



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

AUTOESTIGMA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
EM CONTEXTOS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

SELF-STIGMA: NURSING INTERVENTIONS IN MENTAL
HEALTH AND PSYCHIATRIC CARE CONTEXTS
PROJECT FOR THE DEVELOPMENT OF SPECIALIZED
CLINICAL COMPETENCIES IN MENTAL HEALTH AND
PSYCHIATRIC NURSING

Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Catarina Beleza

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

AUTOESTIGMA: INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM EM CONTEXTOS DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIATRIA
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

Relatório de Estágio Profissional orientado pela
Professora Doutora Isilda Ribeiro e coorientado
pela Professora Doutora Júlia Marques.

Porto, 2025

If we want to be accepted as we are, we need to be willing to accept others as they are. We always want people to accept us completely, and very often we don't feel like accepting them. Acceptance is about giving ourselves and others the freedom to just be.

Louise Hay

AGRADECIMENTO

A todos os professores que fizeram parte desta jornada de crescimento pessoal e profissional, com especial gratidão à Professora Doutora Júlia Marques e à Professora Doutora Isilda Ribeiro, pelo conhecimento partilhado e pela orientação sempre presente.

À Rita, à Glória e à Catarina, que, enquanto grupo, foram mais do que colegas, foram apoio, partilha e motivação nos desafios desta caminhada. Juntas, celebramos conquistas, enfrentamos dificuldades e crescemos, tanto pessoal, quanto profissionalmente.

À Mélanie, cuja forma única de ver a vida me trouxe uma nova perspetiva e serenidade. Nos momentos de maior turbulência, foi ela quem me acalmou.

À minha família, por ser a base que me sustentou. Aos meus avós, pelo aconchego do lar, onde encontrei segurança e colo nos momentos de maior fragilidade. À minha mãe, pelo amor incondicional e por acreditar em mim mesma quando eu duvidava. À minha irmã, por compreender cada "não" que ouviu no meio da correria. Aos meus sogros, pelo apoio constante e generoso.

Ao Luís, ao meu companheiro de vida, por ser o abraço que acolheu as minhas lágrimas e a força que me ergueu quando a palavra "desistir" parecia inevitável.

E a todas as pessoas que, em algum momento, me disseram simplesmente: "vai".

A todos vocês, o meu mais profundo e sincero obrigado.

RESUMO

Este relatório descreve o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com ênfase no autoestigma. Este fenômeno, entendido como a internalização de estereótipos negativos relacionados com a doença mental, exerce um impacto relevante na autoestima, na autoeficácia, na qualidade de vida e nos processos de recuperação dos indivíduos com necessidade de cuidados de saúde mental. O projeto desenvolvido teve como objetivo principal prevenir e reduzir o autoestigma em utentes com necessidades de cuidados de saúde mental, através de intervenções cuidadosamente delineadas. O projeto foi implementado em três contextos distintos: internamento hospitalar, respostas diferenciadas e em contexto comunitário, totalizando 340 horas de prática supervisionada. As intervenções de caráter psicoeducativo e cognitivo-comportamental foram adaptadas às características e necessidades de cada público-alvo, que foi diferente em cada local de estágio, sendo o mesmo constituído por pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental em contexto de internamento, profissionais de saúde em contexto de respostas diferenciadas e familiares cuidadores em contexto da comunidade. A utilização de referenciais teóricos, como a Teoria das Transições, contribuiu para a robustez científica e prática das intervenções realizadas. Na generalidade, os resultados indicaram melhorias na consciencialização dos participantes sobre o estigma e autoestigma, melhoria no desenvolvimento de estratégias de *coping*, bem como o fortalecimento da perceção da autoeficácia e autoestima. Este relatório sublinha, assim, a relevância das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no autoestigma, promovendo a inclusão social, a recuperação e o empoderamento dos indivíduos com necessidade de cuidados de saúde mental. O propósito central, adquirir competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi alcançado, consolidando uma atuação especializada e alinhada às melhores práticas de enfermagem em saúde mental, nos diferentes campos de estágio.

Palavras-chave: Autoestigma, Estigma Social, Autoeficácia, Autoestima, Enfermagem Psiquiátrica

ABSTRACT

This report describes the development of specialised clinical skills in the area of Mental Health and Psychiatric Nursing, with an emphasis on self-stigma. This phenomenon, understood as the internalization of negative stereotypes related to mental illness, has a significant impact on self-esteem, self-efficacy, quality of life, and recovery processes of individuals in need of mental health care. The main objective of the developed project was to prevent and reduce self-stigma among patients with mental health care needs through carefully designed interventions. The project was implemented in three different contexts: hospitalisation, differentiated responses, and in a community context, totaling 340 hours of supervised practice. The psychoeducational and cognitive-behavioural interventions were adapted to the characteristics and needs of each target audience, which was different at each internship site, including people in need of mental health care in an inpatient setting, health professionals in a differentiated response context and family caregivers in a community environment. The use of theoretical references, such as Transitions Theory, contributed to the scientific and practical robustness of the interventions carried out. Overall, the results indicated improvements in participants' awareness of stigma and self-stigma, enhanced development of coping strategies, and strengthened perceptions of self-efficacy and self-esteem. This report thus emphasises the relevance of the Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner interventions in addressing self-stigma, promoting social inclusion, recovery, and the empowerment of individuals with mental health care needs. The central purpose of acquiring specific competences common to the Specialist Nurse and specific to the Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner was achieved, consolidating a specialised performance aligned with the best practices in mental health nursing in the different internship fields.

Keywords: Self-stigma, Social Stigma, Self-efficacy, Self-esteem, Psychiatric Nursing

CHAVE DE SIGLAS

Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem – NANDA

Autoestigma – AE

Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE

Cuidados de Saúde Mental – CSM

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – ESMP

Enfermeiro Especialista - EE

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – EEESMP

Equipa Técnica Especializada de Tratamento – ET

Esquizofrenia – ESQ

Familiar(es) Cuidador(es) – FC

General Self-efficacy Scale – GSE

Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI

International Council of Nurses – ICN

Inventário da Experiência de Cuidar – IEC

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica –MESMP

Ordem dos Enfermeiros – OE

Pessoa(s) com Necessidade de Cuidados de Saúde Mental – PNCSM

Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado – PAREI

Reestruturação Cognitiva – RC

Rosenberg Self-esteem Scale – RSES

Unidade de Cuidados na Comunidade – UCC

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA DA TEMÁTICA TRANSVERSAL	15
1.1. Estigma e Autoestigma em Saúde Mental e Psiquiatria.....	15
1.2. Modelos explicativos do Estigma e Autoestigma.....	19
1.3. Conceção de cuidados no Autoestigma em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.	23
1.4. Intervenções no Autoestigma em Saúde Mental e Psiquiatria.....	28
1.5. Aplicabilidade da Teoria das Transições na mitigação do Estigma e Autoestigma.....	32
2. PROJETO INDIVIDUAL DO ESTÁGIO MÓDULO II - AUTOESTIGMA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CONTEXTOS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	36
2.1. Justificação da temática e a sua pertinência na prática clínica	36
2.2. Contexto de internamento.....	37
2.2.1. Avaliação das necessidades no local de estágio em contexto de internamento.	37
2.2.2. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado da intervenção em contexto de internamento.....	40
2.2.3. Operacionalização do projeto no estágio em contexto de internamento.....	41
2.2.4. Interpretação dos resultados da intervenção em contexto de internamento	47
2.3. Contexto de respostas diferenciadas.....	49
2.3.1. Avaliação das necessidades no local de estágio em contexto de respostas diferenciadas	50
2.3.2. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado, da intervenção em contexto de respostas diferenciadas.....	55
2.3.3. Operacionalização do projeto no estágio em contexto de respostas diferenciadas.....	56
2.3.4. Interpretação dos resultados da intervenção em contexto de respostas diferenciadas.....	57
2.4. Contexto da comunidade	62

2.4.1. Avaliação das necessidades no local de estágio em contexto da comunidade ..	63
2.4.2. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado, da intervenção em contexto da comunidade	67
2.4.3. Operacionalização da intervenção em contexto da comunidade	68
2.4.4. Interpretação dos resultados da intervenção em contexto da comunidade	71
2.5. Outras intervenções realizadas no âmbito do mestrado na área de especialização em enfermagem	74
2.5.1. Estudo de caso em contexto de internamento	83
3. ENQUADRAMENTO DO PROJETO INDIVIDUAL NO ÂMBITO DOS OBJETIVOS GERAIS DO MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM	93
3.1. Competências Adquiridas.....	93
3.2. Análise crítico-reflexiva: autoconhecimento e contributos do projeto de desenvolvimento de competências para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	106
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS	136
Anexo I – Consentimento informado.....	
Anexo II – Questões da entrevista em contexto de internamento.....	
Anexo III – Planeamento das sessões em contexto de internamento	
Anexo IV – <i>Slides</i> da Sessão 2 em contexto de internamento	
Anexo V – Planeamento da ação de sensibilização	
Anexo VI – Panfleto e cartaz de divulgação da ação de sensibilização.....	
Anexo VII – Apresentação realizada através do mentimeter	
Anexo VIII – Apresentação realizada através do canva	
Anexo IX – Planeamento das sessões em contexto da comunidade.....	
Anexo X – Apresentação em <i>powerpoint</i> da Sessão 1 em contexto da comunidade	
Anexo XI – Livro de bolso fornecido aos familiares cuidadores em contexto de comunidade	

Anexo XII – Apresentação em <i>powerpoint</i> da intervenção psicoeducativa a familiares cuidadores de utentes com psicose
Anexo XIII – Entrevista clínica em contexto de internamento
Anexo XIV – Planos de sessão e ferramentas utilizadas na intervenção reestruturação cognitiva

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação inicial em contexto de internamento.....	39
Tabela 2 - Avaliação final em contexto de internamento	47
Tabela 3 - Avaliação inicial em contexto de respostas diferenciadas.....	53
Tabela 4 - Avaliação inicial de seis participantes em contexto de respostas diferenciadas..	58
Tabela 5 - Avaliação final em contexto de respostas diferenciadas	59
Tabela 6 - Avaliação inicial correspondente às escalas em contexto da comunidade	64
Tabela 7 - Avaliação inicial correspondente ao questionário de avaliação do estigma dos familiares cuidadores em contexto da comunidade	66
Tabela 8 - Avaliação final correspondente às escalas em contexto da comunidade	71
Tabela 9 - Avaliação final correspondente aos itens alterados no questionário de avaliação do estigma dos familiares cuidadores em contexto da comunidade	72
Tabela 10 - Evolução dos resultados da intervenção psicoeducativa aos familiares cuidadores de utentes com psicose.....	79

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Processo de cuidados de enfermagem face ao Autoestigma.....	26
Quadro 2 – Diagnósticos, objetivos e critérios de resultados estabelecidos para os familiares cuidadores de utentes com psicose.....	76
Quadro 3 – Evolução dos resultados da utente do estudo de caso em contexto de internamento.....	90
Quadro 4 – Competências adquiridas comuns ao Enfermeiro Especialista.....	94
Quadro 5 – Competências específicas adquiridas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Cognitivo do Autoestigma.....	22
---	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a decorrer no primeiro semestre do ano letivo 2024/2025, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Isilda Ribeiro e coorientação da Professora Doutora Júlia Marques, foi proposta a implementação de um projeto de intervenção de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que incidisse na temática: Autoestigma. O planeamento do projeto foi realizado no âmbito do módulo I, sendo posteriormente ajustado à realidade no momento da sua implementação no módulo II, o que possibilitou a concretização da aquisição de competências no âmbito da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O projeto foi implementado em três contextos distintos. O primeiro decorreu entre 16 de setembro e 16 de outubro em contexto de internamento num hospital psiquiátrico. O segundo foi compreendido entre 21 de outubro e 29 de novembro, em contexto de atuação diferenciada, numa Equipa Técnica Especializada de Tratamento, pertencendo a um Centro de Respostas Integradas. O último decorreu em contexto da comunidade, numa Unidade de Cuidados na Comunidade, no espaço temporal de 25 de novembro a 10 de janeiro. Estes três estágios perfizeram um total de 340 horas. Nos diferentes contextos, contou-se com a orientação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que trabalham nos respetivos locais de estágio e dos professores da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O estigma associado às pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, é um problema significativo e complexo, profundamente enraizado na cultura e na história da nossa sociedade. Tem raízes nos preceitos manicomialistas, ou seja, na forma como historicamente os utentes eram tratados em instituições, anteriormente denominadas como manicómios. Essas instituições muitas vezes funcionavam mais como locais de exclusão social do que como centros de tratamento e reabilitação

(Lira et al., 2021). Nesta perspetiva, os indivíduos que experienciam cuidados de saúde mental, são estigmatizados e acabam por ser vistos como um grupo distinto, criando uma divisão entre a sociedade e eles. Esta divisão tem como consequências, a perda do *status* social, a diminuição da aceitação pelos pares e a perda de direitos e oportunidades (Barrantes et al., 2017). Quando o estigma público é aceite e internalizado pela pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental designa-se autoestigma, e a mesma apresenta comportamentos de autodiscriminação, tendo grandes repercussões tanto na sua própria vida como na sociedade, pois influenciam negativamente os comportamentos de procura de ajuda, os processos de *recovery* (recuperação) e de *empowerment* (empoderamento) (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

No Programa Nacional para a Saúde Mental (2017), era enfatizada a necessidade de redução do impacto das perturbações mentais na população portuguesa, tendo como um dos propósitos do programa, o “...combate ao estigma na população adulta” (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017, p.17). A atual Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental através do Decreto-Lei n.º 113/2021 reconhece como prioridade a “recuperação integral das pessoas com doença mental” (República Portuguesa, 2021, p.105) e a sua reinserção comunitária, articulando os cuidados com os serviços sociais, educativos, de habitação, entre outros ((República Portuguesa, 2021). O combate ao estigma, assume-se, desta forma, como uma boa prática na saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2021), e é definido como um enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, enfatizado no Diário da República, 2.ª série, N.º 122, a 25 de junho de 2015 (República Portuguesa, 2015). Segundo a legislação, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, deve promover a inclusão ativa e o respeito pelas pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental. Isto, através de estratégias promotoras de capacitação, envolvimento e otimização de recursos, bem como no desenvolvimento de estratégias antiestigma nos diversos contextos sociais, visando “a redução do estigma e a promoção da inclusão social” (República Portuguesa, 2015, p. 17038).

Este trabalho está dividido em três capítulos essenciais. O primeiro foca-se na revisão da literatura referente ao tema transversal aos três locais de estágio, o seu

impacto nas pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, a concepção de cuidados relativa ao autoestigma, as intervenções já realizadas nesse âmbito, e a adaptação de uma teoria de enfermagem ao tema em questão. No segundo capítulo são descritos os diferentes contextos de estágio, bem como a enunciação dos resultados da implementação do projeto específico para cada local de estágio. O terceiro capítulo visa a descrição da aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como uma análise crítico-reflexiva acerca do percurso realizado e dos contributos para a prática da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A revisão narrativa foi efetuada com recurso ao motor de busca Google Académico e ao agregador de conteúdos EBSCOhost disponibilizado pela Biblioteca Virtual ESEP selecionando as bases de dados: Medline, Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, Library, ERIC, Information Siene & Technology Abstracts, MedicLatina, IBECs, CUIDEN, Scielo e ENFISPO. Utilizaram-se os descritores DeCS e MeSH para realizar a pesquisa bibliográfica: “stigma”, “psychiatry”, “mental illness stigma”, “mental illness self-stigma”, “interventions”, “psicoterapy”, “social stigma”, “internalised stigma”, “self-stigmatization”.

1. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA DA TEMÁTICA TRANSVERSAL

O primeiro passo para a implementação de um projeto de intervenção visa a elaboração de uma revisão da literatura abrangente, permitindo a definição do foco a atuar, da pertinência da temática e das intervenções mais eficazes. Deste modo, este capítulo vai focar-se na temática transversal aos três estágios, que se realizaram no contexto do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP): O Estigma, sendo enfatizado, o Autoestigma (AE).

1.1. Estigma e Autoestigma em Saúde Mental e Psiquiatria

A importância da saúde mental para o bem-estar e prosperidade das pessoas é inegável, tornando-se essencial protegê-la e promovê-la. Estudos epidemiológicos indicam que aproximadamente metade da população usufruirá de Cuidados de Saúde Mental (CSM) em algum momento da vida (Organization of economic cooperation and development, 2019). Em 2016, a Europa registou cerca de 110 milhões de pessoas que experienciaram CSM, com Portugal destacando-se negativamente, já que um em cada cinco portugueses enfrenta essa necessidade (Direção-Geral da Saúde, 2017; World Health Organization, 2019).

A existência do estigma relacionado às Pessoas com Necessidade de Cuidados de Saúde Mental (PNCSM), o qual tem origem em construções históricas e culturais, persiste até aos dias atuais (Lira et al., 2021). A palavra estigma vem do grego *stigma*, que significa picada. Antigamente, associava-se a picada a uma marca feita, na Grécia Antiga, com um ferro em brasa (Arboleda-Florez & Stuart, 2012), aos escravos ou criminosos, para que a restante população soubesse quem eram os triviais da sociedade. Constata-se, deste modo, que desde os tempos antigos, o estigma direciona-se à maneira pela qual a sociedade identifica e rotula as pessoas que considera socialmente desfavorecidas ou desgraçadas (Rocha & Paprocki, 2015).

Quando relacionado aos CSM, o estigma pode ser entendido como uma percepção negativa que os indivíduos têm, em relação àqueles que são detentores desses cuidados. Isso leva à desvalorização e discriminação por parte dos outros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021). Corrigan e Wasseli (2008), descrevem o estigma como um processo complexo que envolve a atribuição de características negativas, estereótipos, preconceitos e discriminação à pessoa afetada. Os atributos referem-se a características visíveis que destacam a pessoa como diferente, enquanto os estereótipos são um conjunto de crenças negativas associadas a essas características. Os estereótipos descritos na literatura que se relacionam com as PNCSM são: Perigosidade (na medida que se acredita que são mais passíveis de serem violentas); Imprevisibilidade (acredita-se que nunca se sabe como será a reação das PNCSM); Incapacidade (referindo-se às PNCSM como incapazes de viver autonomamente); Infantilidade ou Paternalismo (na medida que se considera que essas pessoas deverão ter alguém que tome decisões relativas à sua vida); Culpabilidade (considerando que apresentar problemas de saúde mental é culpa das pessoas detentoras dos mesmos); e Contágio (acreditando que a doença mental é transmissível) (Barrantes et al., 2017; Corrigan, 2004). Os preconceitos apresentam-se como a componente emocional deste processo, apresentando-se como reações emocionais negativas perante as PNCSM (Corrigan & Watson, 2002). O medo, a raiva, a pena e a repugnância apresentam-se como os preconceitos resultantes dos estereótipos. Medo, visto que se considera as PNCSM violentas. Raiva, pois espera-se que não consigam ser autónomas e responsáveis, sendo merecedoras da raiva das pessoas que as envolvem. Pena, pois adjetiva-se a doença mental como uma condição de fraqueza ou falha pessoal. Repugnância, na medida que se sente aversão pelas pessoas que necessitam de CSM (Barrantes et al., 2017; Corrigan, 2004). A resposta comportamental aparece em forma de discriminação, do qual se insere a evitação ao grupo ou indivíduo com necessidade de CSM (Corrigan & Watson, 2002).

Desta forma, o estigma correlaciona-se com o *disempowerment*, sendo que promove a opinião social e pessoal, que as PNCSM são incapazes de assumir responsabilidades e de manter uma vida autónoma (Corrigan & Nieweglowski,

2018). Constitui, desta forma, também um fator de risco relativo à doença mental (Shrivastava et al., 2013).

Existem três tipos de estigma em relação às PNCSM considerados mais relevantes na literatura (OE, 2021; Livingston & Boyd, 2010): i) O estigma institucional ou estrutural, refere-se à prática profissional e à cultura organizacional presente no cuidado às PNCSM; ii) O estigma social ou estigma público que diz respeito à adoção de estereótipos em relação a um grupo específico, geralmente acompanhada de atitudes negativas ou discriminatórias em relação a esse grupo; iii) O AE, que se define como a aceitação da internalização dos estereótipos do estigma público. Apresenta-se como um processo pessoal envolvendo sentimentos negativos em relação a si mesmo, e mudanças na forma como a pessoa se vê e se comporta. Este construto tanto é influenciado, como influencia diversas variáveis, comprometendo a vida das PNCSM.

Quanto à qualidade de vida, vários foram os estudos que concluíram que o AE influencia negativamente a qualidade de vida das PNCSM, independentemente dos diferentes diagnósticos médicos. Essas pessoas veem-se como inferiores e incapazes, sentem-se excluídas do seu meio social, o que reduz a esperança e a autoaceitação, afetando significativamente a sua perspectiva de vida (Ayinalam, 2017; Holubova et al., 2016; Holubova et al., 2019; Liu, et al., 2024). A resiliência, os estilos de *coping* utilizados, e a autoestima apresentam um efeito mediador entre o AE e a qualidade de vida (Holubova et al., 2016; Kim & Jang, 2019; Liu F, et al., 2024).

Existe, ainda, uma correlação positiva entre o AE e a hospitalização. Quanto maior o número de vezes que as pessoas são internadas, maior a probabilidade de discriminação. Isto pode ser justificado pelo termo “hospício” estar enraizado na sociedade em prol de “hospital psiquiátrico”, levando os utentes a internalizarem estereótipos públicos (Holubova et al., 2016; Kamaradova et al., 2016).

A baixa autoestima e autoeficácia, consequentes do AE, afetam a realização de metas pessoais, como encontrar trabalho ou alcançar autonomia ao longo da vida (Jahn et al., 2020). A autoestima apresenta-se como a componente emocional do autoconceito, representando o julgamento que cada um faz de si próprio e do seu

próprio valor (Rosenberg, 1965; Sequeira, 2006). A autoeficácia representa a autoconfiança de uma pessoa em agir com sucesso em diversas situações (Bandura, 1997). Desta forma, a escassez dessas variáveis resultante do AE, pode dificultar a aquisição de emprego ou independência (Corrigan, 2002; Jahn et al., 2020).

A empregabilidade apresenta-se como uma das áreas mais afetadas, sendo o ambiente de trabalho uma variável psicossocial importante no que diz respeito à internalização do estigma. Os indivíduos com necessidade de CSM antecipam experiências de discriminação, fazendo com que os próprios deixem de se candidatar a empregos ou a cursos profissionais (Brouwers, 2020; Mora-Rios et al., 2013). Para além disso, devido à diminuição da autoeficácia, tendem a ter uma pior produtividade no trabalho, levando à perda prematura de emprego (Villoti et al., 2017).

No que diz respeito à expressão e regulação de emoções, foi constatado que pessoas com níveis elevados de AE têm dificuldade em expressar e lidar com emoções negativas. Isto resulta numa maior recusa na procura de cuidados de saúde e na omissão de informações sobre problemas de saúde mental. Esse comportamento, altamente autoestigmatizante, está associado a piores resultados de saúde, como aumento da morbilidade e recuperação insatisfatória. Adicionalmente, no domínio das relações interpessoais, os indivíduos com AE revelam uma maior tendência para a ansiedade, assim como uma redução na proatividade e sentimento de realização nesta área. Os indivíduos que não têm parceiros amorosos apresentam um maior AE (Grambal et al., 2016; Sarisoy et al., 2013).

Existe, ainda, uma forte associação entre a autoestigmatização e sintomas depressivos (Calveti, 2014), bem como um maior risco de suicídio (Assefa et al., 2012; Xu et al., 2018). Foi destacado que o aumento do *stress* proveniente da autoestigmatização, bem como o isolamento social, aumentam o risco de suicídio, já o suporte social e o aumento da autoestima diminuem o mesmo (Jian et al., 2022; Xu et al., 2018).

Torna-se, deste modo, reconhecido, que elevados níveis de AE estão associados a baixos níveis de autoestima, autoeficácia, funcionamento e qualidade de vida geral. Envolvem variáveis que dificultam a adesão ao tratamento e o campo da reabilitação psicossocial como a procura de trabalho, a independência e as relações interpessoais (Dubreucq et al., 2021). Desta forma, as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) que visam a diminuição do AE são notadas como essenciais no processo de reabilitação dos utentes com perturbações mentais, dado os efeitos nefastos da autoestigmatização na vida dos mesmos (Dubreucq et. al, 2021).

Este impacto importante na vida das PNCSM pode ser esclarecido por modelos explicativos para a origem e manutenção do estigma e AE, explanados de seguida.

1.2. Modelos explicativos do Estigma e Autoestigma

Existem três modelos principais que elucidam o estigma relacionado às PNCSM: modelos motivacionais, modelos institucionais ou estruturais, e modelos cognitivos individuais. Estes modelos analisam diferentes dimensões do estigma, desde processos psicológicos individuais até forças sociais e institucionais que mantêm a discriminação (Corrigan & Knudsen, 2005).

O modelo motivacional explica, que o estigma relativo às PNCSM existe porque o mesmo considera três propósitos principais: Proteção do ego (egojustificação), na medida que o estigma é usado como uma estratégia para proteger a autoestima e a própria identidade do estigmatizador; Proteção do grupo (justificação do grupo), uma vez que o estigma ajuda o grupo dominante a unir-se e a tornar-se mais forte, excluindo as PNCSM; Manutenção do sistema (justificação do sistema), onde o estigma é abordado como uma ferramenta para preservar e legitimar a ordem social existente, incluindo desigualdades políticas, económicas e institucionais. Portanto, o modelo motivacional, ajuda a entender o porquê da existência do estigma, mostrando que o mesmo funciona como um instrumento ativo para proteger o ego, fortalecer a coesão do grupo não estigmatizado e legitimar instituições sociais.

Compreender essas funções é crucial para se estabelecer estratégias de combate à discriminação (Corrigan & Knudsen, 2005).

O modelo institucional, no contexto do estigma associado à saúde mental, pode ser entendido a partir de uma perspectiva sociológica que analisa as forças políticas, históricas e económicas que moldam as instituições e estruturas sociais. A ideia principal deste modelo é que o estigma não surge apenas como resultado de preconceitos individuais, mas também é alimentado por regras, políticas e práticas que restringem os direitos e oportunidades das PNCSM. Dentro deste modelo, a discriminação institucional pode existir de forma explícita ou implícita, ocorrendo através de regulamentos e normas que, muitas vezes sem intenção maliciosa, criam barreiras ao acesso das PNCSM a recursos essenciais, como por exemplo, à habitação, ao emprego e à participação ativa na sociedade. Assim, este modelo destaca a inclusão social, através de reformas legislativas e políticas afirmativas, indo além de uma mera mudança de atitudes individuais (Corrigan & Knudsen, 2005).

Finalmente, o modelo cognitivo do estigma descreve como os estereótipos, preconceitos e a discriminação aparecem e se perpetuam. Este modelo mostra que o estigma se mantém através de processos automáticos tais como o viés de confirmação (sustentação de estereótipos pré-existentes), a categorização social ("nós" vs "eles", que resulta em exclusão) e o efeito de exceção (considerar indivíduos que quebram estereótipos como sendo exceções à regra e não mudar a crença geral) (Corrigan & Knudsen 2005). Esses estereótipos, preconceitos e a discriminação, tais como explicados no modelo cognitivo, são manifestados de formas diferentes se estiverem a impactar ou não o *self*, fazendo, desse modo, a distinção do estigma público e AE. Tal como evidenciado na Figura 1, os estereótipos, preconceitos e os comportamentos discriminatórios descritos na literatura podem ser internalizados pelas PNCSM. Os estereótipos passam a apresentarem-se como crenças pejorativas direcionadas ao próprio, traduzindo-se em reações emocionais intensas e negativas, e comportamentos adversos. Desta forma, para que haja a internalização do estigma, o modelo cognitivo do AE, destacado através da Figura 1, demarca algumas etapas (Corrigan et al., 2015; Corrigan & Rao, 2012). A primeira etapa, denominada "Consciência", envolve o

reconhecimento do estigma associado aos CSM pela sociedade, ou seja, o indivíduo reconhece que a sociedade associa os estereótipos negativos às PNCSM. Em seguida, ocorre o estágio de "Concordância", no qual a pessoa aceita como verdadeiros os estereótipos negativos reconhecidos na fase anterior. Isso leva à fase em que o indivíduo internaliza esses estereótipos ("Aplicação"), ou seja, passa a acreditar que essas características negativas também se aplicam a si próprio. Este processo de autodepreciação tem um impacto profundo na forma como o indivíduo se vê e interage com o mundo, o que pode resultar na diminuição da autoeficácia e autoestima, levando à última fase, a fase de "Dano" (Corrigan et al., 2015; Corrigan & Rao, 2012). Quando atinge esta última fase, a pessoa pode apresentar vieses cognitivos, incluindo pensamentos autodestrutivos, de inferioridade e incompetência. Para além disso, respostas afetivas como desalento, tristeza, vergonha e raiva, e comportamentais, como autodepreciação, autoisolamento e ocultação da condição, estão presentes (Sarisoy et al., 2013).

Ainda, na continuidade deste processo, é abordado o efeito "porquê tentar?", tal como demonstra a Figura 1. Em consequência do comprometimento da autoestima e da autoeficácia, a pessoa apresenta uma falta de confiança e motivação para tentar ou se envolver em oportunidades tanto profissionais quanto pessoais. Esse efeito cria um ciclo negativo. A falta de tentativa impede que a pessoa acumule experiências positivas, reforçando a crença de que o fracasso é inevitável, o que, por sua vez, reduz ainda mais a autoconfiança (Corrigan et al., 2015; Corrigan & Rao, 2012).

