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico. *Rev Latino-am Enfermagem* 11(3) 371-375

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Gouveia, J. (2007). *Métodos, Técnicas e Jogos pedagógicos: recurso didáctico para formadores*. Exponente. ISBN 978-972-97645-4-7.
<https://elearning.iefp.pt/mod/resource/view.php?id=22930>

Hackel, J. & Fawcett, J. (2018). Teaching and Learning From Case Studies: the Added value of Using a Nursing Conceptual Model to Construct Cases. *Nursing Science Quarterly* 31(3) 236-271 DOI: 10.1177/0894318418774872

Harrison, H. & Mills, J. (2016). Case Study: A Good Choice for Nursing and Midwifery Research. *Pacific Rim international journal of nursing research*, 20 (3), 179-182.

Haugland B.O., Lassen, R.M & Giske, T. (2018). Professional Formation Through Personal involvement and Value Integration. *Nurse Education Practice*. 29, 64-69. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.013>

Heale, R & Twycross, A (2018). What is a case study?. *Evid Based Nurs* 21(1) 10.1136/eb-2017-102845

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021). 20 anos de Relatórios de Primavera: Percurso de Aprendizagens.
https://mcusercontent.com/b826be5c93722e0818a99c861/files/c3f64342-073c-ae66-db69-f1dc451a730e/RP_2021.01.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). Regulamento da formação profissional da Ordem dos Enfermeiros
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. 1ªed Ordem dos Enfermeiros ISBN 978-989-8444-57-8.

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Pires, A.L. (2012). *A Educação de Adultos: um Novo Desafio Organizacional na Escola Publica*. [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa]. Repositório do IPL. Consultado a 4 de Junho de 2022 in <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2486>

Pitano, S. D. C. (2017). A educação problematizadora de Paulo Freire, uma Pedagogia do sujeito social. *Revista Inter Ação*, 42(1), 087. <https://doi.org/10.5216/ia.v42i1.43774>

Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf

Regulamento n.º 515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª. série, n.º. 151 (7 de Agosto de 2018), 21427-21430

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2.º Série- N.º 26- 6 de Fevereiro de 2019. 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Rodrigues, M & Ferrão, L (2016). *Formação Pedagógica de Formadores. Da teoria á prática Entidades Públicas e Privadas e-formação e e-learning* 10ªed Lidel ISBN 978-972-757-857-3

Sanches, C. (2016) PowerPoint como ferramenta educacional e sua contextualização nas TICs. *Revista Tecnologias na Educação*, 15(8), 1-9. Consultado a 4 de Junho de 2022 in <http://tecedu.pro.br/wp-content/uploads/2016/08/Texto7-Powerpoint-como-ferramenta-educacional-e-sua-contextualização-nas-TICs.pdf>

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

WHO EUROPE – Who evaluation of the national health Plan of Portugal (2004-2010)
Copenhagen: WHO Regional Office For Europe 2010.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/83991/E93701.pdf

World Health Organization (2021). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030
ISBN 978-92-4-003103-6
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1371507/retrieve>

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

APÊNDICES

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

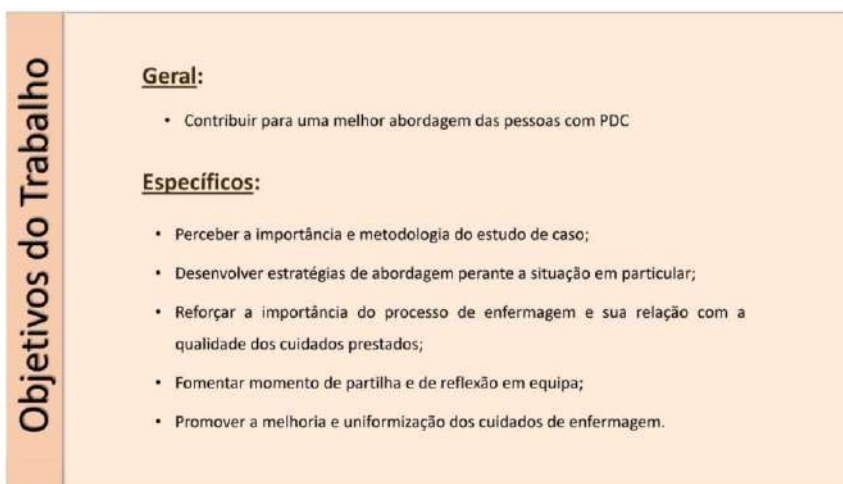
APÊNDICE I – Apresentação Powerpoint: Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica



Resumo	1 - Objetivos do Trabalho
	2 – Diagnóstico Médico: Perturbação Delirante Crónica (PDC)
	3 – História Pessoal
	4 - Teoria das Transições de Meleis
	5 – Avaliação do Estado Mental
	6 – Processo de Enfermagem
	7 – Considerações Finais
	8 – Referências Bibliográficas

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica



Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Diagnóstico Médico	<u>Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas</u>
	• Critérios de diagnóstico da perturbação delirante: A. Presença de um ou mais delírios com a duração de um mês ou mais. B. O critério A para a esquizofrenia nunca foi preenchido. C. Para além do impacto do(s) delírios(s) ou das suas ramificações, o funcionamento não é marcadamente prejudicado. D. Se tiverem ocorrido episódios maníacos ou depressivos, estes foram breves relativamente à duração dos períodos delirantes. E. A perturbação não é atribuível ao efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (APA, 2014) • Tipos de delírio. • Comprometimento: • Funcional, afetivo, cognitivo, social (APA, 2014; González-Rodríguez et al, 2021). • Uma característica é a aparente normalidade do seu comportamento e aspeto (APA, 2014).

Diagnóstico Médico	<u>Incidência e Prevalência</u>
	• Doença não muito comum, mas não rara (Couto, 2014). • Incidência global de 0.73 por 100 000 habitantes (Lopes et al, 2022). • Prevalência ao longo da vida é de 0.2% (APA, 2,14) e na população em geral é de 0.05-0.1 % (Lopes et al, 2022). • Afeta pessoas de qualquer idade, sendo mais comum entre os 40-49, e a média aos 46 anos (Harrison et al, 2018; Lopes et al, 2022). • Sem diferenças significativas quanto ao género (APA, 2014).

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Diagnóstico Médico

Etiologia

- A etiologia ainda não é claramente conhecida (Joseph & Siddiqui, 2022).
- Fatores de risco:
 - Idade avançada;
 - Fatores genéticos;
 - Défices sensoriais (auditivos e visuais);
 - Traços de personalidade paranoides, esquizoides ou evitantes;
 - Familiares com antecedentes de esquizofrenia ou perturbação paranoide da personalidade;
 - Imigração;
 - Baixo estatuto socio económico;
 - Consumo de substâncias (Couto, 2014; Lopes et al, 2022).

Diagnóstico Médico

Recuperação ?

A recuperação não é sinónimo de eliminação de sintomas (Best et al, 2020).

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Diagnóstico Médico

Evolução e Prognóstico

- Inexistência de dados fidedignos a longo prazo (Lopes et al, 2022).
- Prognóstico global pobre (Lopes et al, 2022).
- 21% desenvolve esquizofrenia (Harrison et al, 2018).
- Fatores de bom prognóstico (Lopes et al, 2022).
- Embora PDC seja uma entidade própria, não existe abordagem terapêutica específica (Lopes et al, 2022).

História Pessoal

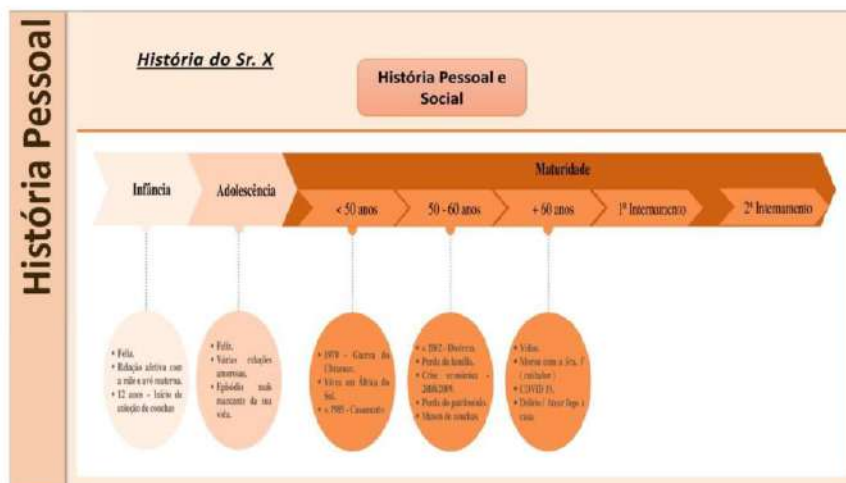


Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

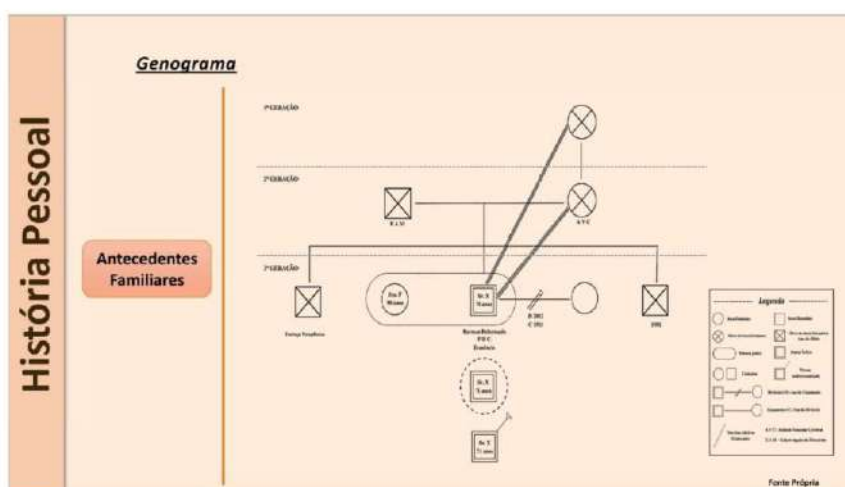
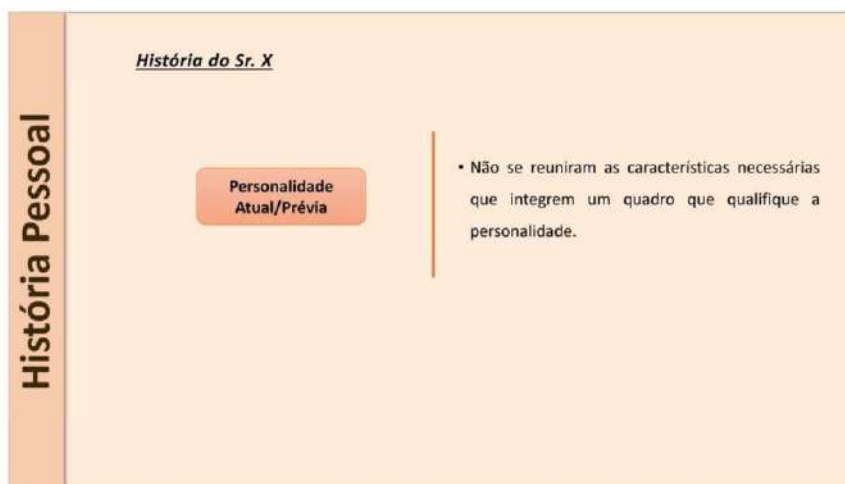
História Pessoal	<u>Fontes de Informação</u>
	• Fonte primária – Sr. X. • Fontes secundárias: • Processo Clínico; • Profissionais de saúde; • Vídeo.

História Pessoal	<u>História do Sr. X</u>	
	Identificação	• 71 anos. • 4º ano de escolaridade. • Barman (reformado). • Divorciado. • Sem descendentes. • Residência (última) - quarto arrendado.
	Motivo Internamento	• 16 Março 2022. • Resolução social. • Diagnósticos médicos – PDC e síndrome demencial de provável etiologia mista.
	História de Doença Atual	• Primeiro internamento (delírio). • Segundo internamento (atual). • Santa Casa da Misericórdia.

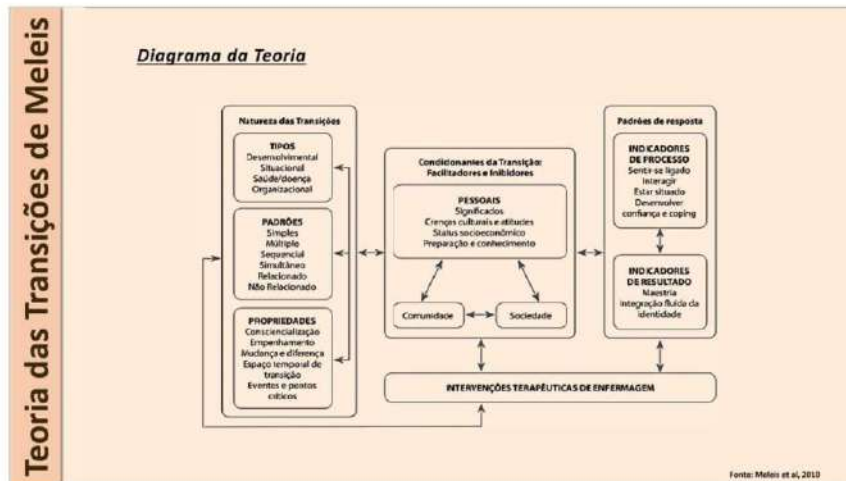
Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica



Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica



Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica



Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Teoria das Transições de Meleis

E o Sr. X ?

Avaliação do Estado Mental

Aparência Geral	Aspeto geral cuidado. Utiliza vestuário de acordo com a época do ano, tem higiene cuidada e é magro. Aparentemente a idade combina com a idade real. Não apresenta alterações a nível físico ou resultado de trauma. Estabelece contato ocular. Tem uma morfologia leptossômica (ectomórfico) (Abreu, 2011).
Postura	Retraída (Abreu, 2011)
Consciência	Vigil, sem alterações quantitativas ou qualitativas da consciência.
Atenção	Sem alterações significativas da atenção, quer a nível de hiperproxesia, hipoproxesia ou aproxesia, quer a nível de distractibilidade durante a entrevista. Porém, no decurso da aplicação de um teste a nível cognitivo, no contexto do Hospital de Dia, verificou-se alguma dificuldade num dos exercícios em que implicava a realização de subtrações sucessivas, o que corrobora com Nogueira e Cerejeira (2014).

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planejamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crônica

Avaliação do Estado Mental

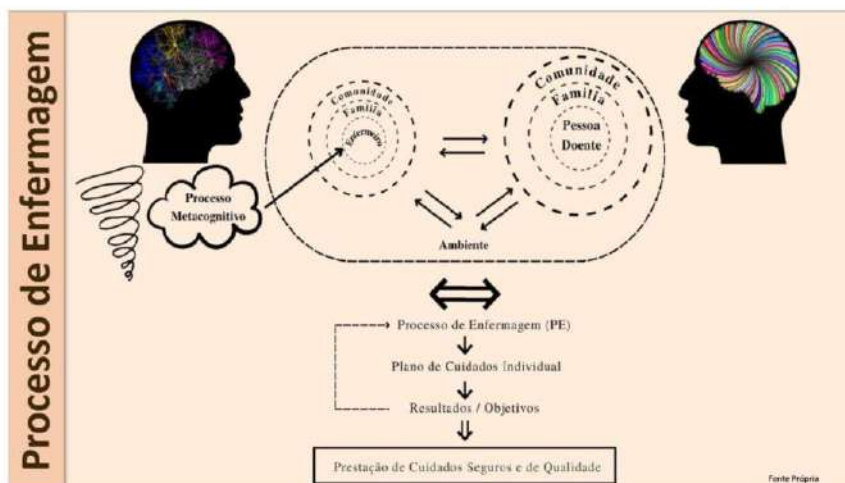
Orientação	Orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente.
Memória	Com alteração da memória imediata e recente, mas não a nível da memória remota.
Percepção	Sem alterações da percepção, particularmente a nível das distorções sensoriais ou falsas percepções.
Discurso	Sem espontaneidade, apresentando um discurso de resposta a perguntas, com frases curtas. Discurso hipoprosódico, pobre, bradifênico, com aumento do tempo de latência da resposta, ocorrendo momentos em que não emitiu discurso, e foi tangencial. Apresentou hipofonia e voz grave.
Pensamento	Alterações no curso do pensamento, com bradipsiquismo e circunstancialidade, e na continuidade, apresentando pobreza do pensamento. Sem alterações em termos de posse e conteúdo do pensamento. Ideias suicidas ausentes.

Avaliação do Estado Mental

Vivência do Eu	Alterações da consciência da existência e atividade do Eu, com diminuição da ressonância emocional, evidente ao longo da entrevista. No decurso desta, não foram observadas outras alterações, quer da unidade do Eu, quer dos limites do Eu, exceto num momento posterior, em que a pessoa referiu que “eu já não sou o que era” (segundo informação colhida), o que evidencia alterações da consciência da identidade e continuidade do Eu.
Humor, emoções e afetos	Humor eufímico. No decurso da entrevista apresentou, maioritariamente, embotamento afetivo, com diminuição da expressão emocional. Porém, houve um momento que o Sr. X apresentou maior expressão emocional, que coincidiu quando a entrevistadora mencionou, validando o que havia sido dito, que a pessoa tinha tido uma vida amorosa muito ativa, e o Sr. X sorriu. Existe congruência entre o conteúdo do discurso e a resposta emocional da pessoa.

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Avaliação do Estado Mental	Vontade, impulsividade e comportamentos agressivos	Hipobulia. Sem manifestação de alterações qualitativas da vontade, sem atos impulsivos, ou comportamentos auto ou heteroagressivos.
	Motricidade	Estado psicomotor lento, que, de acordo com Abreu (2011) está associado a uma lentidão dos processos mentais. A lentificação motora é notória através do decréscimo da amplitude e da frequência dos movimentos espontâneos e do discurso, para além da diminuição do tónus corporal (Nogueira & Cerejeira, 2014). Durante a entrevista as mãos movimentaram-se pouco, encontrando-se, maioritariamente, pousadas nas pernas da pessoa. Mímica facial pobre.
	Vida Instintiva	Sem alterações do sono, do comportamento alimentar (todavia, o Sr. X referiu estar cansado de não haver mudança das ementas, tendo de ingerir sempre o mesmo) e do comportamento sexual.
	Insight	Sem <i>insight</i> , não reconhecendo a sua doença e a necessidade de tratamento.



Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Processo de Enfermagem

Plano Individual de Cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados	Avaliação
Humor Depressivo	Avaliar humor Diariamente de manhã e à noite, segundo escala de avaliação integrada no sistema. Aplicação de instrumento de avaliação - Perfil de Estados de Humor (PEMH) (Viana, Almeida & Santos, 2001), com frequência mensal, no início da manhã (Anexo 2) (EESMP). Disponibilizar presença Disponibilizar tempo para estar em presença com a pessoa, através de uma atitude de aceitação e interesse, escutadora, de modo a promover a tranquilidade, segurança e confiança. Gestão ambiente Fornecer um ambiente calmo, com controlo dos estímulos, na tentativa de gerar um ambiente seguro, mediante as condições/possibilidades existentes. Incentivar a concretização de emoções Vigiar comportamento	Que a pessoa consiga alcançar o patamar de resposta emocional, de forma a atingir um humor eufórico. Humor não comprometido.	No decorrer do internamento houve mudança de humor, estando inicialmente com humor depressivo e depois com humor eufórico. Foram proporcionados momentos de livre expressão de sentimentos e emoções, numa ambiente calmo, acolhedor e de aceitação, e incentivado a participar em atividades recreativas (relaxante à participação). Nas últimas duas

Processo de Enfermagem

Plano Individual de Cuidados

– Executar Escuta Ativa Processo que promove a compreensão real da mensagem verbal e não verbal como resultado da interação entre a pessoa alvo de cuidados e o enfermeiro. Incute na pessoa a expressão de, obtendo: percepção a partir do entendimento de um problema da pessoa, promover a relação terapêutica. Escutar o relato e a angústia, e facilitar o desenvolvimento de confiança, segurança e conforto na pessoa. Esta intervenção promoveu consigo três elementos na sua execução: identificação de interesse; não fazer julgamentos; e manter a paciência para incentivar à expressão (Corliss & Siqueira, 2020). – Executar Apoio Emocional (EESMP) Está relacionado com a promoção de ambiente que incentive a livre expressão de sentimentos e emoções a nível emocional, sem clima de confronto, de segurança e de aceitação. Está associado à relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. – Gestão emocional Falar de modo calmo e pausado, diminuindo a possibilidade de hierarquia de comunicação, com postura de tranquilidade, e aplicando estratégias de gestão de stress.	sentido sobre a vida, a pessoa apresentou humor eufórico, acompanhado por exames positivos.
--	--

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Processo de Enfermagem	Plano Individual de Cuidados			
	– Executar Entrevista Motivacional (EESMP) A entrevista motivacional, centrada na pessoa e numa forma construtiva de colaboração, procura promover a motivação para a mudança do comportamento da pessoa. Tem como princípios: expor as motivações desatendidas; lidar com a resistência; e reforçar a autoeficácia. Numa primeira fase, habitualmente, assume cinco métodos: questionar; ouvir; resumir; refletir; apoiar/relaxar; assumir; e evocar. Assume de finalidade (Battista, 2019). – Executar Programa de Saúde Mental Positiva (EESMP) O objetivo é aumentar a saúde global da pessoa e a sua qualidade de vida e bem-estar psicológico, promovendo o seu empoderamento, a habilitação da pessoa com as atividades de enfermagem e a administração, adotando, assim, estilos de vida mais saudáveis. A operacionalização deste programa propõe a abordagem através de seis fatores: satisfação pessoal; atitude pró-social; Autocontrolo; Autoestima; Resolução de Problemas e Autoconhecimento; e capacidade de Relacionamento Interpessoal (Lima-Costa & Siqueira, 2024).			

Processo de Enfermagem	Plano Individual de Cuidados			
	– Executar Relação de Ajuda (EESMP) A relação de ajuda baseia-se numa abordagem centrada na pessoa alvo de cuidados, e não diretiva. O objetivo propõe um ambiente que leve ao crescimento, onde a pessoa possa ser genuína, sentir-se aceita e compreendida, para, assim, conseguir encontrar soluções para o seu problema, de acordo com os recursos disponíveis. Implica planeamento, uma estrutura e a definição de objetivos (Cassio, Soriano & Siqueira, 2025). – Treinar Competências Sociais (EESMP) Visa desenvolver as habilidades sociais, otimizando as relações positivas em contextos de interação, por meio de uma estrutura de intervenções para lidar com dificuldades relacionais (Lima-Costa, 2017). – Ouvir música, como intervenção de enfermagem (McCaffrey & Lucian, 2005; Siqueira, 2016; Ribeiro, 2020)			

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Processo de Enfermagem	Plano Individual de Cuidados			
	Diagnóstico de Enfermagem Cognição Comprometida	Intervenções de Enfermagem – Avaliar cognição (EESMIP) – Aplicação do Questionário de Reserva Cognitiva (Borral, Pereira & Peil, 2014) (Anexo 3) com frequência mensal ao longo do mês. – Enfatizar sobre Estratégias de Estimulação da Cognição – Ensinar sobre Técnicas Auxiliares de Compensação da Memória – Executar Estimulação Cognitiva (EESMIP) – Promover, no princípio, o restabelecimento clínico funcional, e posteriormente, o seu desenvolvimento, mantendo os défices cognitivos apresentados. Tudo, através de um conjunto de estratégias e técnicas cognitivas, entre elas: terapia de reestruturação para a realidade, terapia por reatualização, treino de funções específicas. A sua seleção é condicionada pelo tipo de défices apresentados (Gomes, Araújo & Silva, 2021). – Executar Treinos Cognitivos – Acompanhar, semanalmente, no Hospital de Dia. – Ouvir música, como intervenção de enfermagem (McCaffrey & Loucis, 2001; Siquiera, 2018; Ribeiro, 2020)	Resultados Esperados Que a pessoa apresente melhoria, na que mantenha a sua dimensão cognitiva, nas suas diferentes funções, com maior capacidade e autonomia.	Avaliação Pessoa apresenta alguns progressos e nível de linguagem, memória, percepção, da função visuoespacial e da prática. Apresenta melhora no desempenho das suas atividades de vida.

Processo de Enfermagem	Plano Individual de Cuidados			
	Diagnóstico de Enfermagem Comportamento Interativo Comprometido	Intervenções de Enfermagem – Avaliar Comportamento Interativo Comprometido (EESMIP) – Aplicação do Instrumento de avaliação Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) (APA, 2002) com frequência mensal ao longo do mês (Anexo 4). – Enfatizar sobre Comportamento Interativo – Promover o entendimento da pessoa acerca do comportamento interativo, sua importância e regras inerentes. Deixar a pessoa a seleção de sua atividade e seu gesto e entender a participação em atividades de grupo não competitivas, de forma gradual, incentivando o reforço positivo. Incentivar a pessoa a desenvolver relações interpessoais, participando em atividades de grupo, e apoiando – o ao compreender acerca das interações estabelecidas. Apoiar a pessoa no resgate à construção de expectativas de si e dos outros e no reconhecimento de situações que possam ser difíceis no âmbito relacional. – Vigiar comportamento – Estabelecer Limites – Preverir isolamento social	Resultados Esperados Que a pessoa consigo modificar o seu padrão relacional, conseguindo estabelecer relações a nível interpessoal, promovendo a sua interação, interação, interação e aumento da motivação para a ação e de partilha.	Avaliação Pessoa apresenta alguns progressos, promovendo alguns períodos na sala de convívio no "sua" coletivo (todas as vezes sob supervisão por sempre um lugar fixo), sem interação social. Permanece isolado, alterando períodos com os olhos fechados. Recusa participar em atividades de grupo. Quando solicitado, pessoa interage com os profissionais de saúde, mas com frequência pobre. Porém, nos últimos dias, antes de sair, o Sr. X, interage com o técnico com quem partilha o quarto, servindo-se de alimentos, e com outro técnico na sala de convívio, que lhe oferece um livro, e está

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Processo de Enfermagem	Plano Individual de Cuidados			
		- Executar Aconselhamento (EEESMP) O Aconselhamento visa capacitar a pessoa, promovendo a sua autonomia e crescimento pessoal, perante as adversidades da vida, para, assim, tomar decisões eficazes (Patterson & Eisenberg, 2003). - Executar Modificação de Comportamento (EEESMP) Consiste numa abordagem comportamental, e que, numa perspetiva behaviorista, considera o comportamento como algo latente, variável, constante vitais fatores inerentes à pessoa, caso e terapia. Pode ser utilizada em situações com a intervenção motivacional, mediante determinadas características (Sequeira & Sampson, 2023). - Treinar o Comportamento Assertivo (EEESMP) O comportamento assertivo promove a expressão de ideias, sentimentos e necessidades, tais como respeito perante os direitos alheios. É fundamental no âmbito das relações interpessoais quotidianas (Pereira et al., 2018). - Treinar Competências Sociais (EEESMP) - Vigiar Comportamento Interativo		manifestar interesse. Actos do contexto pendentes, entre parâmetros saldos no exterior de serviço, porém, agora só são permitidos saldos para os funcionários, e de acordo com critérios. A autora ainda questiona a pessoa quanto a uma eventual saída, mas a este recusa.

Processo de Enfermagem

Plano Individual de Cuidados

Avaliação do estado de saúde comprometida	- Avaliar Avaliação do estado de saúde comprometido (EEESMP) Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Insight Mediana e Bem-estar (Vasili et al., 2010) (Anexo 5) com frequência mensal ao longo do mês; - Executar escala ativa; - Executar Apoio Emocional (EEESMP); - Promover a Avaliação do Estado de Saúde; - Promover a conscientização e o insight.	Que a pessoa reconheça a natureza da sua condição médica, o desenvolvimento de sintomas e necessidade de intervenção e apoio terapêuticos. Deste modo, fomentar-se a aprendizagem de novos conhecimentos, aquisição de novas competências e reconstrução e reformulação para melhor lidar com a situação atual.	Pessoa não insight para um condição médica e necessidade de tratamento. Porém, apresenta consciência perante a sua necessidade de apoio face à sua vulnerabilidade a nível físico e cognitivo.
Adaptação Comprometida	- Avaliar a adaptação: Atitude de entrevista com frequência semanal, todos os meses; - Executar escala ativa; - Executar Apoio Emocional (EEESMP); - Avaliar o coping;	Que a pessoa desenvolva capacidades para lidar com novas situações de acordo com a sua situação subclínica.	Capacidade de adaptação reduzida visível no desenvolvimento das atividades de vida diárias e de uma maior abertura à intervenção.

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Processo de Enfermagem	Plano Individual de Cuidados			
	- Promover a utilização de estratégias de coping eficazes. É importante estimular o uso de sentimentos e reações, apoiar na identificação de estratégias, habilidades e forças, e métodos utilizados previamente face a situações problemáticas; auxiliar a pessoa a definir objetivos adequados de curto e médio prazo; incentivar a busca de recursos, de acordo com os objetivos; fomentar o treino de estratégias e habilidades; estimular o desenvolvimento de novas estratégias de coping, com vista à melhoria da capacidade de adaptação. - Promover a autoregulação; - Avaliar a auto-modificação; - Executar modificação do comportamento (EESMP) - Treinar competências sociais (EESMP) - Encorajar para Grupo de apoio - Executar terapia recreacional - Executar Terapia por Reminiscência Promover uma melhor adaptação do comportamento ao contexto do momento presente, através da lembrança de momentos, eventos, sentimentos e pensamentos do passado (Amorim, 2010).			

Processo de Enfermagem

Plano Individual de Cuidados

	Executar intervenção para autopercepção positiva (EESMP): Estimular a pessoa a descrever e compreender os seus pensamentos, sentimentos, o que a motiva e comportamentos observáveis, de forma positiva (Amorim, 2010).		
Falta de Conhecimento	- Avaliar conhecimento da pessoa sobre o diagnóstico; motivo de internamento (casual ou não tratado na vida); - Avaliar atitude face à doença/intercorrência; - Avaliar conhecimento quanto ao processo terapêutico; - Incentivar disposição para aprender; - Promover o empowerment; - Estimular o autoconhecimento, estimulando a); - Executar Programa de Educação em Saúde Mental (EESMP): A intervenção em saúde mental é necessária no âmbito do desenvolvimento de comportamentos associados à prevenção e manutenção da saúde a nível mental. É através desta intervenção, que se procura fomentar o reconhecimento de fatores a nível do bem-estar da própria pessoa, ou de outros que a circundam, obtendo-se resultados satisfatórios, e se diminui o estigma relacionado com a condição mental e tratamento associado (OM, 2011).	Que a pessoa adquira conhecimentos sobre a sua condição psicológica, desenvolvendo a sua melhor compreensão pessoal.	Condições comprometidas, relacionadas com a sua falta de insight quanto à sua condição mental, a necessidade de tratamento relacionado com esta, porém, mantendo associado à sua realidade funcional a nível geral. No entanto a presença de sinais traumáticos, a pessoa demonstra a sua fragilidade, mas também que lhe dá força e a nível físico, pelo que valoriza. Tratamento de medicação e falta de conhecimento, foram aplicados em benefício da desmistificação e mobilização, mesmo quando necessário, para além dos cuidados os levamos-se a cabo: não detido, derivado, principalmente, antes-se, apesar um

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Processo de Enfermagem	Plano Individual de Cuidados			
		- Executar Programa de Saúde Mental Positiva (EESMP); - Executar intervenções psicoeducativas (EESMP). <i>Alargar intervenções educativas, didáticas e de fomento de competências desenvolvidas para a pessoa acima da patologia e ser pessoas empáticas visando uma melhor e responsável gestão (Amorim, Almeida de Sousa, 2020).</i>		pois a literatura, para diminuir a probabilidade de sofrer eventos adversos associados a sintomas relacionados com a medicação, e trabalhar com a valorização dos seus pontos fortes e competências, assim como a sua capacidade de aprendizagem (assumindo-se a importância da educação) e de uma adequada gestão da medicação. Abordar o assunto de importância de colocar a medicação no momento da ingestão, com os profissionais de saúde, para evitar erros de medicação e evitar os efeitos secundários, com os profissionais de saúde, para evitar erros de medicação e evitar os efeitos secundários. A importância da prevenção de eventos adversos associados a medicação de forma adequada, bem como a nível geral, foi abordada. O Dr. N. N. manifestou alguma receptividade face à informação recebida e à parte médica.

Processo de Enfermagem	Plano Individual de Cuidados			
	Falta de Esperança	- Avaliar Falta de Esperança (EESMP) <i>Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Esperança de Herth - PT (Queiroz de Deus, 2018) (Anexo 6), com avaliação realizada no início da consulta.</i> - Promover a Esperança (EESMP) <i>É importante definir e avaliar as forças e potencialidades da pessoa, incluir ações de estratégias de reempoderamento cognitivo, e desenvolver a autoeficácia e habilidades da pessoa (Queiroz, 2020).</i> - Acompanhar sobre esperança - Encorajar a pessoa - Realizar atividades terapêuticas (EESMP) <i>As atividades terapêuticas são de acordo com os fins da relação terapêutica estabelecida, podendo recorrer-se a exercícios de identificação de atributos de esperança (e.g. Braille de esperança e Acorde dos Talentos) e o "Eu de esperança" (Queiroz, 2020).</i>	Que a pessoa seja capaz de enxergar o futuro de forma mais positiva, com desejo e razões para viver, com sentido de vida, com energia em si mesma e nos outros, e paz interior.	Esperança melhorada (potencialmente realizada, se avaliada de acordo com a escala).

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

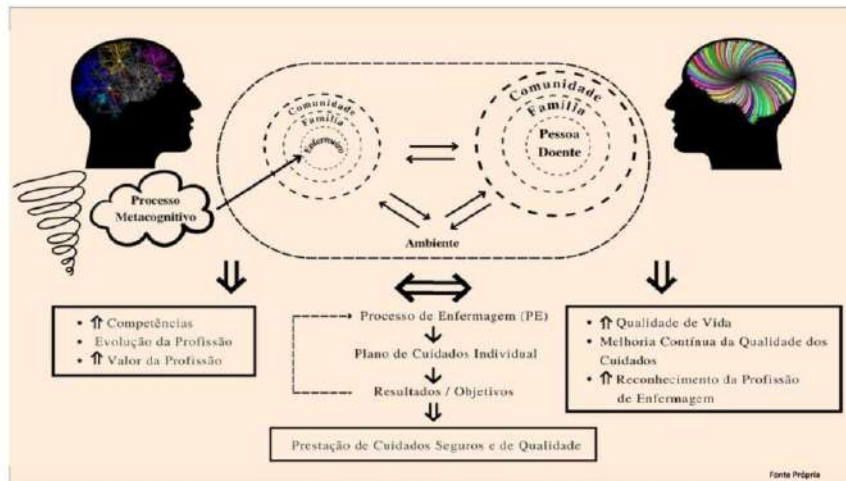
Considerações Finais

- A PDC é uma doença pouco comum, mas não rara, em que existe delírio, tendencialmente, encapsulado, sem grande repercussão no funcionamento, comparativamente a outras psicoses.
- A PDC é uma doença mental grave e que pelas suas características dificulta o processo terapêutico.
- A recuperação procura a maximização da funcionalidade e autonomia da pessoa.
- A relação enfermeiro-pessoa alvo de cuidados é o cerne da praxis do enfermeiro.
- A avaliação Diagnóstica e de Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é um processo fundamental e é conduzida sob três sentidos: o que a pessoa doente sabe, o que a preocupa e quais as suas estratégias/capacidades.

Considerações Finais

- É crucial que o enfermeiro desenvolva o pensamento crítico e o processo de raciocínio clínico, que estão na base do processo de avaliação diagnóstica, de intervenção diagnóstica e do processo de relação, e que estão associados à identificação das necessidades das pessoas, planeamento, intervenções desenvolvidas e avaliação da pessoa/família alvo de cuidados. O Processo de Enfermagem leva à elaboração de um Plano Individual de Cuidados, que é continuamente (re)avaliado. Só assim, poder-se-á cuidar de mais Sr. X. O estudo de caso enquadra-se neste contexto ao promover todo o processo.

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica



Referências Bibliográficas

- Abreu, J. (2011). *Introdução à Psicopatologia compreensiva*. 6ª ed. Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-81-0639-8
- Amara, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental: medicina e CPE*. Lusitânia ISBN 978-972-8630-55-4
- Amara, A., Almeida, E. & Sousa, I. (2020). Intervenção Psicossocial. In Sequiera, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.178-193). 1ªed. Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 1ªed Climepsi Editores ISBN 972-796-020-0.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 5ªed Climepsi Editores ISBN 978-972-796-347-6
- Barron, T. (2020). Entrevista Motivacional. In Sequiera, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.37-50). 1ªed. Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Best, M., Liu, H., Pyke, M. & Morrison, A. (2018). Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psychosis. *Schizophrenia Research* 222 132-138. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.036>
- Coelho, J., Sampaio, F. & Sequiera, C. (2020). Rotação de Ajuda. In Sequiera, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 183-185) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Crato, F. (2014). Perturbação Delirante Crónica. In Figueira, M., Sampaio, D. & Alvaro, P. *Manual de Psiquiatria Clínica*. (pp.191196). 1ªed Lidel ISBN 978-972-757-960-0
- González Rodríguez, A., Guàrdia, A., Seeman, M., Munoz, J. (2021) Optimizing treatment of delusional disorder: new goals for a new era. *Curr. Top. Pharmacol.* 25, 61-68
- Harrison, P., Cowen, P., Burns, T. & Fazel, M. (2018). *Shorter Oxford Text book of Psychiatry* 7th Ed Oxford University Press ISBN 978-0-19-024743-7
- Karen, L., Schumacher, K., Jones, P. & Meleis, A. (2020). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. In Meleis, A. (Ed). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.329-344) Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-9335-6.
- Ulich-Carst, T. & Sequiera, C. (2020). Saúde Mental Positiva. In Sequiera, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 61-63) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Lopes, C., Lúcio, M., Ribeiro, H. & Hansmann, S. (2022). Perturbação Delirante Persistente. In Pereira, D. & Pereira, J. (Coord). *Atualização Clínica em Psiquiatria: Principais Entidades Psiquiátricas*. (pp. 118-135) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-514-8
- Lozeiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 6, 7-16.

Aplicação da Metodologia do Estudo de Caso no Planeamento de Cuidados de Enfermagem Especializados a uma Pessoa com Perturbação Delirante Crónica

Referências Bibliográficas

- McCarthy, R & Lucin, R (2003). Music Listening as a Nursing Intervention: A symphony of practice. *Nurse Pract* 38(3) 70-77.
- Melari, A. (2012). *Transition Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8203-0515-6.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. 1ªed. Ordem dos Enfermeiros ISBN 978-989-8444-57-8.
- Patterson, J. & Eisenberg, J (2011). O processo de aconselhamento. 1ªed Martins Fontes
- Pereira, J., Teixeira, P., Valentim, O & Nogueira, M. (2013). Treino de assertividade na Enfermagem de saúde Mental. IX Congresso Internacional ASPESM
- Quintão, A (2010). *Promoção da Esperança em Saúde Mental*. In Sequiera, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e intervenções*. (pp.243-249). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Ribeiro, J (2010). *Terapias Complementares em Saúde Mental*. In Sequiera, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e intervenções*. (pp.238-242). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sequeira, C (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel ISBN 978-972-757-717-0
- Sequeira, C & Sampaio, F (2010). *Modificação do Comportamento*. In Sequiera, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e intervenções*. (pp.352-355). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Schroll, M, Pestana, M & Paul, C (2014). Measures of cognitive reserve in Alzheimer's disease. *Trends Psychiatry Psychother* 24(3). 160-168. <https://doi.org/10.1097/PSPT.0000000000000012>
- Sousa, L, Araújo, O & Silva, M (2010). Estimulação Cognitiva. In Sequiera, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e intervenções*. (pp.190-192). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Vanelli, L, Chardio, L, Levy, P, Figueira, L, Góis, C, Santos, J & Markova, I (2010). Adaptação para Português da Escala de Insight Markova e Berrios. *Acta Med Port* 23 1011-1020
- Viana, M., Almeida, P. & Santos, R. (2011). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humo – POMS. *Análise Psicológica*. 1 (30) 77-82.

"Um dia escrevi que tudo é autobiografia, que a vida de cada um de nós a estamos contando em tudo quanto fazemos e dizemos, nos gestos, na maneira como nos sentamos, como andamos e olhamos, como viramos a cabeça ou apanhamos um objeto no chão. Queria eu dizer então que, vivendo rodeados de sinais, nós próprios somos um sistema de sinais."

José Saramago

"Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas.
Pessoas transformam o mundo".

Paulo Freire



APÊNDICE VI - ARTIGO NA NEWSLETTER



OS PROJETOS E A PROMOÇÃO DAS APRENDIZAGENS DOS ALUNOS

por Silvia Domingos

Falar de projetos num momento em que, nas nossas escolas, tanto se fala do tema, por via da Autonomia e Flexibilidade Curricular, pode parecer redundante. Pessoalmente, não creio que o seja, na medida em que há ainda quem se sinta impelido a trabalhar em projeto sem perceber ao certo as vantagens da utilização desta metodologia de trabalho.

O que sabemos sobre projetos? E que impacto têm nos jovens e nas suas aprendizagens? Proponho-vos uma reflexão breve sobre esta temática. Para isso, recuemos um pouco.

O termo projeto deriva do latim *projectus*, que significa «algo lançado para a frente». O termo não é exclusivo do campo educacional, sendo utilizado em áreas distintas do conhecimento, como a arquitetura, a engenharia, a sociologia, a economia, entre outras.

As primeiras abordagens por projetos no ensino surgiram entre o final do séc. XIX e o início do séc. XX como consequência de um enorme descontentamento relativamente à pedagogia transmissiva. A ideia de trabalhar em projetos insere-se no movimento de educação progressista, associado ao pensamento de John Dewey, o qual defendia o experimentalismo, a preocupação de ligar a educação a objetivos práticos e pragmáticos, a atenção dada aos interesses dos alunos e o reconhecimento de diferenças individuais no ritmo de aprendizagem, conceitos e preocupações que permanecem atuais.

Como método de ensino, o trabalho por projeto foi impulsionado por William H. Kilpatrick, discípulo de John Dewey, o qual publicou, em 1918, *The Project Method*. O nome deste pedagogo americano surge, por isso, relacionado à origem da abordagem por projetos, que começou por ser implementado em escolas do primeiro ciclo, nos Estados Unidos, nesse mesmo ano.

BOLETIM INFORMATIVO
DO CFAE RIA FORMOSA

OS PROJETOS E A PROMOÇÃO DAS APRENDIZAGENS DOS ALUNOS



O que é um projeto?

É "um conjunto de ações interrelacionadas que se planeiam e implementam, tendo em vista objetivos específicos, num dado espaço de tempo, através da utilização de recursos disponíveis." (Silva e Miranda, 1990). Surge a partir dos problemas, necessidades, oportunidades e desafios de um indivíduo ou instituição e tem um caráter intencional e gerador, promovendo a mobilização integrada de saberes e capacidades e resultando num produto final socializável, que traduz o enriquecimento do grupo em termos de conhecimentos e capacidades.

Quais são, então, algumas das potencialidades do trabalho em projeto?

A meu ver, são sobretudo as seguintes: trabalhar diversas competências pessoais, nomeadamente a autonomia e a autodisciplina; promover a capacidade de diálogo e a cooperação; desenvolver a responsabilidade pelas tarefas assumidas; exercitar a comunicação e a expressão ativa de opiniões e tornar o processo de aprendizagem mais dinâmico, significativo e interessante.

Com efeito, quem trabalha em metodologia de projeto reconhece todas estas potencialidades, já que, ao contrário do que acontece no ensino tradicional, o aluno é colocado no centro da aprendizagem, desenvolvendo competências diversas. Segundo Mateus (1995), ao trabalho de projeto "está inerente uma nova forma de aprender, em que a prática cria vontade de agir, de refletir. (...) Cria-se uma nova relação entre a prática e a teoria, entre os saberes escolares e os saberes sociais. Nesta perspetiva, o aluno constrói o seu próprio saber, tem um papel ativo, projeta-se para o futuro, torna-se mais exigente em relação a si, aos outros e à realidade envolvente, torna-se mais capaz de intervir socialmente."

Em suma, interessa, sobretudo, que os alunos experimentem abordagens diversificadas e que enriqueçam as suas aprendizagens, e a metodologia de trabalho de projeto é uma interessante forma de o concretizar.

Bibliografia citada:

Kilpatrick, W. (2006). O Método de Projeto. Viseu : Edições pedagógicas.
Mateus, M.N. E. (1995). Área-Escola, Educação Ambiental e Pedagógicas Inovadoras. Tese de Mestrado em Extensão e Desenvolvimento Rural: Vila Real: UTAD.
Silva, I. e Miranda, G. (1990). Projecto Alcácer. Lisboa

**EM MARÇO VAMOS FALAR
DE DESPORTO ESCOLAR**





AGRUPAMENTO JOÃO DE DEUS

POR: MARIA JOÃO SERUCA

Garantir que todos os alunos são capazes de alcançar o seu potencial, independentemente do seu contexto socioeconómico ou situação pessoal, é o objetivo do Agrupamento de Escolas João de Deus em Faro. São várias as iniciativas que principiam no pré-escolar e que se estendem até ao ensino secundário. Mas, na prática, o que significa 'sucesso escolar para todos'?

Este texto explora alguns exemplos de projetos que apoiam a participação equitativa na educação de qualidade para todos.

São o caso dos projetos Erasmus+, com muita tradição no AEJD, que procuram potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional dos cidadãos, bem como o reforço da identidade europeia e da empregabilidade, promovendo o trabalho no âmbito de parcerias internacionais fomentando a partilha de conhecimento e a inovação nas áreas da educação, formação, juventude e desporto. Os Estágios Profissionais para alunos e Jobshadowing para professores, realizados em Sevilha. Atividades de Jobshadowing em que o AEJD colaborou como escola de acolhimento organizando três Ações de Curta Duração (ACD) subordinadas ao tema wordpress. Foi também colaborador num intercâmbio escolar, recebendo alunos Polacos com o Projeto "Power Project: 'Happy and Healthy Kids - We Learn and Play Together". Por outro lado os Projetos Erasmus+ "Equal Place in STEM Career and Digital World" e o "Spot and Stop Emotional School Dropout: Prevenção do Abandono Escolar Precoce", são dois exemplos de mobilidade de grupo para fins de aprendizagem, assim como para a cooperação, a qualidade, a inclusão e equidade, a excelência, a criatividade e a inovação no domínio do ensino escolar.

O Eco-Escolas é uma iniciativa desenvolvida em Portugal desde 1996 pela ABAE. Pretende encorajar ações e reconhecer o trabalho de qualidade desenvolvido pela escola, no âmbito da Educação Ambiental para a Sustentabilidade. O programa é coordenado a nível internacional, nacional, regional e de escola. Esta coordenação multinível permite a confluência para objetivos, metodologias e critérios comuns que respeitam a especificidade de cada escola relativamente aos seus alunos e características do meio envolvente.

O projeto Escola Azul, com o projeto "Salvaremos os animais marinhos da Ria Formosa", tem vindo a contribuir para a promoção da Literacia do Oceano na comunidade escolar e criar gerações mais responsáveis e participativas, que contribuam para a sustentabilidade do Oceano.

Com o Todos Contam temos conseguido desenvolver um conjunto de atividades que envolvem todos os alunos do AEJD a trabalhar as questões de educação financeira e que tem merecido distinção pelas entidades organizadoras, Conselho Nacional de Supervisores Financeiros - Banco de Portugal, Comissão do Mercado de Valores Mobiliários e Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões - e pelo Ministério da Educação, através da DGE e da ANQEP. Por essa razão, este ano letivo, fomos brindados com a vinda do ilustre Sr. Governador do Banco de Portugal (BP), Dr.º Mário Centeno, com uma aula aberta.

Estes são apenas alguns dos exemplos com maior destaque na comunidade educativa, pois são várias as iniciativas promovidas pelo nosso Agrupamento no que concerne aos projetos dinamizados e que podem acompanhar através do site da escola no seguinte endereço: <https://aejdfaro.pt/atividades/projetos/>.

AGRUPAMENTO MONTENEGRO

GProjeto eTwinning " Song Boat"

As turmas J e K do 3º ano da EBI de Marchil estão a participar no projeto Song Boat.

Bem-vindo a bordo do nosso SONG BOAT! Cantando as nossas tradições nacionais - reunindo as nossas antíteses.

Cinco países diferentes (Itália, Grécia, Portugal, Espanha e Polónia) juntam-se a uma viagem num SONG BOAT onde cada um canta canções na sua língua, mas sobre temas comuns. Quão semelhante é a nossa visão sobre a amizade? Quão diferente é o som da nossa música tradicional? Quais os costumes e as tradições que cada música nos transmite? Esperamos descobrir quando chegarmos ao nosso destino, a terra da amizade!

Na passada quarta-feira, dia 22 de fevereiro, as turmas de Marchil fizeram uma videoconferência, via google meet, com uma escola grega, de Tessaloni, onde os alunos se apresentaram e cantaram canções tradicionais do seu país.

Foi uma experiência muito divertida e enriquecedora.

Todos os meses haverá um tema diferente, com outro país diferente.

O objetivo deste projeto é proporcionar aos alunos conhecerem diferentes culturas através da música, desenvolverem as competências linguísticas através da língua inglesa e as competência digitais.

Por: Susana Castro, docente do 1º ciclo



AGRUPAMENTO DR ALBERTO IRIA SEMANA UBUNTU

O Agrupamento de Escolas Dr. Alberto Iria dinamizou, no final do mês de janeiro, a Semana Ubuntu, pelo segundo ano consecutivo.

A Semana Ubuntu contou com a participação de 23 alunos, dos 8º e 9º anos de escolaridade e foi dinamizada por uma equipa multidisciplinar constituída por quatro docentes, uma psicóloga, uma educadora social e por dois elementos da equipa do IPAV.



O Programa da Escola de Líderes Ubuntu é uma intervenção de desenvolvimento de competências socioemocionais e de educação para a cidadania, vocacionado para estudantes do ensino básico e secundário. Está enquadrado no Programa Nacional de Promoção do Sucesso Escolar e centra-se no desenvolvimento de uma cidadania global, tal como preconizado no Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória e na Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania.

Este projeto de educação não formal, orientado para a capacitação de jovens entre os 12 e os 18 anos, está desenvolvido a partir do modelo de liderança servidora e tem inspiração em figuras como Nelson Mandela, Martin Luther King ou Malala. Ubuntu é uma filosofia de origem africana que se traduz na expressão "Eu Sou porque Tu És", na valorização da interdependência e da solidariedade.

As dinâmicas desenvolvidas convidam a uma viagem interior que desafia a forma como cada um se vê a si mesmo e se relaciona com os outros, tornando-se capaz de "lutar pela mudança que quer ver no mundo" (Gandhi).



O Programa de Escolas Ubuntu tem como objetivos: capacitar jovens enquanto agentes da transformação ao serviço das comunidades, promovendo o desenvolvimento integrado de competências, com foco nas capacidades para a liderança servidora; capacitar educadores que, reconhecendo o potencial de transformação do método, ajudem a disseminá-lo, promovendo uma cultura de construção de pontes, onde os líderes servidores tenham um papel cada vez mais relevante; promover o diálogo entre e dentro das comunidades para a promoção da paz e construção da justiça, contribuindo para o desenvolvimento de sociedades mais inclusivas e resilientes e desenvolver uma ética do cuidado, focada na empatia, atenção e responsabilidade, considerando três dimensões: eu, eu/outro, eu/mundo.

Durante a Semana Ubuntu, em estreita ligação entre comunidade e escola, os participantes tiveram acesso a histórias de vida muito significativas e inspiradoras. Através de testemunhos, foi possível conhecer exemplos de diálogo, de mediação, de perseverança, persistência e superação de obstáculos.

TESTEMUNHOS DOS PARTICIPANTES NO FINAL DESTA SEMANA UBUNTU:

"Todos são capazes de tudo, até eu. Sou importante e não sou invisível. Aprendi a ter mais empatia e trabalhar em grupo."

"Aprendi que tenho que estar bem comigo mesmo para ajudar os outros."

"Devo ser mais aberto e ter mais empatia com o próximo."

"Foi uma semana divertida, diferente, na qual aprendi várias coisas."

"Aprendi nesta semana, que nós precisamos de ter coragem para enfrentar os nossos medos."

AGRUPAMENTO PAULA NOGUEIRA

PROJETO MAIS ÁGUA- 1º CICLO

A implementação deste projeto envolve uma visão ampla dos inúmeros problemas que o mundo atual vem enfrentando em relação à falta de água. Pretende-se proporcionar aos alunos uma grande diversidade de experiências, com participação ativa, visando uma maior consciência sobre as questões relativas à água e à sua proteção e conservação.



PROJETOS "O NOSSO MUNDO DE MÃOS DADAS"/"SABERES DO PASSADO"



Este projeto, inserido nos domínios da Educação para a Cidadania, tem proporcionado a realização de atividades em parceria com diferentes elementos da comunidade educativa/local, a saber: Arte da Empreita, confeção de pratos da gastronomia local (xarém, empanadilhas, ...), criação de marcadores temáticos, cartazes/sessões de sensibilização, palestras sobre os diferentes temas.

"PROJETO INICIAÇÃO À ROBÓTICA"

Este projeto tem contribuído para o desenvolvimento de capacidades associadas ao pensamento computacional, à literacia digital e ao fomento de competências transversais ao currículo.

Os alunos são desafiados a desenvolver e concretizar atividades pedagógicas, por vezes em contexto de articulação vertical, usando a plataforma Ubbu, os robôs Bee Bot, Matatalab, entre outros.



AGRUPAMENTO PINHEIRO E ROSA

Uma dúvida que nos depara quando falamos em projetos num Agrupamento é se estes deverão ser atividades extracurriculares (com o seu espaço próprio mas atomizadas dentro da dinâmica da escola) ou de aprofundamento e complemento do currículo interligando o currículo e as atividades).

Esta dúvida ficou em parte esclarecida para nós com a aprovação do DL 55/2018 que no seu preâmbulo refere *"A realização de aprendizagens significativas e o desenvolvimento de competências mais complexas pressupõem tempo para a consolidação e uma gestão integrada do conhecimento, valorizando os saberes disciplinares, mas também o trabalho interdisciplinar, a diversificação de procedimentos e instrumentos de avaliação, a promoção de capacidades de pesquisa, relação, análise, o domínio de técnicas de exposição e argumentação, a capacidade de trabalhar cooperativamente e com autonomia"* ou com a definição das competências previstas no PASEO. Ficou, porque pensamos que esta "encomenda" dificilmente será cumprida apenas através de uma base disciplinar da escola, não só porque as disciplinas em si apenas refletem uma parte da realidade, como não têm os professores o tempo e as competências necessárias para colocar dentro da sua disciplina esta articulação de saberes e competências. Assim devem os projetos servir de ferramenta de apoio ao currículo, com impacto nas Aprendizagens Essenciais? E devem ser só isso? Ou também isso? Ou estarem apenas direcionados para o que não cabe dentro das AE disciplinares?



Um dos caminhos trilhados pelo AEPROSA (e dizemos um, porque num agrupamento, especialmente como o nosso, há sempre espaço para caminhos alternativos e paralelos) passa pelo papel que os projetos (e as suas respetivas equipas) podem ter na articulação do currículo, criando e propondo atividades destinadas a ser "usadas" pelos diferentes professores. Quando se organizam oficinas de desenho científico (para alunos de Artes? de Ciências? Para todos!) quando no CLUBE de CIÊNCIA VIVA se organizam acampamentos ambientais e artísticos, quando no ECO-ESCOLAS implementamos e tratamos os dados de auditorias com temas tão diversos como resíduos, espaços exteriores e mobilidade, quando o CLUBE DE ROBÓTICA está a contruir modelos de casas mais ecológicas usando a domótica, a imprimir mapas em 3D de Portugal ou modelos da Vénus de Milo, quando o PROJETO CULTURAL do AGRUPAMENTO tenta fazer das Ruínas de Milreu ou do Ludo uma sala de aula, não só para as Artes mas também para as Ciências e Economia, e através da PELE se tenta infiltrar a Arte na Escola, quando projetos Erasmus criam um manual de recursos STEAM ou através de intercâmbios se ficam a conhecer as diferentes realidades da Europa e as suas HISTÓRIAS DIVERSAS, quando o BIKEME promove não só o uso da bicicleta como meio de transporte e sua reutilização por diferentes pessoas, quando se organizam "MENINA ESTÁS Á JANELA" pela cidade, quando através dos ORÇAMENTOS PARTICIPATIVOS e PARLAMENTOS DOS JOVENS, se discute e propõe-se intervir na comunidade, entre outras dezenas de exemplos estamos a criar recursos que devem criados e aproveitados dentro do espaço letivo. No entanto não podíamos de terminar este artigo sem um último pensamento: como nas restantes atividades implementadas na escola, para tudo isto funcionar, os seus profissionais (sejam professores, técnicos especializados ou assistentes técnicos e operacionais), devem se sentir valorizados, num ambiente estável e positivo, que lhes permita prospetivar a sua ação, não num ciclo de um ano letivo, mas com um horizonte temporal mais alargado...infelizmente não é o ambiente em que vivemos agora. Esperemos que a situação mude e que quem de direito assuma as suas responsabilidades.

AGRUPAMENTO TOMÁS CABREIRA

Na sequência do projeto Filosofia Prática e Ética Escolar e da criação do gabinete de aconselhamento/acompanhamento filosófico, o projeto #ANIMA-TE da Escola Secundária de Tomás Cabreira, adotou como princípios orientadores:



- Promover a harmonia e a qualidade de vida, em meio escolar;
- Dinamizar estruturas de Aconselhamento Ético e Filosófico que permitam responder a inquietações, perturbadoras das relações interpessoais, em contexto educativo;
- Criar espaços de abertura ao funcionamento do diálogo interativo;
- Desenvolver procedimentos de reequilíbrio das tensões emocionais latentes;
- Estabelecer condições efetivas de mediação, nomeadamente em situações de conflito.

Os intervenientes no/do #ANIMA-TE são professores com formação em Filosofia Prática e Filosofia Aplicada; o PES - Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde; e o Serviço de Psicologia e Orientação Escolar, sendo que as problemáticas a abordar serão aquelas que forem sugeridas pelos alunos, os principais intervenientes, motivo pelo qual o primeiro contacto com o #ANIMA-TE é crucial, bastando para o efeito o aluno contactar o atelier via animate@agr-tc.pt



PROJETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE- ENCONTROS COM A ADOLESCÊNCIA

O Projeto existe na nossa escola há 26 anos. Tem dinamizado diversas atividades para a promoção da saúde do adolescente, quer física quer mental e pretende ser um espaço motivacional para os afetos e partilha de emoções. Iniciou em 1997 com um Gabinete onde existia o "Livro dos desabaços", um espaço de convívio e atendimento personalizado. Seguiram-se jornais de parede, sessões nas turmas, dinamização de dias comemorativos, caixas de perguntas online e exposições. Ao longo do tempo temos desenvolvido atividades em interdisciplinaridade com as Artes, com o projeto #anima-te e com o SPO, em colaboração com a da Saúde Escolar e outras entidades. Atualmente acompanha estes jovens fragilizados pelos tempos presentes e fá-los acreditar que a Adolescência, de tão bonita que é, merece ser vivida, alegremente e sem correr riscos.



AGRUPAMENTO DR. FRANCISCO F. LOPES

O projeto do Clube Ciência Viva na Escola (CCVnE) do AEFFL promove o ensino experimental das ciências numa dinâmica multidisciplinar, integrado nos currículos, contribuindo para o despertar e para o desenvolvimento da curiosidade científica. Os alunos do AEFFL são estimulados, do pré-escolar ao 12º ano, a envolver-se em projetos de âmbito nacional e internacional, resultantes das parcerias constituídas com outras escolas e universidades. Em contexto de sala de aula são desenvolvidas atividades em parceria com os Centros de Ciência Viva da região, para além das atividades promovidas de forma interdisciplinar que vão ao encontro das áreas-chave definidas na Estratégia Nacional de Educação Ambiental, nomeadamente, as áreas da saúde, do mar, das energias renováveis, do sector agroalimentar, das TIC, da sustentabilidade, e da preservação ambiental. O CCVnE dispõe de um espaço maker fundamental para o desenvolvimento dos projetos dos alunos, incluindo provas de aptidão profissional, mas também para a formação técnica dos professores, palestras especializadas e partilha de experiências. Atualmente, o CCVnE engloba os Clubes e Projetos que anteriormente existiam no AEFFL como estruturas individuais e isoladas e que agora integram, com as suas propostas, o Plano Anual de Atividades do CCVnE articuladas sequencialmente.



AGRUPAMENTO JOÃO DA ROSA

No âmbito do Plano de Desenvolvimento Pessoal, Social e Comunitário (previsto no Plano Estratégico de Recuperação das Aprendizagens 21/23), está em curso a concretização de vários projetos/programas, entre eles, o Posso, consigo e sou (alunos dos 3.º, 4.º e 5.º anos), o INCLUD-ED (alunos dos 1.º, 2.º e 3.º ciclos) e o Integr(ar)te (alunos de duas turmas do 3.º ciclo).

O programa Posso, consigo e sou, da responsabilidade da Educadora Social Carina Resende, inserido no projeto Supera-te, tem como entidades parceiras a MOJU - Associação Movimento Juvenil, de Olhão, no âmbito do projeto "SER Mental", e a ACASO - Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão, no âmbito do Programa CLDS 4G "Olhão em Rede". Os métodos e técnicas utilizados no programa seguem uma abordagem de educação não formal. Privilegiam-se as dinâmicas de grupo como ferramentas de promoção de novas aprendizagens, da relação interpessoal, e da tomada de consciência do meio envolvente, proporcionando às crianças/alunos novas formas de pensar, sentir e relacionar-se com os outros, na base do respeito mútuo, interajuda, solidariedade e cooperação. As atividades incluem a leitura de contos do Plano Nacional de Leitura; atividades de consciência grupal, atividades de mindfulness, visionamento de curtas-metragens infantis, debates, role-play, cartas de escrita criativa, audição e construção de letras e músicas, e jogos de capacitação.



O projeto INCLUD-ED, coordenado pela professora Ana Isabel Santos, em articulação com a Educadora Social Carina Resende, está a concretizar-se através das ações educativas de sucesso Tertúlias Dialógicas Musicais e Literárias (no 1.º ciclo, têm lugar quinzenalmente; nos 2.º e 3.º ciclos, as tertúlias realizam-se em função do plano curricular de turma) e Grupos Interativos (1.º ciclo).

O projeto Integr(ar)te, desenvolvido em parceria com a Associação Tempos Brilhantes, visa responder à problemática da não aceitação, discriminação social e exclusão de jovens, com base em questões raciais e de etnia, bem assim como do insucesso escolar (alunos com duas ou mais retenções e alunos em grave risco de absentismo). Semanalmente, propõem-se espaços de criação artística onde os participantes serão agentes de transformação social, diminuindo cenários de discriminação e exclusão, através, por exemplo, da metodologia do teatro do oprimido

O “ROTEIRO DE FORMAÇÃO DOCENTE EM LITERACIA DA SAÚDE MENTAL POSITIVA” RELAÇÕES QUE ABREM CAMINHOS



A PARTIDA

A minha Professora de Filosofia tem sido uma referência no meu percurso de vida e sempre sonhei com a possibilidade de um dia concretizarmos um projeto comum. Em 2022 iniciei o meu estágio de “Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” e pensei que era a altura certa de concretizar este meu sonho. Falei com a Professora em Abril. Aceitou! O resto, é a história que vos vamos contar!

- - - - -

Em Abril de 2022 fui contactada pela Cristina, minha aluna, aos 15 anos, no Liceu de Faro, mas que sempre acompanhei porque se manteve próxima, querendo partilhar comigo percursos de vida e profissão.

Falou - me, então, de um sonho que sempre a acompanhara - realizar, comigo, um projeto que pudesse envolver a sua área de trabalho e as minhas competências na docência e na Formação de Professores. Aceitei! Encantada!

O resto, é a pequena história, muito resumida, que queremos partilhar convosco!



A CAMINHO DO PROJETO

Estava aceite o desafio e iniciado o caminho que previa um encontro de expectativas, conhecimentos e referenciais teóricos e práticos sobre o papel da enfermagem e do enfermeiro na sua relação com as pessoas (Bornes & Mitchell, 2004; Gunther, 2004,2014; Mitchell, 2004), sobre a importância da introdução do conceito de Literacia em Saúde Mental (Kutcher, Wei & Coniglio, 2016) e em Saúde Mental Positiva (Lluch-Canut,2020). E, principalmente, sobre como seria possível mobilizar estes conceitos e praxis para dar corpo ao projeto de intervenção pretendido onde, partindo de um diagnóstico de necessidades, se iria apresentar uma oferta formativa, dirigida aos docentes, focada na “promoção da saúde mental”, através de um trabalho de identificação e consolidação de competências socioemocionais, essenciais no exercício da profissionalidade docente.

Procurando responder, com a maior clareza, às questões que fomos colocando, procedemos a um diagnóstico sustentado na metodologia de “investigação - acção”, utilizando, ainda, o suporte de “análise Swot”, e elaborámos, então, uma proposta formativa através da qual se pretendia facultar aos professores, instrumentos facilitadores de uma literacia em saúde mental positiva, empoderando-os e capacitando-os para a sua profissionalidade docente; dotá-los de conhecimentos que os conduzissem a comportamentos e atitudes, pessoais e profissionais, focados na busca de equilíbrios e competências socioemocionais; apoiá-los, depois, na mobilização/transferência das competências trabalhadas, para as integrar na sua prática docente, como mediador do processo de aprendizagem.

O Modelo de Trabalho que nos pareceu contemplar, de um modo mais efetivo e funcional, a ligação entre o conceito de “Saúde Mental Positiva” e as diferentes possibilidades conceptuais das “competências socioemocionais” foi o “Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva” (Lluch-Canut, 1999), que parte de uma matriz de seis fatores, que podem ser identificáveis com descritores de competências socioemocionais. Foi este o modelo escolhido para o desenvolvimento do nosso “Roteiro de formação docente em literacia da saúde mental positiva”.