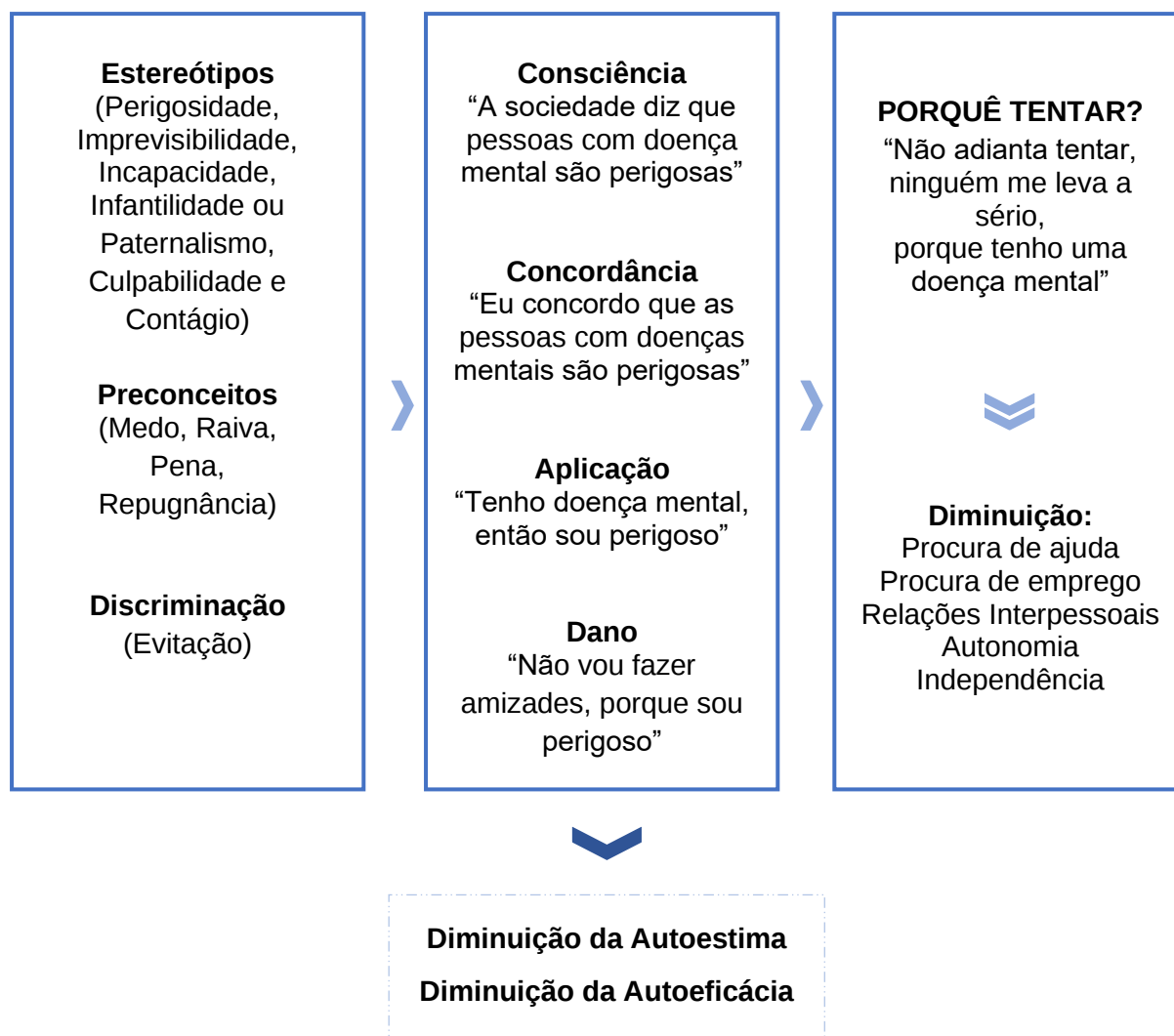


Figura 1 - Modelo Cognitivo do Autoestigma adaptado de Corrigan et al. (2015), e Corrigan & Rao (2012)

Dos modelos até agora descritos, podemos concluir que o modelo motivacional ajuda a entender o porquê do estigma, os modelos estruturais averigam onde ele se manifesta, e os modelos cognitivos explicam como ele se forma, dando ênfase também ao AE. Os modelos teóricos dão suporte às estratégias práticas, destacando que a mudança do estigma exige intervenções específicas e baseadas em evidências. As intervenções realizadas ao longo do módulo II tiveram por base, para além da revisão da literatura realizada, a explicação do modelo cognitivo, sendo que se pretendeu atuar na identificação e reestruturação de estereótipos

associados ao estigma, promovendo o empoderamento pessoal, o fortalecimento da percepção da autoeficácia e da autoestima dos participantes.

1.3. Conceção de cuidados no Autoestigma em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Para qualquer intervenção de enfermagem existe um diagnóstico subjacente. O estabelecimento do plano de cuidados é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada após a recolha de dados inicial (Bastos et al., 2021). Deste modo, para um processo de enfermagem direcionado ao AE, importa perceber quais os dados, objetivos e intervenções mais adequados para o foco em questão.

O termo “AE” ou “Estigma internalizado” não se apresentam como domínios, focos ou diagnósticos de enfermagem na linguagem científica e unificada, comum à enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem pode ser construído através da junção de um foco e um juízo, no entanto, em alguns casos, o termo do juízo para o diagnóstico pode estar implícito (OE, 2008). O termo estigma apresenta-se no *browser* da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), prevista pelo International Council of Nurses (International Council of Nurses [ICN], 2019), sendo definido como “Crença comprometida: prática de associação de desonra ou vergonha com outros pela presença de um fator distintivo; frequentemente associada com doença mental; incapacidade física; religião ou história de comportamento criminoso” (ICN, 2019). É, assim, apresentado como um foco e diagnóstico negativo segundo a terminologia CIPE (ICN, 2019). Desta forma, pensamos que seria adequado o estabelecimento do diagnóstico “[Auto]Estigma”, direcionando o estigma ao próprio cliente, tal como são descritos, por exemplo, os termos “Autoestima” e “Autoeficácia”. O prefixo “auto” ficará entre parênteses retos enquanto descrição do diagnóstico, visto que não se apresenta como termo isolado na CIPE.

A medição/avaliação do AE permite ao EEESMP realizar uma atividade diagnóstica e com isto, identificar e mensurar um diagnóstico-alvo para as suas intervenções

psicoterapêuticas. A escala de avaliação do estigma internalizado em saúde mental, do inglês Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) está validada para a população portuguesa em pessoas adultas com doença mental por Oliveira et al. (2015), adaptada da original de Ritsher et al. (2003). Esta escala apresenta-se como um questionário de autopreenchimento, subdividido em cinco dimensões que compõem o AE: Afastamento Social (avaliado por seis itens), refletindo sobre a ação de evitação de um indivíduo em falar sobre si e em aproximar-se de outras pessoas por ser detentor de CSM; Concordância com estereótipos (avaliado por sete itens), refletindo o grau de concordância com os estereótipos direcionados à PNCSM; Alienação (avaliado por seis itens), refletindo o facto de se sentir como uma pessoa à parte da sociedade; Experiência de discriminação (avaliado por cinco itens), refletindo a perceção que a PNCSM tem sobre como as outras a tratam; Resistência ao estigma (avaliado por cinco itens codificados de forma inversa), medindo a resistência ou a forma de lidar com o estigma, que permite que a pessoa que experiencia CSM não se sinta afetada. Os itens são avaliados através de uma escala de *likert* de quatro pontos (de um – discordo totalmente, a quatro – concordo totalmente). Pontuações elevadas indicam níveis mais elevados de AE (Oliveira et al., 2015).

Os principais fenómenos influenciados pelo AE, são a autoeficácia e a autoestima das PNCSM, que podem ser avaliadas de forma mensurável, como complemento à avaliação inicial. A versão portuguesa da escala da autoestima de Rosenberg, do inglês Rosenberg Self-esteem Scale (RSES), foi traduzida por Pechorro e Maroco (2011) adaptada da original (Rosenberg, 1965). A RSES é uma escala de autopreenchimento, constituída por dez itens. Os mesmos são divididos em cinco itens de orientação positiva e os restantes de orientação negativa. É medida segundo uma escala de *likert* com quatro alternativas (desde zero - discordo fortemente e três - concordo fortemente). Os itens invertidos correspondem aos números dois, cinco, seis, oito e nove. A pontuação final obtém-se através do somatório de todos os itens que compõem a escala. As pontuações totais variam entre zero e 30, sendo que a valores mais altos correspondem a níveis mais elevados de autoestima (Pechorro & Maroco, 2011). A escala da perceção da autoeficácia geral, do inglês General Self-efficacy Scale (GSE), está validada para a

população portuguesa por Araújo e Moura (2011), da original de Schwarzer e Jerusalem (1995). É um instrumento de autopreenchimento, que visa a avaliação do sentimento de competência para lidar com diversas situações. Composta por dez itens, e apresenta quatro alternativas de resposta (um - de modo nenhum, dois - dificilmente é verdade, três - moderadamente verdade, quatro – totalmente verdade). No final pode apresentar uma cotação entre 10 a 40 pontos, sendo que pontuações mais altas equivalem a uma maior percepção de autoeficácia (Araujo & Moura, 2011).

Para além destas, outras escalas de avaliação e mensuração do estigma ou AE podem ser utilizadas, dependendo da população em questão. Por exemplo, no que toca aos cuidadores informais, o Inventário da Experiência de Cuidar (IEC), permite compreender melhor a experiência do cuidar, integrando a estigmatização associada às doenças mentais. Este inventário encontra-se em validação para a população portuguesa pelo Laboratório de Reabilitação Psicossocial da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto (2020), do original de Szmukler et al. (1996). Este inventário é dividido em 10 domínios que influenciam o cuidado, sendo estes negativos (dependência, comportamentos difíceis, estigma, problemas com serviços, efeitos na família, necessidade de suporte, perda e sintomas negativos) ou positivos (experiências positivas e aspetos bons na relação). Assim, sendo composto por 66 itens, é cada um avaliado numa escala de zero a quatro, onde: zero indica que nunca ocorreu uma situação; um significa que ocorreu "raramente"; dois corresponde a "às vezes"; três indica "frequentemente"; quatro representa "quase sempre". As pontuações são somadas para cada uma das 10 dimensões, resultando em *scores* específicos que refletem as experiências positivas e negativas do cuidador. Não existem pontos de corte predefinidos, sendo os resultados guias para a intervenção.

Assim, como sugestão, os instrumentos de avaliação até aqui explicados talvez possam ser usados para a atividade diagnóstica, apresentando-se como dados úteis. As ferramentas mencionadas (ISMI, RSES, GSE e IEC) foram as utilizadas ao longo dos contextos, sendo que nos foram cedidas as devidas autorizações para a utilização das mesmas.

Para além da mensuração através dos instrumentos de avaliação, são necessários dados definidores do diagnóstico. Face ao modelo do AE exemplificado anteriormente, importa referir que segundo o artigo de Corrigan et al. (2006), o AE manifesta-se essencialmente nas fases de concordância com os estereótipos e autoaplicação dos estereótipos, e não apenas na consciencialização do estigma. A consciencialização dos estereótipos (ou estigma percebido), quando a pessoa está ciente das crenças negativas da sociedade sobre as PNCSM, não é considerada AE por si só, mas sim um estágio inicial do processo. O AE começa efetivamente quando a pessoa concorda com esses estereótipos negativos, internalizando a crença, e, quando a aplica a si mesma. Portanto, para ser considerado AE, é necessário que a pessoa não tenha apenas consciência dos estereótipos, mas também concorde com eles e os aplique a si própria, tal como considerado no Quadro 1, que poderá ilustrar um processo de cuidados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) face ao AE. Esta conceção de cuidados foi elaborada através das orientações para a realização de um catálogo CIPE (OE, 2008), sendo que foram propostos objetivos, critérios de resultado e intervenções segundo o estado da arte. De notar que foram somente descritas as intervenções especializadas em ESMP e que as mesmas vão ser aprofundadas e justificadas no subcapítulo seguinte.

Quadro 1 - Processo de enfermagem no Autoestigma

Processo de enfermagem	
Atividades de diagnóstico	
Avaliar [Auto]Estigma; Monitorizar [Auto]Estigma (através de uma escala de avaliação, por exemplo ISMI de Oliveira et al., 2015).	
Características definidoras	Dados úteis
Apresentar crença negativa relacionada à presença de doença mental; Apresentar sentimentos de alienação relacionados com a doença mental; Apresentar comportamentos de autodiscriminação relacionados com a doença mental. (Oliveira, 2015)	Apresentar consciencialização sobre crenças negativas públicas relacionadas com doença mental (Corrigan et al., 2006); Valor da escala ISMI (Oliveira, 2015); Valor da escala RSES (Santos & Maia, 2003) ou (Pechorro & Maroco, 2011); Valor da escala GSE (Araujo & Moura, 2011).

Diagnóstico: [Auto]Estigma
Objetivos
Diminuir [Auto]Estigma; Determinar evolução do [Auto]Estigma.
CrITÉrios de resultado
Que o utente não atribua significados sobre a doença mental que sejam concordantes com os estereótipos socialmente preconcebidos; Que o utente não integre os estereótipos acerca da doença mental a si próprio; Que o utente não apresente sentimentos de alienação; Que o utente não apresente comportamentos de autodiscriminação. (Corrigan et al., 2006; Oliveira et al., 2015)
Intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Executar [reestruturação cognitiva] (Alonso et al., 2019; Díaz-Mandado & Periañez, 2021; OE, 2023); Executar [psicoeducação] (Cheng & Liu, 2023; Hasan & Alasmee, 2022; OE, 2023); Executar [treino de habilidades sociais] (Fung et al., 2011; González et al., 2019); Executar terapia de grupo (Lucksted et al., 2017); Executar entrevista motivacional (MacInnes & Lewis, 2008; OE, 2023); Executar [mindfulness] (González-Domínguez et al., 2019); Intervenção de avaliação: Avaliar evolução do [Auto]Estigma (através do instrumento de avaliação utilizado na atividade diagnóstica, por exemplo ISMI de Oliveira et al., 2015).

Ao domínio “crença” encontra-se correlacionado os domínios autoimagem (envolvendo a autoestima) e autoeficácia. Autoimagem é definida como “Crença: conceito ou imagem mental de si próprio” (ICN, 2019), e autoeficácia, é considerada somente como “crença” (ICN, 2019). Apesar das talvez exíguas definições, estas são concordantes com a revisão da literatura realizada por nós, onde é explícito a clara relação entre o estigma, a autoestima e a autoeficácia. Não são contemplados os domínios de estigma, autoestima e autoeficácia na ontologia em enfermagem, apresentando o domínio de autoconceito. Carpenito (2019), corrobora esta ideia, na medida que o diagnóstico de autoconceito comprometido se assume como um

estado negativo de mudança à maneira como um indivíduo se sente, podendo incluir uma alteração ao nível da imagem corporal, da autoestima e da identidade pessoal. Apresenta-se como uma categoria diagnóstica ampla, sob a qual estão diagnósticos de enfermagem mais específicos. Entendemos, então, que quando afetada a autoestima e/ou a imagem corporal, o próprio autoconceito é prejudicado (Oliveira et al., 2022), sendo os mesmos definidores do diagnóstico de autoconceito comprometido. Para além disso, segundo a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) (Herdman et al., 2024), uma condição associada aos diagnósticos de baixa autoestima é a presença de doença mental, sendo que a estigmatização é considerada um fator relacionado à baixa autoestima crónica e um fator de risco à baixa autoestima situacional. Deste modo, a estigmatização apresenta-se como dado complementar ao diagnóstico de autoconceito comprometido. Assim sendo, os passos da conceção de cuidados descritos para o possível diagnóstico de [Auto]Estigma, possivelmente, incluem-se no diagnóstico de autoconceito comprometido, complementando a plataforma E4nursing (Escola Superior de Enfermagem do Porto [ESEP], 2023). A conceção de cuidados baseada na ontologia vai ser demonstrada através do estudo de caso, no capítulo 5.

1.4. Intervenções no Autoestigma em Saúde Mental e Psiquiatria

Diante da evidência do impacto adverso do estigma sobre as PNCSM, e para o estabelecimento de um plano de cuidados eficaz, importa perceber quais as intervenções mais apropriadas para o combate ao AE.

A literatura destaca diversas intervenções baseadas em diferentes abordagens, como a Reestruturação Cognitiva (RC), *mindfulness* e psicoeducação, mostrando resultados significativos na redução do AE e na melhoria da saúde mental global dos utentes. Modificar as crenças erradas sobre a doença mental, melhorar a autoestima e autoeficácia, e a promoção do empoderamento são as estratégias de redução do AE mais importantes (Dubreucq et al., 2021; Girma et al., 2013).

A psicoeducação visa fornecer conhecimento sobre as doenças mentais, capacitando os utentes a compreenderem a sua condição, reduzir crenças estigmatizantes e melhorar a adesão ao tratamento (Cheng & Liu, 2023; Hasan & Alasmee, 2022).

A terapia cognitivo-comportamental, bem como as técnicas de intervenção relacionadas, especialmente ao nível da RC, são recomendadas. A RC permite a modificação de pensamentos e crenças autoestigmatizantes, por pensamentos e crenças alternativas, mais realistas e positivas (Alonso et al., 2019; Díaz-Mandado & Periañez, 2021). As reduções destas distorções cognitivas estão relacionadas com o aumento da autoestima e diminuição do humor depressivo (Dubreucq et al., 2021; Fung et al., 2011), bem como a promoção da autoaceitação, melhora do autoconceito e da autoeficácia (Corrigan et al., 2006; Fung et al., 2011; Knight et al., 2006).

Ao nível comportamental, é destacado o treino de habilidades sociais, que visa melhorar as habilidades para lidar com o estigma social, promovendo a autocompetência para lidar com situações estigmatizantes (Fung et al., 2011). A melhoria das estratégias de *coping*, incluindo a assertividade, reduz o impacto do estigma internalizado (Kim & Jang, 2019).

As estratégias de *mindfulness* para promover a autoestima entre os participantes pode ser usada no combate ao AE (Corrigan et al., 2013). Estas auxiliam na aceitação de experiências negativas e no fortalecimento emocional (González et al., 2019).

Enquanto intervenção em grupo, a mesma pode melhorar a cooperação e partilha intergrupar, diminuindo também as atitudes estigmatizantes no seu meio (Lucksted et al., 2017). Ainda, o apoio dos pares reduz o isolamento e reforça a autoestima (Cheng & Liu, 2023). Numa revisão sistemática da literatura, Alonso et al., (2019), constataram que a média do número de sessões nos programas direcionados ao AE é de 10 e que a duração total das intervenções varia entre um dia a 20 semanas. A importância do trabalho de casa entre as sessões, também é salientada, na medida que facilita a integração e implementação dos conteúdos abordados, no quotidiano das pessoas (Stewart & Schröder, 2015).

Para além disso, foi constatado que programas que integrem abordagens psicoeducativas em conjunto com técnicas cognitivas e comportamentais têm efeitos robustos na redução do AE, na medida que promovem o autoconhecimento, o desenvolvimento de estratégias de *coping*, aumento da autoestima e identidade pessoal positiva, bem como diminuição do isolamento social e o aumento das redes de suporte social (Alonso et al., 2019). Estes fenómenos visam uma melhor adesão ao tratamento, recuperação e procura de ajuda, bem como o alcance de objetivos de vida (Butcher & Messer, 2017).

Vários programas recentes, foram evidenciados na literatura:

- Um programa de redução do AE, envolvendo três modalidades de intervenção, a psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental e treino de habilidades sociais, reduziu o AE dos participantes com um impacto significativo na diminuição dos sintomas psiquiátricos. Houve, ainda resultados positivos ao nível da autoeficácia e a adesão ao tratamento (Hasan & Alasmee, 2022);
- Olimpia Díaz-Mandado e José Periañez (2021), avaliaram a eficácia do Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado (PAREI), uma intervenção estruturada em grupo com oito sessões de duas horas cada. Este programa foi desenvolvido para reduzir o AE em pessoas com PNCSM e promover a recuperação clínica e subjetiva. As estratégias principais incluídas no PAREI foram técnicas de psicoeducação, técnicas de terapia cognitivo-comportamental e apoio mútuo. O PAREI foi eficaz em reduzir o AE nos participantes, especialmente na dimensão emocional (como sentimentos de alienação e vergonha). As intervenções focadas na legitimidade percebida da discriminação e no apoio mútuo contribuíram para que os participantes desenvolvessem uma visão mais positiva de si mesmos, resultando em melhorias na autoestima (Díaz-Mandado & Periañez, 2021);
- O programa Coming Out Proud apresenta-se como uma intervenção psicoeducativa em grupo criada para ajudar pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia (ESQ) a lidarem com o AE e a decidirem se devem ou não revelar o seu diagnóstico de forma consciente e estratégica. O programa teve

como objetivo principal reduzir o impacto negativo do estigma, promovendo o empoderamento dos participantes e ajudando-os a tomar decisões informadas sobre quando e como divulgar a sua condição. Consistiu em três sessões semanais de duas horas, com grupos de seis a 12 participantes. No final do programa, a percentagem de participantes dispostos a revelar o seu diagnóstico aumentou e o AE diminuiu, embora os resultados tenham mostrado significância marginal (Setti et al., 2019);

- Kim e Jang (2019), avaliaram a eficácia de um programa de treino de autoconfiança, implementado num grupo experimental duas vezes por semana durante seis semanas, totalizando 12 sessões. Este programa envolve técnicas de terapia da realidade e técnicas de treino de assertividade. O grupo de controlo participou num programa de empoderamento para utentes com ESQ, centrado em educação sobre saúde mental e controlo da doença. Os resultados mostraram que o grupo experimental teve uma melhoria significativa na autoestima e uma redução no estigma internalizado em comparação com o grupo de controlo. No entanto, não houve uma melhoria significativa na resistência ao estigma (Kim & Jang, 2019).

Ainda, a acrescentar, um estudo avaliou a eficácia de um vídeo breve na redução do AE, em PNCSM, com base nas experiências de vida das mesmas. Ficou demonstrado que vídeos curtos podem ser ferramentas eficazes na redução do AE. Os participantes consideraram que histórias de recuperação são inspiradoras e ajudam a normalizar as suas experiências. Além disso, a utilização de linguagem menos técnica (focada em sintomas, não em diagnósticos) foi considerada mais acessível (Amsalem et al., 2023).

São, de facto, várias as intervenções utilizadas na atuação no AE em PNCSM, sendo que Yu et al., (2021), aconselham que as intervenções direcionadas ao estigma social e AE devem ser conduzidas em paralelo, a fim de maximizar a sua eficácia a nível social e individual.

Desta forma, as intervenções do EEESMP no AE devem abordar duas dimensões: a mudança de crenças e atitudes estigmatizantes através de técnicas cognitivas e psicoeducação, e no desenvolvimento de competências de resposta através do

autoaperfeiçoamento/*coping* (autoestima, autoeficácia, empoderamento) (Topi & Velenza, 2023).

1.5. Aplicabilidade da Teoria das Transições na mitigação do Estigma e Autoestigma

Para a prestação de intervenções fundamentadas e reconhecidas no âmbito do AE, é necessário ter como alicerce uma base teórica. A enfermagem evoluiu de uma ocupação para uma profissão ao desenvolver um conjunto de conhecimentos científicos próprios, elaborados por teóricos da área (Taffner et al., 2021). A aplicação de um referencial de enfermagem fornece ao enfermeiro um guia orientador que possibilita sustentar as suas intervenções, conferindo maior cientificidade à enfermagem e aprimorando as competências teórico-práticas. Nesse sentido, é fundamental recorrer a teorias de enfermagem que sustentem o cuidado, tornando-o mais eficaz e adequado à prática profissional (Monteiro et al., 2016; Sampaio et al., 2021).

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Ibrahim Meleis, constitui um marco teórico fundamental na enfermagem, proporcionando uma compreensão dos processos de mudança vivenciados por indivíduos, famílias e comunidades. Esta teoria de médio alcance aplica-se a diversas situações de saúde e doença, permitindo uma análise estruturada das transições e os seus impactos na adaptação e bem-estar dos indivíduos. A formulação da Teoria das Transições emergiu na década de 1960 e, desde então, tem sido aprimorada e ampliada para abranger diferentes contextos. Meleis define a transição como um processo multifacetado, caracterizado pela passagem de um estado estável para outro, exigindo adaptação contínua e uma reconfiguração da identidade pessoal e social (Meleis, 2010).

A transição pode ser compreendida sob diferentes aspetos (Meleis et al., 2000):

- Tipos: As transições podem ser desenvolvimentais (mudanças ao longo do crescimento vital), situacionais (eventos específicos que exijam mudanças de

papéis, como mudança de trabalho), de saúde/doença (mudança no estado de saúde) e organizacionais (modificações institucionais ou políticas);

- Padrões: Podem ser simples, quando envolvem uma única transição, ou múltiplas, quando várias transições ocorrem simultaneamente ou em sequência;
- Propriedades: Incluem a consciencialização sobre a experiência de transição, o envolvimento do indivíduo no processo, as mudanças envolvidas, a percepção da diferença na identidade ou papéis, o período temporal e os eventos críticos que envolvem a transição.

A resposta à transição pode ser avaliada através de indicadores que determinam o grau de adaptação do indivíduo. Os indicadores de processo envolvem a conexão social (rede de apoio), interação com o meio, sensação de pertença e desenvolvimento da confiança, e estratégias de *coping*. Os indicadores de resultado incluem o domínio de novas habilidades necessárias à adaptação (mestria), e a reintegração da identidade do indivíduo após a transição (Meleis et al., 2000).

Para que um indivíduo alcance os indicadores de processo e resultado, existem alguns condicionantes influenciadores do processo de transição. Os mesmos podem ser facilitadores ou inibidores do mesmo, e são divididos em três níveis (Meleis et al., 2000):

- Pessoais: Envolvem crenças, valores, atitudes, significados atribuídos à transição, conhecimentos e condições socioeconômicas;
- Comunitários: Relacionam-se com o suporte social, familiar e a disponibilidade de recursos;
- Sociais: Incluem fatores culturais, econômicos e políticos.

As condições inibidoras ou facilitadoras sociais desempenham um papel crucial no sucesso ou na dificuldade das transições. Quando as crenças culturais integram o estigma relativo às PNCSM podem comprometer significativamente a adaptação do indivíduo e o seu bem-estar. Limitando a experiência da transição, este

condicionante inibidor social, se não for trabalhado, pode intensificar a discriminação e perpetuar ciclos de exclusão (Meleis et al., 2000).

Ainda, o AE ocorre quando o indivíduo internaliza as crenças negativas associadas à sua condição (Corrigan & Watson, 2002). No âmbito da Teoria das Transições, o AE pode dificultar a aceitação de uma nova identidade imposta por uma condição de saúde, limitando a capacidade de adaptação (Meleis et al., 2000). Para além disso, o AE é influenciado e influencia a autoestima e a confiança nas próprias capacidades. O facto desses construtos se encontrarem prejudicados, pode levar a um estado de estagnação que não permite a adaptação à transição (Corrigan et al., 2011; Meleis et al., 2000). Desta forma, o AE apresenta-se como um fator inibidor pessoal.

A enfermagem desempenha um papel crucial no apoio a indivíduos a vivenciar processos de transição, especialmente aqueles afetados pelo estigma e AE. Estratégias baseadas na Teoria das Transições podem auxiliar na mitigação desses efeitos adversos. Assim, seguindo as recomendações de Schumacher et al. (1999), para as modalidades terapêuticas de enfermagem a seguir, estabelece-se a seguinte ligação com o estigma/AE no âmbito da saúde mental (Corrigan et al., 2006; Dubreucq et al., 2021; Oliveira et al., 2015; Schumacher et al., 1999):

- **Avaliação de Enfermagem:** a avaliação é o ponto de partida para todas as intervenções, pois permite identificar as necessidades do indivíduo e as ações planeadas. Podem ser utilizados instrumentos de avaliação que permitem a avaliação da evolução do cliente à experiência de transição. No contexto do estigma e AE, são identificadas crenças, preconceitos, e comportamentos discriminatórios que podem afetar a saúde mental do utente e utilizados instrumentos que permitem a avaliação dos construtos;
- **Reminiscência:** consiste em relembrar e refletir sobre experiências passadas, ressignificando-as. No combate ao estigma e AE, essa estratégia pode ser usada para ajudar o indivíduo a identificar momentos de superação, desconstruir opiniões negativas sobre si e dar um sentido às experiências passadas. A partilha de experiências estigmatizantes num ambiente seguro pode fortalecer a autoestima e o sentimento de pertença;

- Suplementação de papel: dirige-se ao processo de orientar e capacitar uma pessoa para novos papéis e responsabilidades, fornecendo conhecimentos e habilidades. Inclui, também, auxiliar na consciencialização do processo vivenciado. No contexto do estigma e AE, isso pode insinuar a realização de intervenções que visam a promoção da consciencialização, aumento de conhecimentos, bem como o fortalecimento da percepção autoeficácia e autoestima, promovendo o desenvolvimento de estratégias para enfrentar os próprios pensamentos autoestigmatizantes, e situações discriminatórias;
- Criação de um ambiente saudável: criar um ambiente saudável envolve garantir segurança, acolhimento e respeito às necessidades individuais. Envolve a otimização do ambiente físico, social, político e cultural, para melhorar a interação da pessoa com o meio. Para indivíduos que enfrentam o estigma e AE, isso pode significar fornecer um espaço livre de julgamentos, promover um cuidado humanizado e incentivos sociais acessíveis. Torna-se importante educar profissionais de saúde e familiares para reduzir preconceitos e criar redes de apoio mais inclusivas;
- Mobilização de Recursos: A mobilização de recursos envolve identificar e utilizar apoios disponíveis para atender às necessidades do indivíduo. Os mesmos podem ser pessoais, familiares e ao nível comunitário. No contexto do estigma e AE, o enfermeiro pode auxiliar na procura de grupos de apoio, serviços de saúde mental e redes comunitárias. Além disso, o incentivo a práticas de autocuidado, como a adoção de hábitos saudáveis e a procura por atividades que promovam o bem-estar emocional, podem ajudar a reduzir o impacto do AE.