A REALIZAÇÃO DO PROJETO

O Projeto de Formação foi desenhado e proposto para quatro sessões de três horas, divididas em duas Ações de Curta Duração (ACD), preparadas de um modo sequencial. O que queríamos conseguir fazer, durante estas doze horas de formação, era, em primeiro lugar, explicitar a importância do Referencial de Conceitos que pretendíamos utilizar: o Modelo Multifatorial de Teresa Lluch e os conceitos de "Saúde Mental Positiva" e "Literacia da Saúde Mental Positiva" a ele inerentes, como ponto de partida do Roteiro de Formação. Em seguida, identificar e caracterizar os "factores" do modelo como descritores passíveis de identificação com as competências socioemocionais que pretendíamos trabalhar e consolidar durante a formação. Depois, realizar, ao longo da formação, as diferentes propostas de atividade, para alcançar as expectativas de organização de conteúdos, partilhados e discutidos, tendo em vista a estruturação de suportes de conhecimento para as "competências socioemocionais". O "Guião Socioemocional do Professor", apresentado na última sessão de trabalho, propondo, de um modo prático, atividades transversais para consolidação das "competências socioemocionais" e, ainda, outras atividades específicas, de carácter pedagógico, para aplicação em contexto de sala de aula, permitiu - nos pensar que ficou aberta a porta para a continuidade deste projeto, pela mão de cada formando.

Para além de momentos formativos, significativos para todos os participantes, estas quatro sessões foram experiências de partilha, vividas entre exercícios de sincronização, com música; entre dinâmicas de grupo, construindo perfis, idealizados, de personagens decorrentes dos factores/competências socioemocionais, de forma a poderem vir a ser utilizados como referência; ou ainda, realizando um trabalho individual, simples, forte e corajoso, para criar a "melhor versão de si próprio", como possível estratégia no caminho da "auto-estima".

Pelo caminho, ficaram os momentos de troca efetiva de conhecimento, de opinião, de diversidade de abordagens. E também, de construção de proximidades, de descobertas, de entendimentos, de empatia. Foi assim que concretizámos o Projeto.

CONCLUSÃO

Construímos, ao longo das nossas vidas, uma "Relação que abriu caminhos" e que nos fez chegar a este momento, conscientes de termos vivido este percurso de um modo consistente, partilhando e enriquecendo o nosso património de afetos e conhecimento.

Esta dinâmica de partilha, em contexto de formação, deu-nos, claramente, um sentimento pleno de satisfação pessoal.

Míriam Aço
Cristina Paulo



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bornes, D & Mitchell, G. (2004). Rosemarie Rizzo Parse: Human becoming. In Alligood, M. Evolution of Nursing Theorists. (pp.464-495). Eighth Editions. Elsevier ISBN 9780323091947.

Gunther, M. (2004). Martha E. Rogers: Seres Humanos Unitários. In Tomey, A & Alligood, M. Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (pp. 253-278). 5ªEd. Lusociência ISBN 9728383746.

Gunther, M. (2014). Martha E. Rogers: Unitary Human Beings In Alligood, M. Evolution of Nursing Theorists. (pp.220-239). Eighth Editions. Elsevier ISBN 9780323091947

Gunther, M. (2014). Martha E. Rogers: Unitary Human Beings In Alligood, M. Evolution of Nursing Theorists. (pp.220-239). Eighth Editions. Elsevier ISBN 9780323091947

Kutcher, S, Wei, Y & Coniglio, C (2016). Mental Health Literacy: past, Present, and Future. The Canadian Journal of Psychiatry 61(3) 154-158 DOI: 10.1177/0706743715616609

Lluch-Canut, M. T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva [Tesis Doctoral, Facultad de Psicología da Universidad de Barcelona]
https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2366/E_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lluch-Canut, M. T. (2020). Cuida la Salud Mental Positiva: un abordaje para afrontar con más fuerza mental la situación generada por la pandemia de Coronavirus COVID-19.

Mitchell, G. (2004). Rosemarie Rizzo Parse: Tornar-se Humano. In Tomey, A & Alligood, M. Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (pp. 593-628). 5ªEd. Lusociência ISBN 9728383746



**A formação referida neste Artigo é parte integrante da
Unidade Curricular Estágio II**

**Projeto de Intervenção em Serviço - "Saúde Mental Positiva
e Profissionalidade Docente: a Literacia em Saúde Mental
Positiva como Caminho de Valoração do Perfil Docente"**

**Mestrado em Enfermagem - Saúde Mental e Psiquiátrica
na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Setúbal**

**Professora Orientadora - Professora Ana Paula Banza
Zarcos Palma**

APÊNDICE VII - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA (RIL)

OS EFEITOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL POSITIVA NOS PROFESSORES : REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

THE EFFECTS OF PROMOTING POSITIVE MENTAL HEALTH ON TEACHERS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Cristina Paulo¹; Ana Palma²

1 - Enfermeira de Cuidados Gerais Na Unidade de Cirurgia de Ambulatório da ULS Algarve –

Hospital de Faro

2 – Docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Autor de Correspondência

Cristina Paulo, cristina.lpaulo@gmail.com

Resumo

A saúde mental positiva é um direito do ser humano e fomenta a otimização do seu funcionamento. Assim, é essencial a promoção da saúde mental positiva nos professores, que são um grupo vulnerável e que assumem um papel elementar na comunidade educativa e seu propósito. **Objetivo:** Identificar os efeitos da promoção da saúde mental positiva nos professores. **Métodos:** Revisão Integrativa segundo os critérios do Joanna Briggs Institute. Realizada pesquisa nas plataformas *EBSCO Host*, *Web of Science* e *PubMed* no mês de Julho de 2023, através do recurso a Descritores Ciências da Saúde - DeCS e *Medical Subject Headings – MeSH*. **Resultados:** Com a pesquisa na base de dados surgiram 223 artigos não duplicados, dos quais 4 foram selecionados através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. **Conclusões:** A promoção da saúde mental positiva, nas suas mais diversas formas, possui inúmeros benefícios no grupo dos professores. O seu impacto é positivo e multidimensional. Fomenta os níveis de bem-estar e de relacionamento intrapessoal e interpessoal, apoiando no desenvolvimento profissional. Um dos efeitos indiretos da promoção da saúde mental positiva nos professores é a influência positiva que podem exercer nos alunos, podendo melhorar a sua saúde mental e resultados escolares. A promoção da saúde mental positiva nos professores é crucial como parte integrante essencial de um todo, influenciando e sendo influenciada mutuamente. Embora os benefícios ainda existem poucos estudos. O desenvolvimento das diversas estratégias apoiadas

em diferentes modelos deve ser ajustado às necessidades dos professores, objetivos pretendidos e realidade contextual. **Descritores:** Saúde mental positiva, inteligência emocional, promoção de saúde, educação continuada, capacitação de professores.

Abstract

Positive Mental Health is a human right and promotes the optimization of its functioning. It is, therefore, essential to promote Positive Mental Health in teachers who are a vulnerable group and take on an elementary role in the educational community and its purpose. **Objective:** To identify the results of promoting Positive Mental Health in teachers. **Method:** Integrative Review/Revision as per criteria of Joanne Briggs Institute. Research conducted on platforms/sites EBSCO Host, Web of Science e PubMed in the month of July, 2023 resorting to/resulting from descriptors DeCS e *Medical Subject Headings – MeSH*. **Results:** Research on the data-base resulted in 223 non-duplicated articles, of which 4 were selected through the application of inclusion and exclusion criteria. **Conclusions:** The promotion of Positive Mental Health, in its most diverse forms, possesses many benefits in the group of teachers. Its impact is positive and multi-dimensional. It promotes and increases the levels of well-being and intrapersonal and interpersonal relationships, supporting professional development. One of the indirect effects of promoting Positive Mental Health in teachers is the positive influence that may be applied to students/pupils, thereby bettering their mental health resulting in more positive results in school. Promoting Positive Mental Health in teachers is crucial as an essential integrant part as a whole, influencing and being influenced mutually. However, there do not exist many studies reflecting benefits. The development of diverse strategies supported in different models should be adjusted to the teachers' needs, expected objectives and contextual reality. **Descriptors:** Positive mental health, emotional intelligence, health promotion, continuing education, teacher training.

Introdução

A Saúde Mental (SM), de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), pode ser abordada numa perspetiva de estado de saúde mental que possibilita que os indivíduos consigam gerir as situações de stress, que concretizem as suas aptidões, que desenvolvam aprendizagens e trabalho, e que colaborem nas comunidades envolventes.

A saúde mental é parte integrante da saúde e bem-estar, e é mais do que a ausência de doença mental. É um direito elementar do ser humano e é crucial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconómico (World Health Organization [WHO], 2022). A SMP é o espaço que aborda esse algo mais do que a ausência de doença mental, e que se foca na promoção da saúde mental, na otimização do funcionamento do ser humano (Liuch-Canut & Sequeira, 2020)

A definição de SMP não é consensual, devendo ser enquadrada no contexto sociocultural, porém pode ser abordada de acordo com vários modelos (Vaillant, 2012). A SMP pode ser considerada como estando num patamar acima do normal. Neste campo, destaca-se o trabalho de Marie Jahoda que definiu, pela primeira vez o conceito de SMP, tendo apontado vários indicadores de saúde mental, tais como: atitude positiva para consigo próprio; crescimento, desenvolvimento e capacidade de alcançar a auto-actualização; integração; autonomia; perceção da realidade e mestria ambiental (Townsend, 2011). Na sequência dos trabalhos desenvolvidos por Jahoda, mais tarde, surge o Modelo Multifatorial de SMP de Liuch-Canut (1999), o qual é composto por 6 fatores: Satisfação Pessoal (F1), Atitude Pró-social (F2), Autocontrolo (F3); Autonomia (F4), Resolução de Problemas e Autoatualização (F5), Capacidade de Relacionamento Interpessoal (F6). Neste contexto a SMP é abordada como um construto, em que vários fatores contribuem, no todo, para a sua definição (Liuch-Canut & Sequeira, 2020). A SMP também pode ser explorada no que concerne às forças do ser humano, em vez da ausência de fraqueza (Vaillant, 2012). Neste contexto relaciona-se com a psicologia positiva, que procura agregar o conhecimento no respeitante aos pontos fortes e talentos, às realizações, ao melhor método que visa o autoaperfeiçoamento, trabalho e relações interpessoais e à arte de viver em qualquer parte do mundo (Boniwell, 2016). Outro dos modelos conceptualizadores da SMP é o enquadramento da SM como maturidade, estando estas correlacionadas. Neste campo, são destacadas a consolidação da carreira, generatividade, capacidade de guardar e conservar o significado, e a integridade (Vaillant, 2012). Segundo este autor, as emoções positivas e a inteligência socioemocional constituem dois modelos explicativos da SMP. A inteligência

emocional é o âmago da SMP. Ainda de acordo com Vaillant (2012), a SMP pode ser considerada como bem-estar subjectivo e como resiliência.

Keyes (2002) sugeriu a definição de SMP através da integração do bem estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. A SMP é considerada como um continuum, em que num extremo está o estado de *flourishing* caracterizado por níveis ótimos de bem-estar, e no outro extremo o estado de *languishing*, cujos níveis de bem-estar são baixos (Westerhof & Keyes, 2010).

De facto, a SMP não aborda uma definição consensual, até mesmo pelo contexto sócio-cultural que enfatiza o relativismo cultural (Alarcón et al, 2010). Porém, independentemente do modelo adoptado, pretendemos abordar a SMP numa perspectiva de fortalecimento e desenvolvimento do funcionamento ótimo do ser humano, como um elemento protetor relativamente à doença, num enquadramento de ausência de diagnóstico de doença mental (Liuch-Canut & Sequeira, 2020). Assim entendemos que a promoção da SMP é essencial, nomeadamente, junto dos professores, tendo em conta os múltiplos desafios e exigências a que estão sujeitos, num contexto em permanente mudança.

Ser professor é uma das profissões que envolve maiores níveis de *stress* (Schonert-Reichl, 2017). Os professores estão numa posição vulnerável, sendo que a investigação internacional mostra-nos que os professores apresentam *burnout*, *distress* psicológico, ansiedade, cansaço, auto-confiança reduzida e problemas nas relações interpessoais (García-Carmona, Marín & Aguayo, 2019; Thomson & Hillman, 2020). É esperado que os professores tenham capacidade de lidar com os desafios diários da sua profissão, nomeadamente a nível do excesso de trabalho e da pressão do tempo, no âmbito da gestão das relações com os pares, com os seus superiores, com os estudantes e suas famílias. É também importante saber lidar com o criticismo, com a gestão da sala de aula, e, paralelamente, ter capacidade para assumir novas responsabilidades que vão surgindo com as mudanças no contexto social, como com a necessidade de aplicar novos métodos de ensino, e novo conteúdo curricular (Kyriacou, 2011). A incapacidade de lidar com os diferentes desafios pode ter impacto na saúde e bem-estar dos professores, na sua performance profissional, no clima criado em sala de aula, no bem-estar dos alunos e sua performance académica (Schonert-Reichl, 2017; Gotlied et al, 2022).

Deste modo, compreendemos a importância do desenvolvimento de intervenções com os professores, no contexto escolar, que promovam a sua SMP, o que fomenta o seu desenvolvimento pessoal e profissional, como a nível da capacidade de relacionamento intra e interpessoal, da auto percepção da auto eficácia, da satisfação profissional. O desenvolvimento

profissional dos professores com sucesso, e seu desempenho, está associado aos seus níveis de inteligência emocional (Dolev & Leshem, 2017).

A maioria das intervenções nas escolas que procuram promover a SM são direcionadas para o bem-estar dos alunos, pelo que os professores são preparados nesse sentido, ou então, os professores recebem formação, que embora centrada nos alunos, usufruem, de forma indirecta, dos seus potenciais benefícios (Greenberg et al, 2003; Osher et al, 2016). Somente, mais recentemente, é que houve preocupação em colocar os professores no centro das intervenções realizadas, sobretudo no âmbito da promoção da competência emocional e social (Dolev & Leshem, 2017; Schonert-Reichl, 2017).

Os professores assumem importante papel no sucesso da missão da comunidade educativa e são agentes de mudança, por excelência, pelo que é essencial escutá-los, considerá-los nas suas necessidades, ideias e valores. Afinal, Parse na sua teoria – “Tornar-se Humano”, menciona a importância de conhecer o sistema de crenças e de valores da pessoa alvo de cuidados, pois esta toma decisões de acordo com as suas prioridades de valor (Mitchell, 2004).

A promoção da saúde mental positiva nos professores nas escolas pode caber a vários profissionais, nomeadamente aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), pois a sua missão

foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Na tentativa de se compreender os efeitos da promoção da saúde mental positiva nos professores nas escolas, foi realizada esta Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

Metodologia

De acordo com o objetivo definido, elaborámos a questão de investigação atendendo ao modelo PICO (População, Fenómeno de Interesse, Contexto) (Sousa et al, 2018): P- Professores do ensino básico (1º, 2º e 3º ciclo) e secundário; I – Efeitos da promoção da saúde mental positiva; C- Escolas. Assim, a questão de investigação foi: “Quais os efeitos da promoção da saúde mental positiva nos professores nas escolas?”

A pesquisa decorreu no mês de julho de 2023, recorremos a 3 motores de busca *EBSCO Host*, *Web of Science* e *PubMed* e tivemos em consideração os descritores validados do Descritores em Ciências da Saúde - DeCS e *Medical Subject Headings – MeSH*. Como resultado foram utilizados os descritores: “*positive mental health*”, “*emotional intelligence*”, “*health promotion*”, “*continuing education*”, e “*teacher training*”. Devido à variedade de termos usados em diferentes estudos no âmbito da saúde mental, higiene mental, e bem-estar optámos por utilizar “*positive mental health*” de acordo com o modelo de Saúde Mental Positiva de Jahoba (1958), porém não é reconhecido como descritor *MeSH*, mas foi utilizado em artigos que se encontram no quartil 1 (Q1) (Teixeira et al, 2019). No âmbito da SMP, utilizámos “*emotional intelligence*” como descritor, uma vez que é o cerne da SMP e porque, após pesquisa exaustiva, a maioria dos artigos encontrados focavam-se na dimensão da inteligência emocional dos professores, pelo que precisámos de alargar a amplitude da pesquisa. Seguidamente combinámos os descritores com os operadores booleanos para formar uma frase: ((*positive mental health*) OR (*emotional intelligence*)) AND ((*health promotion*) OR (*continuing education*)) AND (*teacher training*). Posteriormente efetuámos a pesquisa.

No processo de procura dos descritores adequados à pesquisa, procurámos conhecer estudos experimentais e quasi-experimentais com intervenções desenvolvidas por enfermeiros no âmbito da promoção da saúde mental positiva direcionada para o grupo de professores, mas não foram encontrados, pelo que nos focámos em explorar os existentes que cumprissem os critérios de inclusão definidos e, assim, conhecer os profissionais que os administravam.

Seleção dos Estudos

A pesquisa foi limitada a publicações dos últimos 5 anos, ou seja, entre os anos de 2018-2023. Os critérios de inclusão dos artigos foram: acesso ao texto completo e gratuito; publicação nas línguas português, inglês e espanhol; estudos experimentais e quase experimentais. Os critérios de exclusão consistiram nos: artigos com temáticas não enquadradas na temática em estudo e nos artigos com intervenção não direcionada para professores ou que tinham uma ação indireta.

De modo a minimizar o viés, a seleção dos estudos foi avaliada por dois revisores de forma independente. A estratégia de seleção está apresentada na Figura 1

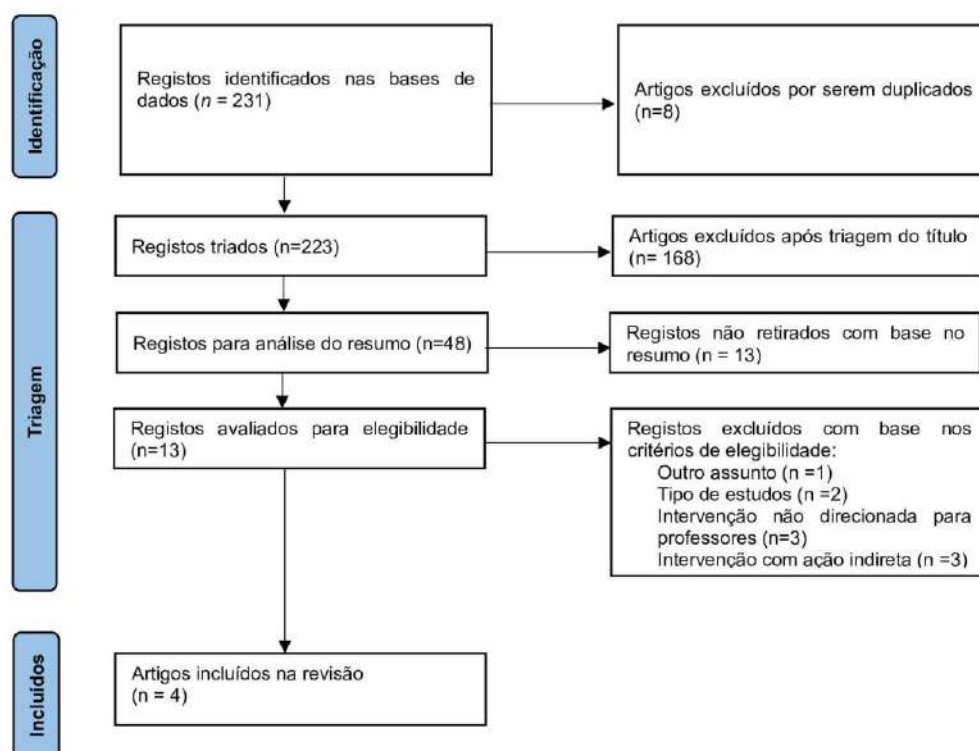


Figura 1 – Fluxograma PRISMA (Page et al, 2021)

O recurso aos critérios de seleção indicou a inclusão de 4 artigos no total. Foi efetuada uma análise crítica de cada artigo através das grelhas de avaliação da Joanna Briggs Institute [JBI] (JBI, 2014, 2020) correspondentes a cada estudo, segundo os níveis de evidência. De acordo com JBI, os artigos apresentaram nível de evidência fidedigno com JBI >50%. Esta fase foi realizada por dois revisores (os mesmos) de forma independente.

Resultados

No Quadro 1 reunimos os dados relativos aos artigos seleccionados (Garcia-Alvarez et al, 2022; Jassen et al, 2022; Kuyken etl al, 2022; Pozo-Rico et al, 2023) e à metodologia que utilizámos: identificação do autor/ ano/ país; profissionais que desenvolveram a intervenção; a amostra; nível de ensino; tipo de estudo/nível de evidência; modelo utilizado; tipo de intervenção; dimensões avaliadas; principais resultados; e recomendações/limitações. Na tentativa de facilitar a interpretação dos artigos, estes foram codificados como Estudo (E) de acordo com a ordem que surgiram aquando a pesquisa nas bases de dados (E1 a E4).

Autur/Ann /País	Profissionais que desenvolveram a intervenção	Amostra	Nível de Ensino	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência	Modelo	Tipo de Intervenção	Dimensões Avaliadas	Principais resultados (efeitos)	Recomendações/ Limitações
García-Alvarez et al. (2022)/ Uruguai/(E1)	Professores especialistas na aplicação da Psicologia Positiva	Total (n=24)	Ensino básico, secundário e escolas técnicas	Estudo quasi-experimental com avaliação pré e pós intervenção num único grupo/7.c	Psicologia Positiva	Programa educativo com 12 módulos num total de 90 horas. (Concebido para ser presencial, mas, devido ao contexto covid-19 foi adaptado para formato online em modo síncrono.)	Bem-estar psicológico Otimismo Auto-estima Auto-eficácia Distress Psicológico	Melhoria de todas as dimensões avaliadas, com exceção do distress que diminuiu. O processo de formação continuada para professores pode promover a saúde mental, o bem-estar psicológico, prevenir problemas psicológicos, e a qualidade na educação.	Recomendações: As futuras intervenções devem abordar todos os envolvidos no contexto escolar. Limitações: Compromisso da validade interna pela ausência de grupo de controlo e amostra pequena
Janssen et al. (2022)/ Holanda/(E2)	Centro em mindfulness	Total (n=120) Grupo 1 (n=44) Grupo 2 (n=43) Grupo de Controlo (n=33)	Ensino secundário	Estudo experimental com dois grupos e um grupo de controlo, com avaliação pré e pós intervenção/1.d	Modelo de Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1990) Elementos da terapia cognitiva baseada em mindfulness (Segal et al, 2002)	Programa de 8 sessões de grupo semanais de 2,5 horas cada. São dois grupos e cada um tem 4-15 participantes. Os trabalhos de casa integram o programa, devendo cumprir 45 minutos de exercício durante 6 dias por semana e um dia de 7 horas de silêncio. Follow up após 3 meses e 9 meses O grupo de controlo recebe a intervenção após um ano	Habilidades de Mindfulness Aspectos de Burnout Stress Qualidade do sono e emoções positivas Emoções negativas no envolvimento no trabalho Percepção de saúde geral Compromisso organizacional Performance no trabalho Competências pessoais de autoeficácia ocupacional Percepções relacionadas com o trabalho Intenção trabalho-casa	Aumento dos níveis de mindfulness. Melhoria da dedicação ao trabalho; Diminuição das emoções negativas e interação negativa trabalho casa; Melhor funcionamento psicológico; Sem efeitos na auto-eficácia.	Recomendações: Reflexão sobre como melhorar a seleção do grupo alvo, limitando o eventual enviesamento; Abordagem integrada; Melhorar o processo de implementação. Limitações: Baixos valores de stress podem estar relacionados com o efeito do trabalhador saudável (Li & Sung, 1999)
Pozo-Rico et al. (2023)/ Espanha/(E3)	Centro Oficial de Capacitação dos Professores	Total (n=141) 1º Grupo experimental (n=70) Grupo de Controlo (n=71)	Primeiro ciclo	Estudo quasi-experimental com grupo de controlo e avaliação pré e pós-intervenção/2.c	Resiliência ("Phoenix technique") Inteligência Emocional	Programa on-line de 14 semanas em modo síncrono, com duas sessões de coaching por semana, com a duração de 2 horas cada. Cada sessão com a duração de 105 minutos. O conteúdo do curso é partilhado na plataforma Moodle.	Resiliência Saúde mental e bem-estar; Nível conhecimento de estados emocionais; Auto-eficácia do docente	Desenvolvimento de novas estratégias de coping Aceitação dos novos desafios relacionados com a docência e mobilização de novos recursos pessoais, competências profissionais e metodologias pedagógicas Promoção da competência emocional e resiliência	Recomendações: Recorreu à Metodologia mista, a estudos longitudinais, e análise mais precisa das relações causais entre os construtos Limitações: Amostra não randomizada e pequena; Uso de instrumentos não validados no contexto
Kuyken et al. (2022)/ Reino Unido/(E4)	Professores após formação no programa	Total (n=679) Grupo experimental (n=362) Grupo de Controlo (n=317)	Ensino básico e secundário	Estudo experimental com grupo de controlo e avaliação pré e pós-intervenção/1.c	SEL/ Treino de mindfulness baseado na escola	Programa psicoeducativo que integra estratégias cognitivo-comportamentais com mindfulness. Cada sessão semanal tem a duração de 2 horas e os participantes são solicitados para praticarem 10 minutos de mindfulness por dia. Após esta formação, alguns professores são seleccionados para participar num workshop de 4 dias para aprenderem a integrar esta prática nas aulas leccionadas com os alunos.	Burnout Auto-eficácia Habilidades de Mindfulness Mindfulness na prática do ensino Stress Depressão Ansiedade Clima na escola	Diminuição do Burnout Melhoria da autoeficácia, liderança e envolvimento escolar Melhoria da percepção quanto ao clima escolar Após um ano de follow-up houve diferenças significativas entre os dois grupos de professores quanto às habilidades intrapessoais de mindfulness	Recomendações: Melhorar critérios de seleção da amostra Promover programas que não se focam somente nos alunos, mas também no apoio ao bem-estar de toda a comunidade educativa, desenvolvendo uma abordagem mais integrada e da sua totalidade. Limitações: A avaliação do clima escolar foi feita pelos professores participantes, e não por todos os professores. A prática de mindfulness está associada a maiores níveis de saúde mental, mas também as pessoas com maiores níveis de bem-estar estão menos motivadas para a prática.

Quadro 1 – Extração de Resultados

Discussão

A realização da presente RIL procurou compreender os efeitos da promoção da SMP nos professores na escola, tendo em conta os múltiplos desafios e exigências numa sociedade complexa e em constante mudança. Os efeitos da promoção da SMP são positivos e são de diversa ordem. Foram, assim, organizados em duas dimensões: a nível pessoal e nível profissional.

A nível individual, verificámos a melhoria do bem-estar psicológico, otimismo, auto-estima, auto-eficácia e diminuição do distress (E1). Foi também observada a diminuição das emoções negativas (E2), o desenvolvimento de novas estratégias de *coping* e de competência emocional e de resiliência (E3), e ainda, a diminuição do *burnout*, e melhoria da autoeficácia (E4). Em dois estudos (E2 e E4) houve um incremento das habilidades de *mindfulness* que estão relacionadas com o autocontrolo e a regulação emocional e social. Os professores que desenvolvem habilidades em *mindfulness* fomentam maiores níveis de bem-estar, de autoconsciência, e de satisfação com a vida (Lomas et al, 2017).

No âmbito profissional constatámos uma melhoria na dedicação ao trabalho e na gestão entre a vida profissional e pessoal (E2). No E2 ocorreu ainda uma diminuição do compromisso com a organização e um aumento da dedicação ao trabalho enquanto este decorre, o pode estar relacionado com o fato dos professores se desconnectarem do trabalho durante o tempo de lazer, o que possibilita experienciar menos sintomas de *stress*. Foi também desenvolvida uma maior abertura a novos desafios no exercício na docência, mobilizando novos recursos pessoais, competências profissionais e metodologias pedagógicas (E3). Desenvolveram competências emocionais na prática profissional e na auto-eficácia que os capacita para se adaptarem melhor às necessidades dos estudantes, à sua motivação, à cooperação, e lidando com otimismo os desafios da prática docente (E3). Verificámos ainda um aprimoramento da capacidade de liderança, da perceção quanto ao clima escolar e envolvimento escolar (E4).

De facto, a existência de intervenções centradas nos professores que promovam a sua SMP e bem-estar são basilares, corroborando com a literatura existente (Schonert-Reichl, 2017; Hofmann, Grob & Kohlmann, 2020; Oliveira et al, 2022; Beames et al, 2023). Todavia, é preciso algum cuidado quanto à generalização dos resultados como um todo, devido aos diferentes grupos de professores, cultura, contextos, conteúdos e metodologias, que devem ser ajustadas de acordo com a realidade vigente.

Os estudos selecionados refletem a amplitude conceptual da SMP ao abordar as diferentes formas de a promover, que deve ser escolhido de acordo com a população alvo e objetivos pretendidos. Nos artigos os modelos utilizados foram a Psicologia Positiva, *Social-Emotional Learning* - SEL/Treino de *Mindfulness*, Resiliência e Inteligência Emocional, e Modelo de Kabat-Zinn e de elementos da terapia cognitiva baseada em *mindfulness*. Não foi encontrado nenhum artigo que recorresse ao modelo multifatorial de Jahoda (1958), e mais tarde, desenvolvido por Teresa Lluch (1999).

As pessoas que desenvolveram as intervenções foram professores e um perito em *mindfulness*. A promoção da saúde mental nas escolas deve ter uma abordagem multidisciplinar e multiministerial (Direção – Geral da Saúde [DGS], 2015), pelo que os enfermeiros constituem peça elementar. Até porque, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2014) os enfermeiros são a principal força de trabalho na saúde (12.46%), e logo em seguida os médicos (4.49%), no contexto de saúde mental portugueses. Também foi observado a necessidade de desenvolver intervenções focadas numa abordagem *whole school approach*, a qual promove a SMP de todos, através de um trabalho de intercolaboração (Mogrena, Gerickea & Scherpb, 2018).

O desenvolvimento da literacia quanto às tecnologias de informação e comunicação é uma aquisição fundamental perante os diversos desafios que o professor enfrenta. No contexto de pandemia e da necessidade de isolamento inerente, possibilitou a participação dos professores nas diferentes intervenções planeadas, como também o desenvolvimento da componente letiva via online. Para além do que, é intrínseca à capacidade de adaptação numa perspetiva presente e futura. É essencial adaptações curriculares em novas tecnologias. Neste campo a pandemia expôs algumas fragilidades, mas também abriu possibilidades.

Conclusão

Podemos concluir que a promoção da SMP, nas suas mais diversas formas, possui inúmeros benefícios no grupo dos professores. O seu impacto é positivo e multidimensional. Assim, é compreensível, que fomentando os níveis de bem-estar e de relacionamento intrapessoal no professor, numa perspetiva sistémica e ecológica, também se promove a relação da pessoa com o meio, e em particular a escola e comunidade educativa, e vice-versa. Todos os sistemas estão interdependentes e influenciam-se mutuamente, sendo que o sucesso de um, contribui para o sucesso de todos, e vice-versa. Afinal, de acordo com a máxima de Aristóteles “Educar a mente sem educar o coração não é educação de forma alguma”.

Um dos efeitos do desenvolvimento do bem-estar e saúde mental dos professores está relacionado com o facto de exercerem grande influência na vida dos alunos, podendo dar seu contributo positivo no seu desenvolvimento, performance académica e saúde mental e, num plano futuro, cooperar na co-construção de uma perspectiva otimista.

Deste modo, embora a maioria das intervenções ainda sejam mais direccionadas para os alunos, ou com benefício para os professores de forma indirecta, existe uma crescente tendência para o desenvolvimento de intervenções centradas nos professores com base em modelos de SMP. Estas intervenções devem ser ajustadas às necessidades e realidade contextual.

Referências Bibliográficas

- Alarcón, M., barradas, J., Ibañez, M. & Trapaga, J. (2010). Factores de salud mental positive en estudiantes de psicología Universidad Veracruzana. *Revista Iberoamericana Para La Investigación Y El Desarrollo Educativo*, 1(2) 123-135
- Beames, J., Spanos, S., Roberts, A., McGillivray, L., Li, S., Newby, J., O'Dea, B. & Werner-Seidler, A. (2023). Intervention Programs Targeting the Mental Health, Professional Burnout, and/or Wellbeing of School Teachers: Systematic Review and Meta-Analyses. *Educational Psychology Review* 35(26) <https://doi.org/10.1007/s10648-023-09720-w>
- Boniwell, I. (2016). *A Ciência da Felicidade: Psicologia Positiva em poucas palavras*. 1ªed 4ªEdições Editora IBSN 978-989-8761-17-0
- Direção – Geral da Saúde [DGS] (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf>
- Dolev, N. & Leshem, S. (2017). Developing emotional intelligence competence among teachers. *Teacher Development*, 21(1) 21-398 DOI: 10.1080/13664530.2016.1207093
- García-Álvarez, D., Soler, M., Cobo-Rendón, R. & Hernandez-Lalinde, J. (2022). Positive Psychology Applied to Education in Practicing Teachers during the COVID-19 Pandemic: Personal Resources, Well-Being, and Teacher Training. *Sustainability*.14(18) 11728 <https://doi.org/10.3390/su141811728>
- García-Carmona, M., Marín, M., & Aguayo, R. (2019). Burnout syndrome ins« secondary school teachers: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychology of Education* 22(1), 189-208 <http://doi.org/10.1007/s11218-018-9471-9>
- Gotlieb, R., Hichey-Moody, A., Guroglu, B., Burnard, P., Horn, C., Wilcox, M. Saadatmand, M., Linzarini, A., Vandenbroucke, A., Albanese, D., Bayley, A., Blaise, M., Blanchet, P.-A., Campos, A., Cavioni, V., Cefai, C., Collie, R., Dumontheil, I., Emery, H. & Zhou, J. (2022). 'The social and emotional foundations of learning' . In Duraiappah, A., Van Atteveldt, N., Borst, G., Bugden, S., Ergas, O., Gilead, T., Gupta, L., Mercier, J., Pugh, K., Singh, N. & Vickers, E. (eds.) *Reimagining Education: The International Science and Evidence Based Assessment*. (pp.182-282) New Delhi: UNESCO MGIEP DOI 1056383/YRHY1735.

- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H. & Elias, M. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning *American Psychologist* 58(6-7) 466-474 <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.466>
- Hofmann, H, Grob, D. & Kohlmann. (2020). On the Role of Mental Health Activities for Teachers' Work and Life. *Applied Research in Quality of Life* 17 205-227 <https://doi.org/10.1007/s11482-020-09885-4>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books
- Janssen, M., Heerkens, J., Van der Heijden, B., Korzilius, H., Peters, P. & Engels, J. (2022). Effects of mindfulness-based stress reduction and an organizational health intervention on Dutch teachers' mental health. *Health Promotion International*, 38(3) <https://doi.org/10.1093/heapro/daac008>
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research* 43(2) 207-222.
- Kuyken, W., Ball, S., Crane, C., Ganguli, P., Jones, B., Montero-Marin, J., Nuthall, E., Raja, A., Taylor, L., Tudor, K., Viner, R., Allwood, M., Aukland, L., Dunning, D., Casey, T., Dalrymple, N., Wilde, K., Farley, E., Harper, J., Hinze, V., Kappelmann, N., Kempnich, N., Lord, L., Medlicott, E., Palmer, L & Williams, J. (2022). Effectiveness of universal school-based mindfulness training compared with normal school provision on teacher mental health and school climate: results of the MYRIAD cluster randomised controlled trial. *Evid Based Ment Health*. 25(3) 125-134 <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300424>
- Kyriacou, C. (2011). Teacher stress: From prevalence to resilience. In Langan-Fox, J. & Coope, C. (Eds.), *Handbook of stress in the occupations* (pp. 161–173). Edward Elgar Publishing
- Lluch-Canut, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* [Tesis Doctoral, Facultad de Psicología da Universidad de Barcelona] <http://hdl.handle.net/10803/2366>
- Lluch-Canut, T. & Sequeira, C. (2020). Saúde Mental Positiva. In Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.61-63). 1ªEd. Lidel ISBN 9789897524134
- Lomas, T., Medina, J., Ivtzan, I., Rupprecht, S. & Eiroa-Orosa, J. (2017). The impact of mindfulness on the wellbeing and performance of educators: A systematic review of the empirical literature. *Teaching and Teacher Education* 61 132-141 <https://doi.org/10.1016/j.tate.2016.10.008>

- Mitchell, G. (2004). Rosemarie Rizzo Parse: Tornar-se Humano. In Tomey, A & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 593-628). 5ªEd. Lusociência ISBN 9728383746.
- Mogrena, A., Gericke, N. & Scherpb, H. (2018). Whole school approaches to education for sustainable development: a model that links to school improvement. *Environmental Education Research* 25(4) 508-531 <https://doi.org/10.1080/13504622.2018.1455074>
- Oliveira, S., Roberto, M., Veiga-Simão, A. & marques-Pinto, A. (2022). Effects of the A+ intervention on elementary-school teachers' social and emotional competence and occupational health. *Frontiers in Psychology* 13 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.957249>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2ªSérie, nº122 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf
- Osher, D., Kidron, Y, Brackett, M., Dymnicki, A., Stephanie, J & Weissberg, R. (2016). Advancing the Science and Practice of Social and Emotional Learning: Looking Back and Moving Forward. *Review of Research in Education* 40(1) 644-681
- Pozo-Rico, T., Poveda, R., Gutiérrez-Fresneda, R., Castejón, J. & Gilar-Corbi, R. (2023). Revamping Teacher Training for Challenging Times: Teachers' Well-Being, resilience, Emotional Intelligence, and Innovative Methodologies as Key Teaching Competences. *Psychology Research and Behaviour Management* 16 1-18 <https://doi.org/10.2147/PRBM.S382572>
- Schonert-Reichl, K. (2017). Social and Emotional Learning and Teachers. *Future of Children* 27(1)137-155 <https://doi.org/10.1353/foc.2017.0007>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista investigação em enfermagem*, S2(23) 31-39.
- Teixeira, S., Coelho, J., Sequeira, C., Lluch Canut, M. & Ferré-Grau, C. (2019). The effectiveness of positive mental health programs in adults: A systematic review. *Health Soc Care Community*. 27. 1126-1134 <https://doi.org/10.1111/hsc.12776>
- Thomson, S.& Hillman, K. (2020). The teaching and learning international survey 2018. Australian report volume 2: Teachers and school leaders as valued professionals. <https://research.acer.edu.au/talis/7>

- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica-Conceitos de Cuidado na prática Baseada na Evidência*(6a ed.).Lusociência ISBN 978-972-8930.61-5
- Vaillant, G. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* 11(2) 93-99
- Westerhof, G. & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development* 17(2) 110-119
<https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- World Health Organization [WHO].(2014). Mental health Atlas country profile.
<https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2014-country-profile-portugal>
- World Health Organization [WHO]. (2022). World mental Health Report: Transforming Mental health for All. <https://reliefweb.int/report/world/world-mental-health-report-transforming-mental-health-all>

APÊNDICE VIII - ATIVIDADES COM ADOLESCENTE



Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
2022/2023

Unidade Curricular: **Estágio II**

Atividade: “ Situação Difícil? Eu Páro, Respiro e Relaxo”

Janeiro
2023

“Situação Difícil?” - Eu Páro, Respiro e Relaxo

FOCO: ANSIEDADE

A ansiedade como foco é definida: “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (ICN, 2019).

A pessoa alvo de cuidados referiu que a sua grande preocupação era a dificuldade em relaxar, principalmente nos momentos de maior ansiedade e stress, e que não sabia como o fazer. E, de acordo com Lopes (2018) a avaliação diagnóstica tem por base três aspetos: o que a pessoa sabe, o que a preocupa e as suas estratégias/capacidades. Para além da verbalização da Ansiedade, como um dos dados integrantes do processo diagnóstico, foi evidente a manifestação de sinais e sintomas de ansiedade, as suas consequências na funcionalidade da pessoa e o potencial desta para o autocontrolo. Estes dados estão de acordo com a caracterização do diagnóstico de Ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, o **diagnóstico de enfermagem**, de acordo com *International Council of Nurses - ICN* (2019) é a Ansiedade, o qual está na base do Planeamento da presente atividade terapêutica.

FUNDAMENTAÇÃO DA ATIVIDADE

O recurso a técnicas de relaxamento é uma das estratégias a que se pode recorrer para diminuir a ansiedade (Sampaio et al, 2020; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020), nomeadamente na população de adolescentes (Boston Children’s Hospital; Sussex Partnership NHS Foundation Trust; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2019; LusK & Kozlowski, 2021). Segundo *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2019) a respiração diafragmática é recomendada como uma estratégia de gestão de stress no adolescente. Este tipo de respiração abdominal, profunda e lenta estimula o nervo vago, que é o principal do sistema nervoso parassimpático. E, contrariamente ao sistema nervoso simpático, que está relacionado com uma resposta “lutar ou fugir”, o sistema nervoso parassimpático promove o descanso e o relaxamento (Gerritson & Band, 2018)

Os adolescentes comunicam de uma maneira específica e própria, mediante a sua idade, estadio de desenvolvimento e circunstâncias de vida. Eles podem utilizar a linguagem verbal, como também outras vias de comunicação, como as interações com as outras pessoas, o desenho, a música, aparência, expressão facial, contacto visual. É importante recorrer a todas as formas de comunicação para obter o máximo de informação possível para a prestação de

“Situação Difícil?” - Eu Páro, Respiro e Relaxo

cuidados individuais de qualidade (Doran & Newland, 2021). Assim, no final da atividade são apresentados quatro cartões com imagens positivas e dois deles com mensagens também elas positivas, para promover a reflexão e livre expressão de sentimentos, e também, uma atitude positiva e de persuasão, de acordo com Bandura (2004). A designação da própria atividade com a utilização da palavra “Eu” tem por base a promoção da responsabilização do “eu” da adolescente pelo seu processo de saúde/doença, estimulando o autoconhecimento, autocontrole e proatividade.

De acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), o relaxamento muscular progressivo (1460), é definido como o “facilitação da tensão e relaxamento de grupos musculares sucessivos ao mesmo tempo que presta atenção às diferenças consequentes nas emoções” (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010, p.555).

Consoante recetividade e resposta desenvolvida pela adolescente, poderá constituir o início do Treino de Autocontrole, que de acordo com Queirós (2014) começa pela aprendizagem de técnicas de relaxamento, até porque a adolescente tinha frisado o seu interesse previamente nestas e, seguir-se-iam as diferentes sessões, tendo por base o Modelo de Intervenção Psicoterapêutico em Enfermagem (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2017).

A presente atividade teve por base o Modelo Procedimental das Intervenções Psicoterapêuticas (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

FASE 1 – INÍCIO

PRESSUPOSTOS PARA A CONCRETIZAÇÃO DA ATIVIDADE	
Identificação da Intervenção	• Respiração abdominal e Técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson
Data, hora e local	• 16 de Janeiro, 10 horas na Sala Multiusos
Duração	• 60 minutos
População- Alvo	• Adolescente
Diagnóstico de Enfermagem	• Ansiedade
Dinamizadores	• Cristina Paulo (aluna de especialidade) sob a supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Carolina Marques

"Situação Difícil?" - Eu Páro, Respiro e Relaxo

Objetivos	Objetivo Geral • Reduzir a ansiedade. Objetivos específicos • Promover o relaxamento; • Aprender técnica respiratória; • Conhecer técnica de relaxamento; • Desenvolver o autocontrole da ansiedade; • Incentivar a pessoa a dedicar tempo a si mesmo; • Favorecer a expressão de sentimentos.
Metodologia	• Abordar a importância da técnica respiratória e do relaxamento no dia a dia, e nas situações de ansiedade. Desenvolver a componente prática de ambas as técnicas. No final, apresentar cartões com imagens para seleção e reflexão.
Recursos Materiais	• Colchão • Almofada • Cobertor • Coluna de som • Tablet com música de relaxamento Esfigmomanómetro e estetoscópio

"Situação Difícil?" - Eu Páro, Respiro e Relaxo

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO – RESPIRAÇÃO ABDOMINAL E RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON					
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos materiais	Duração	Avaliação
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Explicação da intervenção que vai ser desenvolvida. - Estimulação da motivação e interesse. - Avaliação da tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC)	- Expositivo - Interrogativo - Participativo	- Colchão - Cobertor - Estetoscópio esfigmomanómetro - Folha para registo da TA e FC - Material de escrita	10 minutos	- Perguntar acerca da compreensão da intervenção. - Avaliar a motivação e interesse da adolescente: expressão facial, nível de envolvimento, participação e interesse para começar a sessão. - Observação
Desenvolvimento	Execução da Respiração Abdominal	- Demonstrativo - Ativo - Expositivo - Participativo	- Cadeira - Colchão	10 minutos	Observação do desempenho da adolescente.
	Execução do relaxamento, com leitura do Guião	- Ativo - Expositivo - Participativo	- Colchão - Cobertor - Coluna de som - Tablet	30 minutos	

"Situação Difícil?" - Eu Páro, Respiro e Relaxo

Conclusão	• Promover momento de partilhas: de opinião acerca da intervenção, e da livre expressão de sentimentos, com recurso a cartões com mensagens e imagens positivas (Apêndice 1). • Avaliação da TA e FC. • Cumprimentos de despedida .	• Ativo • Interrogativo • Participativo	• Estetoscópio e esfigmomanómetro • Suporte de papel para registo da TA e FC • Material de escrita	• 10 minutos	• Observar a adolescente • Solicitar a avaliação da sessão
------------------	---	---	--	--	---

"Situação Difícil?" - Eu Páro, Respiro e Relaxo

Intervenções NIC a desenvolver antes, durante a e após a sessão (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010)

Antes da Sessão	• Minimizar estímulos ambientais, nomeadamente a nível do ruído, interrupções, iluminação, telefone;
	• Estimular a pessoa para encontrar uma posição confortável;
	• Explorar se existem lesões ou problemas físicos;
	• Orientar a pessoa quanto ao exercício de relaxamento;
Durante a Sessão	• Avaliar as reações e comportamentos da pessoa durante a intervenção;
	• Levar a pessoa a contrair, por 5 a 10 segundos, cada um dos grupos musculares;
	• Contrair os músculos dos pés não mais do 5 segundos para diminuir risco de câibras.
	• Orientar a pessoa quanto à sensação dos músculos contraídos e descontraídos;
	• Verificar regularmente se o grupo muscular está relaxado. Se tal não tiver ocorrido, contrair novamente o grupo muscular;
	• Fomentar respiração profunda e lenta;
	• Criar um “padrão” que apoie a pessoa a concentrar-se a sentir-se confortável;
	• Terminar gradualmente a sessão.
Após a Sessão	• Avaliar a tolerância e resposta da pessoa à sessão;
	• Promover livre expressão de sentimentos.

"Situação Difícil?" - Eu Páro, Respiro e Relaxo

FASE 2 – DESENVOLVIMENTO

❖ Respiração Abdominal

A respiração abdominal é uma habilidade que requer prática para o seu domínio. Existem dois aspetos importantes a desenvolver para a sua prática, que consistem na respiração lenta e na respiração profunda (Sussex Partnership NHS Foundation Trust).

Preparação: Antes de começar, é essencial arranjar uma posição confortável. Neste sentido, deve-se experimentar, mas ter consciência e estar atento à região torácica, e como esta se encontra, pois a pessoa deve senti-la o mais solta e flexível possível (Sussex Partnership NHS Foundation Trust).

Posição:

Se de pé ou sentado, os pés devem estar apoiados e com a amplitude da anca, numa posição estável e relaxada e a postura deve ser direita de forma a promover o processo respiratório.

Se deitado, deve ser em decúbito dorsal, com as pernas esticadas ou com os joelhos dobrados e os pés firmes no chão. Estes, devem estar afastados tendo por base a amplitude da anca. É importante a sensação de conforto com a região dorsal e as nádegas relaxadas e apoiadas no chão.

Os braços estão apoiados no chão, ao longo do corpo. As palmas das mãos devem estar voltadas para cima, para que os ombros alcancem uma posição mais descontraída. No tocante à posição da cabeça, o queixo não deve na direção do teto, mas na direção dos pés, promovendo uma posição confortável da cabeça. O pescoço não deve estar contraído para assegurar a posição correta da cabeça. Se houver dificuldade, pode-se recorrer a uma pequena almofada. Esta posição possibilita o relaxamento em pleno da coluna vertebral, uma vez que auxilia no alinhamento de todas as vértebras.

É importante o foco da concentração na respiração (Queirós, 2014).

Desenvolvimento: Coloca-se uma mão na região torácica e outra no abdómen, de forma a ter uma melhor perceção do momento respiratório. Inspira-se de forma lenta e profunda pelo nariz, direcionando-se o ar para o abdómen. Neste momento, é importante observar a subida da mão no abdómen, sendo que a mão na região torácica deve permanecer com o mínimo de movimento. Depois, antes de expirar espera-se alguns segundos. Inicia-se a expiração em que ocorre a saída lenta de ar pela boca, fazendo com

"Situação Difícil?" - Eu Páro, Respiro e Relaxo

que o abdómen baixe, correspondendo ao movimento da mão sobre este. Mais uma vez, a mão sobre o tórax deve estar o mais imóvel possível. Assim que o ar tenha saído, aguarda-se alguns segundos antes de iniciar a inspiração novamente, com um novo ciclo (Orygen, 2022).

❖ **Relaxamento Muscular Progressivo** (Coelho & Sousa, 2020, p.204)

Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora, a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz, e todos os seus músculos se encontram relaxados.

Testa: Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Enrugue a sua testa subindo-a para cima... Sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... (pausa). Agora, pode relaxar muito lentamente, focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos... É como se os seu músculos tivessem desaparecido, estando totalmente relaxados.

Olhos: Feche os olhos, apertando-os com força... Sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra... Concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... os músculos estão relaxados, sem tensão.

Face: Force um sorriso, todos os músculos da face e boca estão tensos... Os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... (pausa). Relaxe agora esses músculos... Note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.

Queixo: Aperte os dentes com força... Sinta os músculos contraídos, tensos... (pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e relaxam.

"Situação Difícil?" - Eu Páro, Respiro e Relaxo

Pescoço: Contraia os músculos do pescoço... Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço... os músculos estão tensos... (pausa). Relaxe lentamente o pescoço... Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

Membros superiores: Levante o seu braço direito e, com o punho fechado, faça força... O seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro... Concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial... Sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados... completamente relaxados.

Levante o seu braço esquerdo e, com o punho fechado, faça força... O seu braço está o mais rígido que pode, está tenso desde a mão até ao ombro... Concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.

Membros inferiores: Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... Sinta a contracção do pé até à coxa... (pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão... Sinta a contracção do pé até à coxa... (pausa). Relaxe a sua perna esquerda e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Região dorsal: Arqueie as suas costas para frente, se necessário com a ajuda dos braços... Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas... Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (pausa). Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial... Note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... Estão completamente relaxados.

Região torácica: Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contrair-lo, como se quisesse reduzir os pulmões... Concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe gradualmente o seu peito... Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.

Região abdominal: Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... Sinta a tensão em redor do umbigo... (pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.

"Situação Difícil?" - Eu Páro, Respiro e Relaxo

Região sacrococcígea: Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o chão... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.

Está completamente relaxado... Todos os músculos estão leves... O seu corpo está solto e totalmente relaxado... Mantenha os olhos fechados... Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés... Inspire novamente... Expire o ar lentamente...

Permaneça deitado, apreciando o seu estado de relaxamento.

Faça uma contagem regressiva a partir de cinco e levante-se lentamente.

FASE 3 – CONCLUSÃO

- Obter *feedback* acerca da intervenção;
- Prescrição para a ação
Desenvolver, no mínimo, a técnica respiratória uma vez por dia, para nos momentos de “crise” saber utilizá-la com maior eficácia
- Orientar a pessoa na identificação de uma pessoa (s) (por exemplo amigos, pessoa de referência, psicóloga) e incentivar a partilha e o pedido de ajuda, no caso de necessidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Stress management and teens. (2019). Available online at: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Helping-Teenagers-With-Stress-066.aspx
- Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream: the early years from chilly tributary to transformative mainstream. *Behaviour Research and Therapy* 42 613-630 DOI:10.1016/j.brat.2004.02.001
- Boston Children's Hospital. Guided Self-Management Tools for Anxiety Teens 13-17 <https://www.pediatricassociatesct.com/storage/app/media/handouts/anxiety/CN-Guided-Self-Management-Tools-for-Anxiety-Teens-13-17.pdf>
- Bulechek, G., Butcher, H. & Dochterman, J. (2010). *NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5ªed. Elsevier ISBN: 978-0-323-05340-2
- Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN] (2022, Dezembro, 23). *Navegador CIPE-release 2019*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/chealth-icnptm/icnp-browser>
- Coelho, J & Sousa, L. (2020) Relaxamento. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (coord.). *Enfermagem em Saúde mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.202-210). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Doran, V. & Newland, J. (2021). Integration of Physical and Psychiatric Assessment. In Yearwood, E., Pearson, G. & Newland, J. (ed). *Child and adolescent behavioral health: a resource for advanced practice psychiatric and primary care Practitioners in nursing*. (pp.58-89) 2ªed John Wiley & Sons, Inc ISBN 978111987586
- Gerritson, R. & Band, G. (2018). Breath of Life: The Respiratory Vagal Stimulation Modelo f Contemplative Activity. *Front Hum. Neurosci.* 12 397 DOI 10.3389/fnhum.2018.00397
- Lopes, M (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In Santos, J & Cutcliffe, J (eds). *European Psychiatric Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing* (pp.247-257) https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19

- Lusk, P. & Kozlowski, L. (2021). Cognitive Behavioral Interventions in Child and Adolescent Mental Health Treatment. In Yearwood, E., Pearson, G. & Newland, J. (ed). *Child and adolescent behavioral health: a resource for advanced practice psychiatric and primary care Practitioners in nursing*. (pp.340-358) 2^{ed} John Wiley & Sons, Inc ISBN 978111987586
- Newport Academy (2019). Relaxation Skills for Teens. <https://www.newportacademy.com/resources/well-being/relaxation-skills-for-teens/>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica <https://docplayer.com.br/130437514-Ordem-dos-enfermeiros.html>
- Orygen (2022). Brief interventions in youth mental health toolkit. <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Brief-interventions/Toolkits/Orygen-Brief-Interventions-in-Youth-Mental-Health.aspx>
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional: Aprender a ser Feliz*. 1^aed. Porto Editora ISBN 978-972-0-34018
- Sampaio, F., Gonçalves, P., Parola, V., Sequeira, C. & Lluch Canut, T. (2020). Nursing Process Addressing the Focus "Anxiety": A Scoping Review. *Clinical Nursing Research* 1-11 DOI: 10.1177/1054773820979576.
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (coord.). *Enfermagem em Saúde mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.128-130). 1^aed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4.
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing* 31(2), 147-56 DOI: 10.1016/j.apnu.2016.09.007.
- Sussex Partnership NHS Foundation Trust. Anxiety management self help workbook : Hampshire specialist child and adolescent mental health service. <https://hampshirecamhs.nhs.uk/issue/anxiety-professionals/>

"Situação Difícil?" - Eu Páro, Respiro e Relaxo

APÊNDICE I - CARTÕES COM MENSAGENS E IMAGENS POSITIVAS

"Situação Difícil?" - Eu Páro, Respiro e Relaxo



<https://www.mensagenscomamor.com/frases-positivas>



<https://www.mensagenscomamor.com/frases-positivas>



<http://estylodeser.blogspot.com/2015/08/das-imagens-que-inspiram-paz.html>



<http://estylodeser.blogspot.com/2015/08/das-imagens-que-inspiram-paz.html>

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
@PortoSaúde



IPS INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
2022/2023

Unidade Curricular: **Estágio II**

**Atividade: A Música e “As Minhas Qualidades, o
que Melhorar e como Fazê-lo?”**

**Janeiro
2023**

“A Música e “As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?”

FOCO: AUTOESTIMA

A autoestima como foco pode ser definida como a “Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva” (ICN, 2019). A baixa autoestima constitui o **diagnóstico de enfermagem** da pessoa alvo de cuidados. E, neste caso específico é crónica, uma vez que tem por base uma avaliação negativa da pessoa sobre si mesmo, que se prolonga no tempo, sobretudo sobre as suas capacidades (Sampaio & Sequeira, 2020).

Fundamentação da Atividade Terapêutica

A autoestima tem grande impacto no bem-estar holístico da pessoa, estando na base da sua construção, como na sua permanência. Funciona, assim, como um indicador e fator de proteção da saúde (Ferreira, Quitério & Charepe, 2022; Moksnes & Reidunsdatter, 2019). A baixa autoestima está associada a maiores níveis de ansiedade, depressão, abuso de substâncias e ideação suicida (Nguyen, 2019).

Os adolescentes comunicam de uma maneira específica e própria, mediante a sua idade, estadio de desenvolvimento e circunstâncias de vida. Eles podem utilizar a linguagem verbal, como também outras vias de comunicação, como as interações com as outras pessoas, o desenho, a música, aparência, expressão facial, contacto visual. É importante recorrer a todas as formas de comunicação para obter o máximo de informação possível para a prestação de cuidados individuais de qualidade (Doran & Newland, 2021).

Assim, recorreremos à música, tendo em conta o papel importante desta na vida da pessoa alvo de cuidados, podendo, assim, constituir meio de expressão e de libertação, bem como uma forma de promover a relação terapêutica entre a pessoa e o enfermeiro. A relevância do poder da música não é recente, pois já Florence Nightingale falava do sua ação benéfica (Ingersoll & Schaper, 2013). A música está associada à diminuição da dor, redução da ansiedade, promoção do relaxamento, como uma forma de distração de sensações desagradáveis, e de capacitação para a autocura (McCaffrey e Locsin, 2003; Ingersoll & Schaper, 2013; Rodwin et al, 2022). As intervenções de enfermagem baseadas na música são das mais utilizadas para diminuir a ansiedade (Sampaio et al, 2020). A música e o canto favorecem a criação de uma ponte/via de conexão entre o

“A Música e “As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?”

profissional de saúde e a pessoa alvo de cuidados (Ingersoll & Schaper, 2013; Batt-Rawden & Storlien, 2019). Cantar uma canção tem inúmeros benefícios (Welch, 2011). Favorece a memorização e torna a aprendizagem mais interessante, para além de constituir uma atividade relaxante e de promover a autoestima (Grünhagen, 2012; Chan, 2014; Grebossz-Haring & Thun-Hohenstein, 2018).

A música pode ser utilizada pelos enfermeiros como mediador expressivo, consistindo em “toda a ação, atividade, instrumento ou consigna proposta a um cliente ou participante, para o levar a se expressar livremente” (Ferraz, 2009, p. 19).

A presente atividade teve por base o Modelo Procedimental das Intervenções Psicoterapêuticas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

FASE 1 – INÍCIO

Foi elaborada uma atividade que se inicia com uma música, cuja intervenção é baseada no modelo desenvolvido por McCaffrey e Locsin (2003). Este modelo apresenta a música como uma intervenção de enfermagem efetiva e não invasiva, que pode ser utilizada pelos enfermeiros, de forma a promover a saúde e bem estar. De acordo com este modelo, é necessário recorrer à aplicação de seis princípios: o princípio da intenção, o princípio da presença autêntica, o princípio da integralidade, o princípio da preferência, o princípio de sincronização adaptativa e o princípio de situar a pessoa alvo de cuidados. O princípio da intenção está relacionado com a tentativa do enfermeiro tentar facilitar a cura através da apresentação da música. A intenção com que a música é apresentada pelo enfermeiro e como é recebida pela pessoa, é um importante componente para obter benefícios da música. O princípio da presença autêntica implica que o enfermeiro, a pessoa e a música se apresentem de forma autêntica, ou seja, na sua totalidade individual única e livre. O princípio da integralidade está relacionado com a compreensão de que os seres humanos são um todo completo num determinado momento, e que a música como recurso terapêutico, necessita de ser percebida como parte integrante do ambiente que afeta esse todo. O princípio da preferência corresponde ao respeito pelos gostos e preferências da pessoa, como ser individual. O princípio de sincronização adaptativa permite que organismo se sincronize, como a nível das ondas cerebrais, ritmo cardíaco, respiração, nível emocional e outros ritmos, com o tipo de música que ouve. Por último, o princípio de situar a pessoa, o qual nos reposiciona no primeiro princípio, o princípio da intenção. O princípio de situar a pessoa está relacionado com a preocupação de estar

“A Música e “As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?”

na melhor posição para que a música e seus benefícios se desenvolvam, podendo ser importante um momento prévio de preparação e de eliminação dos pensamentos negativos, como por exemplo um exercício de relaxamento, nomeadamente o exercício respiratório abordado na primeira sessão (Respiração Abdominal).

De acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), a utilização da música pelos enfermeiros – Musicoterapia (4400), é definida como o “uso da música para ajudar a alcançar uma mudança específica no comportamento, sentimentos ou fisiologia” (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010, p.556). Assim, segundo a NIC e os autores Ingersoll e Schaper (2012) são aplicadas as seguintes atividades antes, durante e após a sessão, para o desenvolvimento de uma adequada intervenção de enfermagem através da música.

Antes da Sessão	• Avaliar se equipamento de som funciona adequadamente;
	• Minimizar estímulos ambientais, nomeadamente a nível do ruído, iluminação e telefone;
	• Selecionar música, de acordo com preferência da pessoa;
	• Avaliar volume de som;
	• Avaliar junto da pessoa se precisa de ir à casa de banho previamente;
	• Discutir com a pessoa os objetivos da audição da música;
	• Definir a mudança específica ambicionada no comportamento e/ou fisiologia, nomeadamente relaxamento, estimulação e concentração;
	• Estimular a pessoa para encontrar uma posição confortável;

"A Música e "As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?"

Durante a Sessão	Avaliar as reações e comportamentos da pessoa durante a intervenção;
	Promover a participação ativa individual, nomeadamente através do canto, de acordo com desejo e possibilidade

Após a Sessão	Avaliar a tolerância e resposta da pessoa à sessão;
	Questionar como a pessoa se sente;
	Questionar quanto a memórias, pensamentos e experiências que possam ter surgido;
	Procurar saber se ouvir música ajuda a pessoa. Se sim, em que sentido?
	Avaliar a experiência da sessão vivida pela pessoa: se gostou, se ajudou, se repetia. Se gostasse de repetir, o que poderia ser melhorado.

PRESSUPOSTOS PARA A CONCRETIZAÇÃO DA ATIVIDADE	
Identificação da Intervenção	Intervenção através da música e um exercício – “As minhas qualidades: O que melhorar e como fazê-lo”
Data, hora e local	23 de Janeiro, 10 horas na Sala Multiusos
Duração	60 minutos
População- Alvo	Adolescente

"A Música e "As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?"

Diagnóstico de Enfermagem	Baixa Autoestima Crônica
Dinamizadores	Cristina Paulo (aluna de especialidade) sob a supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Carolina Marques
Objetivos	Objetivo Geral - Promover a autoestima. Objetivos específicos - Diminuir Ansiedade; - Promover aliança terapêutica; - Criar momento de partilha; - Reforçar aprendizagens da sessão anterior; - Promover o autoconhecimento; - Desenvolver autoestima; - Incentivar a pessoa a dedicar tempo a si mesmo; - Favorecer a expressão de sentimentos.
Metodologia	Abordar a temática acerca do desenvolvimento do autoconhecimento e da autoestima e sua importância no dia a dia e ao longo da vida. Fomentar momentos de reflexão e da narrativa acerca de si

"A Música e "As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?"

	próprio sobre as suas qualidades, aspetos a melhorar e formas de incrementar as qualidades e de melhorar ou aceitar características que poderão não ser apreciados.
Recursos Materiais	• Cadeira confortável • Coluna de som • Tablet com música • Escala de Autoestima de Rosenberg

"A Música e "As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?"

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO – AUDIÇÃO DE MÚSICA E ATIVIDADE DE DESENVOLVIMENTO DE AUTOESTIMA					
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos materiais	Duração	Avaliação
Introdução	• Cumprimentos iniciais. • Explanação da intervenção que vai ser desenvolvida. • Estimulação da motivação e interesse. • Aplicação da Escala de Autoestima Rosenberg	• Expositivo • Interrogativo • Participativo	• Cadeira confortável • Papel • Material de escrita	• 10 minutos	• Perguntar acerca da compreensão da intervenção. • Avaliar a motivação e interesse da adolescente: expressão facial, nível de envolvimento, participação e interesse para começar a sessão. • Observação

"A Música e "As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?"

Desenvolvimento	• Respiração Abdominal • Audição da música: "Melhor de mim" • Exercício: "As minhas qualidades, o que melhorar, e como fazê-lo?"	• Ativo • Expositivo • Participativo	• Cadeira confortável • Papel • Material de escrita • Coluna de som • Tablet	• 15 minutos	• Observação do desempenho da adolescente.
Conclusão	• Promover momento de partilhas: de opinião acerca da intervenção, e da livre expressão de sentimentos. • Aplicação da Escala de Autoestima Rosenberg	• Ativo • Interrogativo • Participativo	• Papel • Material de escrita	• 15 minutos	• Observar a adolescente • Solicitar a avaliação da sessão

“A Música e “As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?”

Fase 2 – Desenvolvimento

❖ Respiração Abdominal

❖ Audição da música – “Melhor de mim” (letra de AC Firmino, composição de Tiago Machado e a interprete é Mariza)

Hoje, a semente que dorme na terra
E se esconde no escuro que encerra
Amanhã nascerá uma flor

Ainda que a esperança da luz
Seja escassa
A chuva que molha e passa
Vai trazer numa gota amor

Também eu estou
À espera da luz
Deixo-me aqui
Onde a sombra seduz

Também eu estou
À espera de mim
Algo me diz
Que a tormenta passará

É preciso perder
Para depois se ganhar
E mesmo sem ver
Acreditar!

É a vida que segue
E não espera pela gente

"A Música e "As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?"

Cada passo que dermos em frente
Caminhando sem medo de errar
Creio que a noite
Sempre se tornará dia
E o brilho que o sol irradia
Há-de sempre me iluminar

Quebro as algemas neste meu lamento
Se renasço a cada momento
Meu o destino na vida é maior

Também eu vou
Em busca da luz
Saio daqui
Onde a sombra seduz

Também eu estou
À espera de mim
Algo me diz
Que a tormenta passará

É preciso perder
Para depois se ganhar
E mesmo sem ver
Acreditar!

É a vida que segue
E não espera pela gente
Cada passo que dermos em frente
Caminhando sem medo de errar
Creio que a noite
Sempre se tornará dia

“A Música e “As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?”