Percebendo o estigma e AE como condições inibidoras das transições e integrando as modalidades terapêuticas sugeridas, a prática do EEESMP será bem-sucedida no contexto do estigma e AE. Desta forma, esta teoria fundamenta e orienta o presente relatório de estágio, fornecendo uma base teórica para a análise e implementação de intervenções de enfermagem na mitigação do AE nos CSM.

2. PROJETO INDIVIDUAL DO ESTÁGIO MÓDULO II - AUTOESTIGMA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CONTEXTOS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O projeto individual realizado no âmbito do MESMP centrou-se no AE. Neste capítulo vai ser descrito todo o processo de operacionalização do projeto individual para cada um dos contextos a intervir. A taxonomia de enfermagem utilizada ao longo do projeto baseou-se na CIPE (ICN, 2019), exceto no que toca ao estudo de caso, que seguiu a ontologia em enfermagem fornecida pela plataforma E4nursing.

2.1. Justificação da temática e a sua pertinência na prática clínica

Dada a revisão da literatura anteriormente descrita, tornou-se, essencial a abordagem do AE nas PNCSM, no contexto de ESMP. Denota-se o efeito prejudicial e significativo do AE, na medida que reduz a autoestima, autoeficácia, o *empowerment* e esperança no futuro, o que induz um pior funcionamento social e qualidade de vida. O estigma internalizado é considerado o tipo de estigma com efeitos mais nefastos (Yang et al., 2013). Por conseguinte, intervir no estigma apresenta-se como uma boa prática e um indicador da qualidade de cuidados, quando se trata de saúde mental. Deste modo, os EEESMP têm um papel crucial na redução dos efeitos do AE nas PNCSM, através das suas intervenções autónomas. Os EEESMP estão numa posição privilegiada para atuar de forma eficaz em diferentes contextos, sendo que o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na comunicação permite ao EEESMP uma compreensão mais profunda do problema, ajudando os clientes a desenvolver habilidades importantes para o empoderamento e recuperação (OE, 2021). Habilidades essas que incluem a capacidade de reconhecer e gerir o AE, melhorar a autoestima e autoeficácia, e cultivar uma visão positiva do futuro (Öztürk & Şahin Altun, 2022; Topi & Velenza, 2023).

2.2. Contexto de internamento

O primeiro momento do estágio foi desenvolvido num serviço de internamento num hospital psiquiátrico, entre o dia 16 de setembro e 16 de outubro. É um serviço recente, e constituído por dois pisos. Abrange 26 utentes na totalidade, sendo que, naquele período, encontravam-se 16 utentes internados e cinco em regime de hospital de dia. O diagnóstico major das pessoas internadas no serviço é a ESQ tendo uma prevalência de 87,5% do total de utentes internados. Quanto aos recursos humanos, este serviço é constituído por seis enfermeiras, seis técnicas auxiliares de saúde, uma enfermeira chefe e um médico responsável. Quatro das enfermeiras são EEESMP, inclusive a enfermeira chefe. Ainda, fazem parte da equipa multidisciplinar uma terapeuta ocupacional, um psicólogo, um nutricionista e uma assistente social. Este serviço tem como objetivo a reabilitação psicossocial e o *recovery*, sendo a meta a longo prazo a reintegração do utente como cidadão na sociedade e a desinstitucionalização.

2.2.1. Avaliação das necessidades no local de estágio em contexto de internamento

Sendo que a maioria dos clientes hospitalizados no internamento apresentavam o diagnóstico de ESQ, e se encontravam em processo de *recovery*, importou perceber a influência do AE neste público-alvo específico. A recuperação está profundamente ligada aos processos de empoderamento do indivíduo com ESQ. A OE define a recuperação como um processo altamente pessoal e único, que envolve mudanças nas atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou funções. “É uma maneira de viver com satisfação, esperança e contribuição. Esse processo inclui desenvolver um novo significado e propósito na vida, assente no conhecimento e na aceitação da doença mental” (OE, 2011, p. 17). Assim, os cuidados prestados às pessoas com doença mental grave, como ESQ, devem promover a sua integração na sociedade, focando-se no empoderamento e na recuperação. A ESQ, nos dias atuais, continua a ser uma das doenças mentais mais estigmatizadas (Dubreucq et

al., 2021; Reneses et al., 2020), sendo que as pessoas diagnosticadas com essa perturbação mental vivenciam maiores níveis de AE (Dubreucq et al., 2021). O processo de autoestigmatização promove uma autoimagem negativa, perda de autonomia e independência. Deste modo, os processos sociais são limitados, diminuindo as conexões interpessoais entre pares, dificultando a troca de sentimentos, estratégias e experiências, promotoras do processo de *recovery* (Costa & Noal, 2017).

Desta forma, após a assinatura do consentimento informado, demonstrado no Anexo I, procedemos à atividade diagnóstica, com o intuito de avaliar o AE, autoestima e percepção da autoeficácia dos utentes.

Face aos critérios de inclusão (utentes com diagnóstico de ESQ, com permissão de saídas ao exterior, que saibam ler e escrever na língua portuguesa e que queiram participar) e exclusão (utentes com sintomatologia heteróloga grave (OE, 2023), com défice cognitivo grave (OE, 2023), em estado confusional ou agitação psicomotora (OE, 2023) e que não cumpram os critérios de inclusão), foram escolhidos quatro participantes que apresentaram critérios favoráveis à integração no grupo de intervenção. Dos 12 utentes com permissão de saídas ao exterior, três não tinham disponibilidade, pois trabalhavam durante o dia (sendo um deles excluído também por não ter o diagnóstico de ESQ) e dois não sabiam ler ou escrever em língua portuguesa (sendo um deles, também, excluído por não ter o diagnóstico de ESQ). Dos sete restantes, somente quatro aceitaram participar no projeto de intervenção.

A atividade diagnóstica foi realizada através da entrevista clínica, observação e aplicação das três escalas referidas: RSES, GSE e ISMI. Na entrevista clínica foram acrescentadas algumas questões que permitiram a avaliação acerca do conhecimento sobre estigma social e AE, bem como a consciencialização sobre comportamentos autoestigmatizantes. As questões realizadas estão evidenciadas no Anexo II.

De facto, os resultados da ISMI, não evidenciaram um nível significativo de estigma internalizado, contrariando os achados reportados na revisão da literatura realizada por Dubreucq et al. (2021). No nosso entender isto pode ter ocorrido pois, os participantes estão internados desde muito cedo, convivendo com pessoas que têm

a mesma condição e participando em atividades e tarefas diárias que promovem a autoestima e autoeficácia. Muller et al. (2006), concluíram que o apoio social nos primeiros anos após o início da doença mental é um forte preditor de aceitação da doença mental, bem como um fator preventivo ao estigma internalizado. Para além disso, o suporte oferecido por pares, bem como as intervenções que incentivam o apoio mútuo entre pares, podem contribuir para o fortalecimento da autoeficácia e autoestima em indivíduos com perturbações mentais crónicas (Bracke et al., 2008).

Segundo a escala ISMI, os participantes não apresentaram estigma internalizado. Apesar dos *scores* das subescalas não serem negativos, foi perceptível após a análise, que existem duas subescalas com maiores *scores*, comuns aos quatro participantes: concordância com os estereótipos e resistência ao estigma. Quanto ao nível de autoestima e perceção de autoeficácia, estes não se encontravam comprometidos. De seguida, é demonstrada a correlação dos *scores* das escalas ISMI - RSES - GSE, de cada utente, através da Tabela 1:

Tabela 1 - Avaliação inicial em contexto de internamento

Utentes	ISMI	RSES	GSE
Utente 1 (F)	Nenhum estigma internalizado – 1,86	19	29
Utente 2 (J)	Nenhum estigma internalizado – 1,9	19	28
Utente 3 (I)	Nenhum estigma internalizado – 1,3	22	36
Utente 4 (A)	Nenhum estigma internalizado – 1,6	21	38

ISMI – Avalia o autoestigma, escala validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2015), adaptada da original de Ritsher et al. (2003); RSES – Avalia a autoestima, escala validada para a população portuguesa por Pechorro e Maroco (2011) adaptada da original de Rosenberg (1965); GSE – Avalia a perceção da autoeficácia, escala validada para a população portuguesa por Araújo e Moura (2011), da original de Schwarzer e Jerusalem (1995).

Parece haver uma relação inversa entre o estigma internalizado e a autoestima/autoeficácia: Quanto maior a perceção de autoeficácia e autoestima, menor o AE, o que vai de encontro ao que nos diz a literatura (Dubreucq et al., 2021; Liaw & Lien, 2020).

Aquando das questões na entrevista clínica, foi, ainda perceptível o défice de conhecimento sobre o conceito de estigma e AE, falta de consciencialização sobre o AE e os comportamentos autoestigmatizantes, e o défice de conhecimento sobre

estratégias de *coping*, que visam enfrentar situações estigmatizantes. Foi possível observar, ainda, ao longo do estágio, a existência de conflitos e trocas de críticas entre os utentes internados, sendo que as estratégias adotadas para resolver esses desentendimentos nem sempre se mostraram as mais eficazes.

2.2.2. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado, da intervenção em contexto de internamento

Face à atividade diagnóstica e ao facto de estes conviverem em ambiente protegido, tendo como objetivo a sua reinserção na comunidade, optamos por realizar uma intervenção em grupo com o objetivo principal: prevenir o AE, sendo que se pretendeu intervir preventivamente na promoção da capacitação dos utentes, desenvolvendo estratégias para o não surgimento do AE, ou se, eventual ocorrência, no desenvolvimento de estratégias de *coping*.

Face a isto, como objetivos específicos pretendeu-se: promover conhecimento sobre estigma; promover o conhecimento sobre o [A]E; promover consciencialização sobre a relação entre [A]E e recuperação; promover a [reflexão e clarificação sobre estereótipos]; melhorar autoestima; promover o desenvolvimento de estratégias promotoras da autoestima; melhorar a perceção da autoeficácia; promover conhecimento sobre estratégias de *coping*; promover capacidade para uso de estratégias de *coping*; determinar evolução do conhecimento sobre estigma; determinar evolução do conhecimento sobre [A]E; determinar evolução do conhecimento da relação entre [A]E e recuperação; determinar evolução da autoestima; determinar evolução do desenvolvimento das estratégias promotoras da autoestima; determinar evolução da perceção da autoeficácia; determinar evolução do conhecimento sobre estratégias de *coping*; determinar evolução da capacidade para implementar de estratégias de *coping*.

Os objetivos anteriormente descritos pretendem dar resposta aos seguintes diagnósticos comuns: potencialidade para melhorar conhecimento sobre estigma; potencialidade para melhorar conhecimento sobre [A]E; potencialidade para melhorar consciencialização sobre a relação entre [A]E e a recuperação;

potencialidade para melhorar autoimagem; potencialidade para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras da autoimagem; potencialidade para melhorar percepção da autoeficácia; potencialidade para melhorar conhecimento sobre estratégias de *coping*; potencialidade para melhorar capacidade para implementar estratégias de *coping*.

Como critérios de resultado: que os clientes expliquem o que é o estigma; expliquem o que é [A]E; identifiquem sinais de estigma social; identifiquem sinais e sintomas de [A]E; desenvolvam ou mantenham a [auto]aceitação; desenvolvam [uma visão positiva sobre si]; mantenham ou melhorem uma percepção de autoeficácia positiva; identifiquem os pensamentos [autoestigmatizantes]; expliquem como gerir os pensamentos [autoestigmatizantes]; resolvam conflitos [de uma maneira mais eficaz]; expliquem como enfrentar eficazmente situações [estigmatizantes]; demonstrem estratégias de *coping* eficazes.

2.2.3. Operacionalização do projeto no estágio em contexto de internamento

Face à atividade diagnóstica e ao estabelecimento das prioridades realizada, pretendeu-se a operacionalização de uma intervenção em grupo, onde fossem utilizadas modalidades cognitivo-comportamentais e psicoeducativas. Esta intervenção foi previamente planeada no semestre anterior, e adequada no seu decurso de implementação. As técnicas psicoeducativas aumentam o conhecimento sobre o AE e a consciencialização do mesmo, as técnicas cognitivas visam a mudança de pensamentos disfuncionais, para pensamentos mais alternativos e positivos, e as técnicas comportamentais permitem a aprendizagem e aquisição de estratégias para lidar com as situações estigmatizantes (Díaz-Mandado, 2015; Díaz-Mandado & Periañez, 2021). Para além disso, face às subescalas da ISMI mais afetadas, Sibitz et al. (2009), referem que as intervenções mais eficazes para aumentar a resistência ao estigma em utentes com ESQ são baseadas em estratégias que promovem o empoderamento, a autoestima e o suporte social. Relativamente à subescala concordância com estereótipos, a abordagem psicoeducativa e cognitiva permite a alteração do significado dos mesmos (Díaz-

Mandado, 2015; Díaz-Mandado & Periañez, 2021).

Assim, a intervenção baseou-se no programa PAREI (Díaz-Mandado, 2015), sendo que o número e duração das sessões seguiram as indicações da OE (2023). Este programa, mostrou-se, recentemente, promissor na atuação do AE em pessoas com doença mental grave, resultando numa melhoria da autoestima e das expectativas de recuperação (Díaz-Mandado & Periañez, 2021). Apesar do PAREI ser um programa realizado por um psicólogo, é constituído por técnicas de âmbito psicoterapêutico e, portanto, podem ser realizadas no âmbito da especialidade em ESMP (OE, 2023). Desta forma, o programa serviu de base à intervenção.

Quanto à organização da intervenção, foram planeadas sete sessões (contando com a sessão de avaliação inicial), com duração de 45 a 60min. No entanto, houve necessidade de reduzir a intervenção de sete sessões para seis sessões, pois em discussão com os utentes houve concordância que as sessões fossem realizadas somente uma vez por semana, sempre à mesma hora. As sessões planeadas estão descritas no Anexo III. A modalidade escolhida foi em grupo fechado, na medida que se cria um ambiente mais seguro e coeso, promovendo uma compreensão mais profunda entre os membros, reforçando a confiança mútua e incentivando a partilha de experiências a um nível mais íntimo (Cunha & Santos, 2010), facilitando a partilha de experiências estigmatizantes.

As sessões começaram com um resumo da sessão anterior e uma descrição dos conteúdos e objetivos da sessão atual. Algumas das sessões tiveram planos de ação, sendo que os mesmos ajudam a pessoa a aplicar o que se aprendeu nas sessões no seu dia a dia (Loureiro, 2013).

A avaliação inicial (Sessão 0) foi realizada de modo individual com recurso aos instrumentos de avaliação RSES, GSE e ISMI.

A Sessão 1 teve como tema o “AE”. Decidiu-se, de antemão, a exposição (em papel) de quatro regras essenciais para que as sessões decorressem dentro do esperado: levantar a mão quando se quer falar; não interromper o outro; ouvir com atenção; respeitar o horário e tarefas acordadas. Yalom e Leszcz (2020), destacam que as regras promovem a coesão grupal e o comprometimento, essenciais para a eficácia terapêutica. Os utentes foram recetivos a essas regras e concordaram com a sua

importância para manter o fluxo das atividades e garantir que todos tivessem a oportunidade de se expressar.

Durante esta primeira sessão, uma atmosfera inicial de apreensão foi sentida, talvez por não ser a enfermeira habitual a realizar as sessões. Foi essencial garantir que a confidencialidade estava assegurada, o que ajudou a gerar confiança. Após este primeiro período de hesitação, foi notada colaboração por parte dos utentes e algum grau de curiosidade.

Percebeu-se a necessidade de se adequar e simplificar ainda mais a linguagem utilizada ao longo da sessão. Embora os utentes estivessem colaborantes e atentos, notou-se que alguns dos conceitos, como estigma, AE e *recovery*, eram difíceis de entender por completo. Isso exigiu a reformulação e explicação de forma mais direta, com exemplos práticos do dia a dia que pudessem relacionar com as suas experiências.

Relativamente ao jogo de "mitos e verdades sobre a ESQ", o grupo mostrou grande interesse. Muitos mitos foram desmistificados durante o jogo, o que os levou a questionar outras ideias que tinham. Isso gerou um momento de reflexão importante, percebendo que a atividade não só promoveu a aprendizagem, mas também reformulou pensamentos. Em decorrência deste jogo, foram discutidas as afirmações da subescala concordância com estereótipos (por exemplo: "As pessoas com doença mental são perigosas") proporcionando uma oportunidade de reflexão sobre as crenças dos participantes em relação à ESQ e aos CSM. Tal como Diaz-Mandado (2015) salientou, o jogo de "mitos e verdades" permitiu a aquisição de novo conhecimento sobre a ESQ, bem como a consciencialização e alteração de pensamentos autoestigmatizantes.

No final da sessão, houve uma reflexão conjunta onde se concluiu que embora a ESQ seja uma doença mental, é uma doença como qualquer outra, algo que pode ser gerido e tratado. Os utentes compreenderam a importância de reconhecerem que têm os mesmos direitos e deveres do que qualquer outra pessoa com ou sem outra doença, independentemente dos estereótipos, preconceitos e discriminação que possam enfrentar. Essa reflexão final foi importante, ajudando os utentes a perceber que, mesmo com os desafios da ESQ, eles são capazes de viver com

dignidade e respeito, como qualquer outra pessoa na sociedade.

A Sessão 2 teve como tema "Pensamentos, emoções e comportamentos relacionados com o estigma internalizado". Apesar do ensino das técnicas cognitivas ser uma abordagem complexa, a utilização de *slides* em *powerpoint* com esquemas simples revelou-se uma estratégia eficaz para facilitar a compreensão dos participantes. Alguns dos *slides* utilizados nesta temática encontram-se no Anexo IV. Além disso, o treino prático das técnicas cognitivas permitiu avaliar se os utentes estavam a perceber o conteúdo. Mostraram-se capazes de gerar alternativas mais saudáveis, refletindo uma maior capacidade de gerir os eventuais impactos emocionais do estigma. As técnicas cognitivas utilizadas, ou seja, examinar as evidências e gerar alternativas, são abordadas como métodos centrais para a modificação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais. São eficazes para reestruturar distorções cognitivas, promovendo uma forma de pensamento mais equilibrada e funcional (Beck, 2021), o que se verificou durante a sessão.

A Sessão 3 foi direcionada à “Autoestima e Autoeficácia”. Uma das dinâmicas realizadas centrou-se na identificação das forças pessoais e capacidades. Inicialmente, houve alguma resistência, os utentes tiveram dificuldades em nomear as suas qualidades. No entanto, com o apoio do grupo e o reforço positivo, gradualmente conseguiram identificar algumas das suas competências. Este momento foi particularmente gratificante, pois mostraram uma visão mais equilibrada e positiva de si mesmos. O reconhecimento das fraquezas ou dificuldades também foi realizado. Este processo foi conduzido de forma sensível, evitando julgamentos. A ideia era promover uma autocritica construtiva, e não uma autocritica destrutiva. Com isto, a maioria dos utentes conseguiu nomear áreas que precisam de maior atenção, sem se sentirem culpados. Houve um momento de introspeção muito produtivo e respeitoso, em que cada um partilhou como poderiam melhorar os seus pontos fracos. O exercício da autoaceitação visou, assim, ajudar os indivíduos a aceitarem-se a si mesmos de maneira incondicional, apesar da sua doença mental, melhorando a autoestima e a perceção da autoeficácia. O baralho das virtudes e forças de carácter contribuiu para a reflexão sobre a identificação e valorização das suas próprias qualidades e capacidades, especialmente ao lidar com desafios pessoais. Este baralho apresentou as virtudes e forças de carácter mencionadas por

Peterson e Seligman (2004). O objetivo foi encorajar a autoafirmação e o autoconhecimento sobre as qualidades pessoais (Díaz-Mandado, 2015; Fung et al., 2011), o que foi conseguido.

A dinâmica do elogio foi o momento mais marcante da sessão. Ao serem incentivados a elogiar os outros e a receberem elogios, o ambiente foi ficando mais leve e acolhedor, notando-se o fortalecimento dos laços no grupo, a aceitação entre pares e o fortalecimento da autoestima e percepção de autoeficácia de cada um. As expressões de cada utente mudaram à medida que iam recebendo um elogio, os rostos mostravam orgulho e, ao mesmo tempo, um profundo sentimento de agradecimento. O elogio apresenta-se como uma avaliação de conotação positiva perante o que se é ou o que se faz, sendo uma das formas de incrementar a autoestima (Henderlong & Lepper, 2002). O *feedback* positivo apresenta efeitos benéficos na autoestima (Brummelman et al., 2016), na medida que o elogio afeta positivamente a opinião da pessoa sobre si própria e deste modo, deve ser realizado frequentemente (Henderlong & Lepper, 2002). Para além disso, o elogio promove, também, a percepção da autoeficácia (Margolis & McCabe, 2006). Deste modo, a dinâmica do elogio permitiu a promoção heteroaceitação, para além de fomentar a percepção da autoeficácia e autoestima de cada participante, indo de encontro aos autores nomeados anteriormente.

A Sessão 4 teve como tema “Estratégias de *coping*”. O foco principal foi ajudar os participantes a lidarem tanto com estigma social como com o estigma internalizado, promovendo estratégias de *coping* que aumentam a autoestima, percepção da autoeficácia e aceitação.

O utente A faltou a metade desta sessão, chegando atrasado. Permitiu-se a entrada e a assistência da restante sessão, no entanto foi realizada uma reflexão no final da sessão com o mesmo acerca do acontecimento. Foram enunciadas, em conjunto, as consequências do atraso para o próprio e para o grupo promovendo a consciencialização sobre o impacto do acontecimento. Enfatizar de forma colaborativa e não punitiva, o impacto da ausência pode ajudar a promover o comprometimento dos utentes com a continuidade de cuidados (Yalom & Leszcz, 2020).

A sessão começou com a identificação de situações que envolvessem críticas e que os participantes enfrentaram, gerando um momento de introspeção importante. Foi notado que muitos dos participantes relataram utilizar predominantemente a estratégia de distanciamento para lidar com essas situações, ou então referiram “a resposta na mesma moeda” (sic). Face a isto, foram discutidas diversas estratégias, sendo que se deu mais enfoque à assertividade. Foi notado que os participantes sentiam dificuldades em serem assertivos, tendo uma resposta mais agressiva perante as situações que envolvessem críticas. Deste modo, o *role-playing* utilizado destacou-se como um dos pontos altos da sessão. Os participantes tiveram a oportunidade de praticar a resposta a diversas críticas/situações com as quais se deparam no dia a dia, desenvolvendo estratégias de *coping* em ambiente controlado, e melhorando as suas aptidões para as situações reais (Beck, 2021; Sequeira & Sampaio, 2020).

As estratégias de *coping* podem ser utilizadas em conjunto, sendo que a estratégia de assertividade pode ser integrada com a de educação para enfrentar o estigma de maneira ainda mais eficaz. O estudo de Kim e Jan (2019), sugere que a assertividade se apresenta como um mediador positivo entre a autoestima e o estigma. Quanto mais assertivo um indivíduo se torna, maior a sua autoestima e mais baixa a internalização do estigma. Durante a sessão, foi discutido como a combinação dessas abordagens pode ajudar os participantes a não expressarem apenas as suas opiniões e sentimentos de forma clara, mas também a educar os outros sobre a realidade dos CSM.

No final da sessão, foi realizada uma reflexão sobre as estratégias de *coping* discutidas, com o reconhecimento de que todas as estratégias apresentadas têm a sua importância e podem ser eficazes, desde que sejam adequadas a cada situação específica.

Na Sessão 5, referente à sessão final, foi realizado um resumo de cada sessão passada, permitindo a avaliação do alcance dos critérios de diagnóstico estabelecidos. Foi questionada a opinião dos utentes sobre o projeto, sendo que o *feedback* foi muito positivo, caracterizando o projeto como “muito instrutivo” (sic), “bom para nos ajudar a partilhar” (sic), “ajudou-nos a gostar mais de nós” (sic),

“ajudou a melhorar as nossas capacidades” (sic). Como sugestões a melhorar, os utentes referiram que gostavam que fossem envolvidos mais utentes. Nesta última sessão foi realizada a avaliação final com as mesmas escalas utilizadas na Sessão 0. Os resultados serão apresentados no subcapítulo seguinte.

2.2.4. Interpretação dos resultados da intervenção em contexto de internamento

A avaliação dos resultados foi realizada na última sessão, sendo utilizadas as mesmas escalas que na Sessão 0: RSES, ISMI, GSE. Através da Tabela 2 seguinte é demonstrado os *scores* das escalas na sessão cinco.

Tabela 2 - Avaliação final em contexto de internamento

Utentes	ISMI	RSES	GSE
Utente 1 (F)	Nenhum estigma internalizado – 1,76	25	38
Utente 2 (J)	Nenhum estigma internalizado – 1,11	24	30
Utente 3 (I)	Nenhum estigma internalizado – 1,6	23	40
Utente 4 (A)	Nenhum estigma internalizado – 1,7	21	30

ISMI – Avalia o autoestigma, escala validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2015), adaptada da original de Ritsher et al. (2003); RSES – Avalia a autoestima, escala validada para a população portuguesa por Pechorro e Maroco, (2011) adaptada da original de Rosenberg (1965); GSE – Avalia a percepção da autoeficácia, escala validada para a população portuguesa por Araújo e Moura (2011), da original de Schwarzer e Jerusalem (1995).

Face aos resultados acima identificados, refletiu-se sobre o significado dos mesmos. A interpretação rigorosa dos dados permitiu identificar tanto os sucessos quanto os pontos de melhoria, oferecendo uma reflexão crítica sobre a intervenção aplicada.

Quanto à percepção da autoeficácia, os utentes F, J, L, apresentaram um aumento significativo nos seus *scores* ao longo da intervenção, o que sugere uma evolução positiva na capacidade percebida de lidar com desafios e controlar situações quotidianas, mesmo com situações estigmatizantes. Fung et al. (2011), afirmam que intervenções que abordam aspetos de habilidades sociais e autoestima podem aumentar a autoeficácia percebida, ajudando os utentes a sentirem-se mais

capacitados para enfrentar situações desafiantes.

Quanto à avaliação da autoestima, os utentes F, J, L, apresentaram uma evolução positiva no *score* da escala RSES, sendo que demonstra que a intervenção teve sucesso em promover a autoestima para a maioria dos utentes.

Relativamente ao utente A, não houve mudanças positivas nos *scores* da autoestima e percepção da autoeficácia. O *score* da autoestima ficou estagnado e o da autoeficácia piorou. Apesar de se ter realizado uma avaliação contínua ao longo das sessões e ajustes personalizados nas intervenções, para que todas as sessões atendessem às necessidades de todos os participantes, parece que a intervenção não foi adequada ao utente A. Uma abordagem mais personalizada (Mueser et al., 2013), como a introdução de técnicas mais focadas no desenvolvimento da autoestima e autoeficácia, em sessões individuais, seria, possivelmente o mais benéfico para este utente, combinando elementos individualizados com a intervenção grupal. Yalom & Leszcz (2020), sugerem que uma combinação de sessões grupais com sessões individuais de psicoeducação pode ser mais eficaz, já que permite a personalização dos métodos para as necessidades cognitivas e emocionais do utente.

Quanto à avaliação do estigma internalizado, houveram resultados significativos nos utentes F e J, sendo que o *score* da escala diminuiu, e as subescalas que estavam mais afetadas (adesão aos estereótipos e resistência ao estigma) foram influenciadas positivamente. Relativamente aos valores dos *scores* da escala ISMI, os utentes L e A, apresentaram um aumento. No entanto, as subescalas adesão aos estereótipos e resistência ao estigma também foram influenciadas positivamente. A diferença dos *scores* deve-se aos valores assinalados mudarem de “discordo fortemente” para “discordo” (de um para dois), não havendo mudanças significativas e negativas nas diferentes subescalas.

A intervenção apresentou um impacto positivo geral. Lucksted et al. (2017) evidenciam que, ao abordar diretamente o estigma internalizado em intervenções grupais, os utentes podem aprender a desafiar estereótipos e reforçar as suas identidades positivas, o que está em consonância com os resultados observados no estudo. A intervenção foi de encontro à literatura, sendo que permitiu a abordagem

reestruturativa de crenças e atitudes estigmatizantes através de técnicas cognitivas e psicoeducação, e no desenvolvimento de competências de resposta através da promoção de estratégias de *coping* eficazes (Topi & Velenza, 2023).

A personalização do projeto, baseada em avaliações contínuas e cuidadosas, será essencial para maximizar os benefícios terapêuticos em todos os utentes e garantir uma recuperação plena e sustentada. A natureza grupal da intervenção parece ter sido eficaz para a maioria dos participantes. A partilha de experiências e o apoio coletivo podem ter contribuído para o aumento da autoestima e da perceção da autoeficácia, especialmente para os utentes F, J e L. A intervenção, como apresentada, foi de quatro sessões (não contando com a Sessão 0 e sessão final), o que pode não ter sido suficiente para consolidar mudanças duradouras. Um acompanhamento mais prolongado, com reforço de técnicas ao longo do tempo, poderia produzir resultados ainda mais positivos e estáveis, especialmente em termos de autoestima e autoeficácia. Apesar de alguns autores, como Lucksted et al. (2017), considerarem bons resultados em intervenções de grupo de curta duração, mais recentemente, Morgan et al. (2018), sugerem que as intervenções de longa duração têm um efeito mais duradouro e ajudam a fortalecer a autoimagem.

Na sessão cinco foi realizada a atividade de avaliação face aos diagnósticos estabelecidos. Há medida que se ia fazendo o resumo de cada sessão passada, eram realizadas questões que permitissem dar resposta aos diagnósticos. Através de uma linguagem simples, os utentes internalizaram o conhecimento e habilidades essenciais que deram resposta aos objetivos pretendidos, bem como os critérios de resultado.

2.3. Contexto de respostas diferenciadas

O segundo momento do estágio módulo II foi desenvolvido numa Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ET), pertencente a um Centro de Respostas Integradas do Norte de Portugal, entre 21 de outubro e 21 de novembro. O serviço o qual está integrada a ET é constituído por um gabinete de enfermagem, cinco

gabinetes médicos, uma sala-cofre onde se encontram os estupefacientes, e uma casa de banho adaptada à execução de exames toxicológicos na urina. As instalações físicas onde a ET presta cuidados são compartilhadas com o Centro de Saúde. A equipa multidisciplinar é constituída por duas EEESMP, um médico de medicina geral e familiar, um médico psiquiatra, três psicólogos, uma assistente social e três assistentes operacionais. A melhoria da qualidade de cuidados prestados depende da colaboração de toda a equipa multidisciplinar, unida pelo objetivo de responder de forma eficaz às necessidades dos utentes.

O programa terapêutico com agonistas opiáceos desempenha um papel central na atuação das enfermeiras na ET. Este programa tem como objetivo substituir o uso ilícito de opiáceos por um medicamento opióide prescrito, como metadona ou buprenorfina. Dessa forma, procura-se facilitar a redução ou abandono do consumo ilícito e diminuir os riscos e danos associados ao consumo de substâncias de risco.

2.3.1. Avaliação das necessidades no local de estágio em contexto de respostas diferenciadas

Pessoas com dependência em substâncias enfrentam um maior estigma do que aqueles com outras necessidades de CSM. Em vez de serem vistas como vítimas de uma condição, são muitas vezes culpabilizadas pelo seu problema (Mushtaq, 2015). A toxicodependência, assume-se, ainda, atualmente, como uma condição de reprovação (Nieweglowski et al., 2018), muitas vezes associada a atividades criminosas, aumentando as atitudes estigmatizantes para com essa população. As pessoas dependentes de substâncias são assim caracterizadas como culpadas, perigosas e não merecedoras de apoios (Monteiro, 2021). Para além disso, enfrentam desafios para encontrar habitação devido ao estigma social associado, o que impacta negativamente as suas relações sociais e a sua autoestima. O facto de serem sem-abrigo é um acrescento ao estigma social. Desta forma, acabam por acreditar que são moralmente condenáveis, e que, consequentemente, não merecem qualquer tipo de ajuda ou apoio, levando à menor procura de ajuda e ao

isolamento social (Fernandes & Ventura, 2018). Internalizam, assim, o estigma social, levando ao AE.

O AE assume-se como fator concorrente para os sintomas depressivos, a diminuição dos comportamentos de procura de ajuda, desmotivação para procura de emprego e manutenção de relações interpessoais. No caso dos consumidores de drogas ilícitas, por exemplo, os mesmos sentem-se mais confortáveis em adquirir seringas em farmácias do que em serviços públicos, para evitar a exposição. Para além disso, o ato de esconderem a sua dependência, assume-se como uma das consequências do AE. Utilizam, desta forma, a ocultação como forma de fuga ao estigma social (Fernandes & Ventura, 2018).

O estigma social e o AE dificultam, assim, o processo de recuperação, fazendo com que a sobriedade seja uma meta difícil de alcançar. Quanto maior for o AE e a vergonha que dele advém, mais longo se torna o processo de tratamento. Pessoas toxicodependentes, temem o julgamento que pode advir do processo de tratamento e dos profissionais de saúde (Fernandes & Ventura, 2018).

Mesmo entre os profissionais de saúde, existem atitudes estigmatizantes em relação à população com comportamentos aditivos e dependências, o que pode resultar em práticas inadequadas e falta de cuidados. Um estudo constatou que profissionais de saúde culpam as pessoas pela sua dependência, caracterizam-nas como pobres de carácter e fazem julgamento moral perante as mesmas. Estas atitudes estigmatizantes entre diferentes profissionais de saúde podem ser resultantes da falta de compreensão sobre os muitos fatores que contribuem para o vício, e a insuficiência de formação específica em comportamentos aditivos e dependências (Vargas et al., 2021).

O AE é muito influenciado e consequente do estigma proveniente dos profissionais de saúde. Desta forma, intervenções dirigidas a grupos de profissionais com vista à redução de atitudes estigmatizantes, pode ajudar, a diminuir e prevenir o AE. Barrantes et al. (2017), recomendam formações educacionais aos profissionais de saúde, a promoção do *empowerment* dos utentes, e a envolvência dos utentes e família nos programas antiestigma, como medidas para diminuição das atitudes estigmatizantes.

Assim, realizou-se uma atividade diagnóstica a profissionais de saúde através de um questionário aplicado via *microsoft forms*. Foi, assim, realizada uma avaliação *online* sobre o estigma nos profissionais de saúde e o conhecimento perante o AE na população com comportamentos aditivos e dependências.

Como critério de inclusão, assumiu-se: profissionais da área da saúde ou estudantes que tenham motivação em participar. Optou-se por não ter critérios de exclusão.

Atualmente, em Portugal, não existe uma escala padronizada e validada para a população portuguesa que avalie especificamente as atitudes dos profissionais de saúde em relação a pessoas com comportamentos aditivos e/ou dependência. No entanto, diversos estudos têm explorado este tema utilizando metodologias próprias. A escala Opening Minds Scale for Healthcare Providers (Modgill et al., 2014), é uma escala que avalia as atitudes estigmatizantes de profissionais de saúde em relação às PNCSM, sem se restringir a diagnósticos específicos. Esta escala foi adaptada e utilizada no contexto brasileiro para profissionais de saúde que trabalham especificamente com utentes com perturbações do uso de substâncias, havendo a adaptação dos itens da mesma (Leite Ferreira et al., 2022). Assim, tendo por base essa adaptação, foi realizado um questionário que integrou os seguintes domínios: atitudes em relação às pessoas com perturbação do uso de substâncias; preferência por distância social; disposição do profissional para procurar ajuda caso tenha perturbações do uso de substâncias (Modgill et al., 2014). Para além disso, foram acrescentadas questões que avaliassem o conhecimento sobre perturbações aditivas, sobre estigma e AE, visto que a avaliação negativa de diversos profissionais de saúde em relação à dependência pode ser atribuída à ausência de compreensão sobre os fatores variados que são oferecidos para o consumo, além da carência de formação específica na área de toxicodependência (Vargas et al., 2021). O questionário foi realizado através de uma escala de *likert* (Discordo/Concordo), e foi respondido inicialmente por onze pessoas (cinco enfermeiros, um médico, três psicólogos, um assistente social, e uma administrativa de uma unidade pertencente ao Centro de Respostas Integradas. Apresento de seguida, através da Tabela 3, os resultados obtidos:

Tabela 3 - Avaliação inicial em contexto de respostas diferenciadas

Itens	Percentagens de respostas	
	Concordo	Discordo
Atitudes em relação às pessoas com Perturbação do Uso de Substâncias		
A) Sinto-me mais confortável quando ajudo uma pessoa que tem uma doença física do que alguém com perturbação aditiva.	18%	82%
B) Apesar das minhas crenças profissionais, tenho reações negativas em relação a pessoas que têm perturbações aditivas.	9%	91%
C) Ter uma dependência é uma falha de carácter	0%	100%
Disposição do profissional para procurar ajuda caso tenha Perturbações do Uso de Substâncias		
D) Eu me veria como um fracasso se tivesse uma perturbação aditiva.	55%	45%
E) Se eu estivesse em tratamento para uma perturbação aditiva, não divulgaria isso a nenhum dos meus colegas.	45%	55%
Preferência por Distância Social		
F) Há pouco que eu possa fazer para ajudar pessoas com perturbações aditivas.	9%	91%
Conhecimento sobre Perturbações Aditivas		
G) Consumir ou não consumir uma substância psicoativa após algum tempo do começo é um comportamento voluntário.	18%	82%
H) Parar de consumir é só uma questão de vontade.	9%	91%
Conhecimento sobre Estigma e Autoestigma face às pessoas com Perturbações do Uso de Substâncias		
I) Os profissionais de saúde apresentam estigma perante os utentes com perturbações aditivas.	82%	18%
J) O estigma proveniente dos profissionais de saúde é uma barreira à procura de ajuda pelos utentes com perturbações aditivas.	82%	18%
K) As pessoas com perturbações aditivas não apresentam autoestigma.	27%	73%
L) As pessoas com perturbações aditivas não sentem vergonha.	9%	91%
M) O autoestigma leva a sintomas depressivos.	82%	18%
N) A promoção da autoestima é uma das estratégias para reduzir o autoestigma.	82%	18%

Apesar dos resultados não denunciarem a presença de estigma elevado na maioria dos intervenientes podemos detetar alguma atribuição de significado estigmatizante em alguns dos participantes.

Os dados revelam uma aparente contradição, pois, embora a maioria dos participantes reconheçam que o estigma dos profissionais de saúde é uma barreira para a procura de ajuda e que há muito a fazer pelas pessoas com perturbações

aditivas, mais de metade admitiram que se veriam como um fracasso caso tivessem uma perturbação aditiva e que evitariam divulgar a condição aos colegas. Este facto destaca o AE também presente entre os profissionais, que reduz a probabilidade de os mesmos procurarem ajuda ou aderirem ao tratamento (Knaak et al., 2017). Reflete uma atribuição da total responsabilidade do consumo aos utentes com perturbações do uso de substâncias, reforçada por perceções sociais negativas, dificultando a autoaceitação e o diálogo aberto sobre o tema (Kelly et al., 2015; Wakeman et al., 2016). Para além disso, a crença implícita de que quem tem uma perturbação aditiva é muitas vezes visto como menos capaz, perigoso ou imprevisível, e que a adição resulta de uma falta de autocontrolo pode reforçar uma postura de distanciamento e julgamento, dificultando a empatia e a implementação de abordagens centradas na pessoa (Krupa et al., 2009; Livingston et al., 2012). Essa visão dicotómica, na qual os profissionais se percebem como pertencentes a um grupo distinto dos utentes, não podendo eles próprios apresentarem uma perturbação aditiva, contribui para a perpetuação do estigma estrutural dentro dos serviços de saúde (Van Boekel et al., 2013).

Concluimos, desta forma, que apesar de um conhecimento teórico sobre o impacto do estigma e do AE nas perturbações aditivas, o estigma internalizado ainda persiste entre os próprios profissionais. A visão negativa sobre a adição pode ser enraizada em implicações culturais e institucionais, dificultando a aplicação prática de abordagens mais empáticas. A atividade diagnóstica, está de acordo com a literatura, que destaca que os profissionais de saúde têm muita dificuldade em admitir ou procurar ajuda para os seus próprios problemas de saúde mental, mesmo que não apresentem tantas atitudes negativas ou distanciamento perante os utentes com perturbações aditivas (Modgill et al., 2014).

Posto isto, a ação de sensibilização ajudará a mitigar o impacto negativo do estigma estrutural e AE dos profissionais de saúde, promovendo um espaço seguro para a discussão e partilha de experiências entre os profissionais, podendo ajudar a desconstruir preconceitos e contribuir para uma mudança significativa na forma como os próprios profissionais percebem a condição e como interagem com os utentes. Referências como Corrigan et al. (2009), Vargas et al. (2021), e Vogel et al.

(2013), corroboram a importância dessas intervenções para transformar práticas clínicas e melhorar os resultados da saúde pública.

2.3.2. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado, da intervenção em contexto de respostas diferenciadas

Apesar do domínio “disposição do profissional para procurar ajuda caso tenha perturbações do uso de substâncias”, ter sido o mais impactante ao nível da atividade diagnóstica, os outros também evidenciam áreas críticas que precisam de atenção.

Assim, face à atividade diagnóstica anterior, optou-se por realizar uma intervenção com dois objetivos principais: promover a consciencialização dos profissionais de saúde sobre o estigma estrutural, sensibilizando para o impacto do mesmo na qualidade dos cuidados, bem como na procura de ajuda e na adesão ao tratamento tanto por parte dos utentes como dos próprios profissionais, e promover conhecimento sobre prevenção e atuação no AE nas pessoas com perturbação do uso de substâncias.

Como objetivos específicos: promover [a reflexão] sobre as atitudes dos profissionais de saúde [perante a população com perturbações do uso de substâncias]; promover [a reflexão e desconstrução de estereótipos face às perturbações do uso de substâncias]; aumentar conhecimento sobre a [perturbação do uso de substâncias]; aumentar o conhecimento sobre a [influência] do estigma e [A]E nos clientes [com perturbações do uso de substâncias]; aumentar o conhecimento sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem [especializadas] no [A]E dos clientes [com perturbações do uso de substâncias].

Os objetivos anteriormente descritos pretendem dar resposta aos seguintes diagnósticos comuns: potencialidade para melhorar consciencialização dos profissionais de saúde sobre estigma [estrutural]; potencialidade para melhorar conhecimento dos profissionais de saúde sobre [A]E; potencialidade para melhorar conhecimento sobre a doença [perturbação do uso de substâncias].

Como critérios de resultado: que os profissionais de saúde melhorem o conhecimento sobre estigma e [A]E face aos clientes com [perturbação do uso de substâncias]; [reflitam] sobre o [A]E dos profissionais de saúde; melhorem o conhecimento sobre a [perturbação do uso de substâncias]; alterem [estereótipos face às pessoas com perturbação do uso de substâncias]; [reflitam] sobre as atitudes [em relação às pessoas com perturbação do uso de substâncias]; melhorem o conhecimento sobre intervenções de enfermagem face ao [A]E.

2.3.3. Operacionalização do projeto no estágio em contexto de respostas diferenciadas

Face à revisão da literatura já anteriormente descrita, considerou-se tão importante a intervenção no AE nas pessoas com perturbações aditivas, como na diminuição das atitudes estigmatizantes pelos profissionais. Desta forma, desenvolveu-se a implementação de uma ação de sensibilização que visou a consciencialização do estigma estrutural perante a população com comportamentos aditivos, e na promoção do conhecimento sobre prevenção e atuação no AE. O planeamento da mesma está apresentado no Anexo V. O público-alvo foi, desta forma, profissionais ou estudantes da área da saúde.

A ação de sensibilização realizou-se no auditório da área de residência pertencente à ET. A divulgação foi realizada via *online* e através de cartazes e panfletos, que estão evidenciados no Anexo VI, e a inscrição foi realizada via *online* através do *microsoft forms*.

Para tal, foram utilizados dois recursos-chave: a plataforma Mentimeter e uma apresentação desenvolvida no canva. Nos Anexos VII e VIII estão as apresentações realizadas nas respetivas plataformas. O Mentimeter foi escolhido como ferramenta principal para promover a interação dos participantes devido à sua capacidade de facilitar sondagens em tempo real, recolher opiniões anonimamente e exibir os resultados de forma visualmente atraente. O uso de tecnologias interativas apresenta-se como uma estratégia de envolvimento dos participantes e promoção da reflexão crítica (Böckler et al., 2021). O uso desta plataforma permitiu aos participantes expressarem as suas opiniões de forma anónima, essencial em

temáticas sensíveis como o estigma associado à dependência (Corrigan et al., 2014). As perguntas interativas, incentivaram a participação ativa e geraram dados em tempo real, promovendo uma reflexão conjunta durante a ação (Berger et al., 2020). Para além disso, a exibição instantânea dos resultados permitiu identificar percepções e lacunas no conhecimento dos participantes, bem como a existência de estereótipos e preconceitos enraizados, facilitando ajustes dinâmicos na apresentação e discussão.

A apresentação visou, então, transmitir conhecimento aos profissionais de saúde sobre as perturbações do uso de substâncias, bem como consciencializá-los para o impacto do estigma estrutural no AE dos utentes.

Durante a sessão, ficou evidente que pequenas mudanças na forma de comunicar e interagir podem influenciar profundamente a experiência dos utentes. A escolha de palavras mais inclusivas, a empatia no discurso e a sensibilização para o impacto do estigma foram reforçadas como pontos de partida essenciais para promover mudanças efetivas no ambiente clínico e na prática profissional.

Assim, a promoção da reflexão foi um dos pontos centrais desta ação. Durante o debate, muitos participantes partilharam experiências pessoais e exemplos da prática clínica, enriquecendo a discussão e ampliando a compreensão coletiva sobre como as atitudes individuais podem contribuir para reforçar ou mitigar o estigma estrutural.

2.3.4. Interpretação dos resultados da intervenção em contexto de respostas diferenciadas

A avaliação dos resultados foi realizada após a sessão, do mesmo modo que foi realizada a avaliação inicial. Foram obtidas, somente, seis respostas após a ação de sensibilização. Optou-se, na interpretação dos dados, comparar os resultados obtidos pelos participantes que responderam ao primeiro e último questionário. Foi utilizada codificação que permitiu identificar os respondentes. Assim, a Tabela 4 diz respeito à avaliação inicial do grupo de seis participantes respondentes, e a Tabela 5 à avaliação final desse mesmo grupo.

Tabela 4 - Avaliação inicial de seis participantes em contexto de respostas diferenciadas

Itens	Percentagens de respostas	
	Concordo	Discordo
Atitudes em relação às pessoas com Perturbação do Uso de Substâncias		
A) Sinto-me mais confortável quando ajudo uma pessoa que tem uma doença física do que alguém com perturbação aditiva.	17%	83%
B) Apesar das minhas crenças profissionais, tenho reações negativas em relação a pessoas que têm perturbações aditivas.	0%	100%
C) Ter uma dependência é uma falha de carácter	0%	100%
Disposição do profissional para procurar ajuda caso tenha Perturbações do Uso de Substâncias		
D) Eu me veria como um fracasso se tivesse uma perturbação aditiva.	50%	50%
E) Se eu estivesse em tratamento para uma perturbação aditiva, não divulgaria isso a nenhum dos meus colegas.	50%	50%
Preferência por Distância Social		
F) Há pouco que eu possa fazer para ajudar pessoas com perturbações aditivas.	17%	83%
Conhecimento sobre Perturbações Aditivas		
G) Consumir ou não consumir uma substância psicoativa após algum tempo do começo é um comportamento voluntário.	0%	100%
H) Parar de consumir é só uma questão de vontade.	0%	100%
Conhecimento sobre Estigma e Autoestigma face às pessoas com Perturbações do Uso de Substâncias		
I) Os profissionais de saúde apresentam estigma perante os utentes com perturbações aditivas.	100%	0%
J) O estigma proveniente dos profissionais de saúde é uma barreira à procura de ajuda pelos utentes com perturbações aditivas.	100%	0%
K) As pessoas com perturbações aditivas não apresentam autoestigma.	33%	67%
L) As pessoas com perturbações aditivas não sentem vergonha.	17%	83%
M) O autoestigma leva a sintomas depressivos.	83%	17%
N) A promoção da autoestima é uma das estratégias para reduzir o autoestigma.	83%	17%

Tabela 5 - Avaliação final em contexto de respostas diferenciadas

Itens	Percentagens de respostas	
	Concordo	Discordo
Atitudes em relação às pessoas com Perturbação do Uso de Substâncias		
A) Sinto-me mais confortável quando ajudo uma pessoa que tem uma doença física do que alguém com perturbação aditiva.	0%	100%
B) Apesar das minhas crenças profissionais, tenho reações negativas em relação a pessoas que têm perturbações aditivas.	0%	100%
C) Ter uma dependência é uma falha de carácter	0%	100%
Disposição do profissional para procurar ajuda caso tenha Perturbações do Uso de Substâncias		
D) Eu me veria como um fracasso se tivesse uma perturbação aditiva.	33%	67%
E) Se eu estivesse em tratamento para uma perturbação aditiva, não divulgaria isso a nenhum dos meus colegas.	83%	17%
Preferência por Distância Social		
F) Há pouco que eu possa fazer para ajudar pessoas com perturbações aditivas.	100%	0%
Conhecimento sobre Perturbações Aditivas		
G) Consumir ou não consumir uma substância psicoativa após algum tempo do começo é um comportamento voluntário.	0%	100%
H) Parar de consumir é só uma questão de vontade.	0%	100%
Conhecimento sobre Estigma e Autoestigma face às pessoas com Perturbações do Uso de Substâncias		
I) Os profissionais de saúde apresentam estigma perante os utentes com perturbações aditivas.	83%	17%
J) O estigma proveniente dos profissionais de saúde é uma barreira à procura de ajuda pelos utentes com perturbações aditivas.	100%	0%
K) As pessoas com perturbações aditivas não apresentam autoestigma.	0%	100%
L) As pessoas com perturbações aditivas não sentem vergonha.	0%	100%
M) O autoestigma leva a sintomas depressivos.	100%	0%
N) A promoção da autoestima é uma das estratégias para reduzir o autoestigma.	100%	0%

Na avaliação inicial, 17% concordaram que se sentiam mais confortáveis em ajudar pessoas com doenças físicas do que com perturbação do uso de substâncias. Após a intervenção, todos os participantes discordaram dessa afirmação. Este resultado pode ter sido influenciado pela abordagem informativa e reflexiva da intervenção,

visto que ações educativas podem aumentar a empatia e reduzir preconceitos (Corrigan et al., 2012). Para além disso, o facto de todos os profissionais trabalharem com pessoas com perturbações do uso de substâncias, pode ter ajudado na influência do resultado, pois como afirmam Nyblade et al., (2019) o contacto prático em contextos profissionais é uma forma eficaz de reduzir o desconforto e o estigma.

Dos participantes iniciais, 50% afirmaram que se veriam como um caso de fracasso se tivessem perturbação do uso de substâncias. Após a intervenção, esse valor desceu para 33%, refletindo uma redução ao nível do AE associado à condição. Contudo, 83% dos profissionais, após a intervenção, ainda relutariam em partilhar o seu diagnóstico com os colegas. A relutância em divulgar diagnósticos pessoais pode refletir uma cultura profissional que desvaloriza a vulnerabilidade, criando barreiras para que os próprios profissionais procurem ajuda. Segundo Henderson et al. (2013), o medo do julgamento dos pares é um dos principais fatores que impedem os profissionais de saúde de procurar tratamento para doenças mentais, incluindo perturbações aditivas. Livingston et al. (2012), sugerem que a redução do AE em profissionais de saúde requer intervenções institucionais, incluindo políticas que promovam apoio entre colegas e a normalização de cuidados com a saúde mental no ambiente de trabalho. A promoção de espaços seguros para discussão e apoio mútuo é essencial para superar essa barreira.

Antes da intervenção, 17% dos profissionais acreditavam que havia pouco a fazer para ajudar pessoas com perturbações do uso de substâncias. No final, 100% discordaram dessa afirmação. A maior autoconfiança provavelmente resultou da aquisição de conhecimentos e da desconstrução de estereótipos durante a intervenção, visto que intervenções educacionais com práticas reflexivas melhoram a perceção da autoeficácia dos profissionais, capacitando-os a fornecer um atendimento mais eficaz e humano (Nyblade et al., 2019).

Apesar da redução no reconhecimento do impacto do estigma, o percentual permanece elevado, indicando que os profissionais reconhecem a sua responsabilidade, mas ainda enfrentam dificuldades na implementação de práticas que minimizem essas barreiras. Ahad et al. (2023), destacam que o estigma entre

profissionais de saúde muitas vezes é sustentado por aspetos culturais enraizados e falta de prática específica.

Para além dos resultados explanados, o *feedback* descrito após a intervenção foi positivo. Os profissionais referenciaram a importância da intervenção e do tema: “Apresentação muito positiva” (sic); “É essencial falar sobre o estigma para acabar com o estigma” (sic); “Muito interessante” (sic); “Constituiu um momento de reflexão muito oportuno” (sic); “Temática relevante e muito pertinente, cheia de criatividade e interativa”; “Abordado um assunto complexo e pertinente sobre o qual é importante refletir” (sic). Ainda, deram a sugestão de alargar a intervenção às famílias de utentes com perturbação do uso de substâncias e identificaram como limitação, o grupo limitado de profissionais que participaram.

Efetivamente, a maior limitação da ação de sensibilização foi a composição exclusiva dos participantes por profissionais de saúde que já trabalham com indivíduos com perturbações do uso de substâncias. Embora essa característica tenha proporcionado uma base de experiência prática para o debate, ela também restringiu a aplicabilidade dos resultados a um grupo específico, possivelmente enviesado por uma maior exposição prévia ao tema. Segundo Corrigan et al. (2014), profissionais com maior contacto com populações estigmatizadas tendem a exibir atitudes menos preconceituosas, o que pode ter levado a uma sub-representação de visões mais estigmatizantes.

Ademais, Vargas et al. (2021), destacam que o conhecimento prévio sobre perturbações aditivas pode limitar a identificação de lacunas profundas na compreensão do tema entre os participantes, uma vez que esses profissionais já possuem um nível básico de sensibilização. Isso pode implicar uma percepção inflacionada sobre o impacto da ação de sensibilização, dado que o público já possuía um interesse e experiência anteriores na área.

A ausência de participantes de outros contextos profissionais ou com menor experiência em perturbações aditivas restringe a generalização dos resultados. Intervenções futuras poderiam incluir uma amostra mais diversificada, abrangendo tanto profissionais sem contacto prévio com este grupo populacional quanto outros

já experientes, para compreender melhor os desafios e barreiras enfrentados nos diferentes níveis de interação (Knaak et al., 2017).

2.4. Contexto da comunidade

O terceiro momento do estágio módulo II foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), entre 25 de novembro a 10 de janeiro. A UCC pertence a uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal, e consiste numa unidade funcional que presta cuidados de saúde individuais, familiares e em grupo, no domicílio, comunidade ou unidade. No que diz respeito à área de abrangência desta UCC, verifica-se que a grande camada populacional se encontra entre os 30 e 59 anos, sendo mais representativa do género feminino. Trata-se de uma população envelhecida, havendo uma diminuição da natalidade e aumento da esperança média de vida. É uma unidade organizada em duas principais áreas, uma específica da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e outra com diferentes projetos inserida na carteira de serviços (rede social, saúde escolar, saúde mental, saúde infantil e pediátrica, saúde do idoso, capacitação e estatuto do cuidador e saúde da mulher). Dos 12 enfermeiros que incorporam esta UCC, uma é EEESMP. A mesma integra o projeto de saúde mental, os projetos de capacitação e estatuto do cuidador, e colabora com os restantes especialistas na prevenção da violência em adultos e no núcleo de apoio às crianças e jovens em risco. Atualmente, é implementado, nesta UCC, um programa de intervenção que integra a saúde comunitária e mental, onde o foco é trabalhar o cuidador informal, a saúde do idoso e a saúde mental em síncrono. No que diz respeito ao cuidador informal, pretende-se a capacitação deste para o exercício do papel; quanto à saúde do idoso, pretende-se intervir em situações de risco e vulnerabilidade, bem como na promoção da educação em saúde; no que toca à saúde mental, as intervenções visam promover o bem-estar mental dos indivíduos em risco ou que sofram de alterações ao nível da saúde mental e psiquiátrica.

2.4.1. Avaliação das necessidades no local de estágio em contexto da comunidade

O estigma social perante as PNCSM afeta não só a pessoa estigmatizada, mas também aqueles ao seu redor (Mascayano, 2015). O estigma é comum entre familiares cuidadores (FC) de pessoas com perturbação neurocognitiva (Bahar & Bigdeli, 2020) sendo que quanto maior o nível de estigma do FC, maior será o nível de sobrecarga (Kahn et al., 2016; Su & Chang, 2020). Foi constatado que o FC de pessoas com doença mental apresenta AE (Bassirnia et al., 2015), e que este influencia negativamente a qualidade de vida, a autoestima, autoeficácia (Wong et al., 2018) e a capacidade para cuidar (Dockery et al., 2015). Ainda, o estigma internalizado do cuidador está intimamente correlacionado com altos níveis de ansiedade e depressão, baixos níveis de saúde física, controlo pessoal e apoio social (Mascayano, 2015).

Sintomas que são comuns na perturbação neurocognitiva, como agitação, incontinência urinária, desorganização e desinibição comportamental, fazem com que os FC se sintam desconfortáveis perante as outras pessoas. Os mesmos sentem-se envergonhados, optando por tomarem decisões que visem a evitação da exposição social. Para além da evitação, os FC, apresentam, comumente, a ocultação do diagnóstico como estratégia para lidar com o estigma social (Hasan & Musleh, 2017; Krupchanka et al., 2016).

A emoção expressa, que consiste em atitudes e comportamentos críticos e excessivamente envolvidos de um cuidador em relação a uma pessoa com doença mental, também é um fenómeno recorrente no cuidado a utentes com demência, quando o FC percebe o estigma que a doença acarreta. Desta forma, os FC apresentam mais críticas e são mais intrusivos, com o objetivo de controlar os comportamentos e atitudes da pessoa cuidada, considerados embaraçosos pela sociedade (Weisman de Mamani et al., 2017).

Posto isto, a realização de programas dirigidos aos FC, que visem o aumento da autoestima e diminuição da sobrecarga, permite diminuir o grau de estigma. Programas de literacia em saúde mental são aconselhados (Chang et al., 2017), sendo que a utilização de uma abordagem mista incluindo psicoeducação e

desenvolvimento de habilidades sociais como estratégias de *coping* dos cuidadores apresentou resultados positivos tanto na prestação de cuidados como na qualidade de vida dos FC (Monnapula-Mazabane et al., 2021). Torna-se, assim, pertinente, a atuação no estigma nos FC, promovendo uma melhor qualidade de vida e maior eficácia no cuidado das pessoas com perturbação neurocognitiva.

Desta forma, para realização da atividade diagnóstica aos FC foi utilizada o IEC, RSES e GSE, e ainda algumas questões específicas do estigma numa entrevista semiestruturada, baseadas no estudo de Shamsaei et al. (2018).