E o brilho que o sol irradia
Há-de sempre nos iluminar
Sei que o melhor de mim
Está para chegar
Sei que o melhor de mim
Está por chegar
Sei que o melhor de mim
Está para chegar

❖ **Exercício: “As minhas qualidades, o que melhorar e como fazê-lo?”**

- Escreve 5 qualidades (características que gostes em ti)
- Escreve 5 características a melhorar
- Analisando as 10 características acima, de que forma podes otimizar as qualidades e a minimizar/superar dificuldades

Fase 3 – Conclusão

- Obter feedback acerca da intervenção;
 - Prescrição para a ação:
Incentivar a ouvir e cantar músicas como forma de expressão de sentimentos, e a analisar as qualidades e pontos menos apreciados, trabalhando-os diariamente e aplicando-os em situações concretas.
 - Orientar a pessoa na identificação de uma pessoa (s) (por exemplo amigos, pessoa de referência, psicóloga) e incentivar a partilha e o pedido de ajuda, no caso de necessidade.
- ❖ No final, é oferecida uma caixa (fornada pela enfermeira – Apêndice 1), criando um **“Baú dos valores”**, onde podem ser guardados vários artigos que promovam a sua saúde mental, nomeadamente a letra da música desenvolvida e de outras que a adolescente goste, assim como o produto do Exercício: “As minhas qualidades, o que melhorar e como fazê-lo?”. Pode ser incentivado a guardar tudo o que a pessoa considerar importante que fomente o seu bem estar.

“A Música e “As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batt-Rawden, K & Storlien, M (2019). Systematic Use of Music as na Environmental Intervention on Quality of Care in Nursing Homes: A Qualitative Case Study in Norway. *Medicines* 6 12 doi:10.3390/medicines6010012
- Bulechek, G., Butcher, H. & Dochterman, J. (2010). *NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5ªed. Elsevier ISBN: 978-0-323-05340-2
- Chan, Z. (2014). Nursing problema-based learning activity: Song writing and singing. *Nurse Education in Practice*. 14 380-384
- Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN] (2022, Dezembro, 23). *Navegador CIPE-release 2019*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Doran, V. & Newland, J. (2021). Integration of Physical and Psychiatric Assessment. In Yearwood, E., Pearson, G. & Newland, J. (ed). *Child and adolescent behavioral health: a resource for advanced practice psychiatric and primary care Practitioners in nursing*. (pp.58-89) 2ªed Jonh Wiley & Sons, Inc ISBN 978111987586
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas*. Tuttirév. ISBN 978-989-96401-0-8.
- Ferreira, M., Quitério, M. & Charepe, Z. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da autoestima em crianças e adolescentes – scoping review. *Cadernos de Saúde* 14(1) 31-43 <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10960>
- Grebosz-Haring, K. & Thun-Hohenstein, L. (2018). Effects of group singing versus group music listening on hospitalized children and adolescents with mental disorders: A pilot study. *Heliyon* 4 DOI: 10.1016/j.heliyon.2018. e01014
- Grünhagen, G. (2012). Healing chants and Singing Hospitals: towards an analysis of the implementation of spiritual practices as therapeutic means. *Scripta INstituti Donneriani Aboensis* 24 76-88 DOI:10.30674/scripta.67410
- Ingersoll, S. & Schaper, A. (2013). Music: A Caring, Healing Modality. In Dossey, B. (ed.). *Holistic nursing: a handbook for practice*. (pp.397 – 415). 6ªed Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-4496-4563-2

“A Música e “As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?”

- Lopes, M (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In Santos, J & Cutcliffe, J (eds). *European Psychiatric Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing* (pp.247-257) https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19
- Lusk, P. & Kozlowski, L. (2021). Cognitive Behavioral Interventions in Child and Adolescent Mental Health Treatment. In Yearwood, E., Pearson, G. & Newland, J. (ed). *Child and adolescent behavioral health: a resource for advanced practice psychiatric and primary care Practitioners in nursing*. (pp.340-358) 2^{ed} John Wiley & Sons, Inc ISBN 978111987586
- McCaffrey, R & Locsin, R (2003). Music Listening as a Nursing Intervention: A symphony of Practice. *Holist Nurs Pract* 16(3) 70-77
- Moksnes, U. & Reidunsdatter, J. (2019). Self-esteem and mental health in adolescents – level and stability during a school year. *Norsk Epidemiologi* 28(1-2) 59-67 DOI: 10.5324/nje.v28i1-2.3052.
- Newport Academy (2019). Relaxation Skills for Teens. <https://www.newportacademy.com/resources/well-being/relaxation-skills-for-teens/>
- Nguyen, D., Wright, E, Dedding, C., Pham, T & Bunders, J. (2019). Low Self-Esteem and Its Association With Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Vietnamese Secondary School Students: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*. 10. 698. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00698
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica <https://docplayer.com.br/130437514-Ordem-dos-enfermeiros.html>
- Orygen (2022). Brief interventions in youth mental health toolkit. <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Brief-interventions/Toolkits/Orygen-Brief-Interventions-in-Youth-Mental-Health.aspx>
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional: Aprender a ser Feliz*. 1^aed. Porto Editora ISBN 978-972-0-34018
- Rodwin, A., Shimizu, R., Travis, R, James, K, Banya, M. & Munson, M. (2022). A Systematic Review of Music-based Interventions to Improve Treatment Engagement and mental Health Outcomes for Adolescents and Young adults. *Child and Adolescent Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10560-022-00893-x>

“A Música e “As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?”

- Sampaio, F., Gonçalves, P., Parola, V., Sequeira, C. & Lluch Canut, T. (2020). Nursing Process Addressing the Focus “Anxiety”: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research* 1-11 DOI: 10.1177/1054773820979576.
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (coord.). *Enfermagem em Saúde mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.128-130). 1ªed. LidelISBN 978-989-752-413-4.
- Sampaio, F.& Sequeira, C. (2020). Autoimagem, Autoestima e Imagem Corporal. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (coord.). *Enfermagem em Saúde mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.116-118). 1ªed. LidelISBN 978-989-752-413-4
- Welch. G. (2011). The Benefits of Singing for Adolescents. <http://www.thelutonmusicmix.com/wp-content/uploads/2015/07/The-benefits-of-singing-for-adolescents-GFW.pdf>

"A Música e "As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?"

APÊNDICE I - Baú dos Valores

"A Música e "As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?"



APÊNDICE IX - PLANOS INDIVIDUAIS DE CUIDADOS (PIC)



FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DO UTENTE

IDENTIFICAÇÃO

A

DIAGNÓSTICO

Perturbação Desafiante de Oposição (POD):

É caracterizada por

um padrão global de desobediência, desafio e comportamento hostil, em que os sujeitos discutem excessivamente com os adultos, não assumem a sua responsabilidade pelos comportamentos inapropriados, descontrolam-se facilmente quando contrariados e têm dificuldades em aceitar regras (Barrias, 2014, p.125).

De acordo com o DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2014) a POD, integra o grupo das "Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento", que integra outras perturbações externalizantes, que de forma geral são caracterizadas por problemas no autocontrolo emocional e do comportamento.

A POD é definida de acordo com os seguintes critérios de diagnóstico (APA, 2014, p. 554):

A- Um padrão de humor zangado/irritável, comportamento conflituoso/desafiante ou comportamento vingativo, que dura pelo menos 6 meses, caracterizado pela presença de pelo menos 4 sintomas de qualquer de uma das seguintes categorias que ocorrem durante a interação com pelo menos um indivíduo que não seja irmão ou irmã.

Humor zangado/irritável

1. Com frequência perde o controlo.
2. Com frequência é suscetível ou facilmente incomodado pelos outros.
3. Sente frequentemente raiva e ressentimento.

Comportamento conflituoso/desafiante

4. Discute frequentemente com figuras de autoridade ou, no caso das crianças e adolescentes, com adultos.
5. Com frequência, desafia ou recusa cumprir pedidos de figuras de autoridade ou regras.
6. Com frequência, aborrece deliberadamente as outras pessoas.
7. Com frequência, culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento. Comportamento vingativo.
8. Foi rancoroso ou vingativo pelo menos 2 vezes nos últimos 6 meses.

DIAGNÓSTICO

B- A perturbação do comportamento está associada a mal-estar do indivíduo ou de outras pessoas do seu contexto social próximo (por exemplo, família, grupo de pares, colegas de trabalho) ou tem impacto negativo nas áreas social, educacional, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento do indivíduo.

C- O comportamento não ocorre exclusivamente no contexto de uma perturbação psicótica, de uso de substâncias, depressiva ou bipolar. Também não são preenchidos os critérios de perturbação de desregulação do humor disruptivo.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira: Os sintomas estão confinados apenas a 1 contexto (por exemplo, em casa, na escola, no trabalho, com os pares).

Moderada: Alguns sintomas estão presentes em pelo menos 2 contextos.

Grave: Alguns sintomas estão presentes em 3 ou mais contextos.

INFORMAÇÕES RELEVANTES

Idade:

- 17 anos.

Principal preocupação:

- Diminuir ansiedade e desenvolver o autocontrolo.

Antecedentes Pessoais:

- Comportamentos autolesivos e heterolesivos.

Habitação:

- Institucionalizada.

Família:

- Dinâmica familiar disfuncional;
- Relação de conflito com a mãe, com episódio de Heteroagressão.

Figura principal de referência:

- Técnica responsável

Relações sociais:

- Relações conflituosas com as colegas na Instituição;
- Negou a existência de amizade de referência.

Escola/trabalho:

- 11ºano turma de desporto;

Interesses:

- Música, canto, leitura (Raul Minhalma)

Medicação atual:

- Quetiapina 50mg; atomoxetina 25mg e amisulprida 50mg

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS (PIC)		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - ANSIEDADE		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar ansiedade Instrumento de avaliação – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Pais-Ribeiro et al, 2007) – Disponibilizar presença Disponibilizar tempo para estar em pleno com a pessoa, através de uma atitude de aceitação e interesse, escutando-a, de modo a promover a tranquilidade, segurança e confiança. – Gerir ambiente Facultar um ambiente calmo, com controlo dos estímulos, na tentativa de garantir um ambiente seguro, mediante as condicionantes/possibilidades existentes. – Executar Escuta Ativa Processo que promove a compreensão real da mensagem verbal e não verbal como resultado da interação entre a pessoa alvo de cuidados e o enfermeiro. Incentiva a pessoa a expressar-se, objetivando: propiciar a partilha e entendimento de um problema da pessoa; promover a relação terapêutica; fomentar o <i>rapport</i> e a empatia; e facultar o desenvolvimento de confiança, segurança e conforto na pessoa. Esta intervenção procurou cumprir três elementos na sua execução: manifestação de interesse; não	Que a pessoa consiga diminuir os níveis de ansiedade	Desenvolvida atividade de relaxamento, tendo - se obtido a diminuição da frequência cardíaca, pelo que se associa o decréscimo dos níveis da ansiedade. Teria sido importante o desenvolvimento de outras atividades para trabalhar a ansiedade e possibilitar a aplicação da escala de avaliação da ansiedade para a definição de “Ansiedade moderada” ou de “Ansiedade grave”.

fazer julgamentos; e recorrer a perguntas para incentivar à exposição (Coelho & Sequeira, 2020) – Executar Apoio Emocional Está relacionado com a promoção de ambiente que incentiva a livre expressão de sentimentos e emoções e gestão emocional, num clima de confiança, de segurança e de aceitação. Está associado à relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. – Gerir comunicação Falar de modo calmo e pausado, diminuindo a probabilidade de barreiras de comunicação, com postura de tranquilidade, e aplicando estratégias de gestão do silêncio. – Executar Relação de Ajuda A relação de ajuda baseia-se numa abordagem centrada na pessoa alvo de cuidados, e não diretiva. Objetiva propiciar um ambiente que leve ao crescimento, onde a pessoa possa ser genuína, sentir-se aceite e compreendida, para, assim, conseguir encontrar soluções para o seu problema, de acordo com os recursos disponíveis. Implica planeamento, uma estrutura e a definição de objetivos (Coelho, Sampaio & Sequeira, 2020). – Ensinar sobre Estratégias de Redução da Ansiedade ○ Apoiar o utente a aceitar que nem todas as situações são controláveis; ○ Assistir o utente a colocar a situação/problema em perspetiva ○ Incentivar o utente a procurar dar sempre o seu melhor e a ficar orgulhoso disso; ○ Incentivar o utente a manter uma atitude positiva; ○ Assistir o utente a identificar quais são os “gatilhos” da ansiedade;		
--	--	--

○ Incentivar o utente a manter uma ingestão nutricional adequada; ○ Incentivar o utente a manter um sono e repouso adequados; ○ Incentivar o utente a fazer exercício; ○ Incentivar o utente a respirar fundo; ○ Incentivar o utente a contar até 10; ○ Incentivar o utente a dedicar tempo a si mesmo (Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020). – Executar Intervenção Psicoeducativa Abrange intervenções sistémicas, didáticas e do foro psicoterapêutico desenvolvidas para a pessoa acerca da patologia e seu processo terapêutico, visando uma melhor e responsável gestão (Amaral, Almeida & Sousa, 2020). – Executar relaxamento Realizada atividade com a utente, designada – “Situação Difícil? Eu Páro, Respiro e Relaxo” (Apêndice 8). – Treinar Técnicas de Relaxamento Realizada atividade com a utente, designada – “Situação Difícil? Eu Páro, Respiro e Relaxo” (Apêndice 8). – Ouvir música, como intervenção de enfermagem (McCaffrey & Locsin, 2003; Ribeiro, 2020; LusK & Kozlowski, 2021) Realizada atividade com a utente, designada – A Música e “As Minhas Qualidades, o que Melhorar e como Fazê-lo?” (Apêndice 8).		
--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - BAIXO AUTOCONTROLO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Autocontrolo Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Agressividade Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Impulsividade (Ordem dos Enfermeiros, 2018) – Ensinar sobre estratégias de autocontrolo; – Informar sobre recursos da Comunidade; – Executar apoio emocional; – Executar Técnica de Resolução de Problemas; – Executar Treino de Autocontrolo; É baseado em três aspetos fundamentais: estratégias de auto-observação, de controlo dos estímulos e de controlo das consequências (Freitas & Mendes, 2020; LusK & Kozlowski, 2021; Orygen, 2022) – Executar intervenção de promoção de um controlo de impulsos efetivo: ○ Apoiar a pessoa na identificação do problema; ○ Apoiar a pessoa na seleção da ação mais eficaz; ○ Escolher uma estratégia de resolução de problemas ajustada ao nível de desenvolvimento funcional-cognitivo da pessoa; ○ Explicar à pessoa a importância de parar e pensar antes de agir;	Que a pessoa seja capaz de melhorar o autocontrolo	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

○ Planificar a mudança de comportamento, e assim desenvolver e consolidar a estratégia de resolução de problemas que está a ser trabalhada; ○ Apoiar a pessoa na avaliação do resultado da ação escolhida; ○ Apoiar a pessoa a avaliar e a relacionar os resultados obtidos de acordo com a escolha comportamental escolhida (Peixoto, Sampaio & Sequeira, 2020)		
--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - COMPORTAMENTO INTERATIVO COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar Comportamento Interativo Comprometido Possibilidade: Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) (APA, 2002) – Desenvolver relação de confiança com a pessoa Ser honesto, cumprir todas as promessas, promover a aceitação da pessoa, separando-a dos comportamentos inaceitáveis (Townsend & Morgan, 2018). – Ensinar sobre Comportamento Interativo Perceber o entendimento da pessoa acerca do comportamento interativo, sua importância e regras inerentes. Despertar na pessoa a seleção de uma atividade a seu gosto e estimular a participação em atividades de grupo não competitivas, de forma gradual, fomentando o reforço positivo. Incentivar a pessoa a desenvolver relações interpessoais, participando em atividades de grupo, e apoiando – a na compreensão acerca das interações estabelecidas. Apoiar a pessoa no respeito à construção de expectativas de si e dos outros e no reconhecimento de situações que possam ser difíceis no âmbito relacional. – Vigiar comportamento – Estabelecer Limites – Prevenir isolamento social – Executar Aconselhamento	Que a pessoa consiga modificar o seu padrão relacional, conseguindo estabelecer relações a nível interpessoal, promovendo a sua interação, integração, e encontro de eventual fonte de apoio e de partilha.	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

O Aconselhamento visa capacitar a pessoa, promovendo a sua autonomia e crescimento pessoal, perante as adversidades da vida, para, assim, tomar decisões eficazes (Patterson & Eisenberg, 2003). – Executar Modificação de Comportamento Consiste numa abordagem comportamental e que numa perspetiva holística, considera o comportamento como algo instável, variável consoante vários fatores inerentes à pessoa, meio e terapeuta. Pode ser utilizado em simultâneo com a entrevista motivacional, mediante determinadas características (Sequeira & Sampaio, 2020). – Treinar o Comportamento Assertivo O comportamento assertivo promove a expressão de ideias, sentimentos e necessidades, mas com respeito perante os direitos alheios. É fundamental no âmbito das relações interpessoais satisfatórias (Pereira et al, 2018). – Treinar Competências Sociais – Vigiar Comportamento Interativo (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ribeiro et al, 2020)		
--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - BAIXA AUTO-ESTIMA CRÓNICA		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Auto-estima Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Autoestima de Rosenberg (Romano, Negreiros & Martins, 2007); – Executar aconselhamento – Desenvolver apoio emocional; – Executar intervenção psicoeducativa ; – Realizar reestruturação cognitiva Objetiva apontar as interpretações negativas e não reais acerca de um determinado acontecimento e substituí-las por interpretações mais reais, mais ajustadas à realidade (Santos et al, 2020); – Executar relação de ajuda; – Investir tempo um a um, ou envolver a pessoa em atividades de grupo; – Executar intervenção de promoção da autoestima: ○ Estimular a pessoa a nomear as suas forças; ○ Apoiar no reforço das forças pessoais nomeadas pela pessoa; ○ Apoiar a pessoa no processo de autoaceitação; ○ Estimular o contacto ocular durante a interação; ○ Estimular a pessoa para a verbalização de afirmações positivas acerca de si; ○ Promover experiências que possibilitem incrementar a autonomia da pessoa;	Que a pessoa aumente os seus níveis de auto-estima, expressando aspetos positivos do seu “eu”, de conquistas passadas e que tenha uma perspetiva futura.	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

○ Incentivar a pessoa a identificar respostas positivas vindas de outros; ○ Abster a crítica negativa; ○ Apoiar a pessoa a lidar com as situações de bullying ou de provocação; ○ Fomentar a confiança na capacidade da pessoa; ○ Apoiar a pessoa na definição de metas realistas que promovam a auto estima; ○ Apoiar a pessoa a aceitar a sua dependência de outros; ○ Apoiar a pessoa a reavaliar as percepções negativas acerca de si própria; ○ Estimular a pessoa no âmbito da responsabilização por si mesma; ○ Investigar sucessos anteriores; ○ Incentivar a pessoa a avaliar o seu comportamento; ○ Estimular a pessoa a aceitar novos desafios; ○ Reforçar positivamente os progressos da pessoa quanto às suas metas; ○ Promover envolvimento em atividades que incrementem a autoestima; ○ Verbalizar afirmações positivas quanto à pessoa – Terapia por reminiscência Adequar o comportamento presente, incrementando a adaptação da pessoa às circunstâncias atuais, por meio da lembrança de acontecimentos, sentimentos e pensamentos do momento passado. (Amaral, 2010; Sampaio & Sequeira, 2018; Townsend & Morgan, 2018)		
--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - RISCO DE COMPORTAMENTO AUTODESTRUTIVO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Risco de Comportamento Autodestrutivo Indicador NOC de Resultado para Contenção da Automutilação – Avaliar o comportamento adotado previamente; – Avaliar a intenção do comportamento autodestrutivo; – Avaliar o risco de suicídio; – Incrementar a responsabilidade da pessoa pelas consequências do comportamento autodestrutivo; – Promover relação terapêutica; – Executar Reestruturação Cognitiva – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas – Vigiar comportamento autolesivo (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Simões et al, 2020)	Que a pessoa seja capaz de desenvolver comportamento que não seja autodestrutivo.	Era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - ADAPTAÇÃO COMPROMETIDA		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar a adaptação: Através de entrevista; – Executar escuta ativa; – Executar Apoio Emocional; – Avaliar o coping; – Promover a utilização de estratégias de coping eficazes É importante: estimular a expressão de sentimentos e receios; apoiar na identificação de estratégias, habilidades e forças, e métodos utilizados previamente face a situações problemáticas; auxiliar a pessoa a definir objetivos adequados de curto e médio prazo; incentivar a busca de recursos, de acordo com os objetivos; fomentar o treino de estratégias e habilidades; estimular o desenvolvimento de novas estratégias de coping, com vista à melhoria da capacidade de adaptação. – Promover a autoresponsabilização; – Assistir na auto-modificação – Executar modificação do comportamento – Treinar competências sociais – Encaminhar para Grupo de apoio – Executar terapia recreacional – Executar intervenção para autopercepção positiva Estimula a pessoa a descobrir e compreender os seus pensamentos, sentimentos, o que a motiva e comportamentos desenvolvidos, de forma positiva (Amaral, 2010).	Que a pessoa desenvolva capacidades para melhor gerir novas situações de acordo com a sua situação saúde/doença	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - PROCESSO FAMILIAR COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Processo Familiar Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Adaptação e Coesão Familiar (FACES – IV) (Sequeira et al, 2015); – Explicar acerca de Crise Familiar; – Executar Intervenção em crise; – Executar Intervenção Familiar; – Desenvolver Intervenção Psicoeducativa; – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas; – Treinar Competências Sociais; – Praticar Estratégias de Comunicação; – Praticar o Comportamento Assertivo; – Fomentar o envolvimento familiar; – Promover o apoio da família; – Fomentar a mobilização familiar; – Apoiar a manutenção do processo familiar. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Carvalho, Martinho & Sampaio, 2020)	Que a família seja capaz de desenvolver, o melhor possível, as suas funções e tarefas, se ajuste à mudança, seja capaz de reconhecer as suas necessidades, e de lidar com as tensões, stress e crise.	Não tive oportunidade de contacto com a família, pois a jovem está institucionalizada. Está programada uma consulta com a mãe numa data posterior ao término do estágio. A família já esteve em programa de terapia familiar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - STRESS DO CUIDADOR		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar stress do cuidador Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010); – Explicar a temática do Stress – Ensinar acerca das estratégias para diminuir o stress; – Promover a participação em atividades lúdicas – Desenvolver Apoio Emocional; – Desenvolver Intervenção Familiar; – Aplicar Intervenção Psicoeducativa; Desenvolver programa de capacitação do cuidador; Treino de competências parentais. – Desenvolver estratégias de coping; – Desenvolver Relação de Ajuda; – Aplicar Técnica de Relaxamento; – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas; – Encorajar a participação em Grupos de Apoio; – Vigiar Stress do Cuidador. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sousa et al, 2020, Townsend & Morgan, 2018)	Que o cuidador seja capaz de diminuir dificuldades associadas ao cuidar, que aumente a satisfação com o cuidar, que seja capaz de lidar melhor com as vicissitudes inerentes ao papel de cuidador, promovendo um melhor ajustamento, e que desenvolva o autocuidado.	Não tive oportunidade de contacto com a família, pois a jovem está institucionalizada.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – SONO COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar Sono Comprometido Através do uso da entrevista; – Incentivar o registo rigoroso para se conseguir elaborar o padrão de sono da pessoa; – Desenvolver horário regular de repouso e sono, de acordo com necessidades individuais; – Instruir quanto à necessidade de evitar as sestas durante o dia; – Instruir quanto à promoção de um ambiente indutor do relaxamento e do sono (exemplo, as luzes, o vestuário, a paisagem sonora, tecnologia); – Instruir quanto à necessidade de evitar “refeições pesadas” ao jantar, mas também não se deitar com a sensação de fome; – Promover a não ingestão de bebidas estimulantes a partir do final do dia; – Desincentivar a prática de exercício físico perto da hora do deitar; – Promover a prática de exercícios de relaxamento, como o relaxamento progressivo e a técnica da respiração profunda antes do adormecer; – Explorar a hipersónia relacionando-a como uma forma de fuga, procurando avaliar eventuais medos e sentimentos associados; – Procurar com a pessoa estabelecer um plano de atividades diárias estimulantes; – Ajustar medicação às necessidades individuais. (Townsend & Morgan, 2018)	Que a pessoa seja capaz de desenvolver um padrão de sono adequado às suas necessidades, com incremento da sua ação reparadora, e consequentemente o desenvolvimento holístico da pessoa.	Foram abordados aspetos promotores de um padrão de sono adequado, assim como a questão da medicação. A pessoa revelou-se receptiva à mensagem.

1º CONTATO DE ADEÇÃO TERAPÊUTICA

	SEMPRE (1)	QUASE SEMPRE (2)	COM FREQUÊNCIA (3)	POR VEZES (4)	RARAMENTE (5)	NUNCA (6)	NOTAS
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	10 dias após alteração terapêutica, e sem reações adversas. Não tinha tolerado a anterior (aripirazol), tendo apresentado tonturas, dor abdominal e perda de conhecimento.
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	

2º CONTATO DE ADESÃO TERAPÊUTICA

	SEMPRE (1)	QUASE SEMPRE (2)	COM FREQUÊNCIA (3)	POR VEZES (4)	RARAMENTE (5)	NUNCA (6)	NOTAS
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Lusociência ISBN 978-972-8930-55-4
- Amaral, A, Almeida, E & Sousa, L (2020). Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.174-176). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 1ªed Climepsi Editores ISBN 972-796-020-0.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 5ªed Climepsi Editores ISBN 978-972-796-347-8
- Barrias, P. (2014). Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice da Atenção. In Monteiro, P. (Coord.) *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp.115-136). Lidel 1ªed ISBN 978-989-752-037-2
- Carvalho, J., Martinho, J & Sampaio, F. (2020). Processo Familiar. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.159-161). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Coelho, J, Sampaio, F & Sequeira, C (2020). Relação de Ajuda. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 183-185) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Coelho, J & Sequeira, C (2020). Escuta Ativa. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.177-179). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Freitas, D. & Mendes, R. (2020). Treino de Autocontrolo. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.196-198). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Lusk, P. & Kozlowski, L. (2021). Cognitive Behavioral Interventions in Child and Adolescent Mental Health Treatment. In Yearwood, E., Pearson, G. & Newland, J. (ed). *Child and adolescent behavioral health: a resource for advanced practice psychiatric and primary care Practitioners in nursing*. (pp.340-358) 2ªed John Wiley & Sons, Inc ISBN 978111987586
- McCaffrey, R & Locsin, R (2003). Music Listening as a Nursing Intervention: A symphony of Practice. *Holist Nurs Pract* 16(3) 70-77
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica <https://docplayer.com.br/130437514-Ordem-dos-enfermeiros.html>
- Orygen (2022). Brief interventions in youth mental health toolkit. <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Brief-interventions/Toolkits/Orygen-Brief-Interventions-in-Youth-Mental-Health.aspx>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I, Ferreira, T, Martins, A., Meneses, R & Baltar, M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine* 12(2). 225-237
- Patterson, L & Eisenberg, S (2003). *O processo de aconselhamento*. 3ªed Martins Fontes
- Peixoto, S., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Autocontrolo. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.123-124). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pereira, I, Seabra, P, Valentim, O & Nogueira, M. (2018). Treino de assertividade na Enfermagem de saúde Mental. IX Congresso Internacional ASPESM
- Ribeiro, I (2020). Terapias Complementares em Saúde Mental. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.258-262). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Ribeiro, I., Carvalho, J., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Comportamento Interativo e Comportamento Alimentar. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.133-135). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Romano, A., Negreiros, J. & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior Norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças* 8(1), 107-114.
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.128-130). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Autoimagem, Autoestima e Imagem Corporal. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.116-118). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Santos, B, Gonçalves, P., Sequeira, C. & Curto, P. (2020). Reestruturação Cognitiva. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.186-189). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sequeira, c. 82010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Referência. II Série, 12, 9-16.
- Sequeira, J., Cerveira, C. Silva, M., Neves, S., Vicente, H., Espírito-Santo, H. & Guadalupe, S. (2015). Validation of FACES IV for the Portuguese Population. Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos: Departamento de Investigação e Desenvolvimento. <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/593/1/Tese%20Mestrado.pdf>
- Sequeira, C & Sampaio, F (2020). Modificação do Comportamento. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.193-195). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Simões, R., Santos, J, Gonçalves, A. & sequeira, C. (2020). Comportamento Autodestrutivo. . In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.141-146). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sousa, L., Sequeira, C, Grau, C & Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. . In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.162-166). 1ªed. Lidel



FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DO UTENTE

IDENTIFICAÇÃO

B

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico médico Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

Critérios de diagnóstico

- A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por (1) e/ou (2)

1. **Desatenção:** 6(ou mais) dos seguintes sintomas persistiram pelo menos durante 6 meses num grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais:

Nota. Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), são necessários pelo menos 5 sintomas.

- Frequentemente, falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades.
- Frequentemente, tem dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades.
- Frequentemente, parece não ouvir quando se lhe fala diretamente.
- Frequentemente, não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho.
- Frequentemente, tem dificuldades em organizar tarefas e atividades.
- Frequentemente, evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido.
- Frequentemente, perde objetos necessários para tarefas ou atividades.
- Frequentemente, é facilmente distraído por estímulos alheios.
- Esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

2. Hiperatividade e impulsividade: 6 (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram pelo menos 6 meses a um nível que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo nas atividades sociais e académicas/ocupacionais:

Nota. Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição,

DIAGNÓSTICO

- hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos e mais velhos), pelo menos 5 sintomas são necessários.
- a. Frequentemente, agita ou bate com as mãos ou os pés ou remexe-se quando está sentado.
 - b. Frequentemente, levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado.
 - c. Frequentemente, corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo.
 - d. Frequentemente, é incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer.
 - e. Está frequentemente «em movimento», agindo como se estivesse «ligado a um motor».
 - f. Frequentemente, fala em excesso.
 - g. Frequentemente, precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.
 - h. Frequentemente, tem dificuldade em esperar pela sua vez.
 - i. Frequentemente, interrompe ou interfere nas atividades dos outros.
- B. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade surgiram antes dos 12 anos de idade.
- C. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em 2 ou mais contextos.
- D. Existem provas evidentes de que os sintomas interferem com, ou reduzem, a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental.
- (APA, 2014, p.69)
- O caso específico é caracterizado pela apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade.

INFORMAÇÕES RELEVANTES

Idade:

- 14 anos.

Antecedentes Pessoais:

- Comportamento heteroagressivo na escola.

Habitação:

- Com os pais.

Família:

- Relações familiares de conflito.

Relações sociais:

- Heteroagressividade com os pares.

Interesses:

- Pesca; Futebol.

Medicação atual:

- Metifenidato 60mg; atomoxetina 60mg; Clonidina 0.15mg; Paliperidona 9 mg; Metifenidato 40mg; Riperidona 50mg IM.

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS (PIC)		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - ANSIEDADE		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar ansiedade Instrumento de avaliação – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Pais-Ribeiro et al, 2007) – Disponibilizar presença Disponibilizar tempo para estar em pleno com a pessoa, através de uma atitude de aceitação e interesse, escutando-a, de modo a promover a tranquilidade, segurança e confiança. – Gerir ambiente Facultar um ambiente calmo, com controlo dos estímulos, na tentativa de garantir um ambiente seguro, mediante as condicionantes/possibilidades existentes. – Executar Escuta Ativa Processo que promove a compreensão real da mensagem verbal e não verbal como resultado da interação entre a pessoa alvo de cuidados e o enfermeiro. Incentiva a pessoa a expressar-se, objetivando: propiciar a partilha e entendimento de um problema da pessoa; promover a relação terapêutica; fomentar o <i>rapport</i> e a empatia; e facultar o desenvolvimento de confiança, segurança e conforto na pessoa. Esta intervenção procurou cumprir três	Que a pessoa consiga diminuir os níveis de ansiedade	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para o desenvolvimento de intervenção adequada e sua avaliação. Todavia, com o aumento do número de contactos, notou-se crescente abertura e receptividade à transmissão de informação.

elementos na sua execução: manifestação de interesse; não fazer julgamentos; e recorrer a perguntas para incentivar à exposição (Coelho & Sequeira, 2020) – Executar Apoio Emocional Está relacionado com a promoção de ambiente que incentiva a livre expressão de sentimentos e emoções e gestão emocional, num clima de confiança, de segurança e de aceitação. Está associado à relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. – Gerir comunicação Falar de modo calmo e pausado, diminuindo a probabilidade de barreiras de comunicação, com postura de tranquilidade, e aplicando estratégias de gestão do silêncio. – Executar Relação de Ajuda A relação de ajuda baseia-se numa abordagem centrada na pessoa alvo de cuidados, e não diretiva. Objetiva propiciar um ambiente que leve ao crescimento, onde a pessoa possa ser genuína, sentir-se aceite e compreendida, para, assim, conseguir encontrar soluções para o seu problema, de acordo com os recursos disponíveis. Implica planeamento, uma estrutura e a definição de objetivos (Coelho, Sampaio & Sequeira, 2020). – Ensinar sobre Estratégias de Redução da Ansiedade ○ Incentivar a pessoa a aceitar que nem todas as situações são controláveis; ○ Apoiar a pessoa a colocar a situação/problema em perspetiva ○ Estimular a pessoa a dar sempre o seu melhor e a ficar orgulhosa disso; ○ Incentivar a pessoa a preservar uma atitude positiva;		
--	--	--

○ Apoiar a pessoa a identificar os “gatilhos” da ansiedade; ○ Promover na pessoa uma ingestão nutricional adequada; ○ Incentivar a pessoa a desenvolver um sono e repouso adequados; ○ Estimular a pessoa a fazer exercício; ○ Estimular a pessoa a respirar fundo; ○ Estimular a pessoa a contar até 10; – Executar Intervenção Psicoeducativa Abrange intervenções sistêmicas, didáticas e do foro psicoterapêutico desenvolvidas para a pessoa acerca da patologia e seu processo terapêutico, visando uma melhor e responsável gestão (Amaral, Almeida & Sousa, 2020). – Executar relaxamento. – Treinar Técnicas de Relaxamento. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020).		
--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – COMPORTAMENTO VIOLENTO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar Comportamento Violento Questionário de Agressividade de Buss-Perry (Cunha & Gonçalves, 2012); – Promover relação de confiança; – Desenvolver estratégias de gestão do comportamento que é agressivo; – Promover o desenvolvimento de estratégias de modificação do comportamento agressivo; – Apoiar o cuidador acerca das estratégias de prevenção do comportamento agressivo; – Apoiar o cuidador acerca das estratégias de protecção quanto ao comportamento agressivo; – Apoiar na Auto-modificação; Assistir a pessoa a desenvolver a mudança auto-dirigida, relevando a importância que a pessoa alcance as metas que definiu como sendo as mais importantes (Amaral, 2010) – Ensinar sobre estratégias de autocontrolo; – Treino de controlo de impulsos; – Executar Aconselhamento; – Executar apoio emocional; – Executar Técnica de Resolução de Problemas; – Executar Treino de Assertividade. (Amaral, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Carvalho et al, 2020)	Que a pessoa seja capaz de melhorar o autocontrolo, diminuindo o risco de desenvolver comportamento violento	Era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – COMPORTAMENTO INTERATIVO COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Comportamento Interativo Comprometido Possibilidade: Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) (APA, 2002) – Desenvolver relação de confiança com a pessoa Ser honesto, cumprir todas as promessas, promover a aceitação da pessoa, separando-a dos comportamentos inaceitáveis (Townsend & Morgan, 2018). – Ensinar sobre Comportamento Interativo Perceber o entendimento da pessoa acerca do comportamento interativo, sua importância e regras inerentes. Despertar na pessoa a seleção de uma atividade a seu gosto e estimular a participação em atividades de grupo não competitivas, de forma gradual, fomentando o reforço positivo. Incentivar a pessoa a desenvolver relações interpessoais, participando em atividades de grupo, e apoiando – a na compreensão acerca das interações estabelecidas. Apoiar a pessoa no respeito à construção de expectativas de si e dos outros e no reconhecimento de situações que possam ser difíceis no âmbito relacional. – Vigiar comportamento	Que a pessoa consiga modificar o seu padrão relacional, conseguindo estabelecer relações a nível interpessoal, promovendo a sua interação, integração, e encontro de eventual fonte de apoio e de partilha.	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

– Estabelecer Limites – Prevenir isolamento social – Executar Aconselhamento O Aconselhamento visa capacitar a pessoa, promovendo a sua autonomia e crescimento pessoal, perante as adversidades da vida, para, assim, tomar decisões eficazes (Patterson & Eisenberg, 2003). – Executar Modificação de Comportamento Consiste numa abordagem comportamental e que numa perspetiva holística, considera o comportamento como algo instável, variável consoante vários fatores inerentes à pessoa, meio e terapeuta. Pode ser utilizado em simultâneo com a entrevista motivacional, mediante determinadas características (Sequeira & Sampaio, 2020). – Treinar o Comportamento Assertivo O comportamento assertivo promove a expressão de ideias, sentimentos e necessidades, mas com respeito perante os direitos alheios. É fundamental no âmbito das relações interpessoais satisfatórias (Pereira et al, 2018). – Treinar Competências Sociais – Vigiar Comportamento Interativo (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ribeiro et al, 2020)		
--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – ADAPTAÇÃO COMPROMETIDA		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar a adaptação: Através de entrevista; – Executar escuta ativa; – Executar Apoio Emocional; – Avaliar o coping; – Promover a utilização de estratégias de coping eficazes É importante: estimular a expressão de sentimentos e receios; apoiar na identificação de estratégias, habilidades e forças, e métodos utilizados previamente face a situações problemáticas; auxiliar a pessoa a definir objetivos adequados de curto e médio prazo; incentivar a busca de recursos, de acordo com os objetivos; fomentar o treino de estratégias e habilidades; estimular o desenvolvimento de novas estratégias de coping, com vista à melhoria da capacidade de adaptação. – Promover a autoresponsabilização; – Assistir na auto-modificação – Executar modificação do comportamento – Treinar competências sociais – Encaminhar para Grupo de apoio – Executar terapia recreacional – Executar intervenção para autopercepção positiva Estimula a pessoa a descobrir e compreender os seus pensamentos, sentimentos, o que a motiva e comportamentos desenvolvidos, de forma positiva (Amaral, 2010; LusK & Kozlowski, 2021).	Que a pessoa desenvolva capacidades para melhor gerir novas situações de acordo com a sua situação saúde/doença	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolvimento de intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – PROCESSO FAMILIAR COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Processo Familiar Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Adaptação e Coesão Familiar (FACES – IV) (Sequeira et al, 2015); – Explicar acerca de Crise Familiar; – Executar Intervenção em crise; – Executar Intervenção Familiar; – Desenvolver Intervenção Psicoeducativa; – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas; – Treinar Competências Sociais; – Praticar Estratégias de Comunicação; – Praticar o Comportamento Assertivo; – Fomentar o envolvimento familiar; – Promover o apoio da família; – Fomentar a mobilização familiar; – Apoiar a manutenção do processo familiar. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Carvalho, Martinho & Sampaio, 2020)	Que a família seja capaz de desenvolver, o melhor possível, as suas funções e tarefas, se ajuste à mudança, seja capaz de reconhecer as suas necessidades, e de lidar com as tensões, stress e crise.	Existiram poucos contactos com a mãe, que, gradualmente, foi manifestando alguma abertura para o estabelecimento da relação terapêutica, com o incremento da confiança. Necessitava de mais tempo de contacto com a mãe (cuidadora principal e pessoa que acompanhava nas idas às consultas e administração do injetável). A família já esteve em programa de terapia familiar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – STRESS DO CUIDADOR		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar stress do cuidador Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010); – Explicar a temática do Stress – Ensinar acerca das estratégias para diminuir o stress; – Promover a participação em atividades lúdicas – Desenvolver Apoio Emocional; – Desenvolver Intervenção Familiar; – Aplicar Intervenção Psicoeducativa; Desenvolver programa focado nomeadamente no desenvolvimento das competências parentais e no uso adequado e regrado da internet. – Desenvolver estratégias de <i>coping</i>; – Desenvolver Relação de Ajuda; – Aplicar Técnica de Relaxamento; – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas; – Encorajar a participação em Grupos de Apoio; – Vigiar Stress do Cuidador. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sousa et al, 2020, Townsend & Morgan, 2018)	Que o cuidador seja capaz de diminuir dificuldades associadas ao cuidar, que aumente a satisfação com o cuidar, que seja capaz de lidar melhor com as vicissitudes inerentes ao papel de cuidador, promovendo um melhor ajustamento, e que desenvolva o autocuidado.	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – SONO COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar Sono Comprometido Através do uso da entrevista; – Incentivar o registo rigoroso para se conseguir elaborar o padrão de sono da pessoa; – Desenvolver horário regular de repouso e sono, de acordo com necessidades individuais; – Instruir quanto à necessidade de evitar as sestas durante o dia; – Instruir quanto à promoção de um ambiente indutor do relaxamento e do sono (exemplo, as luzes, o vestuário, a paisagem sonora, tecnologia); – Estabelecer regras quanto ao uso da tecnologia; – Instruir quanto à necessidade de evitar “refeições pesadas” ao jantar, mas também não se deitar com a sensação de fome; – Promover a não ingestão de bebidas estimulantes a partir do final do dia; – Desincentivar a prática de exercício físico perto da hora do deitar; – Promover a prática de exercícios de relaxamento, como o relaxamento progressivo e a técnica da respiração profunda antes do adormecer; – Procurar com a pessoa estabelecer um plano de atividades diárias estimulantes; – Ajustar medicação às necessidades individuais. (Townsend & Morgan, 2018)	Que a pessoa seja capaz de desenvolver um padrão de sono adequado às suas necessidades, com incremento da sua ação reparadora, e consequentemente o desenvolvimento holístico da pessoa.	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - PROBLEMA COMPORTAMENTAL ^a		
^a Não existe definido um diagnóstico de enfermagem para esta problemática – Adição à Internet em linguagem CIPE. Cantizano, Duenas & Bocchino (2019) referem-se a esta problemática de “Adição à Internet” como comportamentos aditivos, pelo que foi selecionado o diagnóstico - Problema Comportamental. Outros autores designam como “Uso problemático da internet” (Özparlak et al, 2023). Na literatura existem vários termos que abrangem esta problemática, não sendo, pois, uma designação consensual.		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Problema Comportamental Através do uso da entrevista; – Executar técnica de modificação de comportamento; – Apoio no desenvolvimento de estratégias de coping; – Apoio no desenvolvimento de competências de comunicação; – Executar treino de competências sociais; – Executar treino psicoeducativo com os pais: Deve-se envolver os pais quanto ao uso da internet pelos filhos, sendo importante o treino das competências parentais, a importância da modelagem como modelo educativo, avaliar dinâmica, recursos e competências, e nomeadamente, quanto ao controlo que devem desenvolver, que deve ser sobretudo comportamental em detrimento do psicológico; – Estabelecer regras quanto ao uso da internet; – Limitar a utilização a áreas comuns, possibilitando aos pais supervisionar a seu uso; – Negociar o número de horas de utilização; – Avaliar os conteúdos de acesso;	Que a pessoa seja capaz de desenvolver o uso adequado da internet	Era necessário mais tempo de contacto com a pessoa/família para o desenvolvimento de uma intervenção adequada e sua avaliação

– Avaliar pensamentos associados ao comportamento aditivo; – Promover a prática de exercícios de relaxamento; – Facultar técnicas de distração; – Procurar com a pessoa estabelecer um plano de atividades diárias estimulantes; – Possibilitar a sua utilização após a realização dos afazeres; – Ajustar medicação às necessidades individuais. (Patrão, Machado & Brito, 2016; Patrão et al, 2016; Patrão, 2019; Serviço Nacional de Saúde, 2023; Özparlak et al, 2023)		
--	--	--

1ª CONTATO DE ADEÇÃO TERAPÊUTICA

	SEMPRE (1)	QUASE SEMPRE (2)	COM FREQUÊNCIA (3)	POR VEZES (4)	RARAMENTE (5)	NUNCA (6)	NOTAS
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	

2º CONTATO DE ADESÃO TERAPÊUTICA

	SEMPRE (1)	QUASE SEMPRE (2)	COM FREQUÊNCIA (3)	POR VEZES (4)	RARAMENTE (5)	NUNCA (6)	NOTAS
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Lusociência ISBN 978-972-8930-55-4.
- Amaral, A, Almeida, E & Sousa, L (2020). Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.174-176). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 1ªed Climepsi Editores ISBN 972-796-020-0.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 5ªed Climepsi Editores ISBN 978-972-796-347-8
- Cantizano, E., Duenas, M & Bocchino, A. (2019). The Nursing Diagnosis Development of Internet Addiction: Content Validation with Nursing Experts. COJ Nurse Healthcare 5(4). DOI: 10.31031/COJNH.2019.05.000624.
- Carvalho, J., Martinho, J & Sampaio, F. (2020). Processo Familiar. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.159-161). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Carvalho, A., Parra, R., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Comportamento Agressivo. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.147-148). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Coelho, J, Sampaio, F & Sequeira, C (2020). Relação de Ajuda. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 183-185) 1ªed Lidel ISBN 978-898-752-413-4
- Coelho, J & Sequeira, C (2020). Escuta Ativa. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.177-179). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Cunha, O & Gonçalves, R. (2012). Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. *Laboratório de Psicologia*, 10(1), 3-17.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica <https://docplayer.com.br/130437514-Ordem-dos-enfermeiros.html>
- Özparlak, A., Karakaya, D., Onder, A & Gunbayr, I. (2023). Problematic Internet Use in Adolescents: A Phenomenological Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* DOI 10.1111/jpm.12900
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I, Ferreira, T, Martins, A., Meneses, R & Baltar, M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine* 12(2). 225-237
- Patrão, I. (2019). O Impacto Negativo da Internet: protocolo de Intervenção nas Dependências Online. In Patrão, I. & Leal, I. (Coord). *Ciberpsicologia*. (pp.233- 250) 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-089-9
- Patrão, I., Machado, M & Brito, R. (2016). O funcionamento familiar, o bem-estar e o uso da Internet. In Patrão, I & Sampaio, D. (Coord). *Dependências Online; O Poder das Tecnologias*. (pp.133- 147) 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-060-8

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Patrão, I., Reis, J., Gonçalves, J., Moura, B., Abreu, C. & Sampaio, D. (2016). Intervenção clínica nas dependências online. In Patrão, I & Sampaio, D. (Coord). Dependências Online; O Poder das Tecnologias. (pp.169- 182) 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-060-8
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.128-130). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Referência. II Série, 12, 9-16.
- Sequeira, J., Cerveira, C. Silva, M., Neves, S., Vicente, H., Espírito-Santo, H. & Guadalupe, S. (2015). Validation of FACES IV for the Portuguese Population. Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos: Departamento de Investigação e Desenvolvimento. <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/593/1/Tese%20Mestrado.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (2023). Saúde mental. Internet – da utilização à adição. <https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/saude-mental/14644-2/>
- Sousa, L., Sequeira, C, Grau, C & Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. . In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.162-166). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Townsend, M. & Morgan, K. (2018). *Pocket guide to psychiatric nursing* 10ªed F.A. Davis Company ISBN 97880803660557



FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DO UTENTE

IDENTIFICAÇÃO

C

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico médico Perturbação do Espectro do Autismo

Critérios de diagnóstico

- A. Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos, manifestados pelos seguintes, atualmente ou no passado:
 - 1. Défices na reciprocidade social-emocional, variando, por exemplo, de uma aproximação social anormal e fracasso na conversação normal; a uma partilha reduzida de interesses, emoções ou afeto; fracasso em iniciar ou responder a interações sociais.
 - 2. Défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados para a interação social, variando, por exemplo, de uma comunicação verbal e não verbal pobremente integrada, a anomalias no contato ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos, a uma total falta de expressões faciais e comunicação não verbal.
 - 3. Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades em ajustar o comportamento de forma a adequar-se aos vários contextos sociais; a dificuldades em partilhar jogos imaginativos ou fazer amigos; a ausência de interesse nos pares.
- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos 2 dos seguintes, atualmente ou no passado:
 - 1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos;
 - 2. Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal.
 - 3. Interesses altamente restritos e fixos, que são anormais na intensidade ou foco.
 - 4. Hiper ou hiporreactividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente.
- C. Os sintomas têm de estar presentes no início do período de desenvolvimento.
- D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.
- E. Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual ou atraso global no desenvolvimento. A incapacidade intelectual e a perturbação do espectro do autismo

DIAGNÓSTICO

coocorrem muitas vezes; para efetuar diagnósticos comórbidos de perturbação do espectro do autismo e incapacidade intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento.

(APA, 2014, p.57)

O nível de gravidade da situação em concreto é de nível 1

Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI)

Critérios de diagnóstico

A incapacidade intelectual (PDI) é uma perturbação com início durante o período do desenvolvimento que inclui défices de funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios conceptual, social e prático. Os seguintes três critérios têm de ser cumpridos:

- A. Défices em funções intelectuais como raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, discernimento, aprendizagem académica e aprendizagem pela aprendizagem, confirmados tanto por avaliação clínica como por testes de inteligência individualizados e estandardizados.
- B. Défices no funcionamento adaptativo que resultam na falha em atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social. Sem suporte contínuo, os défices adaptativos limitam o funcionamento numa ou mais atividades da vida diária, como comunicação, participação social e subsistência independente, em múltiplos ambientes como casa, escola, trabalho e comunidade.
- C. Início dos défices intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento.

(APA, 2014, p. 38)

INFORMAÇÕES RELEVANTES

Idade:

- 15 anos.

Antecedentes Pessoais:

- Comportamento heteroagressivo com a mãe.

Habitação:

- Com a mãe e irmãs.

Família:

- Relação fusional com a mãe. A mãe é o principal cuidador.

Relações sociais:

- Interações pobres.

Escola:

- Quadro de sonolência no período da manhã.

Interesses:

- Música, bateria.

Medicação atual:

- Olanzapina 10mg; Atomoxetina 25mg; paliperidona 150mg IM.

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS (PIC)		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - COMUNICAÇÃO COMPROMETIDA		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Comunicação Resultado NOC “Capacidade de comunicação” Resultado NOC “Comunicação: Capacidade expressiva” Resultado NOC “Comunicação: Capacidade: Capacidade recetiva” (Sequeira, 2020) – Desenvolver treino de habilidades de comunicação; – Desenvolver estratégias de comunicação assertivas; – Apoiar o cuidador acerca do uso de estratégias que promovam uma comunicação assertiva; – Antecipar e atender às necessidades da pessoa até o estabelecimento de um padrão de comunicação satisfatório; – Utilizar técnicas de validação consensual e procurar esclarecer para decodificar padrões de comunicação; – Utilizar reforço positivo quando o contacto visual ocorrer aquando a transmissão de expressões não verbais. (Townsend & Morgan, 2018; Sequeira, 2020)	Que a pessoa consiga desenvolver melhor comunicação	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação. Todavia, com o aumento do número de contactos com a pessoa, foi sendo desenvolvida uma relação de confiança com melhoria da comunicação.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – COMPORTAMENTO VIOLENTO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar Comportamento Violento Questionário de Agressividade de Buss-Perry (Cunha & Gonçalves, 2012); – Promover relação de confiança; – Desenvolver estratégias de gestão do comportamento que é agressivo; – Promover o desenvolvimento de estratégias de modificação do comportamento agressivo; – Apoiar o cuidador acerca das estratégias de prevenção do comportamento agressivo; – Apoiar o cuidador acerca das estratégias de protecção quanto ao comportamento agressivo; – Apoiar na Auto-modificação; Assistir a pessoa a desenvolver a mudança auto-dirigida, relevando a importância que a pessoa alcance as metas que definiu como sendo as mais importantes (Amaral, 2010) – Ensinar sobre estratégias de autocontrolo; – Treino de controlo de impulsos; – Executar Aconselhamento; – Executar apoio emocional; – Executar Técnica de Resolução de Problemas; – Executar Treino de Assertividade. (Amaral, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Carvalho et al, 2020)	Que a pessoa seja capaz de melhorar o autocontrolo, diminuindo o risco de desenvolver comportamento violento	Era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolvimento de intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – COMPORTAMENTO INTERATIVO COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Comportamento Interativo Comprometido Possibilidade: Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) (APA, 2002) – Desenvolver relação de confiança com a pessoa Ser honesto, cumprir todas as promessas, promover a aceitação da pessoa, separando-a dos comportamentos inaceitáveis. Desenvolver postura cordial e de disponibilidade. – Fornecer à pessoa objetos familiares, os quais oferecerão segurança nos momentos de angústia. É importante desenvolver ação gradual, não forçando as interações. – Introduzir, gradualmente, o uso do toque, dos sorrisos e dos abraços; – Apoiar a pessoa enquanto ela se esforça para se relacionar com os outros, tendo por base a relação de confiança estabelecida; – Ensinar sobre Comportamento Interativo – Vigiar comportamento – Estabelecer Limites – Prevenir isolamento social – Executar Modificação de Comportamento Consiste numa abordagem comportamental e que numa perspetiva holística, considera o comportamento como algo instável, variável consoante vários fatores inerentes à pessoa, meio e terapeuta. Pode ser utilizado em simultâneo com a entrevista motivacional, mediante determinadas características (Sequeira & Sampaio, 2020).	Que a pessoa consiga modificar o seu padrão relacional, conseguindo estabelecer relações a nível interpessoal, promovendo a sua interação, integração, e encontro de eventual fonte de apoio e de partilha.	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolvimento de intervenção adequada e sua avaliação

– Treinar Competências Sociais – Vigiar Comportamento Interativo (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Townsend & Morgan, 2018; Ribeiro et al, 2020;)		
---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – ADAPTAÇÃO COMPROMETIDA		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar a adaptação: Através de entrevista; – Executar escuta ativa; – Executar Apoio Emocional; – Avaliar o coping; – Promover a utilização de estratégias de coping eficazes É importante: estimular a expressão de sentimentos e receios; apoiar na identificação de estratégias, habilidades e forças, e métodos utilizados previamente face a situações problemáticas; auxiliar a pessoa a definir objetivos adequados de curto e médio prazo; incentivar a busca de recursos, de acordo com os objetivos; fomentar o treino de estratégias e habilidades; estimular o desenvolvimento de novas estratégias de coping, com vista à melhoria da capacidade de adaptação. – Promover a autoresponsabilização; – Assistir na auto-modificação – Executar modificação do comportamento – Treinar competências sociais – Executar terapia recreacional (Amaral, 2010; LusK & Kozlowski, 2021).	Que a pessoa desenvolva capacidades para melhor gerir novas situações de acordo com a sua situação saúde/doença	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – PROCESSO FAMILIAR COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Processo Familiar Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Adaptação e Coesão Familiar (FACES – IV) (Sequeira et al, 2015); – Explicar acerca de Crise Familiar; – Executar Intervenção em crise; – Executar Intervenção Familiar; – Desenvolver Intervenção Psicoeducativa; – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas; – Treinar Competências Sociais; – Praticar Estratégias de Comunicação; – Praticar o Comportamento Assertivo; – Fomentar o envolvimento familiar; – Promover o apoio da família; – Fomentar a mobilização familiar; – Apoiar a manutenção do processo familiar. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Carvalho, Martinho & Sampaio, 2020)	Que a família seja capaz de desenvolver, o melhor possível, as suas funções e tarefas, se ajuste à mudança, seja capaz de reconhecer as suas necessidades, e de lidar com as tensões, stress e crise.	Existiram poucos contactos com a mãe, que, gradualmente, foi manifestando alguma abertura para o estabelecimento da relação terapêutica, com o aumento da confiança. Necessitava de mais tempo de contacto com a mãe (cuidadora principal e que acompanha nas idas às consultas e nos dias de administração do injetável). A família já esteve em programa de terapia familiar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – STRESS DO CUIDADOR		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar stress do cuidador Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010); – Explicar a temática do Stress; – Ensinar acerca das estratégias para diminuir o stress; – Promover a participação em atividades lúdicas – Desenvolver Apoio Emocional; – Desenvolver Intervenção Familiar; – Aplicar Intervenção Psicoeducativa; Desenvolver programa, nomeadamente no desenvolvimento das competências parentais, na importância do autocuidado e de desenvolvimento de atividades, sem a presença do filho. Foi elaborada proposta de programa psicoeducativo apresentada em Apêndice 10. – Desenvolver estratégias de coping; – Desenvolver Relação de Ajuda; – Aplicar Técnica de Relaxamento; – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas; – Encorajar a participação em Grupos de Apoio; – Vigiar Stress do Cuidador. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sousa et al, 2020, Townsend & Morgan, 2018)	Que o cuidador seja capaz de diminuir dificuldades associadas ao cuidar, que aumente a satisfação com o cuidar, que seja capaz de lidar melhor com as vicissitudes inerentes ao papel de cuidador, promovendo um melhor ajustamento, e que desenvolva o autocuidado.	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação. Todavia, notou-se franca evolução na cuidadora principal, quer a nível da relação com o filho, quer a nível do tempo investido em si própria.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – SONO COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Sono Comprometido Através do instrumento: Escala de Sonolência de Epworth (ESS) (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra); – Incentivar o registo rigoroso para se conseguir elaborar o padrão de sono da pessoa; – Desenvolver horário regular de repouso e sono, de acordo com necessidades individuais; – Instruir quanto à necessidade de evitar as sestas durante o dia; – Instruir quanto à promoção de um ambiente indutor do relaxamento e do sono (exemplo, as luzes, o vestuário, a paisagem sonora, tecnologia); – Estabelecer regras quanto ao uso da tecnologia; – Instruir quanto à necessidade de evitar “refeições pesadas” ao jantar, mas também não se deitar com a sensação de fome; – Promover a não ingestão de bebidas estimulantes a partir do final do dia; – Desincentivar a prática de exercício físico perto da hora do deitar; – Promover a prática de exercícios de relaxamento, como o relaxamento progressivo e a técnica da respiração profunda antes do adormecer; – Procurar com a pessoa estabelecer um plano de atividades diárias estimulantes; – Ajustar medicação às necessidades individuais. (Townsend & Morgan, 2018)	Que a pessoa seja capaz de desenvolver um padrão de sono adequado às suas necessidades, com incremento da sua ação reparadora, e consequentemente o desenvolvimento holístico da pessoa.	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - PROBLEMA COMPORTAMENTAL [¶]		
¶ Não existe definido um diagnóstico de enfermagem para esta problemática – Adição à Internet em linguagem CIPE. Cantizano, Duenas & Bocchino (2019) referem-se a esta problemática de adição à internet como comportamentos aditivos, pelo que foi selecionado o diagnóstico - Problema Comportamental. Outros autores designam como “Uso problemático da internet” (Özparlak et al, 2023). Na literatura existem vários termos que abrangem esta problemática, não sendo, pois, uma designação consensual.		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Problema Comportamental Através do uso da entrevista; – Executar técnica de modificação de comportamento; – Apoio no desenvolvimento de estratégias de coping; – Apoio no desenvolvimento de competências de comunicação; – Executar treino de competências sociais; – Executar treino psicoeducativo com os pais: Deve-se envolver os pais quanto ao uso da internet pelos filhos, sendo importante o treino das competências parentais, a importância da modelagem como modelo educativo, avaliar dinâmica, recursos e competências, e nomeadamente, quanto ao controlo que devem desenvolver, que deve ser sobretudo comportamental em detrimento do psicológico; – Estabelecer regras quanto ao uso da internet; – Limitar a utilização a áreas comuns, possibilitando aos pais supervisionar a seu uso; – Negociar o número de horas de utilização; – Avaliar os conteúdos de acesso;	Que a pessoa seja capaz de desenvolver o uso adequado da internet	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

– Avaliar pensamentos associados ao comportamento aditivo; – Promover a prática de exercícios de relaxamento; – Facultar técnicas de distração; – Procurar com a pessoa estabelecer um plano de atividades diárias estimulantes; – Possibilitar a sua utilização após a realização dos afazeres; – Ajustar medicação às necessidades individuais. (Patrão, Machado & Brito, 2016; Patrão et al, 2016; Patrão, 2019; Serviço Nacional de Saúde, 2023;)		
---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – ALUCINAÇÃO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar Alucinação Aplicação do instrumento de avaliação: Subescala P3 da PANSS – Instruir sobre alucinação; – Apoiar na gestão da alucinação; – Desenvolver Orientação para a Realidade; – Executar Reestruturação Cognitiva; – Executar intervenção psicoeducativa; – Desenvolver Terapia Recreacional; – Promover técnicas de Distração (como por exemplo a música); – Ajustar medicação; – Promover Apoio Emocional; – Promover Escuta Ativa; – Instruir familiar acerca da alucinação; – Vigiar Alucinação. (Amaral, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Gonçalves, Sampaio & Sequeira, 2020)	Que a pessoa seja capaz de gerir melhor a alucinação.	Era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação.

1ª CONTATO DE ADEÇÃO TERAPÊUTICA

	SEMPRE (1)	QUASE SEMPRE (2)	COM FREQUÊNCIA (3)	POR VEZES (4)	RARAMENTE (5)	NUNCA (6)	NOTAS
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	

2º CONTATO DE ADEÇÃO TERAPÊUTICA

	SEMPRE (1)	QUASE SEMPRE (2)	COM FREQUÊNCIA (3)	POR VEZES (4)	RARAMENTE (5)	NUNCA (6)	NOTAS
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Lusociência ISBN 978-972-8930-55-4.
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 1ªed Climepsi Editores ISBN 972-796-020-0.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 5ªed Climepsi Editores ISBN 978-972-796-347-8
- Cantizano, E., Duenas, M & Bocchino, A. (2019). The Nursing Diagnosis Development of Internet Addiction: Content Validation with Nursing Experts. COJ Nurse Healthcare 5(4). DOI: 10.31031/COJNH.2019.05.000624.
- Carvalho, A., Parra, R., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Comportamento Agressivo. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.147-148). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Carvalho, J., Martinho, J & Sampaio, F. (2020). Processo Familiar. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.159-161). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Cunha, O & Gonçalves, R. (2012). Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. *Laboratório de Psicologia*, 10(1), 3-17.
- Ribeiro, I., Carvalho, J., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Comportamento Interativo e Comportamento Alimentar. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.133-135). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica <https://docplayer.com.br/130437514-Ordem-dos-enfermeiros.html>
- Özparlak, A., Karakaya, D., Onder, A & Gunbayr, I. (2023). Problematic Internet Use in Adolescents: A Phenomenological Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* DOI 10.1111/jpm.12900
- Patrão, I. (2019). O Impacto Negativo da Internet: protocolo de Intervenção nas Dependências Online. In Patrão, I. & Leal, I. (Coord). *Ciberpsicologia*. (pp.233- 250) 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-089-9
- Patrão, I., Machado, M & Brito, R. (2016). O funcionamento familiar, o bem-estar e o uso da Internet. In Patrão, I & Sampaio, D. (Coord). *Dependências Online; O Poder das Tecnologias*. (pp.133- 147) 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-060-8
- Patrão, I., Reis, J, Gonçalves, J., Moura, B, Abreu, C. & Sampaio, D. (2016). Intervenção clínica nas dependências online. In Patrão, I & Sampaio, D. (Coord). *Dependências Online; O Poder das Tecnologias*. (pp.169- 182) 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-060-8
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). Alucinação. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.121-122). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Referência. II Série, 12, 9-16.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sequeira, J., Cerveira, C. Silva, M., Neves, S., Vicente, H., Espírito-Santo, H. & Guadalupe, S. (2015). Validation of FACES IV for the Portuguese Population. Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos: Departamento de Investigação e Desenvolvimento. <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/593/1/Tese%20Mestrado.pdf>
- Sequeira, C. (2020) Comunicação. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.149-152). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sequeira, C & Sampaio, F (2020). Modificação do Comportamento. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.193-195). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Serviço Nacional de Saúde (2023). Saúde mental. Internet – da utilização à adição. <https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/saude-mental/14644-2/>
- Simões, R., Santos, J, Gonçalves, A. & Sequeira, C. (2020). Comportamento Autodestrutivo. . In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.141-146). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sousa, L., Sequeira, C, Grau, C & Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. . In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.162-166). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Townsend, M. & Morgan, K. (2018). *Pocket guide to psychiatric nursing* 10ªed F.A. Davis Company ISBN 97880803660557



FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DO UTENTE

IDENTIFICAÇÃO

D

DIAGNÓSTICO

Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI)

Critérios de diagnóstico

A incapacidade intelectual (PDI) é uma perturbação com início durante o período do desenvolvimento que inclui défices de funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios conceptual, social e prático. Os seguintes três critérios têm de ser cumpridos:

- A. Défices em funções intelectuais como raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, discernimento, aprendizagem académica e aprendizagem pela aprendizagem, confirmados tanto por avaliação clínica como por testes de inteligência individualizados e estandardizados.
 - B. Défices no funcionamento adaptativo que resultam na falha em atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social. Sem suporte contínuo, os défices adaptativos limitam o funcionamento numa ou mais atividades da vida diária, como comunicação, participação social e subsistência independente, em múltiplos ambientes como casa, escola, trabalho e comunidade.
 - C. Início dos défices intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento.
- (APA, 2014, p. 38)

INFORMAÇÕES RELEVANTES

Idade:

- 15 anos.

Família:

- Relações conflituosas.

Relações sociais:

- Interações pobres.

Escola:

- Necessita de apoio educativo.