A análise dos resultados do IEC foi realizada em percentagem, através da soma dos valores dos itens de cada participante em cada subdomínio, dividindo pelo *score* máximo permitido e multiplicando por 100. Depois, foi realizada a média dos cinco participantes pela soma das médias individuais a dividir pelo número de clientes. Como não existe ponto de corte, quanto maior a percentagem, maior o impacto (negativo ou positivo) na experiência de cuidar. Assim, na Tabela 6, é apresentada a avaliação inicial correspondente às escalas em contexto da comunidade.

Tabela 6 - Avaliação inicial correspondente às escalas em contexto da comunidade

Subdomínio IEC	Média em percentagem do impacto da experiência de cuidar dos participantes
Dependência (avalia o impacto do grau de dependência da pessoa cuidada em relação ao cuidador, incluindo necessidade de apoio para atividades diárias e supervisão contínua)	66,00 %
Comportamentos difíceis (avalia o impacto de comportamentos desafiadores, como agressividade, recusa de tratamento ou alterações de humor)	35,71 %
Estigma (avalia as perceções de discriminação e vergonha social associadas ao cuidar de uma pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental)	31,00 %
Problemas com serviços (avalia as dificuldades enfrentadas no acesso e na qualidade dos serviços de saúde e apoio disponíveis)	30,71 %
Efeitos na família (avalia o impacto da doença na dinâmica familiar, incluindo <i>stress</i> , conflitos e alterações no funcionamento familiar)	26,88%
Necessidade de suporte (avalia a perceção do cuidador sobre a necessidade de apoio emocional, financeiro e prático para lidar com a sua função)	22,50%

Perda (avalia o sentimento de perda associado à mudança no papel da pessoa cuidada, incluindo perda da relação anterior e do futuro esperado)		22,14 %
Sintomas negativos (avalia o impacto dos sintomas negativos da doença, como apatia, isolamento, no bem-estar do cuidador e na interação com a pessoa cuidada)		30,00 %
Experiências positivas (identifica os aspetos recompensadores e associados ao ato de cuidar)		78.17%
Aspetos bons na relação (avalia como o cuidado influencia a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada)		65.00%
Participante	Score GSE	Score RSES
1	32	24
2	40	18
3	39	26
4	34	26
5	30	28

IEC – Avalia a experiência de cuidar, inventário em validação para a população portuguesa pelo Laboratório de Reabilitação Psicossocial da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto (2020), do original de Szmukler et al. (1996). RSES – Avalia a autoestima, escala validada para a população portuguesa por Pechorro e Maroco (2011) adaptada da original de Rosenberg (1965); GSE – Avalia a percepção da autoeficácia, escala validada para a população portuguesa por Araújo e Moura (2011), da original de Schwarzer e Jerusalem (1995).

Constata-se deste modo, que os subdomínios que mais influenciam negativamente o grupo de cuidadores é a dependência, o estigma, seguido de comportamentos difíceis. Estes valores, parecem ser concordantes com a literatura. Os comportamentos difíceis, como agitação, agressividade e atitudes inadequadas, estão entre os fatores mais desafiadores no cuidado de pessoas com perturbação neurocognitiva. Eles aumentam, não só, a carga emocional do cuidador, mas também dificultam o controlo diário da condição, causando desgaste físico e psicológico significativo (Weisman de Mamani et al., 2018). A dependência, especialmente em relação às demandas contínuas do cuidado, muitas vezes resulta na perda de tempo para atividades pessoais dos cuidadores. Tawfik et al. (2021), evidenciaram que técnicas de organização de tempo e priorização aprimoradas em intervenções psicoeducacionais diminuíram significativamente a sobrecarga percebida. Para além disso, a carga do cuidar pode reduzir a capacidade dos cuidadores de se cuidarem, o que, por sua vez, pode afetar a sua saúde mental e física. Assim, a necessidade de apoio adequado para os cuidadores é importante,

através de intervenções que promovam a autoeficácia e a autoestima (Lamont et al., 2019). A ligação entre o estigma e uma maior carga emocional é particularmente relevante em contextos onde os cuidadores enfrentam comportamentos difíceis e sintomas que geram constrangimento, aumentando a percepção de estigma social. O estigma percebido pelos cuidadores de pessoas com demência está fortemente associado à sobrecarga emocional (Buckwalter, 2014). Um estudo identificou que cuidadores que percebem maior estigma tendem a adotar atitudes mais críticas e intrusivas em relação aos seus familiares, o que pode prejudicar a qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada. O estigma é um mediador importante entre comportamentos difíceis e o desgaste psicológico do cuidador (Weisman de Mamani et al., 2018). Denota-se, deste modo, uma relação entre os principais domínios identificados mais afetados.

Relativamente à autoeficácia e autoestima, não se apresentam comprometidos, porém a redução da carga emocional, o aumento de conhecimento sobre gestão de comportamentos difíceis e a promoção do autocuidado podem melhorar a autoestima e a autoeficácia dos cuidadores, contribuindo para o seu bem-estar geral (Lopes & Cachioni, 2012).

Relativamente à avaliação inicial correspondente ao questionário de avaliação do estigma os resultados são apresentados em percentagem, na Tabela 7:

Tabela 7 - Avaliação inicial correspondente ao questionário de avaliação do estigma dos familiares cuidadores em contexto da comunidade

Questionário de avaliação do estigma dos Familiares Cuidadores (baseado em Shamsaei et al., (2018))		
Itens	SIM	NÃO
Percepção Social do Estigma (questões que avaliam como os cuidadores sentem que a sociedade os vê, a eles e aos seus familiares)		
Sente que as pessoas o evitam por causa da doença mental do seu familiar?	80%	20%
Sente que a sociedade tende a rotular as famílias de pessoas com demência de forma negativa?	100%	0%
Já experienciou situações em que evitou falar sobre a condição do seu familiar devido ao medo de ser julgado ou discriminado?	100%	0%
Impacto Emocional do Estigma (questões que avaliam emoções negativas dos familiares cuidadores devido ao estigma)		

Já se sentiu desconfortável ou envergonhado ao acompanhar o seu familiar em público devido ao comportamento associado à demência?	100%	0%
Sente-se desanimado ou triste quando percebe o preconceito ou falta de compreensão por parte de outros?	100%	0%
Impacto na Vida Pessoal (perguntas sobre o impacto do estigma na vida do cuidador)		
Já se sentiu isolado ou excluído socialmente por causa do estigma associado à demência?	100%	0%
Impacto no Suporte Social (perguntas sobre a percepção de apoio da comunidade e rede de suporte)		
Sentiu que as suas preocupações já foram desvalorizadas ou ignoradas por profissionais de saúde devido ao estigma?	100%	0%
Considera que há recursos e apoio suficientes para educar a sociedade sobre a demência e reduzir o estigma associado?	20%	80%
Consciencialização sobre sinais ou sintomas estigmatizantes (questões que avaliam a percepção do estigma por parte dos familiares cuidadores)		
Sente que, às vezes, é mais crítico perante o seu familiar?	100%	0%
Sente que apresentou alguma atitude estigmatizante enquanto a prestação de cuidados?	0%	100%

Os dados do questionário reforçam que existe consciencialização dos FC sobre o estigma social associado à doença mental, e que o mesmo apresenta um impacto negativo ao nível da qualidade de vida dos mesmos. No entanto, apesar de referirem vergonha, evitação em falarem sobre o diagnóstico e alguma crítica enquanto a prestação de cuidados, os mesmos referem não ter atitudes estigmatizantes, o que evidencia a falta de consciencialização sobre o próprio estigma. A falta de consciencialização sobre o estigma pode comprometer a qualidade do cuidado oferecido e impactar os níveis de saúde física e mental dos próprios cuidadores, assim, iniciativas persistentes para reduzir o estigma entre esses cuidadores são fundamentais e indispensáveis (Bahrami & Khalifi, 2022).

2.4.2. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado, da intervenção em contexto da comunidade

Face à atividade diagnóstica optou-se por se estabelecer prioridades no âmbito dos seguintes diagnósticos comuns: estigma do FC; potencialidade para melhorar consciencialização sobre estigma do FC; potencialidade para melhorar conhecimento do FC sobre problema comportamental; potencialidade para melhorar

capacidade do FC para gerir problema comportamental; potencialidade para melhorar autoestima do FC; potencialidade para melhorar a autoeficácia do FC.

Os Objetivos que dão resposta aos diagnósticos são: diminuir estigma do FC; diminuir emoção [expressa] do FC; promover [a reflexão e clarificação sobre estereótipos]; promover consciencialização sobre o estigma do FC; promover conhecimento do FC sobre estratégias de gestão comportamental; promover capacidade do FC para gerir problema comportamental; promover o desenvolvimento de estratégias promotoras da autoestima do FC; promover o desenvolvimento de estratégias promotoras da autoeficácia do FC.

Como critérios de resultado: que o FC reconheça [as próprias] atitudes [estigmatizantes]; reconheça a [influência] do estigma na prestação de cuidados; identifique as estratégias [mais eficazes] para gerir os comportamentos difíceis; identifique estratégias para [fortalecer] a autoestima; identifique estratégias para [fortalecer] a autoeficácia; demonstre maior confiança na sua capacidade de gerir [desafios] no cuidado; reconheça a [importância] da autoestima e autoeficácia na prestação de cuidados.

2.4.3. Operacionalização da intervenção em contexto da comunidade

Face ao anteriormente descrito, foi planeado um projeto utilizando a modalidade psicoeducativa e comportamental. O planeamento das sessões, encontra-se no Anexo IX. A psicoeducação visa o aumento da consciencialização sobre o estigma, bem como as suas implicações no cuidar, enquanto o desenvolvimento de habilidades através do *role-playing*, permitem aos FC lidarem melhor com os desafios do cuidado, aumentando a autoeficácia (Monnapula-Mazabane et al., 2021).

O número e duração das sessões seguiram as indicações da OE (2023). Os critérios de inclusão escolhidos cingiram-se em: FC com disponibilidade e motivação; FC de utentes com perturbação neurocognitiva; FC que saibam ler e escrever. Não foram escolhidos critérios de exclusão. Face aos critérios de inclusão escolhidos, somente cinco participantes apresentaram critérios favoráveis à integração no grupo de

intervenção, pois os restantes não tinham disponibilidade para frequentarem todas as sessões pretendidas.

A sessão 0 foi realizada de modo individual, com recurso aos instrumentos de avaliação e ao questionário de avaliação do estigma já mencionados.

A 1.^a sessão abordou a temática do estigma no contexto do cuidador informal. Foi apresentada uma visão geral do papel do cuidador, enfatizando a sua responsabilidade na melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada. Discutiram-se as tarefas diárias inerentes ao papel do cuidador, incluindo higiene, alimentação e gestão da medicação. Seguidamente, foi introduzido o conceito de estigma, englobando os seus três componentes principais: estereótipos, preconceitos e discriminação (Corrigan & Watson, 2002). Explorou-se como o estigma pode ser internalizado pelos cuidadores, levando a pensamentos autodepreciativos, vergonha e isolamento social (Mascayano et al., 2015). Para promover a reflexão, foram discutidos e reconstruídos itens da subescala de estigma do IEC, incluindo a dificuldade em partilhar a condição da pessoa cuidada com terceiros, a experiência de evitar visitas devido ao estigma e a vergonha que advém dos comportamentos difíceis.

Esta discussão facilitou a tomada de consciência sobre como o estigma internalizado pelos FC pode interferir na qualidade do cuidado prestado, contribuindo para comportamentos de evitamento, isolamento ou mesmo ocultamento da condição do familiar. Os participantes reconheceram que estas reações não eram exclusivas da sua experiência individual, mas sim reflexos de um estigma social generalizado em relação à perturbação neurocognitiva. A sessão encerrou com a audição da música "Melhor de Mim", cuja mensagem positiva promoveu um momento de reflexão e esperança. A utilização da música enquanto estratégia terapêutica tem sido destacada como facilitadora da conexão emocional e do apoio entre pares (Groarke et al., 2022). O material em *powerpoint* utilizado nesta sessão está demonstrado no Anexo X, servindo como exemplo das sessões apresentadas.

A 2.^a sessão teve como tema “gestão dos comportamentos difíceis”. Nesta sessão, foram discutidos os sintomas comportamentais e psiquiátricos associados à demência, enfatizando a importância de compreender que esses comportamentos são resultado da doença e não ações intencionais da pessoa cuidada, para que a

emoção expressa fosse diminuída. Foi destacado que até 60% das pessoas com demência podem apresentar sintomas comportamentais (Nóbrega et al., 2022), e apresentadas estratégias para lidar com algumas manifestações, incluindo: comportamentos desinibitórios; agitação; irritabilidade; perturbações do sono; delírios e alucinações. A participação dos cuidadores foi bastante ativa ao longo da sessão, com partilhas enriquecedoras sobre as suas experiências. Para além de absorverem as estratégias sugeridas, partilharam dicas pessoais que funcionam com as suas pessoas cuidadas. Essas trocas permitiram validar a eficácia de diferentes abordagens e fortalecer o sentimento de partilha entre os participantes.

O exercício final da sessão, baseado em casos práticos, através de *role-playing*, ajudou os cuidadores a explorar formas de resposta adequadas e estratégias para lidar com desafios comportamentais. Esta abordagem tem demonstrado ser eficaz na melhoria da confiança e da preparação dos cuidadores (Gilhooly et al., 2016). Foi fornecido um livro de bolso elaborado com as informações fornecidas na sessão, demonstrado no Anexo XI.

A 3.^a sessão teve como tema “Autocuidado, Autoestima e Autoeficácia”. Nesta sessão, foi enfatizada a importância do autocuidado, da autoeficácia e da autoestima para os cuidadores, destacando como esses fatores influenciam diretamente a qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada. Foi destacado como a função de cuidador envolve grandes responsabilidades, podendo gerar impactos físicos, emocionais e sociais. Os participantes refletiram sobre estratégias para promover o autocuidado, autoestima e autoeficácia. A sessão contou com grande participação dos cuidadores, que partilharam experiências e estratégias que adotam no dia a dia para cuidar de si mesmos enquanto desempenham as suas funções. Foram discutidas práticas que ajudam a reduzir o cansaço e aumentar o bem-estar, promovendo um ambiente mais saudável para o cuidador e para a pessoa cuidada. O encerramento incluiu uma mensagem motivacional, reforçando o papel fundamental dos cuidadores e incentivando a continuidade do autocuidado como elemento essencial da sua jornada.

A 4.^a sessão permitiu a avaliação dos resultados através dos instrumentos da avaliação utilizados na Sessão 0.

2.4.4. Interpretação dos resultados da intervenção em contexto da comunidade

A avaliação dos resultados foi realizada após a sessão, da mesma maneira que foi realizada a avaliação inicial. Na Tabela 8 encontra-se a avaliação final correspondente às escalas IEC, GSE, RSES.

Tabela 8 - Avaliação final correspondente às escalas em contexto da comunidade

Subdomínio IEC		Média em percentagem do impacto da experiência de cuidar dos participantes
Dependência		63,00 %
Comportamentos difíceis		26,43 %
Estigma		17,00 %
Problemas com serviços		15,80 %
Efeitos na família		25,63%
Necessidade de suporte		20,00%
Perda		20,71 %
Sintomas negativos		24,17 %
Experiências positivas		87.06%
Aspetos bons na relação		76.67%
Participante	Score GSE	Score RSES
1	38	24
2	40	18
3	40	26
4	39	28
5	34	27

IEC – Avalia a experiência de cuidar, inventário em validação para a população portuguesa pelo Laboratório de Reabilitação Psicossocial da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto (2020), do original de Szmukler et al. (1996). RSES – Avalia a autoestima, escala validada para a população portuguesa por Pechorro e Maroco (2011) adaptada da original de Rosenberg (1965); GSE – Avalia a perceção da autoeficácia, escala validada para a população portuguesa por Araújo e Moura (2011), da original de Schwarzer e Jerusalem (1995).

Relativamente ao questionário, houve somente alteração da percentagem ao nível dos itens demonstrados na Tabela 9:

Tabela 9 - Avaliação final correspondente aos itens alterados no questionário de avaliação do estigma dos familiares cuidadores em contexto da comunidade

Itens	SIM	NÃO
Impacto no suporte social		
Considera que há recursos e apoio suficientes para educar a sociedade sobre a demência e reduzir o estigma associado?	50%	50%
Consciencialização sobre sinais ou sintomas estigmatizantes		
Sente que apresentou alguma atitude estigmatizantes enquanto a prestação de cuidados?	100%	0%

Os dados sugerem melhorias substanciais em relação ao estigma, aos comportamentos difíceis e aos problemas com serviços de apoio. Apesar deste último subdomínio não ter sido alvo de intervenção, a sua mudança pode ter ocorrido no facto dos FC apresentarem maior proximidade com a equipa de enfermagem. O que também é evidenciado nas respostas dadas no questionário, onde houve aumento da perceção do apoio da comunidade. Isto pode ter ocorrido pois, uma intervenção psicoeducacional não visa, somente, o fornecimento de informação, mas também dar apoio e suporte aos FC (Lemes & Ondere, 2017).

O estigma, que inicialmente apresentava uma média de 31%, reduziu-se para 17% após a intervenção. Essa mudança é consistente com a literatura que sugere que intervenções psicoeducacionais podem ser eficazes na redução da vergonha e da discriminação associadas ao cuidado de pessoas com demência (Monnapula-Mazabane, 2021). No entanto, é importante considerar se esta alteração reflete uma mudança objetiva na experiência de cuidar ao longo do tempo, pois, Ngoc et al. (2016), identificaram que são as intervenções de acompanhamento prolongado que podem apresentar efeitos duradouros na aceitação social dos utentes e na redução do estigma sentido pelos cuidadores.

Os comportamentos difíceis, que anteriormente impactavam 35,71%, diminuíram para 26,43%. Esta melhoria pode estar associada à aquisição de estratégias de gestão aprendidas durante a psicoeducação e o *role-playing*. A literatura sugere que intervenções baseadas em treino de habilidades e ensino sobre estratégias para gerir comportamentos difíceis podem reduzir significativamente a perceção de dificuldades no cuidado, bem como a qualidade de vida dos FC (Cheng et al., 2019; Roberto et al., 2024). Para além disso, é demonstrada uma alteração substancial na consciencialização sobre as atitudes estigmatizantes dos FC, a partir das respostas do questionário. Esta alteração torna-se importante, na medida que a consciencialização das atitudes estigmatizantes e o ensino sobre a natureza neurológica da perturbação neurocognitiva ocorrido na sessão irá ajudá-los a fazer atribuições mais externas para os sintomas comportamentais dificultadores, diminuindo a emoção expressa (Weisman de Mamani et al., 2018).

A dependência continua a ser o domínio com mais impacto na experiência de cuidar, apesar da sua ligeira diminuição (de 66% para 63%). Sabe-se da importância da sensibilização e promoção da consciencialização do FC para o seu próprio autocuidado (Mattos et al., 2020), no entanto, os FC referem, frequentemente, que as exigências diárias das suas responsabilidades dificultam a prática de uma vida saudável. Para além da sensibilização, o planeamento individual para a realização de atividades que visam uma vida mais saudável é essencial (Pereira et al., 2024). Ao nível da autoestima, não houve melhorias significativas. Apesar da positiva influencia deste tipo de intervenções, um estudo recente concluiu que o fator mais preditivo na melhoria da autoestima dos FC é a boa qualidade de relacionamento com a pessoa com demência. Deste modo as intervenções deveriam incluir estratégias para melhorar o vínculo emocional com pessoa cuidada (Jutten et al., 2018).

Existe ainda um aumento considerativo da perceção da autoeficácia, indo de encontro a Lopes e Cachioni (2011), que concluíram que programas psicoeducativos aumentam o senso de autoconfiança dos FC. Ainda, Jeong et al. (2020), concluíram que a perceção da autoeficácia é vista como um fator crucial que pode ser afetada pelo estigma, e que estes dois construtos serão inversamente proporcionais. Os resultados são concordantes com os referidos autores.

Apesar dos resultados promissores da intervenção, importa fazer uma reflexão dos mesmos. Perante, somente, três sessões de uma intervenção psicoeducativa (não contando com a Sessão 0 e final), não se esperava resultados tão positivos ao nível dos diferentes domínios. Um programa de três sessões teve, também, desfechos positivos no estigma e qualidade de vida dos FC, no entanto, a duração das sessões era maior (uma hora e meia) e foi implementado em famílias individuais em vez de grupos (Nogc et al., 2016). O facto de os participantes poderem ter respondido de forma “desejável” ou expectável”, também pode ter adulterado a veracidade dos resultados. O instrumento utilizado (IEC), apesar de avaliar os construtos mais impactantes na experiência de cuidar, foi adjetivado pelos FC por extenso e complexo, dificultando a resposta dada. Deste modo, sugere-se uma avaliação *follow-up* para validação dos resultados. Já que o tema central do projeto se relaciona com o estigma, consideramos que a utilização de um instrumento tão extenso para a avaliação do estigma tornou-se uma limitação, tornando necessária a consideração de alternativas mais concisas e adaptadas ao contexto dos participantes.

2.5. Outras intervenções realizadas no âmbito do mestrado na área de especialização em enfermagem

Para além das intervenções já descritas ao longo do relatório, outras foram realizadas indo de encontro à necessidade dos utentes.

No primeiro local de estágio foram realizadas, ainda, intervenções de educação para a saúde, sendo o jogo a abordagem escolhida. Os utentes mostravam-se constantemente curiosos e com falta de conhecimento sobre vários temas como: diabetes, hipertensão, tabagismo, emoções e controlo emocional. Desta forma, foram realizadas várias palavras cruzadas com o intuito de promoção de conhecimento sobre os mesmos. Os jogos auxiliam na aprendizagem, ao estimular o indivíduo a desenvolver ideias, conceitos e ações de forma criativa e participativa. A conjugação da educação para a saúde e os jogos revela-se bastante promissora, uma vez que os jogos envolvem os participantes na reflexão sobre temas ligados à

saúde, tendo em conta as suas experiências e necessidades (Santos et al., 2019). O que ficou evidenciado após a implementação das palavras cruzadas.

Ainda, durante o mesmo período, foi realizada uma intervenção psicoeducativa para os FC de utentes com o diagnóstico médico de psicose que estavam integrados num grupo de ajuda mútua, num outro hospital psiquiátrico. Esta intervenção foi realizada a pedido de colaboração de outra colega a realizar o MESMP, que identificou as seguintes necessidades: falta de consciencialização entre a importância do autocuidado mental e a prestação de cuidados; significado dificultador atribuído às estratégias de autocuidado mental, bem como as dificuldades sentidas na sua implementação; falta de estratégias de *coping* para lidar com o estigma social associado à doença mental; falta de consciencialização entre o estigma dos FC e a prestação de cuidados.

No que se refere à atividade diagnóstica realizada, foi debatida com a enfermeira gestora a possibilidade de se realizar entrevistas individuais com os familiares. No entanto, para tornar o processo mais ágil e evitar que os participantes precisassem de se deslocar até à instituição, chegou-se a um consenso de que uma alternativa mais viável seria a utilização de um questionário de avaliação *online*, disponibilizado através da plataforma *microsoft forms*. Sendo que a intervenção foi uma única sessão, concordamos que não seria necessário recorrer a mais instrumentos de avaliação, optando-se apenas por um breve questionário para validar as necessidades identificadas. A evolução das questões do questionário (antes e após a sessão) será apresentada mais à frente, através da Tabela 10. A sessão consistiu numa intervenção psicoeducativa aos FC de utentes com diagnóstico de psicose e que pertencessem ao grupo de apoio mútuo (sendo este o critério de inclusão). Não houve critérios de exclusão. Utilizou-se como material de apoio uma apresentação em *powerpoint*, que se encontra no Anexo XII.

Foram, ainda, realizadas algumas questões não contempladas no questionário, aos 12 FC que integraram a sessão:

- Ao questionar os participantes sobre a relevância do autocuidado mental para os cuidadores, todos consideraram a sua importância, no entanto, apenas dois afirmaram adotar estratégias de autocuidado diariamente, enquanto os outros referiram a prática semanalmente ou raramente. As estratégias mais

mencionadas incluíram a realização de *hobbies* e atividades de lazer, como exercício físico. Apenas cinco participantes indicaram reservar tempo para si mesmos.

- Entre os principais obstáculos à prática de autocuidado mental, destacaram-se a falta de tempo e dificuldades financeiras. Além disso, dois cuidadores com menos experiência contaram que o sentimento de culpa dificultava a priorização do próprio bem-estar.
- Quanto ao suporte social, sete participantes afirmaram ter alguém a quem recorreu em momentos de sobrecarga, três indicaram não contar com uma rede de apoio e dois nunca tiveram refletido sobre essa necessidade.
- No que se refere ao estigma, a maioria considerou que a doença do seu familiar ainda é alvo de preconceito na sociedade. Além disso, oito participantes identificaram a presença de estigma dentro da própria família e sete afirmaram já ter sentido vergonha em determinadas situações devido ao comportamento do familiar.

Desta forma, os diagnósticos, objetivos e critérios de resultado estabelecidos estão definidos no Quadro 2:

Quadro 2 - Diagnósticos, objetivos e critérios de resultado estabelecidos para os familiares cuidadores de utentes com psicose

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Crítérios de Resultado
AUTOCUIDADO MENTAL		
Potencialidade para melhorar consciencialização do Familiar Cuidador sobre a influência do autocuidado [mental] no papel de cuidador; Potencialidade para melhorar conhecimento do Familiar Cuidador sobre estratégias de promoção do autocuidado [mental];	Promover conhecimento do Familiar Cuidador sobre estratégias de promoção do autocuidado [mental]; Promover consciencialização do Familiar Cuidador sobre a [influência] do autocuidado [mental] na [prestação de cuidados].	Que o Familiar Cuidador [atribua importância] ao seu autocuidado [mental]; Que o Familiar Cuidador identifiquem estratégias de autocuidado [mental]
ESTIGMA		
Estigma do Familiar Cuidador; Potencialidade para melhorar a consciencialização do Familiar Cuidador da [influência] do estigma no papel de cuidador; Potencialidade para melhorar conhecimento do Familiar	Diminuir o estigma do Familiar Cuidador; Promover alteração de pensamentos [estigmatizantes]; Promover consciencialização sobre a [influência] do estigma no papel de cuidador; Promover conhecimento sobre	Que o Familiar Cuidador diminua os pensamentos [estigmatizantes]; Que o Familiar Cuidador identifique a [influência] do estigma [social] no papel de cuidador; Que o Familiar Cuidador identifique estratégias de <i>coping</i> [para enfrentar o estigma].

Cuidador sobre estigma; Potencialidade para melhorar conhecimento do Familiar Cuidador sobre estratégias [para enfrentar] o estigma;	estigma; Promover conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i> ;	
--	---	--

O grupo de participantes (12 pessoas) tinha idades entre 23 e 74 anos (média de 57,5 anos), sendo 83,3% do sexo feminino. Quanto ao vínculo com a pessoa cuidada, predominavam mães (41,67%), seguidas de irmãos (25%), pais (16,67%) e outros familiares (16,67%). Em relação à escolaridade, 41,7% tinham ensino superior, 33,3% ensino secundário e 8,33% ensino básico. O tempo de prestação de cuidados variou entre dois e 19 anos, com média de sete vírgula seis anos. Esses dados alinham-se com estudos anteriores sobre cuidadores informais em Portugal (Carvalho et al., 2021; Paninho et al., 2023).

A primeira parte da sessão teve como o tema central o autocuidado, na medida que foi promovida uma reflexão sobre a importância do autocuidado mental dos FC. Foi feita uma breve contextualização sobre os significados atribuídos pelos cuidadores à tarefa de cuidar, destacando os riscos para a sua saúde mental e a importância do autocuidado. O conceito de saúde mental foi definido, evidenciando os seus benefícios na prevenção da doença e na promoção do bem-estar dos cuidadores. Para ilustrar a relevância do autocuidado, utilizou-se uma metáfora com um copo de água, representando os recursos do cuidador. À medida que o copo era esvaziado, demonstrava-se como a dedicação exclusiva ao outro, sem programação desses recursos, leva ao esgotamento. O exercício reforçou a ideia de que, para cuidar bem do outro, é essencial cuidar primeiro de si. Os participantes partilharam experiências e refletiram sobre as barreiras ao autocuidado, promovendo um ambiente de interajuda. Além disso, identificaram estratégias eficazes, complementadas por sugestões fundamentadas na literatura.

Para dar início ao tema do estigma, foi realizada uma reflexão introdutória sobre a origem do estigma, enfatizando como ele pode começar em situações quotidianas, servindo como quebra-gelo para fomentar a participação dos presentes e sensibilizá-los para o impacto social do estigma. Na sequência, foram abordados três tipos de estigma: estigma público, AE, estigma do FC. Durante uma discussão sobre o

estigma que pode ser proveniente dos próprios FC, foi notado que alguns participantes demonstraram resistência e negaram comportamentos que poderiam ser considerados estigmatizantes. Este ponto gerou um momento de reflexão e sensibilização, embora tenha enfrentado reticências por parte do grupo.

Um contributo importante nesta fase da sessão foi o parecer de uma participante. A mesma evidenciou a dificuldade em enfrentar o estigma, confessando que procurava ocultar a doença mental do irmão e sentia-se sem recursos para lidar com a situação. Um ambiente de apoio e empatia foi gerado, reforçando a ligação entre os participantes. De seguida, foram abordadas e discutidas estratégias práticas para lidar com o estigma público, sendo que se percebeu que a estratégia mais utilizada por todos os FC era “ignorar”. Foram incentivados à utilização de outras estratégias, principalmente a de “educação”, para que sejam desconstruídos os estereótipos da sociedade. Por fim, a sessão foi concluída destacando a importância do papel dos FC na superação do estigma, tanto para si como para os seus familiares com doença mental, promovendo um ambiente mais inclusivo e acolhedor.