INFORMAÇÕES RELEVANTES
Interesses: • Futebol e jogo online. Medicação atual: • Atomoxetina 25mg

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS (PIC)		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - COMPORTAMENTO INTERATIVO COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Comportamento Interativo Comprometido Possibilidade: Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) (APA, 2002) – Desenvolver relação de confiança com a pessoa Ser honesto, cumprir todas as promessas, promover a aceitação da pessoa, separando-a dos comportamentos inaceitáveis (Townsend & Morgan, 2018). – Ensinar sobre Comportamento Interativo Perceber o entendimento da pessoa acerca do comportamento interativo, sua importância e regras inerentes. Despertar na pessoa a seleção de uma atividade a seu gosto e estimular a participação em atividades de grupo não competitivas, de forma gradual, fomentando o reforço positivo. Incentivar a pessoa a desenvolver relações interpessoais, participando em atividades de grupo, e apoiando – a na compreensão acerca das interações estabelecidas. Apoiar a pessoa no respeito à construção de expectativas de si e dos outros e no reconhecimento de situações que possam ser difíceis no âmbito relacional. – Vigiar comportamento	Que a pessoa consiga modificar o seu padrão relacional, conseguindo estabelecer relações a nível interpessoal, promovendo a sua interação, integração, e encontro de eventual fonte de apoio e de partilha.	Era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

– Estabelecer Limites – Prevenir isolamento social – Executar Aconselhamento O Aconselhamento visa capacitar a pessoa, promovendo a sua autonomia e crescimento pessoal, perante as adversidades da vida, para, assim, tomar decisões eficazes (Patterson & Eisenberg, 2003). – Executar Modificação de Comportamento Consiste numa abordagem comportamental e que numa perspetiva holística, considera o comportamento como algo instável, variável consoante vários fatores inerentes à pessoa, meio e terapeuta. Pode ser utilizado em simultâneo com a entrevista motivacional, mediante determinadas características (Sequeira & Sampaio, 2020). – Treinar o Comportamento Assertivo O comportamento assertivo promove a expressão de ideias, sentimentos e necessidades, mas com respeito perante os direitos alheios. É fundamental no âmbito das relações interpessoais satisfatórias (Pereira et al, 2018). – Treinar Competências Sociais – Vigiar Comportamento Interativo (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ribeiro et al, 2020)		
---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – ADAPTAÇÃO COMPROMETIDA		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar a adaptação: Através de entrevista; – Executar escuta ativa; – Executar Apoio Emocional; – Avaliar o coping; – Promover a utilização de estratégias de coping eficazes É importante: estimular a expressão de sentimentos e receios; apoiar na identificação de estratégias, habilidades e forças, e métodos utilizados previamente face a situações problemáticas; auxiliar a pessoa a definir objetivos adequados de curto e médio prazo; incentivar a busca de recursos, de acordo com os objetivos; fomentar o treino de estratégias e habilidades; estimular o desenvolvimento de novas estratégias de coping, com vista à melhoria da capacidade de adaptação. – Promover a autoresponsabilização; – Assistir na auto-modificação – Executar modificação do comportamento – Treinar competências sociais – Executar terapia recreacional (Amaral, 2010; LusK & Kozlowski, 2021)	Que a pessoa desenvolva capacidades para melhor gerir novas situações de acordo com a sua situação saúde/doença	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – PROCESSO FAMILIAR COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar Processo Familiar Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Adaptação e Coesão Familiar (FACES – IV) (Sequeira et al, 2015); – Explicar acerca de Crise Familiar; – Executar Intervenção em crise; – Executar Intervenção Familiar; – Desenvolver Intervenção Psicoeducativa; – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas; – Treinar Competências Sociais; – Praticar Estratégias de Comunicação; – Praticar o Comportamento Assertivo; – Fomentar o envolvimento familiar; – Promover o apoio da família; – Fomentar a mobilização familiar; – Apoiar a manutenção do processo familiar. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Carvalho, Martinho & Sampaio, 2020)	Que a família seja capaz de desenvolver, o melhor possível, as suas funções e tarefas, se ajuste à mudança, seja capaz de reconhecer as suas necessidades, e de lidar com as tensões, stress e crise.	Existiram alguns contatos telefónicos com o pai, que era o principal cuidador. Entretanto, por problemas familiares, não foi possível ter contato com a pessoa com o diagnóstico, nem obter notícias suas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – STRESS DO CUIDADOR		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar stress do cuidador Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010); – Explicar a temática do Stress; – Ensinar acerca das estratégias para diminuir o stress; – Promover a participação em atividades lúdicas – Desenvolver Apoio Emocional; – Desenvolver Intervenção Familiar; – Aplicar Intervenção Psicoeducativa; Desenvolver programa, nomeadamente no desenvolvimento das competências parentais e na importância do autocuidado. – Desenvolver estratégias de coping; – Desenvolver Relação de Ajuda; – Aplicar Técnica de Relaxamento; – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas; – Encorajar a participação em Grupos de Apoio; – Vigiar Stress do Cuidador (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sousa et al, 2020, Townsend & Morgan, 2018)	Que o cuidador seja capaz de diminuir dificuldades associadas ao cuidar, que aumente a satisfação com o cuidar, que seja capaz de lidar melhor com as vicissitudes inerentes ao papel de cuidador, promovendo um melhor ajustamento, e que desenvolva o autocuidado.	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para o desenvolvimento de intervenção adequada e sua avaliação.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - PROBLEMA COMPORTAMENTAL ^a		
^a Não existe definido um diagnóstico de enfermagem para esta problemática – Adição à Internet em linguagem CIPE. Cantizano, Duenas & Bocchino (2019) referem-se a esta problemática de adição à internet como comportamentos aditivos, pelo que foi selecionado o diagnóstico - Problema Comportamental. Outros autores designam como “Uso problemático da internet” (Özparlak et al, 2023). Na literatura existem vários termos que abrangem esta problemática, não sendo, pois, uma designação consensual.		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar Problema Comportamental Através do uso da entrevista; – Executar técnica de modificação de comportamento; – Apoio no desenvolvimento de estratégias de coping; – Apoio no desenvolvimento de competências de comunicação; – Executar treino de competências sociais; – Executar treino psicoeducativo com os pais: Deve-se envolver os pais quanto ao uso da internet pelos filhos, sendo importante o treino das competências parentais, a importância da modelagem como modelo educativo, avaliar dinâmica, recursos e competências, e nomeadamente, quanto ao controlo que devem desenvolver, que deve ser sobretudo comportamental em detrimento do psicológico; – Estabelecer regras quanto ao uso da internet; – Limitar a utilização a áreas comuns, possibilitando aos pais supervisionar a seu uso; – Negociar o número de horas de utilização; – Avaliar os conteúdos de acesso; – Avalia pensamentos associados ao comportamento aditivo; – Promover a prática de exercícios de relaxamento;	Que a pessoa seja capaz de desenvolver o uso adequado da internet	Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para o desenvolvimento de intervenção adequada e sua avaliação

– Facultar técnicas de distração; – Procurar com a pessoa estabelecer um plano de atividades diárias estimulantes; – Possibilitar a sua utilização após a realização dos afazeres; – Ajustar medicação às necessidades individuais. (Patrão, Machado & Brito, 2016; Patrão et al, 2016; Patrão, 2019; Serviço Nacional de Saúde, 2023; Özparlak et al, 2023)		
---	--	--

1ª CONTATO DE ADESÃO TERAPÊUTICA

	SEMPRE (1)	QUASE SEMPRE (2)	COM FREQUÊNCIA (3)	POR VEZES (4)	RARAMENTE (5)	NUNCA (6)	NOTAS
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	

2º CONTATO DE ADESÃO TERAPÊUTICA

	SEMPRE (1)	QUASE SEMPRE (2)	COM FREQUÊNCIA (3)	POR VEZES (4)	RARAMENTE (5)	NUNCA (6)	NOTAS
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	☐	☐	☐	☐	☐	☒	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Lusociência ISBN 978-972-8930-55-4.
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 1ªed Climepsi Editores ISBN 972-796-020-0.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 5ªed Climepsi Editores ISBN 978-972-796-347-8
- Cantizano, E., Duenas, M & Bocchino, A. (2019). The Nursing Diagnosis Development of Internet Addiction: Content Validation with Nursing Experts. COJ Nurse Healthcare 5(4). DOI: 10.31031/COJNH.2019.05.000624.
- Carvalho, J., Martinho, J & Sampaio, F. (2020). Processo Familiar. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.159-161). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Ribeiro, I., Carvalho, J., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Comportamento Interativo e Comportamento Alimentar. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.133-135). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica <https://docplayer.com.br/130437514-Ordem-dos-enfermeiros.html>
- Özparlak, A., Karakaya, D., Onder, A & Gunbayr, I. (2023). Problematic Internet Use in Adolescents: A Phenomenological Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* DOI 10.1111/jpm.12900
- Patterson, L & Eisenberg, S (2003). *O processo de aconselhamento*. 3ªed Martins Fontes
- Patrão, I. (2019). O Impacto Negativo da Internet: protocolo de Intervenção nas Dependências Online. In Patrão, I. & Leal, I. (Coord). *Ciberpsicologia*. (pp.233- 250) 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-089-9
- Patrão, I., Machado, M & Brito, R. (2016). O funcionamento familiar, o bem-estar e o uso da Internet. In Patrão, I & Sampaio, D. (Coord). *Dependências Online; O Poder das Tecnologias*. (pp.133- 147) 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-060-8
- Patrão, I., Reis, J, Gonçalves, J., Moura, B, Abreu, C. & Sampaio, D. (2016). Intervenção clínica nas dependências online. In Patrão, I & Sampaio, D. (Coord). *Dependências Online; O Poder das Tecnologias*. (pp.169- 182) 1ªed Pactor ISBN 978-989-693-060-8
- Pereira, I, Seabra, P, Valentim, O & Nogueira, M. (2018). Treino de assertividade na Enfermagem de saúde Mental. IX Congresso Internacional ASPESM
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Referência. II Série, 12, 9-16.
- Sequeira, J., Cerveira, C. Silva, M., Neves, S., Vicente, H., Espírito-Santo, H. & Guadalupe, S. (2015). Validation of FACES IV for the Portuguese Population. Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos: Departamento de Investigação e Desenvolvimento. <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/593/1/Tese%20Mestrado.pdf>



FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DO UTENTE

IDENTIFICAÇÃO

F

DIAGNÓSTICO

Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

Critérios de diagnóstico

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por (1) e/ou (2)

1. **Desatenção:** 6(ou mais) dos seguintes sintomas persistiram pelo menos durante 6 meses num grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais:

Nota. Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), são necessários pelo menos 5 sintomas.

- Frequentemente, falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades.
- Frequentemente, tem dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades.
- Frequentemente, parece não ouvir quando se lhe fala diretamente.
- Frequentemente, não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho.
- Frequentemente, tem dificuldades em organizar tarefas e atividades.
- Frequentemente, evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido.
- Frequentemente, perde objetos necessários para tarefas ou atividades.
- Frequentemente, é facilmente distraído por estímulos alheios.
- Esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

2. Hiperatividade e impulsividade: 6 (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram pelo menos 6 meses a um nível que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo nas atividades sociais e académicas/ocupacionais:

Nota. Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos e mais velhos), pelo menos 5 sintomas são necessários.

- Frequentemente, agita ou bate com as mãos ou os pés ou remexe-se quando está sentado.

DIAGNÓSTICO

- b. Frequentemente, corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo.
 - c. Frequentemente, é incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer.
 - d. Está frequentemente «em movimento», agindo como se estivesse «ligado a um motor».
 - e. Frequentemente, fala em excesso.
 - f. Frequentemente, precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.
 - g. Frequentemente, tem dificuldade em esperar pela sua vez.
 - h. Frequentemente, interrompe ou interfere nas atividades dos outros.
- B. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade surgiram antes dos 12 anos de idade.
- C. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em 2 ou mais contextos.
- D. Existem provas evidentes de que os sintomas interferem com, ou reduzem, a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental. (APA, 2014, p.69)

O em caso em específico é predominantemente de desatenção.

Perturbação do Espectro do Autismo

Critérios de diagnóstico

- A. Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos, manifestados pelos seguintes, atualmente ou no passado:
1. Défices na reciprocidade social-emocional, variando, por exemplo, de uma aproximação social anormal e fracasso na conversação normal; a uma partilha reduzida de interesses, emoções ou afeto; a fracasso em iniciar ou responder a interações sociais.
 2. Défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados para a interação social, variando, por exemplo, de uma comunicação verbal e não verbal pobremente integrada, a anomalias no contato ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos, a uma total falta de expressões faciais e comunicação não verbal.
 3. Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades em ajustar o comportamento de forma a adequar-se aos vários contextos sociais; a dificuldades em partilhar jogos imaginativos ou fazer amigos; a ausência de interesse nos pares.
- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos 2 dos seguintes, atualmente ou no passado:
1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos;
 2. Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal.
 3. Interesses altamente restritos e fixos, que são anormais na intensidade ou foco.
 4. Hiper ou hiporreactividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente.

DIAGNÓSTICO

- C. Os sintomas têm de estar presentes no início do período de desenvolvimento.
 - D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.
 - E. Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual ou atraso global no desenvolvimento. A incapacidade intelectual e a perturbação do espectro do autismo coocorrem muitas vezes; para efetuar diagnósticos comórbidos de perturbação do espectro do autismo e incapacidade intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento.
- (APA, 2014, p.57)

INFORMAÇÕES RELEVANTES

Idade:

- 16 anos.

Habitação:

- Mora com os pais e o irmão.

Família:

- Boas relações. A mãe é a cuidadora principal.

Escola:

- Tem dificuldade em lidar com o ruído.

Relações sociais:

- Interações pobres.

Interesses:

- Jogo online, programação, inglês, puzzles

Medicação atual:

- Não toma.

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS (PIC)		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - ANSIEDADE		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar ansiedade Instrumento de avaliação – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Pais-Ribeiro et al, 2007) – Disponibilizar presença Disponibilizar tempo para estar em pleno com a pessoa, através de uma atitude de aceitação e interesse, escutando-a, de modo a promover a tranquilidade, segurança e confiança. – Gerir ambiente Facultar um ambiente calmo, com controlo dos estímulos, na tentativa de garantir um ambiente seguro, mediante as condicionantes/possibilidades existentes. – Executar Escuta Ativa Processo que promove a compreensão real da mensagem verbal e não verbal como resultado da interação entre a pessoa alvo de cuidados e o enfermeiro. Incentiva a pessoa a expressar-se, objetivando: propiciar a partilha e entendimento de um problema da pessoa; promover a relação terapêutica; fomentar o <i>rappor</i>t e a empatia; e facultar o desenvolvimento de confiança, segurança e conforto na pessoa. Esta intervenção procurou cumprir três elementos na sua execução: manifestação de interesse; não	Que a pessoa consiga diminuir os níveis de ansiedade	Era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

fazer julgamentos; e recorrer a perguntas para incentivar à exposição (Coelho & Sequeira, 2020) – Executar Apoio Emocional Está relacionado com a promoção de ambiente que incentiva a livre expressão de sentimentos e emoções e gestão emocional, num clima de confiança, de segurança e de aceitação. Está associado à relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. – Gerir comunicação Falar de modo calmo e pausado, diminuindo a probabilidade de barreiras de comunicação, com postura de tranquilidade, e aplicando estratégias de gestão do silêncio. – Ensinar sobre Estratégias de Redução da Ansiedade ○ Incentivar a pessoa a aceitar que nem todas as situações são controláveis; ○ Apoiar a pessoa a colocar a situação/problema em perspetiva ○ Estimular a pessoa a dar sempre o seu melhor e a ficar orgulhosa disso; ○ Incentivar a pessoa a preservar uma atitude positiva; ○ Apoiar a pessoa a identificar os “gatilhos” da ansiedade; ○ Promover na pessoa uma ingestão nutricional adequada; ○ Incentivar a pessoa a desenvolver um sono e repouso adequados; ○ Estimular a pessoa a fazer exercício; ○ Estimular a pessoa para a prática de exercícios respiratórios; ○ Estimular a pessoa a contar até 10;		
--	--	--

– Executar Intervenção Psicoeducativa Abrange intervenções sistêmicas, didáticas e do foro psicoterapêutico desenvolvidas para a pessoa acerca da patologia e seu processo terapêutico, visando uma melhor e responsável gestão (Amaral, Almeida & Sousa, 2020). – Executar relaxamento – Treinar Técnicas de Relaxamento – Ouvir música, como intervenção de enfermagem (Ribeiro, 2020; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020; LusK & Kozlowski, 2021)		
---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – COMPORTAMENTO INTERATIVO COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Comportamento Interativo Comprometido Possibilidade: Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) (APA, 2002) – Desenvolver relação de confiança com a pessoa Ser honesto, cumprir todas as promessas, promover a aceitação da pessoa, separando-a dos comportamentos inaceitáveis (Townsend & Morgan, 2018). – Ensinar sobre Comportamento Interativo Perceber o entendimento da pessoa acerca do comportamento interativo, sua importância e regras inerentes. Despertar na pessoa a seleção de uma atividade a seu gosto e estimular a participação em atividades de grupo não competitivas, de forma gradual, fomentando o reforço positivo. Incentivar a pessoa a desenvolver relações interpessoais, participando em atividades de grupo, e apoiando – a na compreensão acerca das interações estabelecidas. Durante as primeiras interações oferecer-se para estar presente. Apoiar a pessoa no respeitante à construção de expectativas de si e dos outros e no reconhecimento de situações que possam ser difíceis no âmbito relacional. – Providenciar crítica construtiva e reforço positivo; – Vigiar comportamento – Estabelecer Limites – Prevenir isolamento social	Que a pessoa consiga modificar o seu padrão relacional, conseguindo estabelecer relações a nível interpessoal, promovendo a sua interação, integração, e encontro de eventual fonte de apoio e de partilha.	Era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

– Executar Modificação de Comportamento Consiste numa abordagem comportamental e que numa perspetiva holística, considera o comportamento como algo instável, variável consoante vários fatores inerentes à pessoa, meio e terapeuta. Pode ser utilizado em simultâneo com a entrevista motivacional, mediante determinadas características (Sequeira & Sampaio, 2020). Neste caso específico, é importante o uso da entrevista motivacional. A entrevista motivacional, centrada na pessoa e numa forma comunicativa de colaboração, procura promover a motivação para a mudança do comportamento da pessoa. Tem como princípios: expressar empatia; desenvolver discrepâncias; lidar com a resistência; e reforçar a autoeficácia. Numa primeira fase, habitualmente, assume cinco métodos: questões abertas; escuta reflexiva; apoiar/reforçar; sumariar; e evocar discurso de mudança (Barroso, 2020). – Treinar o Comportamento Assertivo O comportamento assertivo promove a expressão de ideias, sentimentos e necessidades, mas com respeito perante os direitos alheios. É fundamental no âmbito das relações interpessoais satisfatórias (Pereira et al, 2018). – Treinar Competências Sociais; – Atuar como um modelo de referência nas interações estabelecidas; – Vigiar Comportamento Interativo (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Townsend & Morgan, 2018; Ribeiro et al, 2020)		
--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – ADAPTAÇÃO COMPROMETIDA		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar a adaptação: Através de entrevista; – Executar escuta ativa; – Executar Apoio Emocional; – Avaliar o <i>coping</i>; – Estabelecer limites quanto aos comportamentos de manipulação; – Promover a utilização de estratégias de <i>coping</i> eficazes É importante: estimular a expressão de sentimentos e receios; apoiar na identificação de estratégias, habilidades e forças, e métodos utilizados previamente face a situações problemáticas; auxiliar a pessoa a definir objetivos adequados de curto e médio prazo; incentivar a busca de recursos, de acordo com os objetivos; fomentar o treino de estratégias e habilidades; estimular o desenvolvimento de novas estratégias de <i>coping</i>, com vista à melhoria da capacidade de adaptação. – Explorar e desenvolver com a pessoa estratégias para lidar melhor com o ruído, nomeadamente através de técnicas de distração; – Promover a autoresponsabilização; – Assistir na auto-modificação – Executar modificação do comportamento – Treinar competências sociais – Promover o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis; – Executar terapia recreacional (Amaral, 2010; LusK & Kozłowski, 2021).	Que a pessoa desenvolva capacidades para melhor gerir novas situações de acordo com a sua situação saúde/doença	Era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – PROCESSO FAMILIAR COMPROMETIDO		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
– Avaliar Processo Familiar Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Adaptação e Coesão Familiar (FACES – IV) (Sequeira et al, 2015); – Explicar acerca de Crise Familiar; – Executar Intervenção em crise; – Executar Intervenção Familiar; – Desenvolver Intervenção Psicoeducativa; – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas; – Treinar Competências Sociais; – Praticar Estratégias de Comunicação; – Praticar o Comportamento Assertivo; – Fomentar o envolvimento familiar; – Promover o apoio da família; – Fomentar a mobilização familiar; – Apoiar a manutenção do processo familiar. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Carvalho, Martinho & Sampaio, 2020)	Que a família seja capaz de desenvolver, o melhor possível, as suas funções e tarefas, se ajuste à mudança, seja capaz de reconhecer as suas necessidades, e de lidar com as tensões, stress e crise.	Era necessário mais tempo de contacto com a mãe/família para desenvolver intervenção adequada e sua avaliação.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – STRESS DO CUIDADOR		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar stress do cuidador Aplicação do instrumento de avaliação: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010); – Explicar a temática do Stress; – Ensinar acerca das estratégias para diminuir o stress; – Promover a participação em atividades lúdicas – Desenvolver Apoio Emocional; – Desenvolver Intervenção Familiar; – Aplicar Intervenção Psicoeducativa; Desenvolver programa, nomeadamente no desenvolvimento das competências parentais, de uma postura assertiva, no tocante à importância de estabelecer limites, e no âmbito da promoção do autocuidado. Foi elaborada proposta de programa psicoeducativo apresentada em Apêndice 10. – Desenvolver estratégias de coping; – Desenvolver Relação de Ajuda; – Aplicar Técnica de Relaxamento; – Desenvolver Técnica de Resolução de Problemas; – Encorajar a participação em Grupos de Apoio; – Vigiar Stress do Cuidador. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sousa et al, 2020, Townsend & Morgan, 2018)	Que o cuidador seja capaz de diminuir dificuldades associadas ao cuidar, que aumente a satisfação com o cuidar, que seja capaz de lidar melhor com as vicissitudes inerentes ao papel de cuidador, promovendo um melhor ajustamento, e que desenvolva o autocuidado.	Existiram alguns contatos telefónicos com a mãe, que é o principal cuidador. Foram abordadas algumas estratégias, mas era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para intervenção adequada e sua avaliação. Porém, a mãe manifestou receptividade e satisfação.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - PROBLEMA COMPORTAMENTAL ^a

^a Não existe definido um diagnóstico de enfermagem para esta problemática – Adição à Internet em linguagem CIPE. Cantizano, Duenas & Bocchino (2019) referem-se a esta problemática de adição à internet como comportamentos aditivos, pelo que foi selecionado o diagnóstico - Problema Comportamental. Outros autores designam como "Uso problemático da internet" (Özparlak et al, 2023). Na literatura existem vários termos que abrangem esta problemática, não sendo, pois, uma designação consensual.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
– Avaliar Problema Comportamental Através do uso da entrevista; – Executar técnica de modificação de comportamento; – Apoio no desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i>; – Apoio no desenvolvimento de competências de comunicação; – Executar treino de competências sociais; – Executar treino psicoeducativo com os pais: Deve-se envolver os pais quanto ao uso da internet pelos filhos, sendo importante o treino das competências parentais, a importância da modelagem como modelo educativo, avaliar dinâmica, recursos e competências, e nomeadamente, quanto ao controlo que devem desenvolver, que deve ser sobretudo comportamental em detrimento do psicológico; – Estabelecer regras quanto ao uso da internet; – Limitar a utilização a áreas comuns, possibilitando aos pais supervisionar a seu uso; – Negociar o número de horas de utilização; – Avaliar os conteúdos de acesso;	Que a pessoa seja capaz de desenvolver o uso adequado da internet	Era necessário mais tempo de contacto com a pessoa para intervenção adequada e sua avaliação

– Avaliar pensamentos associados ao comportamento aditivo; – Promover a prática de exercícios de relaxamento; – Facultar técnicas de distração; – Procurar com a pessoa estabelecer um plano de atividades diárias estimulantes; – Possibilitar a sua utilização após a realização dos afazeres; – Ajustar medicação às necessidades individuais. (Patrão, Machado & Brito, 2016; Patrão et al, 2016; Patrão, 2019; Serviço Nacional de Saúde, 2023; Özparlak et al, 2023)		
---	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pereira, I, Seabra, P, Valentim, O & Nogueira, M. (2018). Treino de assertividade na Enfermagem de saúde Mental. IX Congresso Internacional ASPESM
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.128-130). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Referência. II Série, 12, 9-16.
- Sequeira, J., Cerveira, C. Silva, M., Neves, S., Vicente, H., Espírito-Santo, H. & Guadalupe, S. (2015). Validation of FACES IV for the Portuguese Population. Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos: Departamento de Investigação e Desenvolvimento. <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/593/1/Tese%20Mestrado.pdf>
- Sequeira, C & Sampaio, F (2020). Modificação do Comportamento. In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.193-195). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Serviço Nacional de Saúde (2023). Saúde mental. Internet – da utilização à adição. <https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/saude-mental/14644-2/>
- Sousa, L., Sequeira, C, Grau, C & Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. . In Sequeira, C & Sampaio, F (coord). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.162-166). 1ªed. Lidel ISBN 978-989-752-413-4
- Townsend, M. & Morgan, K. (2018). *Pocket guide to psychiatric nursing* 10ªed F.A. Davis Company ISBN 97880803660557

APÊNDICE X - PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus



Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
Portalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Instituto Politécnico de Setúbal

Escola Superior de Saúde

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

2021/2022

Unidade Curricular: **Estágio Final**

**Psicoeducação a Mães de Jovens com Perturbação do
Espectro do Autismo - “Estamos Convosco”**

Professora Orientadora Ana Paula Zarcos

Discente: Cristina Paulo n.º 210531043

Dezembro 2022

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

APA - American Psychiatric Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEESMP - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador

GHQ - Questionário Geral de Saúde GHQ

INC – International Council of Nurses

NICE - National Institute of Health and Care Excellence

NIMH - National Institute of Mental Health

PCI - Processo de Cuidados Individual

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

WHO - World Health Organization

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – PROGRAMA PSICOEDUCATIVO	16
--	----

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	5
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
2- METODOLOGIA	12
2.1- Procedimentos.....	14
2.1.1 Avaliação diagnóstica	15
2.1.2-Planeamento e intervenção	16
2.1.3- Avaliação.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
APÊNDICE	23
APÊNDICE I – ALGORITMO DE ATUAÇÃO	24

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio II, na consulta externa de Pedopsiquiatria, surge a proposta de elaboração de uma atividade – Psicoeducação a Mães de Jovens com Perturbação do Espectro do Autismo: Estamos Convosco”, como elemento de avaliação curricular.

Cuidar de alguém com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) constitui um desafio complexo e exigente pela multiplicidade e tipo de cuidados necessários. Os cuidadores habitualmente são os pais, e em particular as mães, que assumem a responsabilidade da maioria dos cuidados (Bearss et al, 2015). Assim, é crucial apoiar e desenvolver intervenções que promovam o papel de cuidador numa perspetiva positiva. Deste modo, surge a presente atividade.

No âmbito de condicionantes do contexto não foi possível desenvolver esta atividade, mas a sua importância teve por base a manifestação de interesse de duas mães de jovens com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) com idades semelhantes, e da avaliação das suas necessidades. Deste modo, a atividade proposta não foi aplicada na prática, mas foi desenvolvida criteriosamente de acordo com a avaliação feita, para uma potencial aplicação na realidade. Assim, não foram pedidas as autorizações necessárias, caso fosse implementado, como a nível do Conselho de Administração, da Comissão de Ética e dos autores da escala. Também teria sido importante a preparação de um documento – Consentimento Informado para darmos às famílias a solicitar a sua autorização para participar no programa. Contudo, através do desenvolvimento da relação psicoterapêutica com as mães, estabeleceu-se em parceria, o diagnóstico de enfermagem - Stress do Cuidador, segundo a linguagem padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Conselho Internacional de Enfermeiros [INC], 2019). A intervenção psicoeducativa aplicada aos cuidadores está bem documentada como forma promotora da experiência positiva de cuidar, e deste modo, contribuir para a diminuição do *stress* do cuidador e incremento do conhecimento, assim como modo de melhoria dos resultados terapêuticos (Bearss et al, 2015; Sousa et al, 2020; Kalalo, Yuniar & Ariyanto, 2021; National Institute of Health and Care Excellence, 2021). O planeamento da intervenção psicoeducativa foi orientado sob alguns dados colhidos junto das duas mães e com forte suporte de evidência científica.

Neste campo, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) assumem papel de relevo. A intervenção psicoeducativa constitui intervenção autónoma do EEESMP, estando suportada e regulamentada no Regulamento de Competências do EEESMP (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Assim, surge esta atividade de desenvolvimento de uma intervenção psicoeducativa direcionada para mães de filhos com PEA, designada - “Estamos Convosco”.

Deste modo, delineámos como objetivos para a realização deste trabalho:

- Aprofundar conhecimentos no âmbito da elaboração de um programa psicoeducativo;
- Elaborar um programa psicoeducativo que sirva como elemento de avaliação.

Estruturalmente este trabalho é composto por três partes fundamentais: Nota Introdutória, Enquadramento teórico e Metodologia. O presente documento obedece às regras da referência bibliográfica da APA (*American Psychological Association*), 7ª edição, e está de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A **PEA** está inserida nas Perturbações do Neurodesenvolvimento, e englobam: autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação, perturbação desintegrativa da segunda infância e perturbação de Asperger (*American Psychiatric Association [APA], 2014*). Todas estas perturbações estão englobadas numa só categoria de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5ª Edição (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]*) com vários níveis de gravidade sintomática.

Segundo a APA (2014, p.57) os **CrITÉRIOS de DiagnÓstico** são:

- A.** Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos, manifestados pelos seguintes, atualmente ou no passado:
1. Défices na reciprocidade social-emocional, variando, por exemplo, de uma aproximação social anormal e fracasso na conversação normal; a uma partilha reduzida de interesses, emoções ou afeto; fracasso em iniciar ou responder a interações sociais.
 2. Défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados para a interação social, variando, por exemplo, de uma comunicação verbal e não verbal pobremente integrada, a anomalias no contato ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos, a uma total falta de expressões faciais e comunicação não verbal.
 3. Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades em ajustar o comportamento de forma a adequar-se aos vários contextos sociais; a dificuldades em partilhar jogos imaginativos ou fazer amigos; a ausência de interesse nos pares.

- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos 2 dos seguintes, atualmente ou no passado:
 - 1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos;
 - 2. Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal.
 - 3. Interesses altamente restritos e fixos, que são anormais na intensidade ou foco.
 - 4. Hiper ou hiporreactividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente.
- C. Os sintomas têm de estar presentes no início do período de desenvolvimento.
- D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.
- E. Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual ou atraso global no desenvolvimento. A incapacidade intelectual e a perturbação do espectro do autismo coocorrem muitas vezes; para efetuar diagnósticos comórbidos de perturbação do espectro do autismo e incapacidade intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento.

O diagnóstico é essencialmente clínico, porém existem múltiplos instrumentos validados que o podem complementar (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014).

A nível **epidemiológico**, estima-se que a nível global cerca de 1 em cada 100 crianças tenha o diagnóstico de PEA. Este representa um valor médio que é variável consoante as investigações. Alguns estudos reportam o aumento da sua incidência. Porém, nos países subdesenvolvidos, a prevalência de PEA ainda é desconhecida (World Health Organization [WHO], 2023). É mais prevalente nos rapazes (4.3%) do que nas raparigas (1.1%) (National Institute of Mental Health [NIMH], 2023).

Em Portugal não existem estudos epidemiológicos recentes no âmbito da PEA, sendo a investigação de Oliveira (2005) o único realizado até ao momento que aponta para uma prevalência aproximada de uma em cada mil crianças em idade escolar.

Quanto à **etiologia** de PEA ainda não é clara, contando com a possibilidade de múltiplos fatores, tais como: fatores genéticos, fatores neurobiológicos e neuroanatômicos, fatores ambientais e neuropsicológicos (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014).

Quanto ao **desenvolvimento e curso da PEA**, esta não é uma perturbação degenerativa, sendo frequente que a aprendizagem e a adoção de formas de compensação se mantenham ao longo da

vida (APA, 2014). Segundo Maleval (2017) PEA não é considerada nem como uma doença, nem como uma incapacidade, mas como uma forma de funcionamento subjetivo singular.

A manifestação de sintomas é mais evidente na primeira infância e nos anos iniciais do período escolar, com desenvolvimento positivo posterior, nomeadamente no aumento do interesse na interação social. A nível comportamental, no período da adolescência, pode haver melhoria, mas existem algumas pessoas que manifestam deterioração daquele. Ao longo da vida, em menor ou maior grau, existe algum défice no funcionamento social, dificultando a sua independência (APA, 2014). Cerca de 80% das pessoas com PEA não vivem de forma independente e requerem elevado nível de apoio na adolescência e na vida adulta, contudo cerca de 20% conseguem, mas sempre sob supervisão (Steinhausen, Jensen & Lauritsen, 2016).

Diferentes **comorbilidades** podem estar associadas à PEA, em que aproximadamente 50% têm défice intelectual e destes, aproximadamente um quarto têm epilepsia, relativamente aos 8% com quociente de inteligência “normal”. Diversas perturbações psiquiátricas podem estar associadas, nomeadamente, perturbação de hiperatividade com défice de atenção, perturbações de ansiedade e de humor, psicose, perturbações disruptivas do comportamento e comportamentos autoagressivos, hipersensibilidade sensorial, perturbações do comportamento alimentar e do sono (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014).

No tocante ao **prognóstico** da PEA, este é variável, consoante a capacidade intelectual, do nível de sintomas, uso da comunicação e do funcionamento que visa a adaptação. Todavia, cerca de metade apresenta resultados relativamente satisfatórios no que concerne à ocupação, interações sociais e funcionamento que lhe permite um certo grau de independência (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014).

As **abordagens terapêuticas** não visam a cura, mas, em combinação, e através do trabalho de uma equipa multidisciplinar, promovem o desenvolvimento de competências sociais, de comunicação, de resolução de problemas, o minoramento dos comportamentos que dificultam a adaptação, e o apoio às famílias para melhor lidarem com a situação (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014). Nesta área, a enfermagem pode assumir um papel crucial, proporcionando o apoio necessário e adequado às necessidades da criança/adolescente e família. Este apoio, de um modo geral, passa pelo suporte aos cuidados a desenvolver com a criança/adolescente, pela promoção de uma melhor interação e comunicação, pela transmissão de conhecimentos, e acerca da importância do auto-cuidado (Vieira & Soares, 2023).

Cuidar de alguém com PEA pode ser desafiante não só pelo impacto que a perturbação tem na pessoa, como também as repercussões a nível familiar, nomeadamente nos pais (Shattnawi et al, 2020), que são, habitualmente os principais cuidadores, ou seja, aqueles que assumem a responsabilidade dos cuidados (Sousa et al, 2020). Como cuidadores principais, as mães ganham

destaque, pois na nossa cultura a construção conceptual da mulher e seu papel na família está associada a funções de cuidadora do lar, ao serviço da família, com maior aptidão de abnegação relativamente ao papel do homem (pai) (Pereira, 2011; Pinto & Constantinidis, 2020). Deste modo, também são as mães de um filho(a) com PEA que apresentam maior número de necessidades não satisfeitas (Hartley & Schultz, 2015).

Os pais com filhos com PEA sofrem com elevados níveis de stress (National Institute of Health and Care Excellence [NICE], 2021). O **stress parental** relacionado com PEA é superior e a saúde mental é mais pobre, do que nas famílias com outras perturbações, como no caso dos cuidadores de pessoas com síndrome de Down (Krakovich & McGtrew, 2016). A qualidade de vida parental é afetada, com maior probabilidade de surgirem problemas de saúde, assim como repercussões resultantes do impacto a nível económico (National Institute of Health and Care Excellence, 2021). A evidência aponta para que muitos pais tenham dificuldade em conciliar a vida profissional com o seu papel de cuidadores, tendo em conta os vários cuidados que são necessários desenvolver perante um filho (a) com PEA. As crianças/jovens com PEA utilizam mais os serviços de saúde que os demais com outras perturbações do desenvolvimento (Karpur et al., 2019). O stress parental também está relacionado com a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde e a falta de apoio social (Srinivasan et al, 2021). Existe associação entre o stress parental, e a severidade dos sintomas no filho (a) (Prata, Lawson & Coelho, 2019). Um baixo nível de desenvolvimento cognitivo e funcional da pessoa com PEA está relacionado com o aumento do stress parental devido à maior propensão de dependência a longo prazo (Papadopoulos, 2021). A qualidade emocional dos subsistemas familiares é um fator determinante do desenvolvimento da criança (Brock & Kochanska, 2015). Neste campo, surge o conceito de Emoção Expressa (EE) que é um construto que tem por base as relações interpessoais (Magaña et al, 1986). O stress emocional nos pais pode influenciar comportamentos mal adaptativos nos seus filhos e reduzir os efeitos positivos das intervenções terapêuticas (National Institute of Health and Care Excellence, 2021).

Segundo o Modelo de Stress Parental de Abidin (1992) os fatores de stress parental são categorizados em diferentes dimensões, relacionadas com os pais, o filho(a), a situação, e os eventos de vida. Os fatores de stress que se incluem na categoria parental dizem respeito à sua funcionalidade e componentes da personalidade. No tocante à categoria do filho (a) é, sobretudo, a sua componente comportamental e as perceções e expectativas dos pais relativamente ao seu papel. Quanto à categoria de situação estão integrados aspetos relacionados com a condição de saúde parental, isolamento, e restrições associadas ao papel parental. Os eventos de vida podem assumir um papel moderador do stress parental, influenciando o seu nível (Golfenshtein, Srulovici & Deatrick, 2016).

Assim, a relação de cuidar de alguém com PEA pode assumir repercussões negativas em quem cuida, podendo gerar **sobrecarga**, que Platt (1985) descreve como a existência de problemas, dificuldades ou eventos de conotação negativa que impactam a vida familiar da pessoa doente. A sobrecarga do cuidador, geralmente, é diferenciada em duas dimensões: sobrecarga objetiva, relacionada com o impacto direto a diferentes níveis que a pessoa com a doença impõe à família e, sobrecarga subjetiva, que aborda as percepções e emoções desenvolvidas pela família no desempenho do seu papel de cuidadora (Campos, 2009). A sobrecarga subjetiva está associada ao mal-estar psicológico dos cuidadores, o que, por sua vez, influencia os cuidados prestados, a relação estabelecida com a pessoa doente e suas respostas (Smith, Greenberg & Mailick, 2014; Ezzat, Bayoumi & Samarkandi, 2017).

Os pais, perante um filho (a) com PEA, e cuidados inerentes, poderão ter de reformular as expectativas quanto ao descendente e quanto ao seu próprio futuro (Pinto & Constantinidis, 2020). É importante apoiar os pais quanto ao medo do preconceito social e no tocante ao sentimento de inferioridade perante um filho (a) com PEA (Vieira & Soares, 2023).

As crenças dos pais podem influenciar a sua forma de gestão da situação de perturbação do filho. Segundo *Illness Beliefs Model* (Wright & Bell, 2009) é através das crenças que as pessoas captam e adquirem uma visão do mundo, orientando as suas escolhas, comportamentos e respostas. Assim é elementar explorar as crenças da família acerca da experiência com o filho(a), de modo a favorecer uma adaptação positiva.

Os pais perante a multiplicidade de desafios intrapessoais e interpessoais que têm de enfrentar, e perante os cuidados que precisam desenvolver quando têm um filho(a) com PEA, podem apresentar várias **necessidades**, nomeadamente necessidade de apoio emocional, de aconselhamento e de suporte social, as quais podem impactar negativamente a autoeficácia, capacidade de lidar com as diversas situações, o seu bem-estar, agravando, em última instância, os problemas financeiros e psicológicos (Srinivasan et al, 2021). A necessidade de participar em grupos de apoio e de suporte no planeamento para o futuro do filho(a) também são referidas. Contudo, as necessidades apresentadas também podem ser relativamente ao filho(a), e estar em consonância com determinada faixa etária deste. Entre os 12 e 18 anos as maiores necessidades reportadas estão relacionadas com o treino de habilidades sociais, educação sexual, terapia da fala, terapia ocupacional e treino vocacional. Todavia, a nível geral, a necessidade de terapia da fala e de gestão comportamental dos filhos são as necessidades mais citadas pelos cuidadores (Srinivasan et al, 2021).

A forma como a pessoa lida com a situação de PEA do filho(a) e a sua interação dialógica com o contexto circundante, vai influenciar a **qualidade de vida** que é definida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Organização Mundial de Saúde

[OMS], 1995, p.1405). A avaliação da qualidade de vida é um indicador importante de bem-estar, e neste caso em particular dos pais (Ezzat, Bayoumi & Samarkandi, 2017). Assim, a qualidade de vida dos cuidadores e sua experiência de cuidar também pode ser influenciada pela **dimensão positiva do cuidar**, ou seja, a experiência de cuidar, onde aspetos do desenvolvimento e amadurecimento pessoal dos cuidadores também ressaltam (Meleady et al, 2020). De acordo com os mesmos autores, alguns fatores são apontados como tendo contribuição positiva na experiência de cuidar, tais como: a idade do filho(a); pertencer a uma minoria étnica; ser mãe; maior nível de bem-estar e maiores recursos pessoais; satisfação nas relações interpessoais; suporte social; e narrativa escrita. Deste modo, é importante que os profissionais de saúde, aquando o desenvolvimento de alguma intervenção com estas famílias, que reconheçam os pontos fortes e as suas contribuições positivas, para além de relembra-rem os pais, que, provavelmente, vivenciarão experiências negativas e positivas simultaneamente.

De fato, é essencial apoiar os pais de pessoas com PEA, e uma das intervenções com melhor evidência científica é a **Psicoeducação Familiar** (Bearss et al, 2015; Sousa et al, 2020; Kalalo, Yuniar & Ariyanto, 2021; National Institute of Health and Care Excellence, 2021). De acordo com o Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental Psicoeducação é

uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos fatos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento – é projetada para ser parte de um plano global de tratamento. (OE, 2015, p.17039)

A psicoeducação familiar tem sido amplamente utilizada em variados contextos de doença, nomeadamente no âmbito da esquizofrenia (Gannon & Eack, 2017). No tocante ao contexto dos cuidadores de pessoas com PEA, a evidência mostra que também tem obtido resultados positivos quanto ao nível das expectativas futuras relativamente ao filho(a), à obtenção de informação importante para melhor compreensão da condição de perturbação, dos cuidados necessários, serviços de saúde existentes e disponíveis, e outros recursos existentes na comunidade. A evidência aponta para a redução do stress e da sobrecarga. Promove a relação dos cuidadores e filho(a), a comunicação, a gestão comportamental, e a auto-regulação. O formato em grupo pode assumir valor acrescido ao promover o apoio mútuo e a oportunidade para partilhar experiências com outros pais, diminuindo a sensação de isolamento (Bearss et al, 2015; National Institute of Health and Care Excellence, 2021).

Existem vários modelos de suporte à psicoeducação, podendo ser multifamiliar, unifamiliar, só para familiares, modelos mistos e podem integrar ou não a pessoa com a doença mental (Ordem dos

Enfermeiros [OE], 2021). Todavia, independentemente do modelo, existem componentes que se mantêm como elementos chave, tais como: sessões de grupo semanais, componente educativa acerca da natureza, manifestação, curso e gestão da situação de doença, treino de resolução de problemas (Smith, Greenberg & Mailick, 2012).

2- METODOLOGIA

A metodologia de projeto corresponde à ponte entre a teoria e a prática, que procura focar-se na resolução de problemas, e assim possibilitar a aquisição de capacidades e de competências de índole pessoal, pela elaboração e realização de projetos no contexto real (Ferrito et al, 2010). Segundo Leite et al (2001), a metodologia de projeto é caracterizada por um conjunto de técnicas e procedimentos que proporciona a previsão, orientação e preparação do percurso dos intervenientes no decurso do projeto. Seguir uma metodologia, é selecionar e definir um percurso, podendo, a qualquer momento, ser reinventado (Silva & Menezes, 2005).

No âmbito do diagnóstico da situação, conforme citado acima, foi confirmado interesse e foram manifestadas necessidades pelas duas mães que frequentaram a consulta. Foi encontrada forte evidência científica, após pesquisa, que mencionou a importância de prestar apoio aos pais de pessoas com PEA, devido aos níveis de mal-estar e sobrecarga, e quanto aos benefícios do desenvolvimento de um programa psicoeducativo.

Deste modo foi elaborado um programa psicoeducativo, e foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão ao projeto, tais como:

- **CrITÉRIOS de Inclusão:**
 - Cuidadores principais de adolescentes com PEA que frequentam a consulta de pedopsiquiatria;
 - Cuidadores que integrem o agregado família.
- **CrITÉRIOS de Exclusão:**
 - Cuidadores que recusem participar no programa;
 - Filhos que não aceitem a participação dos cuidadores no programa;
 - Comorbilidades (doença mental);
 - Deficiência cognitiva e analfabetismo.

Para a colheita de dados recorreremos a vários **instrumentos de avaliação clínica**, tais como:

- **Questionário sócio demográfico**

Construção de um questionário, após consulta de vários trabalhos, para a caracterização da população alvo, cujo objetivo é recolher dados sociais e demográficos sobre a população alvo, ou seja, dados acerca da idade, grau de parentesco, escolaridade, situação laboral, local de residência, número do agregado familiar, a identificação do cuidador principal e número de internamentos.

- **Guião**

Realização de uma entrevista semiestruturada, orientada por um guião, de modo a não perder o foco da interação, visando compreender a forma como a pessoa doente e familiares perspetivam a situação, e.g. conhecimentos, preocupações e capacidades acerca da situação (Lopes, 2018).

Perguntas aos Familiares:

- Quando lhe disseram que o seu familiar tinha PEA, procurou informação?
- Conhece a PEA?
- Como é o comportamento da pessoa habitualmente?
- Desde que soube da PEA do seu familiar, verifica uma diminuição das suas atividades ocupacionais e sociais?
- Como é a sua relação com a pessoa?
- O facto de ter de dedicar mais tempo à pessoa com PEA, prejudica-o ao nível do seu tempo livre e das suas relações sociais?
- Tem conflitos familiares pelo facto de ser cuidador de alguém com PEA?
- Atendendo a que tem um familiar PEA, sente-se preocupado com o futuro?
- Qual é a sua opinião sobre a população em geral acerca da PEA?
- Conhece alguma rede de apoio à qual recorre quando necessita?
- Sente-se apoiado pelos serviços de saúde?

- **Questionário Geral de Saúde 28 itens (GHQ 28)**

GHQ 28 (*General Health Questionnaire* 28 desenvolvido por Goldberg e Hillier em 1979, e foi traduzido e validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores em 2015) é um questionário que avalia o mal-estar psicológico dos cuidadores, mais especificamente a morbilidade psicológica na população em geral. É um questionário de auto-resposta. É constituído por quatro subescalas - Sintomas somáticos; Ansiedade e insónia; Disfunção social; e Depressão grave - cada uma com 7 itens. Os scores apresentam-se numa escala de medida ordinal tipo *Likert* com 4 pontos (0-3), que proporciona, através da soma dos itens, um intervalo

de resposta entre 0-21 nas subescalas e 0-84 na escala global. Quanto maiores os valores, pior a saúde mental.

- **Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)**

ESC corresponde à versão original *Burden Interview Scale* desenvolvida por Zarit et al 1980, e foi adaptada e validada por Sequeira (2007), denominando-a por ESC. Esta escala permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador. Inclui várias dimensões: saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento, e apresenta quatro domínios, tais como: impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar, e percepção de auto-eficácia (Sequeira, 2010). A escala é constituída por 22 itens e apresenta a seguinte pontuação: “nunca- 1”; “quase nunca -2”; “às vezes - 3”; “muitas vezes – 4” e “quase sempre – 5”. Scores inferiores a 46 indicam ausência de sobrecarga, scores entre 46 e 56 sobrecarga moderada, e scores superiores a 56 indicam sobrecarga elevada (Sequeira, 2010).

- **Questionários de Satisfação com o Programa de Psicoeducação**

Para avaliar o programa psicoeducativo foi aplicado um questionário. No âmbito da avaliação familiar acerca do programa foi elaborado um questionário com base no instrumento Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo adaptado de Yin e Oliveira (2004) constituído por sete questões de resposta aberta, tais como: “Após ter participado nas sessões psicoeducacionais, como avalia este Programa?”; “As sessões foram importantes para si? Em que sentido?”; “Houve alguma contribuição nas sessões para si como pessoa? Se sim, quais foram?”; “Na sua opinião, houve alguma mudança na interação familiar após a participação neste Programa Psicoeducativo?”; “Quais eram os seus pensamentos sobre a PEA antes do trabalho Psicoeducativo? E hoje?”; “Quais eram os seus sentimentos sobre a PEA do (a) seu familiar, antes do Programa Psicoeducativo? E hoje?”; e por fim, “Que aspetos, a seu ver, são importantes e não foram abordados nas sessões?”. O tratamento dos dados é sob abordagem qualitativa.

2.1- Procedimentos

Um dos aspetos importantes a ter em consideração, e antes de desenvolver o programa psicoeducativo com a população alvo, deve-se solicitar as devidas autorizações aos órgãos gestores e Comissão de Ética, os quais são responsáveis pela instituição onde o programa é implementado.

A obtenção do consentimento informado das mães também é importante, assim como a obtenção do consentimento do filho, de forma a promover a aliança terapêutica entre profissional de saúde, familiar e utente. A aplicação dos questionários e o desenvolvimento do Programa Psicoeducativo são realizados numa sala com cadeiras e, de forma, a garantir a privacidade.

A intervenção decorreria durante um determinado período, pelo que seria elaborado um cronograma.

2.1.1 Avaliação diagnóstica

A avaliação diagnóstica corresponde à fase da avaliação da população alvo propriamente dita, em que esta é auscultada e recorre-se à aplicação dos instrumentos previamente descritos, mediante os objetivos pré-estabelecidos. Esta fase decorrerá no período prévio à implementação da intervenção psicoeducativa.

Na consulta externa de pedopsiquiatria as duas familiares com utentes com PEA preenchem os critérios de inclusão no respeitante à intervenção psicoeducativa, e ser-lhes-ia dada a Declaração de Consentimento Informado, onde está exposto o título da intervenção, a autora, forma de contato, a garantia de sigilo e de confidencialidade dos dados, o respeito pelo livre arbítrio sem qualquer prejuízo caso se recuse participar, o que se pretende dos potenciais participantes e uma estimativa da duração de tempo que pode levar até concluir o preenchimento dos questionários, assim como da durabilidade do programa em si. Seria realizada uma entrevista semi-estruturada orientada por um guião para melhor conhecer os aspetos sociais e demográficos da população alvo. Este momento anterior ao programa psicoeducativo também seria regido pela entrega do Questionário Sociodemográfico e dos instrumentos de avaliação descritos previamente (GHQ 28 e ESC). Tudo decorreria numa sala com duas cadeiras e que ofereça privacidade.

Este processo de avaliação da população alvo tem por base o Processo de Enfermagem, para assim, elaborar o Processo de Cuidados Individual (PCI), o qual é explanado no Apêndice 1 – Algoritmo de Atuação, baseado no Algoritmo de Atuação (OE, 2021). Este é um processo que tem por base a colaboração estreita entre o enfermeiro-pessoa alvo de cuidados/família/comunidade, numa readaptação permanente.

2.1.2-Planeamento e intervenção

Após a avaliação é efetuado o recrutamento das familiares, que decorre durante um determinado período de tempo, e é mediante as disponibilidades das mesmas e do serviço. Assim, é estabelecido um plano e são desenvolvidas as intervenções. Estas, são ajustadas às necessidades e características individuais, sendo pois, flexíveis e de caráter aberto (OE, 2021). Dá-se início ao Programa Psicoeducativo, que decorre durante um mês, e que funciona em grupo fechado e por uma sequência de quatro sessões, com periodicidade semanal. A primeira é a mais curta, e as restantes são de cerca de 90 minutos. Mais abaixo está exposto o programa psicoeducativo em tabela 1.

Tabela 1 – Programa Psicoeducativo

Sessões	Intervenções/Temáticas a abordar	Recursos
1ª Sessão Apresentação do Programa Psicoeducativo	• Apresentação das pessoas presentes; • Objetivos do programa psicoeducativo; • Esclarecimento das expectativas e informações sobre as temáticas; • Definição conjunta das regras de participação e funcionamento; • Encontrar interesses em comum.	Humanos: Enfermeiro Materiais: Canetas e papel
2ª Sessão PEA e Processo Terapêutico	• Saúde/Doença; • Etiologia • Sintomas; • Desenvolvimento do curso da PEA; • Terapias e recursos disponíveis; • Medicação.	Humanos: Enfermeiro Materiais: Canetas e papel
3ª Sessão A Vivência da Doença/Papel de Cuidadora	• Conceito de <i>stress</i> e gestão do <i>stress</i>; • Compreensão das crenças; • Treino da comunicação; • Relacionamento e comunicação familiar • Compreender o impacto do ambiente familiar na pessoa com PEA e importância da família;	Humanos: Enfermeiro Materiais: Canetas e papel

	• Estratégias de resolução de problemas; • Direitos; • Necessidades e autocuidado; • Promover o bem-estar e a sua importância; • Recursos na comunidade; • Informação quanto a grupos de ajuda mútua, fornecimento de documento informativo com resumo dos aspetos mais importantes das sessões de psicoeducação, e entrega de Guia com Estratégias para Famílias elaborado pela Associação Portuguesa para Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA).	
4ª Sessão Modos de Relaxamento	Técnica da respiração diafragmática; Relaxamento muscular progressivo de Jacobson.	Humanos: Enfermeiro Materiais: canetas, papel, colchões, almofadas, <i>tablet</i> , coluna, aparelho avaliador da pressão arterial

Fonte: Elaboração baseada em Smith, Greenberg & Maillick, 2014; Bearss et al, 2015; DaWalt et al, 2021; Fitriani, Hamid & Susanti, 2021; Kalalo, Yuniar & Ariyanto, 2021; National Institute of Health and Care Excellence, 2021.

O Programa iria decorrer numa sala integrada no serviço de pedopsiquiatria com duas cadeiras e com janela com vista para o exterior, que dá a noção de maior abertura.

Ao longo do programa as pessoas seriam estimuladas para a livre expressão de sentimentos e emoções e para a partilha de experiências, com oportunidade de esclarecimentos de dúvidas. No final de cada sessão as mães seriam incentivadas para, no domicílio, de acordo com as suas disponibilidades, refletirem sobre a sessão que decorreu. Assim, no início da próxima sessão, o princípio seria marcado pela partilha das reflexões elaboradas por cada uma das mães. Estes momentos seriam importantes para expor dúvidas, fomentar a partilha e a consolidação das aprendizagens. O formato em grupo, e neste caso, constituído por duas mães, pode assumir valor adicional ao possibilitar o mútuo apoio e de partilha de experiências (Bearss et al, 2015). No final das sessões, as familiares são incentivadas a integrarem Grupos de ajuda mútua. Assim como, ser-lhes-á fornecida informação escrita com indicações úteis abordadas nas sessões, e a identificação de contactos.

No momento de conclusão do programa psicoeducativo é essencial planear acompanhamento, de forma a consolidar aprendizagens, e fomentar a adaptação e readaptação num

processo contínuo. Neste sentido, pode ser importante a realização de uma sessão de *follow-up*, após três meses.

2.1.3- Avaliação

A avaliação possibilita conhecer o impacto das intervenções desenvolvidas. Assim, percebemos se as intervenções planeadas e implementadas foram apropriadas de acordo com os objetivos pretendidos (Ferrito; Nunes & Ruivo, 2010). Deste modo, no final da última sessão seriam aplicados os instrumentos de avaliação (GHQ 28, ESC e o Questionários de Satisfação com o Programa de Psicoeducação).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 5ªed Climepsi Editores ISBN 978-972-796-347-8
- Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA). Perturbação do Espectro do Autismo- Estratégias para Famílias [https://appda-lisboa.org.pt/sites/default/files/2021-05/Brochura - Estratégias para famílias.pdf](https://appda-lisboa.org.pt/sites/default/files/2021-05/Brochura_-_Estrat%C3%A9gias_para_fam%C3%ADlias.pdf)
- Bearss, K. & Burrell, L., Stewart, L. & Scahill, L. (2015). Parent Training in Autism Spectrum Disorder: What's in a Name? *Clin Child Fam Psychol* Ver 18 170-182 DOI 10.1007/s10567-015-0179-5
- Brock, R. & Kochanska, G. (2015). Decline in the Quality of Family Relationships Predicts Escalation in Children's Internalizing Symptoms from Middle to Late Childhood. *J Abnorm Child Psychol* 43(7) 1295-1308 doi: 10.1007/s10802-015-0008-9
- Campos, L (2009). *Doença mental e prestação de cuidados*. Universidade Católica Editora ISBN 978-972-54-0240-5
- Cartaxo, T., Pedroso, S. & Cerejeira, J. (2014). Psiquiatria da infância e adolescência. In Savaiva, C. & Cerejeira, J.(Coord). *Psiquiatria Fundamental*. (pp.475-485) 1ª ed Lidel ISBN 978-989-752-071-6
- DaWalt, L., Hickey, E., Hudock, R., Esler, A. & Mailick, M. (2021). Impact of Working Together for adults with autism spectrum disorder: a multifamily group intervention. *J Neurodevelop Disord* <https://doi.org/10.1186/s11689-021-09395-w>
- Ezzat, O., Bayoumi, M. & Samarkandi, O. (2017): Quality of Life and Subjective Burden on Family Caregiver of Children with Autism. *American Journal of Nursing Science* 6(1) 33-39 <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20170601.15>
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15.
- Fitriani, N, Hamid, A. & Susanti, H. (2021). The Effect of Family Psychoeducation Therapy on Stress of Families with Intellectual Disability Children at Special School. *Journal of medicinal and Chemical Sciences* 4 258-266
- Gannon, J & Eack, S (2017). Psychosocial Treatment for Psychotic Disorders. In Marcsisin, M, Rosenstock, J & Gannon, J. *Schizophrenia and related Disorders*. Oxford University Press ISBN 9780199331512

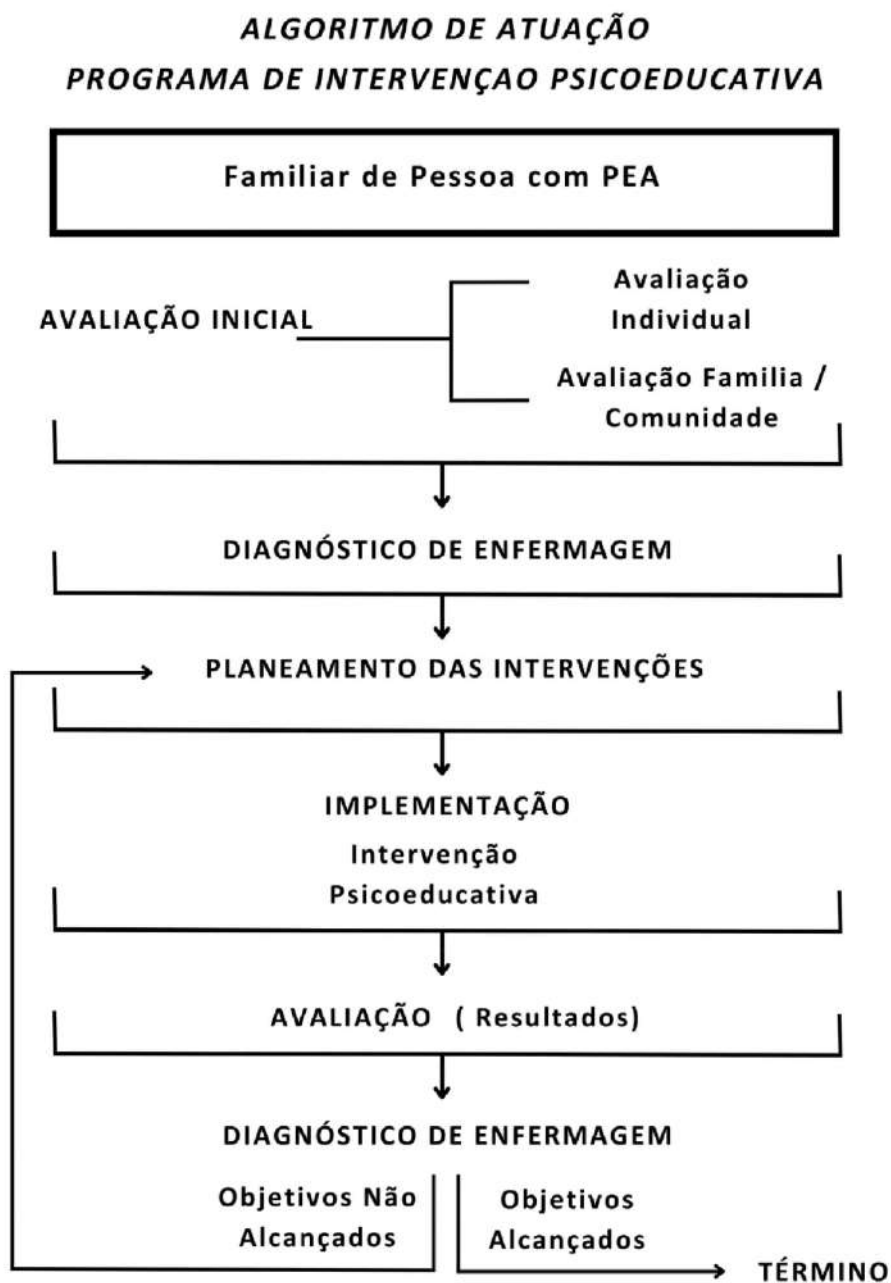
- Golfenshtein, N., Srulovici, E. & Deatrick, J. (2016). Interventions for Reducing Parenting Stress in Families With Pediatric Conditions: An Integrative Review. *Journal of Family Nursing* 22(4) 460-492 <https://doi.org/10.1177/1074840716676083>
- Kalalo, R., Yuniar, S. & Ariyanto, F. (2021). Effect of parental skills-based psychoeducation intervention on parental stress index and severity of children with autism spectrum disorders: A pilot study. *Annals of Medicine and Surgery* 70 <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102873>
- Hartley, S. & Schultz, H. (2015). Support needs of fathers and mothers of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(6), 1636–1648 <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2318-0>
- Karpur, A., Lello, A., Frazier, T., Dixon, P. J., & Shih, A. J. (2019). Health disparities among children with autism spectrum disorders: Analysis of the national survey of children's health 2016. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(4) 1652–1664. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3862-9>
- Krakovich, T & McGrew, J., Yu, Y & Ruble, L. (2016). Stress in parents of children with autism spectrum disorder: an exploration of demands and resources. *J Autism Dev Disord* 46(6) 2042-2053 <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2728-2>
- Leite, E., Malpique, M., Santos, M. (2001). *Trabalho de projeto: aprender por projetos centrados em problemas*. 4ª ed. Edições Afrontamento
- Lopes, M (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In Santos, J & Cutcliffe, J (Ed). *European Psychiatric/mental Health Nursing in the 21st Century*, Principles Of Specialty Nursing. Springer International Publishing
- Magaña, A, Goldstein, J, Karno, M, Miklowitz, D, Jenkins, J. & Falloon, I. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Res.* 17(3) 203-2012 [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(86\)90049-1](https://doi.org/10.1016/0165-1781(86)90049-1)
- Maleval, J. (2017). *O Autista e a sua Voz*. Blucher. ISBN 978-85-212.1162-4
- Meleady, J., Clyne, C., Braham, J. & Carr, A. (2020). Positive contributions among parents of children on the autism spectrum: A Systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders* 78 <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101635>
- National Institute of Health and Care Excellence (2021). Autism: The NICE Guideline on the Management and Support of Children and Young People on the Autism Spectrum <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170/evidence/autism-management-of-autism-in-children-and-young-people-full-guideline-248641453>
- National Institute of Mental Health (2023). Autism Spectrum Disorder (ASD). <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/autism-spectrum-disorder/22-MH-8084-Autism-Spectrum-Disorder.pdf>

- Oliveira, G. (2005). *Epidemiologia do autismo em Portugal: Um estudo de prevalência da perturbação do espectro do autismo e de caracterização de uma amostra populacional de idade escolar*. [Tese de Doutoramento na Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina]. <http://hdl.handle.net/10316/848>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2ªSérie, nº122 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº515/2018 de 07 de Agosto. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica. Diário da República, 2ªSérie, nº151, 21427-21430
- Ordem dos Enfermeiros [OE], (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. 1ªed Ordem dos Enfermeiros ISBN 978-989-8444-57-8
- Organização Mundial de Saúde ([OMS].(1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 41(10) 1403-1409
- Pais-Ribeiro, J, Neto, C, Silva, M, Abrantes, C, Coelho, M, Nunes, J & Coelho, V. (2015). Ulterior Validação do Questionário de Saúde Geral de Goldberg de 28 itens. *Psicologia, Saúde & Doenças* 16(3), 278-285 <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160301>
- Papadopoulos, D. (2021). Mothers' Experiences and Challenges Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study
- Pereira, M. (2011). Importância da avaliação familiar na doença. In Rebelo, L. (Coord.) *A Família em Medicina Geral e Familiar: Conceitos e Práticas*. (pp-63- 7) VERLAG DASHOFER Health & Pharma
- Platt, S (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine* 383-393.
- Pinto, A. & Constantinidis, T. (2020). Revisão Integrativa sobre a Vivência de Mães de Crianças com Transtorno de Espectro Autista. *Revista Psicologia e Saúde* 12(2) 89-103 <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.799>
- Prata, J., Lawson, W. & Coelho, R. (2019). Stress factors in parents of children on the autism spectrum: an integrative model approach. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health* 6 (2) <http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2019.6.2>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. 1ªed Editora Quarteto ISBN 9789727577170.

- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidadores Zarit. *Revista Referência. II Série*, 12 9-16
- Shattnawi, K., Bani, S., Al-Natour, A., Al-Hammouri, M., Al-Azzam, M., Joseph, R. (2020) Parenting a Child With Autism Spectrum Disorder: Perspective of Jordanian Mothers. *J. Transcult. Nurs.* 32(5) 474-483 <https://doi.org/10.1177/1043659620970634>
- Smith, L., Greenberg, J. & Mailick, M. (2012). Adults with Autism: Outcomes, family Effects, and the Multi-Family Group Psychoeducation Model. *Curr Psychiatry Rep* 14(6). 732-738 <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0328-1>
- Smith, L., Greenberg, J. & Mailick, M. (2014). The family Context of Autism Spectrum Disorders: Influence on the Behavioral Phenotype and Quality of Life. *Chil Adolesc Psychiatr* 23(1) 143-155 <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.08.006>
- Silva, E & Menezes, E (2005). *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 4ªed Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
- Sousa, L, Sequeira, C, Grau, C & Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. In Sequeira, C & Sampaio, F (Coord.) *Enfermagem em saúde Mental: diagnósticos e Intervenções*. (pp162-166) Lidel
- Srinivasan, S., Ekbladh, A, Freedman, B. & Bhat, A. (2021). Needs assessment in unmet healthcare and family support services: A survey of caregivers of children and youth with Autism Spectrum Disoredr in Delaware. *Autism Res* 14(8) 1736-1758 <https://doi.org/10.1002/aur.2514>.
- Steinhausen, H, Jensen, M & Lauritsen, M (2016). A systematic review and meta-analysis of the long-term overall outcopme of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand* 133(6), 445-452 <https://doi.org/10.1111/acps.12559>
- Vieira, T. & Soares, M. (2023). Assistência de enfermagem ao cuidado com crianças autistas: revisão integrativa. *Research, Society and Development* 12(5). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41735>
- World Health Organization (2023). Autism. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary: 4th Floor Press.
- Yin, M. & Oliveira, M. (2004). Relato de uma Experiência Psicoeducacional Com Familiares de Portadores de Transtornos do Humor. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 135-142.

APÊNDICE

APÊNDICE I – ALGORITMO DE ATUAÇÃO



Fonte: Elaboração baseada no Algoritmo de Atuação (OE, 2021).

APÊNDICE XI - OS DESAFIOS DO EEESMP