Após a sessão, foi proposta a participação já programada de uma aula de Biodanza realizada por uma professora sénior de uma escola de Biodanza do Porto. Foi previamente pedida autorização sobre a realização da mesma, que nos foi cedida. Cabrera et al. (2020), conduziram um estudo sobre os impactos da Biodanza em PNCSM e os seus familiares, sendo que os resultados indicaram benefícios para todos os participantes, incluindo melhoria na qualidade de vida, aumento da autoestima, e uma diminuição dos níveis de ansiedade e depressão. Apesar de não ser uma atividade que estivesse diretamente ligada com os diagnósticos propostos, levou a uma expressão emocional intensa pelos FC, proporcionando um momento de bem-estar.

Assim, após a sessão apresentamos a evolução dos resultados da intervenção psicoeducativa aos FC de utentes com psicose através da Tabela 10:

Tabela 10 - Evolução dos resultados da intervenção psicoeducativa aos familiares cuidadores de utentes com psicose

Questionário de avaliação de conhecimentos dos Familiares Cuidadores		
Questões	Avaliação Inicial	Avaliação Final
1. Dizer Não e falar assertivamente pode ser uma estratégia de Autocuidado Mental?	Verdadeiro - 10 Falso - 2	Verdadeiro - 12 Falso - 0
2. Priorizar o meu autocuidado mental contribui para que eu preste melhores cuidados ao outro?	Verdadeiro - 11 Falso - 1	Verdadeiro - 12 Falso - 0
3. Tempo de convívio social com pessoas significativas pode ser uma estratégia de Autocuidado mental?	Verdadeiro - 10 Falso - 2	Verdadeiro - 12 Falso - 0
4. Participar nas sessões do Grupo de Ajuda mútua pode ser uma estratégia de autocuidado?	Verdadeiro - 12 Falso - 0	Verdadeiro - 12 Falso - 0
5. Eu me viria como inferior se tivesse uma perturbação mental?	Verdadeiro - 2 Falso - 10	Verdadeiro - 2 Falso - 10
6. Tentar esconder a doença mental do meu familiar é uma estratégia de combate ao estigma?	Verdadeiro - 5 Falso - 7	Verdadeiro - 1 Falso - 11
7. O Humor é simultaneamente uma estratégia de autocuidado mental e de combate ao estigma?	Verdadeiro - 8 Falso - 4	Verdadeiro - 12 Falso - 0

Face aos resultados, a formação promoveu melhorias no reconhecimento de estratégias de autocuidado mental, com todos os participantes a identificarem a assertividade e o convívio social como fatores importantes. A compreensão da influência do autocuidado mental no papel de cuidador também evoluiu. Verificou-se uma redução da crença de que esconder o problema de saúde mental ajuda a combater o estigma, aumentando a consciência sobre o tema. Por fim, a perceção do humor como estratégia de autocuidado e combate ao estigma melhorou significativamente. O estigma internalizado mostrou-se mais resistente à mudança, sendo que dois dos participantes mantiveram a ideia de que se sentiriam inferiores se tivessem necessidade de CSM. A utilização de técnicas cognitivas para alterar esquemas cognitivos poderiam ser mais eficazes nestes dois FC (Knapp & Beck, 2008).

Ainda, no inquérito de satisfação, preenchido por todos os participantes, a maioria indicou estar "muito satisfeito"(sic) com as atividades realizadas. A última questão,

de resposta aberta, permitiu colocar percepções mais pessoais. Entre os comentários registados, destacam-se: "Senti-me cuidada, foi gratificante e renovou a minha energia" (sic), "Muito grato, obrigado" (sic), "Gostaria que estas iniciativas ocorressem com mais frequência" (sic), "Seria importante dar continuidade" (sic) e "Que este tipo de encontros seja incentivado entre os colegas" (sic).

A intervenção psicoeducativa revelou-se, assim, uma abordagem eficaz na sensibilização dos FC para a importância do autocuidado mental e na desconstrução do estigma associado às PNCSM. Embora as mudanças de percepção e comportamento possam ser desafiadoras a curto prazo, os resultados sugerem um impacto positivo na forma como os FC refletem sobre os desafios do cuidado.

Ainda, ao longo dos locais de estágio foram realizados estudos de caso, com o apoio da plataforma E4nursing.

No estágio em contexto diferenciado, a utente que foi alvo de intervenção tinha como diagnóstico médico uma perturbação do uso de substâncias (álcool). Após a entrevista clínica foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: [A]E; Potencial para melhorar conhecimento sobre [A]E; Potencial para melhorar estratégias de *coping* face ao [A]E; Autoconceito comprometido; Potencial para melhorar consciencialização entre o [A]E e o autoconceito; Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito; Ansiedade [relacionada ao consumo]; Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade; Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade; Abuso do álcool; Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool.

Foi constatado que o [A]E era o diagnóstico que confluiria para o descontrolo emocional e, consequentemente levaria ao comportamento aditivo. Desta forma, foram planeadas três sessões baseadas em técnicas cognitivas de aceitação e compromisso (Barbosa & Murta, 2015; Luoma et al., 2008). As atividades ao longo da intervenção focaram-se, assim, na autoaceitação, desfusão cognitiva e na vivência de acordo com os valores mais importantes, para que houvesse a aprendizagem da resposta a pensamentos autoestigmatizantes e dos

comportamentos consequentes. O uso de metáforas e técnicas de *mindfulness* visaram o foco nos acontecimentos e pensamentos presentes, promovendo a prevenção de recaídas (Luoma et al., 2008). No final das sessões, evidenciou-se uma melhoria do conhecimento e capacidade para usar estratégias de *coping* face ao estigma internalizado, uma melhoria do autocontrolo do humor e ansiedade, uma melhoria do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito, havendo melhoria dos scores das escalas do estigma internalizado, da autoestima e percepção da autoeficácia.

Neste estudo de caso, o processo familiar estava, também comprometido. No entanto, a intervenção familiar não foi passível de ser realizada, pela indisponibilidade familiar e tempo curto de estágio. Foi uma grande limitação no que concerne à intervenção, visto que seria uma intervenção com elevado potencial para diminuir as recaídas da utente.

No estágio em contexto de comunidade, a utente alvo de cuidados foi encaminhada para a EEESMP por autocontrolo do humor e ansiedade comprometido. Era uma utente com um casamento disfuncional, vítima de violência doméstica (já tendo realizado queixa nas autoridades), e cuidadora da avó. Após a realização de dois momentos de entrevista clínica, constatou-se que os diagnósticos de autocontrolo do humor e autocontrolo da ansiedade comprometidos seriam concorrentes para: autoconceito comprometido, sono comprometido, comportamento aditivo, processo familiar comprometido, ideação suicida, sobrecarga. Desta forma, foram planeadas seis sessões de relação de ajuda profissional baseadas na regulação emocional, na promoção da esperança, em estratégias de resolução de problemas e na escuta ativa.

Tal como descrito na literatura, a relação de ajuda profissional pode desempenhar um papel fundamental na regulação emocional, onde o indivíduo pode explorar as suas emoções, desenvolver habilidades para enfrentar e encontrar recursos internos para lidar com desafios emocionais. Ajuda a pessoa a identificar, expressar e organizar as suas emoções, facilitando a diminuição da intensidade de sentimentos negativos, promovendo maior equilíbrio emocional (Coelho et al., 2020). A relação de ajuda profissional pode integrar técnicas do âmbito cognitivo-comportamental

(Sequeira & Sampaio, 2020). As técnicas de resolução de problemas demonstram ainda, efetividade em sintomas de ansiedade e depressão, provenientes ou não de casos de violência doméstica (Frinhani & Alves, 2021).

Corroborando com a literatura, o acompanhamento demonstrou avanços significativos relativamente à regulação emocional e esperança, tendo efeitos significativos no autocontrolo da ansiedade e do humor. A regulação positiva obtida teve um impacto benéfico nos diagnósticos de enfermagem relacionados, incluindo sono, autoconceito, sobrecarga e ideação suicida. Isto enfatizou que a desregulação emocional, contribui para o comprometimento de outras áreas. O processo revelou a importância de uma abordagem holística e centrada na pessoa, com ênfase em técnicas que promovem a autonomia emocional e comportamental. A escuta ativa e o apoio emocional foram cruciais para criar um vínculo terapêutico sólido. Estes resultados vão de encontro a uma *scoping review* realizada por Coelho et al. (2020), que evidenciaram que a escuta ativa se apresenta como uma intervenção fulcral no procedimento de relação de ajuda profissional. Para além disso, esta intervenção psicoterapêutica tem efeitos positivamente significativos em problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão, baixa autoestima, ideação suicida, dificuldades de relacionamento interpessoal (Phaneuf, 2005, citado por Coelho et al., 2020). Os resultados da intervenção corroboram, assim, com os referidos autores. Apesar dos progressos significativos, reconhece-se que a cliente irá continuar a enfrentar desafios, especialmente no âmbito conjugal e na gestão de cargas emocionais relacionadas aos cuidados. Torna-se essencial continuar a trabalhar o fortalecimento da sua rede de suporte social e a capacitação para lidar com situações adversas, garantindo a manutenção dos ganhos terapêuticos. Deste modo, o plano foi sendo discutido com a EEESMP da respetiva unidade, para continuidade de cuidados.

Por último, o estudo de caso em contexto de internamento vai ser mais aprofundado no subcapítulo seguinte.

2.5.1. Estudo de caso em contexto de internamento

Em contexto de internamento, foi escolhido um estudo de caso que se adequa ao tema em questão, o AE, fazendo uma ligação dos conteúdos. O estudo de caso em contexto de internamento teve como cenário clínico: “A Senhora N., de 49 anos, foi diagnosticada há cerca de 20 anos, com ESQ Paranóide. O diagnóstico foi estabelecido no decorrer do curso de enfermagem que estaria a tirar. Deste modo, foi-lhe solicitada a anulação da matrícula. Está em regime de hospital de dia desde 2006. Vive sozinha com o seu pai. Apresenta sentimentos de desvalorização, bem como pensamentos negativos sobre si. Quando é criticada pelos pares não apresenta uma reação assertiva.”

Em qualquer tipo de condição de saúde, o enfermeiro deve seguir o processo de enfermagem, visando a sistematizando e organização dos seus cuidados, o qual se divide em cinco etapas: Recolha de dados, Diagnósticos de Enfermagem, Planeamento, Implementação e Avaliação. Este processo permite ao enfermeiro conhecer e estabelecer as necessidades primordiais dos utentes, planeando, executando, avaliando e documentando todos cuidados de enfermagem, proporcionando um acompanhamento mais efetivo (Borba et al., 2019). Desta forma, procedeu-se à realização de uma entrevista clínica semiestruturada.

Ao longo da entrevista foram recolhidos dados que permitissem avaliar a história biopsicossocial, da doença atual, psiquiátrica, clínica não psiquiátrica, familiar, social, ocupacional, os hábitos de vida, bem como realizado o exame físico e mental. Neste subcapítulo, optou-se por dar destaque ao autoconceito e AE, por isso, os restantes dados recolhidos ao longo da entrevista, que permitiram excluir diagnósticos, estão no Anexo XIII.

Face ao cenário clínico e à pesquisa realizada sobre a patologia, foram identificados os seguintes domínios que se teve em atenção: Sono; Autoconceito; Emoção; Pensamento; Perceção; Autogestão do Regime Medicamentoso; Comportamento Assertivo; Cognição.

Para avaliação de alguns dos diferentes domínios, foram utilizados instrumentos de avaliação:

- Autoconceito (autoestima: RSES e Indicadores da Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) da Autoestima de Moorhead et al. (2020); estigma internalizado: ISMI);
- Emoção (indicadores NOC do equilíbrio do humor de Moorhead et al. (2020));
- Cognição (*Mini Mental State* de Guerreiro (1998)).

Assim, no término da entrevista clínica foram identificados os seguintes diagnósticos:

- Ao nível do processo regulador: potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono e sono comprometido;
- Ao nível do processo mental: autoconceito comprometido; potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito; potencial para melhorar conhecimento sobre [A]E; potencial para melhorar consciencialização sobre [A]E; potencial para melhorar consciencialização entre [A]E e autoconceito; humor depressivo; comportamento assertivo comprometido.

De realçar que a plataforma E4nursing permite-nos identificar diagnósticos baseados na condição e outros no processo de transição. Face aos de processo de transição, derivados do autoconceito foram acrescentados diagnósticos relativos ao AE, evidenciados acima.

Para melhor compreensão do processo de cuidados realizado importa evidenciar algumas informações sobre o autoconceito e AE:

- Justificação do domínio autoconceito:

A baixa autoestima em pessoas com ESQ surge como resultado do estigma social e da própria perceção negativa da doença. Esse estigma, muitas vezes ligado à visão errônea de que indivíduos com ESQ são violentos, impacta diretamente a autoestima desses clientes, levando-os a internalizar essas crenças negativas. Segundo Wagner et al. (2015), o estigma internalizado faz com que os indivíduos

acreditem que as suas limitações e sintomas os definam, o que pode gerar sentimentos de incompetência, baixa autoconfiança e dificuldade em enfrentar desafios. Além disso, conforme Godoi e Garrafa (2014), a aceitação do diagnóstico muitas vezes provoca um conflito interno, em que o utente tenta ocultar a sua identidade para evitar o julgamento social, gerando grande sofrimento emocional. A autoestima nesses casos está diretamente relacionada à percepção do indivíduo sobre o seu valor e capacidade, que são prejudicados pela estigmatização e pela percepção das perdas funcionais e sociais causadas pela doença (Nascimento & Leão, 2019, Fortini et al., 2019). Desta forma, como descrito anteriormente, este processo de cuidados seguiu as afirmações, também de Carpenito (2019), estando o AE como parte integrante do autoconceito.

- Dados:

Algumas distorções cognitivas identificadas como generalização, rotulação, e desvalorização do positivo, revelaram uma tendência à autocritica exacerbada e ao menosprezo de si mesma, relacionadas ao AE. Para além disso, a utente apresentara sentimentos de alienação relacionados com a doença mental: "Sinto-me deslocada no mundo porque tenho uma doença mental" (sic); Sinto-me inferior àquelas pessoas que não têm uma doença mental" (sic) e comportamentos de autodiscriminação (aceitação passiva de críticas): a utente tolerava críticas em ambientes familiares, acreditando que é "normal por ter uma doença mental" (sic).

- Relação entre diagnósticos:

O AE complementa o autoconceito comprometido, sendo que este último é concorrente para os diagnósticos de humor depressivo e comportamento assertivo comprometido. Isto, porque a utente revelou que a exacerbação do humor depressivo é decorrente dos pensamentos que tem sobre si, e o facto de não conseguir ser assertiva aquando de uma crítica acontece pois acredita que essas críticas negativas e desconstrutivas são verdadeiras e justificadas, não acreditando no seu próprio valor.

Desta forma, ao promover alteração de pensamentos disfuncionais, automáticos e autoestigmatizantes, esperou-se que a pessoa desenvolvesse, também, mais

confiança para ser assertiva em situações de confronto ou crítica, rompendo o ciclo de passividade e autodesvalorização, e que diminuísse os períodos de exacerbação de tristeza.

- Intervenção realizada para o autoconceito comprometido:

Optou-se por ser realizada a intervenção de RC. A terapia cognitivo-comportamental, bem como as técnicas de intervenção relacionadas, especialmente ao nível da RC, são recomendadas para o AE e autoconceito comprometido. A RC permite a modificação de pensamentos e crenças autoestigmatizantes, por pensamentos e crenças alternativas, mais realistas e positivas. As reduções destas distorções cognitivas estão relacionadas com o aumento da autoestima e diminuição do humor depressivo (Dubreucq et al., 2021; Fung et al., 2011; Knight et al., 2006; Macinnes & Lewis, 2008). Para além disso, outros estudos, evidenciaram que os efeitos da reestruturação, promove a autoaceitação e melhora o autoconceito (Corrigan et al., 2006; Fung et al., 2011; Knight et al., 2006). De notar, que todas as terapias cognitivo-comportamentais derivam do modelo cognitivo de Beck e compartilham alguns pressupostos básicos: a atividade cognitiva exerce impacto sobre o comportamento, podendo ser monitorizada e modificada. Além disso, alterações na cognição resultam em transformações no comportamento (Dobson & Scherrer, 2011). A avaliação da cognição foi realizada durante a entrevista clínica, combinando informações obtidas passivamente pela observação com dados recolhidos através de questionamento direto (Voss & Das, 2022), e através do instrumento de avaliação já mencionado. Uma alteração da cognição constituiria uma contra-indicação para a realização de intervenções psicoterapêuticas (OE, 2023), o que não se verificou.

Foram planeadas e executadas cinco sessões de RC que atuassem no processo cognitivo da utente, incluindo alguns pontos específicos de outros diagnósticos de potencial decorrentes do processo de transição.

Na sessão 0, para além da realização da entrevista clínica foram realizadas intervenções breves para os diagnósticos: potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono, ensinando estratégias promotoras do sono, e potencial para melhorar consciencialização sobre [A]E, ensinando sobre as dimensões que

compõem o estigma internalizado (alienação, concordância com os estereótipos, experiência de discriminação; afastamento social, resistência ao estigma), e auxiliando na identificação de sinais de estigma internalizado.

Na sessão 1, os objetivos foram promover à utente a consciencialização sobre a relação entre o estigma internalizado e o autoconceito comprometido, e promover conhecimento sobre os pensamentos automáticos negativos. Foi realizada uma reflexão e uma análise com a utente sobre os pensamentos automáticos que apresenta sobre si, relacionados ou não com a doença mental, bem como o incentivo ao plano de ação: registo diário de pensamentos automáticos negativos. Esta sessão, serviu, ainda para o estabelecimento do início de uma relação terapêutica concisa.

Na sessão 2 o objetivo primordial foi promover a capacidade de utilização de técnicas cognitivas para alterar pensamentos automáticos, ensinando a relação entre os pensamentos e emoções e como avaliar a veracidade dos pensamentos automáticos através do questionamento socrático. Para além disso, procedeu-se ao ensino da alteração de pensamentos negativos para positivos, com recurso à reflexão sobre os aspetos positivos e pessoas significativas nas suas vidas, e ao estabelecimento do plano de ação diário de gratidão e conquistas (descrição de qualidades ou tarefas que considerou positivas ao longo da semana).

Na sessão 3 os objetivos consistiram em promover a reflexão sobre as próprias qualidades, a relação entre pensamentos positivos e o humor, incluindo o potencial do uso de autoafirmações positivas na melhoria da autoestima e do humor. Perante um gosto próprio da utente (o gosto pela leitura), foi oferecido o excerto de um livro de autoafirmações positivas, para que a utente levasse para casa e refletisse sobre os benefícios dos pensamentos positivos e autoafirmações positivas. Para além das autoafirmações positivas foram identificadas estratégias promotoras do autoconceito e do humor, de acordo com as preferências da utente.

Na sessão 4, o objetivo cingiu-se em refletir e questionar sobre a aceitação passiva de críticas (autodiscriminação), ajudar a utente a identificar pensamentos

bloqueadores da assertividade, incidindo nas estratégias do uso do questionamento socrático para os pensamentos bloqueadores e o lidar com as críticas.

A sessão 5 consistiu no resumo de todas as sessões, no incentivo ao uso das estratégias promotoras do autoconceito. Para além disso, foi realizado um cartão de segurança (prevenção de recaídas) e a avaliação dos resultados.

Desta forma, as atividades descritas na plataforma E4nursing, que concretizaram a intervenção “executar reestruturação cognitiva”, por sessão, foram:

- Sessão 0: contratualizar proposta de intervenção psicoterapêutica: RC; negociar frequência e duração das sessões: quatro a cinco sessões, decorrem uma ou duas vezes por semana, com duração de 45 a 60 minutos.
- Sessão 1: esclarecer algumas informações relativas ao diagnóstico: autoconceito comprometido; discutir o diagnóstico com a cliente; informar sobre a relação entre estigma internalizado e autoconceito comprometido; encorajar a pessoa a descrever os pensamentos e emoções associados ao diagnóstico e a situações importantes para a utente; identificar objetivos face à intervenção; realizar e assinar contrato terapêutico; realizar ensino sobre pensamentos automáticos negativos; estabelecer plano de ação (registo diário de pensamentos automáticos e as situações onde decorrem).
- Sessão 2: ler o plano de ação da cliente (pensamentos automáticos negativos e as situações consequentes ao longo da semana); explicar a relação entre os pensamentos e emoções; ajudar a identificar os pensamentos que resultam em sentimentos de alienação; explicar sobre pensamentos alternativos; realizar ensino sobre questionamento socrático; ajudar a refletir sobre os aspetos positivos e pessoas significativas nas suas vidas; estabelecer planos de ação: questionamento socrático e registo de pensamentos automáticos negativos, e a realização do diário de gratidão e conquistas.

- Sessão 3: ler o plano de ação da cliente (diário de gratidão e conquistas); analisar com a cliente sobre a relação entre pensamentos positivos e o humor; enfatizar o potencial do uso de autoafirmações positivas e a melhora na autoestima e no humor; oferecer excerto de livro de autoafirmações positivas de Louise Hay; prescrição colaborativa de planos de ação: ler excerto do livro e continuar a escrever as suas próprias qualidades; ajudar utente a identificar estratégias promotoras do autoconceito e do humor, de acordo com as preferências da utente; ler e analisar plano de ação sobre execução de questionamento socrático e novos pensamentos automáticos negativos.
- Sessão 4: questionar sobre plano de ação: excerto do livro sobre autoafirmações positivas; incentivar ao uso de autoafirmações positivas no dia a dia da utente; ajudar a refletir sobre a aceitação passiva de críticas (autodiscriminação); instruir como a utente pode utilizar o questionamento socrático e as autoafirmações positivas para lidar com as críticas; treinar com a utente a utilização do questionamento socrático e as autoafirmações positivas para lidar com as críticas; estabelecer plano de ação: utilizar o questionamento socrático e as autoafirmações positivas para lidar com as críticas.
- Sessão 5: rever as estratégias que a cliente desenvolveu ao longo das sessões: registo de pensamentos automáticos negativos, questionamento socrático, autoafirmações positivas; realizar cartão de segurança (o que fazer aquando de uma recaída); refletir sobre o término das sessões; incentivar à leitura das notas das sessões e continuação das estratégias desenvolvidas; orientar para a procura profissional aquando algum momento mais stressor ou que implique sintomas mais graves (exemplo: ideação suicida); realizar término das sessões.

De destacar, que foram, também, vigiadas ao longo do tempo as alterações que poderiam advir dos restantes domínios que não estavam comprometidos, e avaliada a eficácia das intervenções breves realizadas na Sessão 0. Os planos de sessão e

algumas das ferramentas utilizadas na intervenção RC estão demonstrados no Anexo XIV.

As evoluções dos resultados da utente do estudo de caso em contexto de internamento estão evidenciadas no Quadro 3:

Quadro 3 - Evolução dos resultados da utente do estudo de caso em contexto de internamento

1ª avaliação	Última avaliação
Sono comprometido	
Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.	Sono reparador [MELHOROU].
Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono	
Utente utiliza a música relaxante antes de dormir. Refere não ter conhecimento sobre mais estratégias promotoras do sono.	Menciona as estratégias de promoção do sono aprendidas [RESOLVIDO]; Adota parcialmente as estratégias de promoção do sono aprendidas [RESOLVIDO];
Autoconceito comprometido	
Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal; revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho; revela opinião ou imagem mental negativa de si mesma; não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas; hipersensibilidade a críticas (Carpenito, 2019);	Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE]; revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE]. não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MELHOROU]; não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas [MANTEVE]; hipersensibilidade a críticas [MANTEVE];
Indicadores NOC (autoestima): verbalização de autoaceitação – 2; verbalização de autolimitações – 5; mantém contacto ocular – 3; mantém postura direita – 2; autodescrição – 3; preocupação pelos outros – 4; comunicação aberta – 4; realização pessoal dos papéis significativos – 3; manutenção do autocuidado – 4; balanço entre participação e escuta em grupos – 2; nível de confiança – 2; aceitação de cumprimentos de outros – 3; vontade de confrontar outros – 2; aceitação de críticas construtivas – 3; descrição de sucesso de trabalho ou escola – 3; descrição de sucesso em grupos sociais – 2; descrição de orgulho próprio – 2; sentimentos de autovalorização – 2;	Indicadores NOC (autoestima) alterados: verbalização de autoaceitação – 3; mantém contacto ocular – 3; autodescrição – 4; balanço entre participação e escuta em grupos – 3; nível de confiança – 3; descrição de sucesso em grupos sociais – 3; descrição de orgulho próprio – 3; sentimentos de autovalorizarão – 3 [MELHOROU];
Escala de avaliação da autoestima (RSES): score - 10;	Escala de avaliação da autoestima (RSES): score - 18 [MELHOROU];
Apresenta sentimentos de alienação relacionados com a doença mental;	Não apresenta sentimentos de alienação relacionados com a doença mental [MELHOROU];
Apresenta comportamentos de autodiscriminação relacionados com a doença mental;	Apresenta comportamentos de autodiscriminação relacionados com a doença mental [MANTEVE];

Escala de avaliação do autoestigma (ISMI): <i>score</i> - 2.	Escala de avaliação do autoestigma (ISMI): <i>score</i> - 1,8 [MELHOROU].
Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito	
Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, é o momento próprio para intervir: Utente identifica como estratégias promotoras do autoconceito: vestir-se bem e caminhar. Não sabe referir mais nenhuma estratégia.	Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: facilitador [RESOLVIDO]. Utente identifica várias atividades de autocuidado e bem-estar como estratégias promotoras do autoconceito: autoafirmações positivas, questionamento socrático, realização de croché e ponto de cruz, usar maquilhagem, fazer exercício.
Potencial para melhorar conhecimento sobre [auto]estigma	
A utente refere que não tem conhecimento específico sobre o estigma internalizado ou autoestigma.	A utente verbaliza o significado de estigma internalizado, identificando estereótipos, preconceitos e discriminação da própria, relacionados com a doença mental [RESOLVIDO].
Potencial para melhorar consciencialização sobre [auto]estigma	
A utente refere que já se sentiu inferior a outras pessoas por causa da sua doença, mas não sabe reconhecer sinais de estigma internalizado.	Utente apresenta consciencialização sobre autoestigma relacionando as dimensões do mesmo com os sinais que a própria evidencia [RESOLVIDO].
Potencial para melhorar consciencialização sobre [auto]estigma e autoconceito	
A utente referiu que não tem conhecimento sobre a relação entre o estigma internalizado e o autoconceito. Mencionou que nunca pensou na forma como o preconceito em relação à doença mental poderia influenciar como se sente em relação a si mesma.	A utente verbaliza a relação entre o estigma internalizado e o autoconceito [RESOLVIDO].
Humor Depressivo	
Com indícios de humor depressivo: tristeza persistente (há mais de uma semana), desesperança e pessimismo, autodesvalorização;	Com indícios de humor depressivo: tristeza persistente (há mais de uma semana), desesperança e pessimismo, autodesvalorização [MANTEVE];
Indicadores NOC (equilíbrio do humor): demonstra afeto que se enquadra a situação – 3; demonstra humor estável – 2; relata sono adequado – 3; demonstra concentração – 4; fala em ritmo moderado – 3; mantém boa apresentação e higiene pessoal – 3; veste roupas apropriadas à situação – 4; mantém o peso estável – 4; demonstra apetite normal – 3; relata aceitação do regime medicamentoso – 4; mostra interesse pelos arredores – 3; demonstra nível estável de energia – 3; realiza as tarefas diárias – 4.	Indicadores NOC alterados (equilíbrio do humor): demonstra humor estável – 3; relata sono adequado – 4; mostra interesse pelos arredores – 4; mantém boa apresentação e higiene pessoal – 4 [MELHOROU].
Comportamento Assertivo Comprometido	
Apresenta pensamentos bloqueadores de assertividade: “Não vou discordar com os outros, não quero que se chateiem” (sic); Utente refere não conseguir expressar o que sente ou o que pensa quando é criticada; Utente refere que quando é criticada, internaliza a crítica, pensando que é verdadeira.	Utente refere que consegue não internalizar as críticas pejorativas que lhe são feitas, utilizando as estratégias aprendidas [MELHOROU]; Refere conseguir expressar parcialmente o que sente ou o que pensa quando é criticada [MELHOROU].

A intervenção psicoterapêutica realizada foi essencial para abordar os principais desafios apresentados pela utente, nomeadamente no que toca ao autoconceito comprometido e ao impacto do estigma internalizado. Nem todos os diagnósticos foram resolvidos, no entanto, apresenta-se uma evolução positiva da utente. A continuidade dos cuidados deve ser realizada para consolidar os progressos obtidos e promover avanços nas áreas ainda comprometidas. A evolução positiva observada demonstra o potencial da utente para continuar a progredir, desde que mantenha o suporte adequado às suas necessidades. Sugere-se uma avaliação mais aprofundada do comportamento assertivo, com um instrumento de avaliação, visto que, tanto o autoconceito tem impacto na assertividade, como vice-versa (Shrestha, 2019), podendo um treino de assertividade ser benéfico. O plano de cuidados foi discutido com a equipa de enfermagem, para que haja continuidade do mesmo.

3. ENQUADRAMENTO DO PROJETO INDIVIDUAL NO ÂMBITO DOS OBJETIVOS GERAIS DO MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

Este capítulo pretende apresentar de forma clara de como o projeto individual se inseriu nos objetivos gerais do MESMP, tendo um impacto significativo na área de especialização escolhida. O propósito central foi adquirir habilidades específicas do EEESMP, de acordo com as diretrizes estabelecidas no Regulamento n.º 515/2018, publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 51 — 7 de agosto de 2018 (República Portuguesa, 2018). O título profissional de EEESMP a atribuir pela OE é a meta a atingir e por isso, elaborar um projeto e um relatório de estágio, onde fique evidente o desenvolvimento de competências, com vista ao exercício profissional especializado, no âmbito ESMP, foi necessário. Desta forma, este relatório descreve os objetivos centrais no âmbito do MESMP:

- Operacionalizar o projeto em cada local de estágio, no módulo II;
- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE);
- Desenvolver competências específicas do EEESMP.

Tendo como temática central o AE, a máxima foi promover a sua diminuição, no entanto, nos diferentes contextos, os objetivos centrais e específicos foram diferentes, e já descritos anteriormente.

3.1. Competências Adquiridas

Nos Quadros 4 e 5, descreve-se a forma como foram adquiridas as competências comuns do EE e as competências específicas do EEESMP, respetivamente. Todas as competências comuns foram adquiridas de maneira semelhante nos diferentes contextos, pelo que não se especificou cada um deles. No entanto, a aquisição de algumas competências específicas do EEESMP variou consoante o contexto, razão pela qual essas particularidades são mencionadas.

Quadro 4 - Competências adquiridas comuns ao Enfermeiro Especialista

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista			
Contextos	Internamento	Respostas Diferenciadas	Comunidade
Competência	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		
Durante os estágios, todas as intervenções foram orientadas pelo Código Deontológico do Enfermeiro (Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015), cumprindo o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A prática e a tomada de decisão foram fundamentadas em evidências científicas e experiências anteriores, garantindo orientações eficazes e seguras. “A ação do cuidar ...vai ao encontro do compromisso de manter a dignidade e a singularidade do ser cuidado” (Salviano et al., 2016), assim, houve respeito constante pelos valores, direitos e práticas dos clientes, garantindo a dignidade, autonomia e privacidade. De notar que, a prática da Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica assenta na compreensão das diferenças e na adaptação do cuidado a cada pessoa. Embora todos partilhemos a mesma dignidade e direitos, as desigualdades fazem parte da realidade e só se tornam preocupantes quando geram injustiça. Não existe um único modo certo de viver, mas sim diferentes caminhos, desde que respeitem as necessidades e particularidades de cada um (Nunes, 2014). Assim, as intervenções realizadas ao longo do processo de aprendizagem foram ajustadas ao contexto, e ao público-alvo, seja ele, grupos ou pessoas singulares, garantindo abordagens direcionadas e personalizadas. A colaboração com a restante equipa de enfermagem incluiu discussões sobre os casos clínicos visando a reflexão sobre os processos de cuidados. Os resultados das intervenções foram devidamente refletidos e partilhados com os enfermeiros tutores, para que, se necessário, houvesse ajustes nas mesmas. Ser profissionalmente ético não se trata apenas de seguir um protocolo ou aplicar regras pré-definidas, mas de analisar cada situação com discernimento, usar a experiência e o pensamento crítico para tomar decisões justas e adequadas (Nunes, 2014), assim, o processo reflexivo, permite, também, avaliar criticamente a prestação de cuidados, reconhecendo a necessidade de adaptação, e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional (Rabiais &			

Amendoeira, 2013).	
Competência	A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais
Durante o estágio, todos os clientes foram tratados com equidade e respeito, independentemente das suas diferenças físicas, mentais, culturais ou espirituais. Todos os utentes devem obter toda a informação sobre o estado de saúde e que esta deve ser compreendida e esclarecida (Pestana et al., 2024). Assim, sempre procuramos fornecer informações claras e compreensíveis sobre o estado de saúde, e as opções terapêuticas de enfermagem disponíveis, respeitando o nível de compreensão, e ajustando a comunicação a cada cliente. A informação recolhida durante os cuidados de enfermagem, deve ser, somente, a necessária para a prestação de cuidados (Pestana et al., 2024). Desta forma, todas as informações clínicas obtidas durante o estágio foram tratadas com absoluto sigilo, respeitando as normas de proteção de dados. Em situações de partilha de informações em equipa, foi garantido que todos os dados fossem utilizados apenas no contexto necessário para a melhoria dos cuidados. Durante as intervenções de enfermagem, foram adotadas práticas para garantir a privacidade, como a utilização de um <i>setting</i> adequado às mesmas, e consentimentos informados verbais e escritos foram realizados, cumprindo o “direito à confidencialidade” (Pestana et al., 2024, p.94) e o “dever de sigilo” (Pestana et al., 2024, p.94). No âmbito da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, o respeito pelos valores humanos torna-se ainda mais crítico em situações que envolvem, por exemplo, medidas de contenção física, tratamento de comportamentos aditivos ou violência doméstica (Nunes, 2014), casos que ocorreram durante o processo de aprendizagem. A proteção da integridade pessoal, da autodeterminação e da confidencialidade foi sempre assegurada em todas as circunstâncias, independentemente da condição clínica ou do contexto social do indivíduo.	
Competência	B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
A prática clínica incluiu a observação atenta e a sensibilização para a importância dos protocolos e diretrizes institucionais. Ao acompanhar de perto as práticas adotadas nas unidades, foi possível compreender como estas orientações sustentam as decisões clínicas e como os profissionais contribuem, de forma ativa, para o desenvolvimento e implementação das iniciativas estratégicas, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados.	

Competência	B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua
O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e as intervenções definidas para cada cliente foram discutidos com os tutores e os restantes membros das equipas multidisciplinares, possibilitando uma compreensão mais aprofundada das necessidades de cada cliente. Tal como descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “a qualidade exige reflexão sobre a prática” (OE, 2001, p.7), e a mesma assume-se como uma “tarefa multiprofissional” (OE, 2001, p.6). Para além disso, foram contemplados enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, ao longo da prática clínica. Todas as intervenções foram delineadas com base na literatura e elaboradas tendo por alicerce a empatia, o respeito e a parceria do utente, alcançando a satisfação, bem-estar e autocuidado do mesmo. A promoção da doença e a prevenção de complicações foram metas a atingir ao longo dos diferentes campos de estágio, sendo que se interveio tanto na condição de saúde, como em problemas de risco potenciais, prevenindo os mesmos (por exemplo, a atuação no autoestigma, e a prevenção do mesmo). As técnicas psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicoeducacionais e psicossociais realizadas potenciaram o conhecimento e capacidade dos utentes, alcançando a máxima autonomia, adaptação e readaptação funcional (OE, 2001). Por fim, o combate ao estigma e a inclusão social assumiram-se, também, como a base do trabalho, capacitando a comunidade profissional e as famílias a promoverem a aceitação e integração (OE, 2017).	
Competência	B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro
Ao longo dos locais de estágio foram criados ambientes terapêuticos, seguros e acolhedores para os clientes, garantindo a privacidade e valorizando a individualidade, através da personalização dos espaços e da oferta de atividades alinhadas com os seus valores e preferências. Foram realizados esforços para auxiliar na organização dos cuidados, priorizando a prevenção de erros humanos. Isso envolveu a adoção de práticas sistematizadas, como a verificação cruzada de informações, o cumprimento de protocolos e a comunicação clara dentro da equipa, reduzindo riscos e promovendo a qualidade dos cuidados. A administração de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, seguiu os princípios de segurança, como a seleção das doses corretas, horários e vias de administração. A monitorização dos efeitos colaterais e da adesão dos clientes ao tratamento, também foi realizada. Ainda, foram promovidos ambientes terapêuticos livres de julgamentos onde os clientes se sentiram escutados, respeitados e encorajados a expressar as suas emoções e necessidades. Tal como Lake, et al. (2019), mencionaram, o ambiente de cuidados em enfermagem deve implicar promoção da segurança do utente e a	

realização de cuidados centrados no mesmo.

Competência	C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde
Ao longo dos locais de estágio foram reconhecidos os papéis e funções de todos os membros da equipa, valorizando as contribuições individuais para a cooperação interdisciplinar. A participação em reuniões interdisciplinares, contribuiu, com a perspetiva da Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica, para a definição de planos de intervenção mais integrados e centrados no cliente. Foram identificadas e discutidas situações e com os enfermeiros tutores, em que era necessário envolver outros profissionais, como psiquiatras, assistentes sociais ou terapeutas ocupacionais, garantindo que os clientes recebessem cuidados especializados e adequados às suas necessidades. Os cuidados multidisciplinares, bem como a articulação entre as diferentes disciplinas, permitem planos de cuidados mais eficazes (Santos et al., 2018).	
Competência	C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados
Apesar de não se ter assumido a liderança perante a equipa de enfermagem, contribuiu-se para o fomento de um ambiente positivo, favorecendo a prática de cuidados, através de uma comunicação aberta e atitudes de incentivo (elogiando esforços e conquistas, oferecendo apoio emocional e promovendo o diálogo positivo). A participação ativa nas decisões da equipa de saúde foi promovida, integrando a discussão de casos clínicos e contribuindo para estratégias conjuntas que visassem melhorar os cuidados. De notar que, espírito de liderança, implica também, a promoção do pensamento crítico e reflexão sobre a atuação de enfermagem relacionada com o utente (Montezeli et al., 2018). Ainda, a intervenção psicoeducativa dirigida aos familiares cuidadores de utentes com psicose, desenvolvida em colaboração com uma colega do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, constituiu uma oportunidade de articulação entre diferentes contextos de prática, contribuindo para uma resposta mais eficaz e qualificada, adequada às necessidades identificadas.	
Competência	D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
Promovendo o aperfeiçoamento contínuo e reflexivo das competências em enfermagem, um dos principais focos foi a otimização do autoconhecimento. Ao longo dos cuidados prestados, houve o crescente reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais. Foram identificados os próprios pontos fortes, como a capacidade de escuta ativa, e foi reconhecido que situações de alta carga emocional poderiam exigir uma regulação emocional mais concisa.	

Houve a consciencialização sobre a influência pessoal na relação profissional, através da monitorização dos comportamentos e emoções que impactaram as interações terapêuticas, ajustando os comportamentos para promover relações mais eficazes e colaborativas. As atividades nomeadas, implicaram o desenvolvimento de inteligência emocional, extremamente importante na prestação de cuidados em enfermagem (Freshwater, & Stickley, 2004).

Ao longo do percurso, a solicitação de *feedback* de colegas e tutores sobre o próprio desempenho, foi realizado, contribuindo para o alinhamento da própria perceção com a forma como era percebido pelos outros, permitindo melhorar continuamente a prática. Ainda, foi trabalhada a comunicação assertiva, para que a tomada de uma posição eficaz aquando conflitos entre utentes e a transmissão de informação clínica de forma eficaz fossem alcançadas, potenciando, assim, "...maior reconhecimento e respeito ... enquanto pessoa e profissional" (Haladin et al., 2015 citado por Machado et al., 2022, p. 48).

Competência	D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica
As intervenções realizadas nos três locais de estágio, foram sempre fundamentadas com evidência científica. Através da prática baseada na evidência, os enfermeiros especialistas conseguem questionar melhor as suas decisões, avaliar de forma crítica o que fazem e garantir que utilizam informação de qualidade. Desta forma, conseguem perceber se os resultados obtidos são adequados e reconhecidos, o que reforça a importância de continuar a apostar neste tipo de prática (ICN, 2012). A sessão implementada em contexto de respostas diferenciadas para profissionais de saúde, para além de promover a sensibilização, também apresentou uma parte educativa sobre o estigma e as perturbações aditivas, contribuindo para a formação interdisciplinar, e, consequentemente para "o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada" (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p.4749).	

Quadro 5 - Competências específicas adquiridas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica	
Competência	Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.
Contextos	Internamento/Respostas Diferenciadas/Comunidade
Ao longo dos estágios, foram experienciados momentos de incerteza e dúvidas sobre a capacidade de desenvolver eficazmente o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Para mitigar essas dificuldades, investiu-se no treino da autocompetência, adotando estratégias que permitiram fortalecer progressivamente a autoconfiança. O registo sistemático de pequenos objetivos alcançados revelou-se uma ferramenta essencial, pois possibilitou uma visão concreta da evolução. Paralelamente, a valorização dos elogios recebidos, tanto por parte dos colegas como dos supervisores, teve um impacto significativo na construção de uma percepção mais positiva e realista sobre as competências clínicas. A assertividade sempre se constituiu um desafio ao longo da vida, representando um obstáculo na comunicação terapêutica e na interação com a equipa multidisciplinar. Para superar esta dificuldade, foram realizados treinos através de <i>role-playing</i> em contexto domiciliar. A simulação de diferentes cenários ajudou a aperfeiçoar a forma de expressão, tornando a comunicação mais clara, segura e adequada à prática profissional. Este treino revelou-se fundamental para melhorar a capacidade de estabelecer limites, expressar ideias e orientações de forma mais eficaz e assertiva junto dos clientes. A monitorização das reações corporais, emocionais e comportamentais revelou-se um elemento crucial para o desenvolvimento do autoconhecimento. Através da escrita reflexiva e da verbalização dessas experiências, foram identificados padrões de resposta, permitindo o ajuste da postura profissional. Esta prática possibilitou um maior controlo sobre as emoções no processo terapêutico, promovendo um cuidado mais estruturado e intencional. As estratégias de regulação emocional desempenharam um papel determinante na gestão do <i>stress</i>. O recurso às técnicas de respiração e relaxamento foi especialmente relevante em situações de alta tensão ou em momentos em que a sobrecarga de tarefas dificultava a manutenção do foco. Estas práticas permitiram preservar a estabilidade emocional e garantir um desempenho profissional mais eficaz, contribuindo para uma relação terapêutica mais consistente e benéfica para os clientes. Montezeli et al. (2018), mencionam que a automonitorização, a assertividade, e a expressão de sentimentos positivos (reconhecimento e a valorização do trabalho) são das habilidades sociais mais importantes a desenvolver em enfermagem, na medida que não facilitam só a	

prestação de cuidados, como melhoram a qualidade da mesma.

Outro aspeto fundamental durante o percurso foi a gestão dos impasses terapêuticos, em especial a contratransferência, no contexto dos clientes com perturbações aditivas. A proximidade com esta população é um trabalho contínuo de autorregulação para evitar que experiências e valores pessoais interfiram na qualidade da relação terapêutica. A reflexão crítica sobre estas dinâmicas permitiu o desenvolvimento de uma postura mais profissional e centrada no cuidado, garantindo que as intervenções fossem guiadas por princípios éticos e científicos, independentemente de eventuais reações emocionais desencadeadas. O termo contratransferência refere-se às reações que o próprio profissional tem em relação ao utente, tanto a nível emocional quanto cognitivo (pensamentos, sentimentos, percepções) (OE, 2023). Assim, quando o profissional se depara com questões pessoais que merecem ser trabalhadas, o espaço adequado para o fazer é na supervisão, ou através da sua própria análise, o que não significa distanciar-se do utente, mas sim permitir que o profissional lide com os seus quesitos de forma a não comprometer o cuidado prestado ao utente (Corpas & Loyola, 2005).

Competência	Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental
Contexto	Internamento
Durante o estágio em contexto de internamento, houve a oportunidade de desenvolver competências específicas para otimizar a saúde mental dos clientes, com foco especial na compreensão e intervenção no autoestigma em pessoas com esquizofrenia. Uma das estratégias fundamentais para a realização de entrevistas individuais foi a aplicação das escalas de avaliação do estigma internalizado, autoestima e percepção da autoeficácia, compreendendo como o autoestigma influencia algumas variáveis. Permitiu obter uma visão abrangente dos desafios enfrentados por cada pessoa, indo além dos sintomas clínicos e explorando aspetos emocionais, sociais e ocupacionais. Esta prática facilitou a criação de planos de intervenção ajustados à realidade de cada utente, promovendo um cuidado mais individualizado e eficaz. Tanto a intervenção de enfermagem em grupo, direcionada para a prevenção do autoestigma, como a intervenção individual na atuação do autoconceito e autoestigma, foram centrais. Através de estratégias psicoeducativas, cognitivas e comportamentais, trabalhou-se o fortalecimento da identidade dos clientes, desmistificando pensamentos estigmatizantes e promovendo um discurso mais positivo sobre a sua condição. A promoção do empoderamento e do <i>recovery</i> consitiu um foco central, envolvendo mudança de atitudes e resignificação da vida, onde os clientes reconquistaram a esperança e a autoconfiança. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica desempenha, assim, um papel essencial ao apoiar esse processo, promovendo a adaptação e o crescimento da pessoa, tanto ao nível pessoal quanto social (OE, 2021).	

A intervenção em grupo aos familiares cuidadores de utentes com psicose, incluiu-se nos projetos de cuidados a clientes cuidadores, no âmbito da saúde mental, como o critério de avaliação desta competência indica. A promoção do autocuidado mental, bem como a promoção do conhecimento sobre o estigma e estratégias como combatê-lo, fomentou o desenvolvimento de fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental dos cuidadores.	
Contexto	Respostas Diferenciadas
O desenvolvimento de um questionário para avaliar o estigma estrutural e o conhecimento sobre o autoestigma na população com perturbações aditivas, permitiu identificar perceções estigmatizantes, lacunas de conhecimento e atitudes dos profissionais em relação a esta população, importante para a promoção e otimização de cuidados prestados. A sensibilização para a diminuição do estigma estrutural, contribuiu de forma indireta para a otimização da saúde mental dos utentes com perturbações aditivas (Nyblade et al., 2019). Foi realizado um estudo de caso no âmbito das perturbações aditivas, onde o processo de enfermagem realizado permitiu a identificação das necessidades da utente, bem como a implementação de intervenções personalizadas e individualizadas, com vista à otimização da saúde mental.	
Contexto	Comunidade
A aplicação do Inventário da Experiência de Cuidar aos familiares cuidadores de pessoas com perturbação neurocognitiva permitiu a identificação de áreas que influenciam positiva e negativamente a experiência de cuidar. A intervenção psicoeducativa realizada aos familiares cuidadores, visou tanto a otimização da saúde mental dos mesmos, como indiretamente, nas pessoas cuidadas. Entender melhor como o estigma afeta os familiares cuidadores é essencial para criar estratégias que ajudem a reduzir os impactos negativos e oferecer um suporte mais eficaz (Sakwape et al., 2025). O estudo de caso em contexto de comunidade revelou a importância de uma abordagem holística e centrada na pessoa, com ênfase em técnicas que promovem a autonomia emocional e comportamental, desenvolvendo a prática cuidada de enfermagem em utentes que experienciam violência doméstica (Cordeiro & Silva, 2022).	
Competência	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
Contextos	Internamento/Respostas Diferenciadas/Comunidade

Contextos	Internamento/Respostas Diferenciadas/Comunidade
Ao longo dos diferentes locais de estágio procedeu-se à identificação e categorização dos domínios de enfermagem, seguida da formulação de diagnósticos específicos, com base em sistemas de taxonomias standardizados. Foi realizada a aplicação do processo de enfermagem, desde a avaliação inicial até à implementação e avaliação das intervenções, assegurando uma abordagem sistemática e centrada no cliente. Tavares et al. (2016) mencionam que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve ser competente na sistematização dos cuidados de enfermagem, ferramenta essencial para entender de forma mais profunda as condições de saúde física e emocional dos utentes, contribuindo para a sua reabilitação psicossocial. Este processo também fortalece e amplia a prática da enfermagem, permitindo que o cuidado seja mais direcionado e eficaz. Ainda, a utilização de classificações diagnósticas internacionais, nomeadamente o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5.^a edição e a Classificação Internacional de Doenças, 11.^a revisão, para distinguir manifestações clínicas de diferentes patologias, foi essencial. Entender estas classificações torna o profissional de saúde mental mais consciente da sua responsabilidade ao utilizá-las. Esse entendimento facilita a perceção dos efeitos que um diagnóstico pode gerar na vida do cliente (Côrtes et al., 2024). Procedeu-se, ainda, à implementação de intervenções em diferentes locais de estágio, utilizando abordagens psicoeducativas, cognitivas e comportamentais, com o objetivo de melhorar o conhecimento, desenvolver estratégias de <i>coping</i>, atuar no combate ao estigma e intervir noutras necessidades identificadas durante o processo de acompanhamento. A análise contínua dos resultados clínicos, tanto ao nível individualizado, como grupal, foi realizada para aferir os ganhos em saúde mental e a efetividade das intervenções.	
Competência	Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, 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
Contextos	Internamento/Respostas Diferenciadas/Comunidade
Antes de se proceder à especificação de cada local de estágio importa definir alguns conceitos: - Uma intervenção psicoterapêutica deve ter uma base disciplinar sólida e estrutura bem definida. Para isso, é essencial seguir diretrizes específicas, incluindo o uso de sistemas de classificação da enfermagem, como NANDA, CIPE, NIC e NOC. A abordagem deve ser integrativa, com duração entre três e 12 sessões, cada uma com 45 a 60 minutos, podendo ocorrer em internamento ou ambulatório. Antes de iniciar a intervenção, é necessária uma avaliação mental prévia (Sessão 0) para verificar se o utente atende aos critérios de inclusão para realização de uma intervenção	

psicoterapêutica. A escolha da abordagem psicoterapêutica deve considerar as necessidades individuais do utente, podendo combinar diferentes técnicas. Se for adotada uma linha humanista, por exemplo, o enfermeiro deve agir com empatia, congruência e aceitação incondicional, valorizando a individualidade do utente (OE, 2023).

- A intervenção socioterapêutica centra-se na pessoa enquanto parte de um grupo ou comunidade, promovendo a melhoria das relações interpessoais. É sempre realizada em grupo e visa fortalecer os laços sociais, familiares e profissionais (OE, 2017).
- A intervenção psicoeducacional tem como objetivo informar o utente e a sua família sobre a doença mental e o seu impacto. Além da transmissão de conhecimento, ensina estratégias para lidar com os desafios sentidos (OE, 2017).
- A intervenção psicossocial abrange estratégias para melhorar o bem-estar emocional, social e comportamental da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. No âmbito da enfermagem, inclui intervenções especializadas para reabilitação psicossocial, como o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, promovendo maior autonomia e qualidade de vida. Centra-se na “emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração” (OE, 2017, p.16).

Ao longo dos diferentes estágios procedeu-se, assim, à implementação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais.

Contexto	Internamento
	Em contexto de internamento, implementou-se a intervenção psicoterapêutica: Reestruturação Cognitiva. Esta intervenção, baseada na terapia cognitiva, permitiu à utente uma alteração da visão sobre si, reconstruindo as distorções cognitivas que tinha relacionadas ou não com a doença mental, levando a uma melhoria do autoconceito (incluindo o autoestigma) e humor. No âmbito psicoeducacional e psicossocial, as sessões realizadas aos utentes com Esquizofrenia, permitiram tanto o aumento do conhecimento sobre o estigma social e autoestigma, como a melhoria de estratégias de <i>coping</i> perante os mesmos. Esta intervenção auxiliou na reinserção social, visto que o objetivo do serviço era a desinstitucionalização. Para além de que, promoveu a relação entre os membros do grupo, podendo enquadrar-se, também, numa intervenção socioterapêutica. A sessão psicoeducativa aos familiares cuidadores, teve como foco o aumento de conhecimento sobre estigma face à doença mental, a importância do autocuidado mental dos familiares cuidadores, bem como a promoção de estratégias de <i>coping</i>. Desta forma, enquadrando-se no âmbito psicoeducacional.

Contexto	Respostas Diferenciadas
	Em contexto de respostas diferenciadas, foi implementada uma intervenção no âmbito psicoterapêutico, utilizando técnicas cognitivas de aceitação e compromisso, baseada na terapia de aceitação e compromisso. Esta intervenção foi realizada em contexto de estudo de caso, que permitiu uma diminuição do autoestigma, e aumento da autoestima e percepção da autoeficácia, domínios que estariam comprometidos. A sessão de sensibilização aos profissionais de saúde enquadra-se no âmbito psicoeducacional, na medida que para além de serem ensinados conceitos como estigma e autoestigma, foi promovida a consciencialização sobre as atitudes estigmatizantes, bem como estratégias para diminuí-las/eliminá-las.
Contexto	Comunidade
	Em contexto da comunidade, foi realizada a intervenção psicoterapêutica: Relação de Ajuda Profissional, baseada na terapia humanista. Esta intervenção permitiu à utente o reforço e aquisição de novas estratégias que lhe permitiram um melhor autocontrolo do humor e ansiedade. As sessões realizadas para os familiares cuidadores enquadraram-se no âmbito psicoeducacional, pois tiveram como objetivo aumentar o conhecimento para promover o bem-estar tanto dos próprios participantes, como da pessoa cuidada.

Ficou, assim, evidente que todas as competências, tanto as comuns do EE como as específicas do EEESMP, foram adquiridas e integradas na prática clínica, consolidando uma atuação especializada e alinhada com as melhores práticas de ESMP. As competências comuns do EE, relacionadas com a gestão da equipa e a governação clínica, não foram integradas de forma tão aprofundada como as restantes, uma vez que, durante o desenvolvimento enquanto EEESMP, se privilegiou o contacto direto com os utentes. A integração de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais permitiu estabelecer relações terapêuticas, promovendo a autonomia, a adaptação e a recuperação dos clientes. Além disso, a atenção à qualidade dos cuidados, à segurança do ambiente terapêutico e à colaboração interdisciplinar reforçou a abordagem holística adotada.

3.2. Análise crítico-reflexiva: autoconhecimento e contributos do projeto de desenvolvimento de competências para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A experiência adquirida no decorrer do estágio em três contextos diferentes representou um marco no desenvolvimento da prática profissional enquanto EEESMP. O projeto, centrado na redução e prevenção do AE, visou não só a aplicação de forma integrada os conhecimentos teóricos adquiridos, fundamentados em abordagens teóricas sólidas, como a reavaliação contínua das atitudes e metodologias para atender às necessidades específicas de cada utente.

A Teoria das Transições de Meleis, com o seu foco nos processos de mudança vivenciados pelos indivíduos, bem como as modalidades terapêuticas aconselhadas, foram determinantes para o estabelecimento de processos de enfermagem adequados. No contexto de internamento, os utentes estavam a passar por duas transições em simultâneo: transição de saúde/doença, devido ao processo de *recovery*, e transição situacional, sendo a meta a desinstitucionalização. Assim, para atingir a mestria e uma melhor adaptação a outro meio, é preciso a obtenção de estratégias que permitam enfrentar o estigma social e AE. Desta forma, foi priorizado a criação de um ambiente acolhedor, utilizando a reminiscência como ferramenta para resenificar experiências passadas e fortalecer a autoestima e a perceção autoeficácia dos utentes, complementada pela suplementação de papel. Estas intervenções visaram, também, aumentar o conhecimento sobre a doença e fomentar estratégias para enfrentar pensamentos negativos e situações de discriminação. Em contexto de respostas diferenciadas, entreviu-se indiretamente nos processos de transição dos utentes com perturbação do uso de substâncias. O foco foi a promoção de um ambiente acolhedor como modalidade terapêutica, conjugando intervenções educativas com a reflexão crítica sobre as práticas dos profissionais de saúde, para que os próprios sejam facilitadores dos processos transicionais. No contexto comunitário, os FC estariam a passar por uma transição situacional, na medida que houve alteração de papéis (para o papel de cuidador). Assim, dedicamo-nos à promoção de redes de apoio, ambientes inclusivos e à reflexão sobre o estigma do FC, além de fomentar o desenvolvimento de

competências e conhecimentos adaptados às especificidades do cuidado. A adaptação das modalidades terapêuticas descritas por Schumacher et al. (1999), revelaram-se, assim, particularmente adequadas mitigando os impactos negativos dos condicionantes dificultadores do processo (estigma e AE), promovendo transições mais saudáveis e bem-sucedidas.

Dos desafios apresentados pelos CSM, surgiu, ainda, a necessidade premente de intervenções que não apenas abordassem os sintomas manifestos, mas também promovessem uma transformação fundamental na forma como os utentes percebiam e interpretavam a sua realidade. Tornou-se, assim, de extrema relevância, que a prática em ESMP se baseasse numa compreensão profunda das complexidades do funcionamento cognitivo humano. Desta forma, o modelo cognitivo do AE (Corrigan et al., 2015; Corrigan & Rao, 2012), ao descrever as etapas que compõem a internalização dos estereótipos, forneceu uma estrutura clara para identificar as crenças negativas internalizadas e atuar na sua desconstrução. Os modelos teóricos utilizados foram, desta forma, congruentes e facilitadores no processo de cuidados.

A intervenção no estigma e AE, ainda enfrenta desafios significativos, uma vez que o tema permanece envolto em tabus e desinformação. A percepção social negativa sobre as PNCSM leva à perpetuação de crenças errôneas que impactam tanto os utentes quanto os profissionais de saúde. A internalização dessas crenças pelos próprios utentes resultava em resistência à desconstrução de narrativas estigmatizantes e em alguma renitência de adesão às atividades propostas. Através da consolidação de uma relação terapêutica concisa, foi possível minimizar essa resistência, promovendo um espaço seguro para a expressão das vivências estigmatizantes. A relação terapêutica, quando pautada na escuta ativa, aceitação incondicional e comunicação clara, permitiu que os utentes se sentissem validados e compreendessem que as suas condições não os definiam por completo. A empatia, nesse contexto, foi fundamental para construir um vínculo de confiança, possibilitando que os utentes se sentissem acolhidos e seguros para explorar as suas crenças, emoções e dificuldades derivadas do estigma e AE (Deres et al., 2020; Girard et al., 2021). Assim, para além dos referenciais teóricos anteriormente referidos, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, também auxiliou na delineação das intervenções realizadas, na medida que foi evidenciada a

importância da relação terapêutica no processo de cuidados, sendo o enfermeiro facilitador de mudanças e promotor de crescimento pessoal e bem-estar (Franzoi et al., 2016). Para além disso, Sampaio e Canut (2015), destacam o relacionamento como o fator mais importante, sendo o principal mecanismo das intervenções psicoterapêuticas em enfermagem. A experiência vivida corrobora, assim, com os referidos autores.

O contacto direto com utentes em situação de vulnerabilidade emocional permitiu o aprofundar do autoconhecimento enquanto EEESMP. Ao longo da prática, as crenças e sentimentos emergiam de forma inesperada, exigindo um trabalho contínuo de auto-observação, autocrítica e reflexão. Ficou perceptível que, para intervir de forma eficaz, seria imprescindível reconhecer as próprias limitações e preconceitos implícitos, assumindo o compromisso de os desconstruir ativamente. Com o tempo, foi-se tomando consciência de que o crescimento profissional está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento pessoal. O trabalho direccionado ao AE dos utentes permitiu um olhar mais atento sobre as barreiras invisíveis que dificultam a aceitação e a mudança. Nesse percurso, o desenvolvimento da assertividade revelou-se um processo gradual, mas essencial para a evolução enquanto EEESMP. Compreendeu-se que a assertividade não se opõe à empatia, mas reforça-a, e que o equilíbrio entre a escuta ativa e a comunicação assertiva fortalece a confiança para o exercício do papel profissional.

A gestão de expectativas constituiu outro desafio. Inicialmente, existia uma visão idealizada sobre o impacto das intervenções, esperando mudanças rápidas e visíveis nos utentes. Contudo, a realidade clínica evidenciou que o processo terapêutico é marcado por avanços e retrocessos, sendo indispensável respeitar o ritmo de cada pessoa. Reconheceu-se, então, que pequenas conquistas já representam progressos significativos. Esta reformulação de expectativas permitiu reduzir a frustração e prevenir o desgaste emocional, distinguindo o que está ao alcance do profissional daquilo que é da responsabilidade do próprio utente. Assim, esta diferenciação revelou-se fundamental para evitar a internalização de fracassos profissionais e permitiu a atuação de forma mais equilibrada, centrando-se na promoção da autonomia dos utentes. O amadurecimento da capacidade de reconhecer e gerir as próprias emoções constituiu-se como um pilar essencial no

cuidar, permitindo manter a estabilidade emocional e a segurança no exercício da prática profissional. Este saber-fazer, ajuda os clientes a alcançarem maior consciência emocional, contribuindo para que se sintam mais compreendidos, acolhidos e confortados ao longo do processo de cuidar (Xavier et al., 2014). Desta forma, esta reflexão revelou-se tanto um desafio interno, quanto uma oportunidade para compreender que o processo de cuidar está intrinsecamente ligado a uma jornada contínua de autoconhecimento e melhoria pessoal.

O trabalho com utentes com perturbação do uso de substâncias foi um desafio, especialmente devido aos momentos de contratransferência vivenciados, como já descrito no capítulo anterior. No entanto, o acompanhamento de uma vítima de violência doméstica representou, também, uma das experiências mais marcantes durante a prática. Apesar da utente já ter apresentado queixa do agressor, notava-se uma ambivalência emocional constante. Encontrava-se num ciclo entre o sofrimento vivido e as esperanças de mudança. Tal como Zancan e Habigzang (2018), constataram, existem níveis moderados de desregulação emocional, gerando dificuldades na gestão de emoções e comportamentos em contextos de alta carga emocional, em mulheres expostas à violência conjugal. Diante essas dificuldades, compreendeu-se a importância de se adaptar a abordagem terapêutica à realidade e ao ritmo de cada vítima. Respeitar o seu tempo de decisão, fornecer informações claras sobre os seus direitos e opções, reforçar a sua capacidade de escolha, e auxiliá-la na gestão emocional, foram estratégias essenciais no processo de acompanhamento.

O tempo decorrido nos locais de estágio revelou-se curto, uma limitação que impactou diretamente a possibilidade de aprofundar algumas intervenções e consolidar aprendizagens de forma mais estruturada. Apesar disso, foi intensamente enriquecedor, proporcionando momentos de grande valor formativo e reflexivo. O período limitado obrigou a priorizar ações e estratégias, deixando, por vezes, a sensação de que poderia ter sido feito mais. Ainda assim, esse contexto reforçou a importância de uma gestão eficaz do tempo e da capacidade de maximizar os recursos disponíveis para garantir um cuidado de qualidade e significativo para os utentes.

Posto isto, existem alguns contributos para a prática da ESMP:

- Em primeiro lugar, a importância da relação terapêutica como eixo central do cuidado torna-se incontestável, quando se trata de AE. É essencial que os enfermeiros consigam criar relações terapêuticas sólidas com as pessoas que cuidam, ajudando-as a expressar as emoções, reconhecer dificuldades e encontrar formas de se adaptar aos desafios do estigma e AE. O EEESMP deve, assim, investir no desenvolvimento de competências relacionais que facilitem a desconstrução do estigma internalizado e promovam um maior sentido de identidade e valorização pessoal (Deres et al., 2020; Girard et al., 2021).
- Uma intervenção no estigma e AE deve ser uma prioridade na prática clínica. A psicoeducação, a RC, bem como intervenções que integram diferentes abordagens terapêuticas (psicoeducativas, cognitivas e comportamentais) demonstraram efeitos positivos na mudança de pensamentos disfuncionais relacionados com a doença mental, na autoestima e na perceção da autoeficácia, em diferentes públicos-alvo. Indo em consonância com a literatura (Alonso et al., 2019).
- O facto de existir um modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem, permitiu a existência de *guidelines* específicas que facilitou a prática. No entanto, é importante refletir que uma intervenção psicoterapêutica não deve ser standardizada (Sampaio et al., 2018), podendo, desta forma, colocar em causa a individualização dos cuidados prestados.
- Intervenções em ESMP devem, em simultâneo, visar sempre que possível, o reforço da autoestima e da perceção de autoeficácia das PNCSM, articulando-se com estratégias que ajudem a reduzir o AE. Os três construtos correlacionam-se positivamente entre si (Pasmatzki et al., 2016).
- É essencial a sensibilização aos profissionais de saúde para a sua própria postura face às PNCSM, garantindo que não perpetuem discursos ou práticas discriminatórias. Foi evidenciada, apesar de ser numa amostra limitada, que os profissionais de saúde apresentam estereótipos perante as PNCSM. Já é

evidenciado na literatura que atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde quebram a relação terapêutica, importante para a adesão ao plano terapêutico das PNCSM (Ahad et al., 2023). Desta forma, a promoção da sensibilização e consciencialização sobre as práticas discriminatórias nos cuidados de saúde torna-se imprescindível.

- A necessidade de capacitação contínua dos profissionais também se destaca. O combate ao estigma e a promoção da recuperação implicam uma atualização constante dos conhecimentos, de forma a garantir que as instruções sejam adequadas e baseadas na melhor evidência disponível. A realização de formações regulares sobre os CSM deve ser concretizada (Chue & Tate, 2024).
- A gestão emocional e o autocuidado do EEESMP são igualmente aspetos críticos para a prática. O contacto constante com situações de sofrimento e vulnerabilidade exige um trabalho contínuo de autoconhecimento e regulação emocional, prevenindo o *burnout* e garantindo a manutenção de uma postura profissional equilibrada. Assim, a nível organizacional propõe-se a integração de práticas de *mindfulness* aos enfermeiros, bem como uma reformulação dos serviços de saúde, especialmente no que toca ao rácio enfermeiro-utente. Apesar destes aspetos, estarem, também, descritos já na literatura (Thomas et al., 2024), a mudança organizacional, ainda se encontra pouco assente. Ainda, no mesmo contexto, foi perceptível, que alguns EEESMP, realizavam tanto cuidados especializados, como gerais. Um EEESMP com a função exclusiva de planear e executar intervenções psicoterapêuticas, seria necessário em todas as unidades de saúde, promovendo efeitos positivos nos clientes. Para além disso, seria importante realizar mais estudos para destacar a eficácia dessas intervenções e valorizar a especialidade a nível institucional e governamental, garantindo o reconhecimento e a melhoria das condições para a prática desses profissionais.
- A conceção de cuidados de enfermagem no AE, não se encontra documentada. Apesar da existência de estudos sobre a atuação no AE, a abordagem do mesmo enquanto domínio ou diagnóstico de enfermagem não

se encontra na literatura. Sugere-se investigação a esse nível, para que a prática se baseie na evidência.

- Apesar do AE poder estar inserido no âmbito do autoconceito, as outras vertentes do estigma (social, estrutural) não estão contempladas na ontologia. Enquanto cliente grupo, seria interessante a sua inclusão, na medida que intervenções no combate ao estigma social e estrutural são deveras relevantes. Propõe-se investigação nessa matéria.
- Embora haja estudos sobre o AE e as intervenções do EEESMP, a pesquisa a nível nacional ainda é limitada. Por isso, sugere-se a realização de estudos que caracterizem a população portuguesa quanto à presença de AE em PNCSM, e como os EEESMP atuam nesse fator condicionante de processos de transição. Programas que integrem abordagens psicoeducativas, cognitivas e comportamentais, com o objetivo de diminuir o AE em PNCSM poderiam ser implementados a nível nacional, bem como salientados os seus resultados.

A prática clínica experienciada reforça a necessidade de uma perspetiva realista sobre a mudança do estigma e AE. O estigma é um fenómeno profundamente enraizado na sociedade e a sua desconstrução é um processo gradual. Pequenos progressos, como um utente verbalizar uma mudança na perceção sobre si mesmo ou um cuidador demonstrar maior compreensão durante o cuidado, devem ser valorizados como avanços significativos no processo de recuperação. A prática do EEESMP deve, assim, estar assente na empatia, no conhecimento e no compromisso com a promoção da dignidade e inclusão dos utentes, principalmente no âmbito do estigma e AE.

CONCLUSÃO

O presente relatório traduz o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE e específicas do EEESMP, no âmbito do MESMP. A implementação do projeto de desenvolvimento de competências permitiu aprofundar e consolidar conhecimentos, valorizando a prática especializada na abordagem ao fenómeno do estigma e, em particular, ao AE.

As intervenções desenvolvidas em múltiplos contextos (internamento, respostas diferenciadas e comunidade) vieram reforçar a importância da intervenção especializada do EEESMP. A mesma revelou-se determinante na desconstrução do AE, potenciando o desenvolvimento de estratégias de *coping*, o fortalecimento da autoestima, da perceção da autoeficácia e a promoção de um sentido de recuperação mais significativo para os utentes.

Verificou-se a importância da relação terapêutica enquanto ferramenta privilegiada na promoção da mudança, permitindo aos clientes expressarem as suas vivências estigmatizantes e encontrarem caminhos de superação. A Teoria das Transições de Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, revelaram-se particularmente adequadas, fornecendo bases teóricas consistentes para o planeamento e execução das intervenções.

No que concerne à eficácia, os objetivos delineados para cada intervenção foram atingidos, traduzindo-se em ganhos ao nível da consciencialização dos utentes, profissionais de saúde e FC sobre o impacto do AE, bem como no aumento do conhecimento sobre o estigma e AE nesses públicos-alvo. Para além disso, verificou-se melhorias na autoestima, da perceção de autoeficácia, desenvolvimento de estratégias de *coping*, e diminuição do AE em PNCSM. A eficiência do projeto foi igualmente evidenciada, através da otimização dos recursos disponíveis e da adaptação das intervenções às necessidades singulares de cada público-alvo, fundamentais para o sucesso clínico.

Entre os fatores facilitadores do processo de cuidados evidenciado, destacam-se: a diversidade dos contextos de estágio, que proporcionou um olhar mais amplo e

crítico sobre as realidades da saúde mental; a presença de tutores e professores incentivadores, que contribuíram decisivamente para a aprendizagem; e a estruturação do estágio em dois módulos (planeamento e operacionalização), que permitiu uma intervenção mais consistente e orientada.

Contudo, emergiram também constrangimentos, nomeadamente a limitação temporal, que restringiu a possibilidade de consolidar de forma mais robusta as mudanças cognitivas desejadas. Acresce a inexistência do estigma, caracterizado pelas diferentes vertentes (AE, social, estrutural), enquanto domínio reconhecido na ontologia em enfermagem, o que pode dificultar a documentação formal dos cuidados prestados.

Como contribuições para a prática de enfermagem, o projeto implementado obteve um impacto positivo na reflexão conjunta dos enfermeiros, resultando na redução de atitudes estigmatizantes e numa maior consciencialização sobre a importância da atuação no AE. Intervenções que integrem estratégias psicoeducativas, cognitivas e comportamentais mostraram-se eficazes na diminuição e prevenção do AE das PNCSM. Revela-se, contudo, essencial, o desenvolvimento de novos estudos que integrem o AE nas PNCSM, bem como as intervenções do EEESMP realizadas a nível nacional.

Desta forma, ficou evidenciado que os objetivos do MESMP foram atingidos. A aquisição de competências comuns do EE e específicas do EEESMP foi alcançada, destacando-se o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, bem como o aprimoramento de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. Observou-se um significativo crescimento emocional, profissional e pessoal, refletindo diretamente na autoconfiança, tomada de decisões e na qualidade da prática profissional.

Este percurso permitiu constatar que, independentemente do diagnóstico, da história de vida ou da fragilidade que cada pessoa carrega, há uma dimensão universal que nos aproxima: o desejo de ser aceite, valorizado e cuidado. É o estigma que cria muros invisíveis que isolam, ferem e fazem duvidar do próprio valor. Acreditamos que a essência do cuidar, reside na capacidade de romper essas barreiras, e de reconhecermos a dignidade de cada pessoa, sem filtros ou preconceitos,

oferecendo-lhe um espaço onde possa (re)descobrir-se e reconstruir-se. Porque é no ato de cuidar que reside a essência de que somos todos iguais: humanos, antes de qualquer rótulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and addressing mental health stigma across cultures for improving psychiatric care: A narrative review. *Cureus*, 15(5), e39549. <https://doi.org/10.7759/cureus.39549>
- Alguacil Cabrera, M. M., Lozano Díaz, D., & Arias Arias, Á. (2020). Eficácia da Biodanza® em pessoas com transtorno mental e familiares em um hospital de dia. *Ene*, 14(1), 1415. Recuperado em 12 de março de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100005&lng=es&tlng=es
- Alonso, M., Guillén, A. I., & Muñoz, M. (2019). Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: A systematic review. *The Spanish Journal of Psychology*, 22. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9>
- Amsalem, D., Rogers, R. T., Stroup, T. S., Dixon, L., & Pope, L. G. (2023). Self-stigma among people with serious mental illnesses: The use of focus groups to inform the development of a brief video intervention. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 243–249. <https://doi.org/10.1037/prj0000570>
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores Portugueses. *Revista Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105.
- Arboleda-Florez, J., & Stuart, H. (2012). Do pecado à ciência: Combatendo a estigmatização da doença mental. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457–463.
- Assefa, D., Shibre, T., Asher, L., & Fekadu, A. (2012). Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: A cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-239>

- Ayenalem, A. E., Tiruye, T. Y., & Muhammed, M. S. (2017). Impacto do autoestigma na qualidade de vida de pessoas com doença mental no Dilla University Referral Hospital, Etiópia do Sul. *American Journal of Health Research*, 5(5), 125-130.
- Bahar, S. M., & Bigdeli, I. (2020). Fenômeno do estigma para demência na população iraniana: Um estudo fenomenológico. *Dementia*, 19(2), 319–329. <https://doi.org/10.1177/1471301218774081>
- Bahrami, R., & Khalifi, T. (2022). O efeito da psicoeducação no estigma de afiliados em cuidadores familiares de pessoas com transtorno bipolar. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221132166. <https://doi.org/10.1177/23779608221132166>
- Bandura, A. (1997). *Autoeficácia: O exercício do controle*. W. H. Freeman and Company.
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Terapia de aceitação e compromisso: História, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3), 34–49. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711>
- Barrantes, F. R., Violante, C., Graça, L. C. C., & Amorim, I. (2017). Programa de luta contra o estigma: Resultados obtidos na formação dos profissionais de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, spe5, 19–24. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0162>
- Bastos, F., Moraes, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Suplemento Digital Ver ROL Enferm*, 44(11-12), 57-61. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38605/1/ICOHN21_57-61.pdf
- Beck, J. S. (2021). *Terapia cognitivo-comportamental – Noções básicas e além*. The Guilford Press.

- Berger, F., et al. (2020). Additions and corrections to Berger et al. (2020): Species of *Pronectria* and *Xenonectriella* on *Physciaceae*. *Herzogia*, 35(2), 687-688. <https://doi.org/10.13158/heia.35.2.2022.687>
- Böckler, A., et al. (2021). Cognição interativa: Uma introdução. *Cognição Visual*, 29(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/13506285.2021.2013146>
- Bracke, P., Christiaens, W., & Verhaeghe, M. (2008). Autoestima, autoeficácia e equilíbrio do apoio de pares entre pessoas com problemas crônicos de saúde mental. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(2), 436–459. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00312.x>
- Brouwers, E. P. M. (2020). O estigma social é um fator subestimado que contribui para o desemprego em pessoas com doenças mentais ou problemas de saúde mental: Documento de posicionamento e direções futuras. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00399-0>
- Brummelman, E., Crocker, J., & Bushman, B. J. (2016). O paradoxo do elogio: Quando e por que o elogio sai pela culatra em crianças com baixa autoestima. *Child Development Perspectives*, 10(2), 111–115. <https://doi.org/10.1111/cdep.12171>
- Büchter, R. B., & Messer, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: A systematic review of randomized controlled trials. *German Medical Science: GMS e-journal*, 15, Doc07. <https://doi.org/10.3205/000248>
- Buckwalter, K. (2014). Estigma percebido em cuidadores de pessoas com demência e seu impacto nos sintomas depressivos. *Journal of Depression and Anxiety*, 3(4). <https://doi.org/10.4172/2167-1044.1000162>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Classificação de intervenções de enfermagem*. Elsevier.
- Carpenito, L. J. (2019). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. Artmed.

- Cavelti, M., Rüsch, N., & Vauth, R. (2014). Is living with psychosis demoralizing? Insight, self-stigma, and clinical outcome among people with schizophrenia across 1 year. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 521–529. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000160>
- Chang, C.-C., Yen, C.-F., Jang, F.-L., Su, J.-A., & Lin, C.-Y. (2017). Comparing affiliate stigma between family caregivers of people with different severe mental illness in Taiwan. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 542–549. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000671>
- Cheng, K. Y., & Liu, W. I. (2023). *Hu li za zhi: The Journal of Nursing*, 70(1), 23–28. [https://doi.org/10.6224/JN.202302_70\(1\).05](https://doi.org/10.6224/JN.202302_70(1).05)
- Cheng, S. T., Au, A., Losada, A., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2019). Intervenções psicológicas para cuidadores de demência: O que alcançamos, o que aprendemos. *Current Psychiatry Reports*, 21(7). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1045-9>
- Chue, P., & Tate, M. (2024). Educational interventions for healthcare professionals can reduce stigma towards mental illness. *Evidence-Based Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2024-104052>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23, 63–72.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Navegador CINP*. Recuperado em 7 de março de 2025, de <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Cordeiro, A., Silva, A., Fernandes, C., Nunes, D., & Filho, I. (2022). Importância do papel da enfermagem no atendimento à mulher vítima de violência e violência doméstica. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 11, 77–93. <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p77a93>

- Corpas, F., & Loyola, C. (2005). Transference and counter-transference in psychiatric nursing. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9, 378–382.
- Corrigan, P. (2004). Como o estigma interfere nos cuidados de saúde mental. *The American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). O estigma da doença mental: Modelos explicativos e métodos para mudança. *Psicologia Aplicada e Preventiva*, 11(3), 179–190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.00>
- Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A., & Rüsch, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American Journal of Public Health*, 103(5), 794–800. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301037>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, P. W. (2002). Empoderamento e doença mental grave: Parcerias de tratamento e oportunidades comunitárias. *Psychiatric Quarterly*, 73(3), 217–228. <https://doi.org/10.1023/A:1016040805432>

- Corrigan, P. W., & Nieweglowski, K. (2018). Estigma e a agenda de saúde pública para a crise dos opioides na América. *The International Journal on Drug Policy*, 59, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.015>
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Compreendendo e influenciando o estigma da doença mental. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(1), 42–48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080101-04>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Compreendendo o impacto do estigma em pessoas com doença mental. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- Côrtes, M. do S. M., & Silva, C. C. de F. (2024). CID e DSM: Breve percurso histórico das classificações dos transtornos mentais. *Psicologia Revista*, 33(1), 75–102. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2024v33i1p75-102>
- Costa, E., & Noal, M. H. O. (2017). O papel do Projeto “Comunidade de Fala” no empoderamento e recuperação de usuários dos serviços de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 21(9), 199–211. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69545>
- Cunha, A. C. F., & Santos, T. F. dos. (2010). A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo de terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: Apontamentos bibliográficos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 17(2). Recuperado de <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/artic/e/view/103>
- Deres, A. T., Bürkner, P., Klauke, B., & Buhlmann, U. (2020). O papel do estigma durante o curso do tratamento psicoterapêutico hospitalar em uma amostra alemã. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2423>
- Díaz-Mandado, O. (2015). *Estigma internalizado no trauma mental grave: Preditores cognitivos da eficácia de um programa de intervenção* [Tese de doutorado, Universidade Complutense de Madrid]

- Díaz-Mandado, O., & Periañez, J. A. (2021). An effective psychological intervention in reducing internalized stigma and improving recovery outcomes in people with severe mental illness. *Psychiatry research*, 295, 113635. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113635>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Direção-Geral da Saúde. https://www.chpl.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/39/2020/09/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Dockery, L., Jeffery, D., Schauman, O., Williams, P., Farrelly, S., Bonnington, O., ... Clement, S. (2015). Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Research*, 228, 612–619. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.044>
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Autoestigma em doenças mentais graves: Uma revisão sistemática de frequência, correlatos e consequências. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2023). *E4nursing*. <https://e4nursing.esenf.pt/>
- Franzoi, M. A., Cardoso Lemos, K., Costa de Jesus, C. A., Moura Pinho, D. L., Kamada, I., & Diniz Reis, P. E. (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10, 3653–3661. <https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617>
- Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). O coração da arte: Inteligência emocional na educação de enfermeiros. *Nursing Inquiry*, 11(2), 91–98. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00198.x>
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Cheung, W. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia.

Psychiatry Research, 189(2), 208–214.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.013>

- Girard, J., Fox, S., LaLonde, C., & Abraham, S. (2021). Therapeutic nurse-patient relationship with individuals living with a mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 20, 290–304.
- Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., & Müller, N. (2013). Estudo transversal baseado em instalações sobre autoestigma entre pessoas com doença mental: Rumo a uma abordagem de empoderamento do paciente. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-21>
- Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Marackova, M., Ociskova, M., & Slepecky, M. (2016). Self-stigma in borderline personality disorder: Cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2439–2448. <https://doi.org/10.2147/NDT.S114671>
- Hasan, A. A., & Musleh, M. (2017). Public stigma toward mental illness in Jordan: A cross-sectional survey of family members of individuals with schizophrenia, depression, and anxiety. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(6), 36–43. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170519-05>
- Henderlong, J., & Lepper, M. R. (2002). Os efeitos do elogio na motivação intrínseca das crianças: Uma revisão e síntese. *Psychological Bulletin*, 128(5), 774–795. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.774>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Estigma de doença mental, busca de ajuda e programas de saúde pública. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Holubova, M., Latalova, K., Ociskova, M., Grambal, A., Kamaradova, D., Vrbova, K., ... Prasko, J. (2016). O autoestigma, a qualidade de vida e os dados clínicos estão inter-relacionados em pacientes do espectro da esquizofrenia? Um

- estudo ambulatorial transversal. *Patient Preference and Adherence*, 10, 265–274. <https://doi.org/10.2147/PPA.S96201>
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Kantor, K., Vanek, J., Slepecky, M., & Vrbova, K. (2019). Qualidade de vida, autoestigma e estratégias de enfrentamento em pacientes com transtornos do espectro neurótico: Um estudo transversal. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 81–95. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S179838>
- International Council of Nurses. (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação — Closing the gap: From evidence to action* (S. Severino, Trad.; B. Noronha, Rev. Téc.; L. Neves, Ed. de texto). Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP® Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jahn, D. R., Leith, J., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., Hack, S., & Lucksted, A. (2020). A influência das experiências de estigma na recuperação: Papéis mediadores do estigma internalizado, autoestima e autoeficácia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), 97–105. <https://doi.org/10.1037/prj0000377>
- Jeong, J. S., Kim, S. Y., & Kim, J. N. (2020). Cuidadores envergonhados: Autoestigma, informação e enfrentamento entre famílias de pacientes com demência. *Journal of Health Communication*, 25(11), 870–878. <https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1846641>
- Jian, C. R., Wang, P. W., Lin, H. C., Huang, M. F., Yeh, Y. C., Liu, T. L., Chen, C. S., Lin, Y. P., Lee, S. Y., Chen, C. H., Wang, Y. C., Chang, Y. P., Chen, Y. L., & Yen, C. F. (2022). Association between self-stigma and suicide risk in individuals with schizophrenia: Moderating effects of self-esteem and perceived support from friends. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15071. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215071>

- Kahn, P. V., Wishart, H. A., Randolph, J. S., & Santulli, R. B. (2016). Estigma e fardo do cuidador em transtornos de memória: Uma avaliação dos efeitos do tipo de cuidador e gênero. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2016, 8316045. <https://doi.org/10.1155/2016/8316045>
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., ... & Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1289–1298. <https://doi.org/10.2147/PPA.S110543>
- Kelly, J. F., Wakeman, S. E., & Saitz, R. (2015). Stop talking ‘dirty’: Clinicians, language, and quality of care for the leading cause of preventable death in the United States. *The American Journal of Medicine*, 128(1), 8–9. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.07.043>
- Kim, E. Y., & Jang, M. H. (2019). The mediating effects of self-esteem and resilience on the relationship between internalized stigma and quality of life in people with schizophrenia. *Asian Nursing Research*, 13(4), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.09.004>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416686373>
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(suppl 2), S54–S64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L., & Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work*, 33(4), 413–425. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0890>
- Krupchanka, D., Chrtková, D., Vítková, M., Munzel, D., Čihařová, M., Růžicková, T., ... Sartorius, N. (2018). Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. *Social Science & Medicine*, 212, 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.015>

- Laboratório de Reabilitação Psicossocial. (2020). *Ferramentas*. Observatório de Reabilitação Psicossocial. <https://labrp.pt/observatorio/index.php/recursos/ferramentas>
- Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Medical Care*, 57(5), 353–361. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001109>
- Lamont, R. A., Quinn, C., Nelis, S. M., Martyr, A., Rusted, J. M., ... Hindle, J. V. (2019). Autoestima, autoeficácia e otimismo como recursos psicológicos entre cuidadores de pessoas com demência: Descobertas do estudo IDEAL. *International Psychogeriatrics*, 31(9), 1259–1266. <https://doi.org/10.1017/S1041610219001236>
- Liaw, Y.-S., & Lien, Y.-J. (2020). Autoestigma e seus correlatos entre pacientes com esquizofrenia em Taiwan. *Journal of Taiwan Occupational Therapy Association*, 38(2), 244–259. <https://doi.org/10.6594/JTO>
- Lira, N. de C. da S., Silva, M. A. da, Silva, R. C. dos S., Andrade, C. H. S., & Silva, V. C. da. (2021). Representação social acerca da doença mental: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, 7(11), 103113–103130. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-096>
- Liu, F., Deng, H., Hu, N., Huang, W., Wang, H., Liu, L., ... & Li, Y. (2024). A relação entre autoestigma e qualidade de vida em pacientes hospitalizados de longo prazo com esquizofrenia: Um estudo transversal. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1366030.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlatos e consequências do estigma internalizado para pessoas que vivem com doença mental: Uma revisão

- sistemática e meta-análise. *Social Science & Medicine*, 71(12), 215.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010>
- Lopes, L. de O., & Cachioni, M. (2012). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: Uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 252–261. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000400009>
- Loureiro, C. (2013). *Treino de competências sociais - Uma estratégia em saúde mental: Técnicas e procedimentos para a intervenção*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 41–47. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0061>
- Lucksted, A., Drapalski, A. L., Brown, C. H., Wilson, C., Charlotte, M., Mullane, A., & Fang, L. J. (2017). Outcomes of a psychoeducational intervention to reduce internalized stigma among psychosocial rehabilitation clients. *Psychiatric Services*, 68(4), 360–367. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600037>
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reduzindo o autoestigma no abuso de substâncias por meio da terapia de aceitação e compromisso: Modelo, desenvolvimento de manual e resultados piloto. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 149–165.
<https://doi.org/10.1080/16066350701850295>
- Machado, D., Almeida, A., & Tavares, J. (2022). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 47-58.
<https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.236>
- Margolis, H., & McCabe, P. P. (2006). Melhorar a autoeficácia e a motivação: O que fazer, o que dizer. *Intervenção na Escola e na Clínica*, 41(4), 218–227.
<https://doi.org/10.1177/10534512060410040401>
- Mascayano, T. F., Tapia, M. T., & Gajardo, J. J. (2015). Estigma hacia la demencia: Una revisión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 53(3), 187–195.
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272015000300006>

- Mattos, E., Oliveira, J. P., & Novelli, M. M. P. (2020). The demands of care and self-care from the family caregiver's of the elderly with dementia perspective. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23, e200189. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200189>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experienciando transições: Uma teoria emergente de médio alcance. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Monnapula-Mazabane, P., Babatunde, G. B., & Petersen, I. (2021). Current strategies in the reduction of stigma among caregivers of patients with mental illness: A scoping review. *South African Journal of Psychology*, 51(3), 396–409. <https://doi.org/10.1177/00812463211001530>
- Monteiro, A., Costa, C., Campos, M., & Monteiro, A. (2016). Aplicabilidade da teoria de Callista Roy no cuidado de enfermagem ao estomizado. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 5(1). <https://doi.org/10.18554/reas.v5i1.1625>
- Montezeli, J. H., Almeida, K. P. de, & Haddad, M. do C. F. L. (2018). Percepções de enfermeiros sobre habilidades sociais na gestão do cuidado na perspectiva da complexidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03391. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017048103391>
- Moorhead, S., Johnson, M., Swanson, E. & Maas, M. (2020). NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem. Editora Guanabara Koogan Ltda.
- Mora-Rios, J., Ortega-Ortega, M., Natera, G., & Bautista-Aguilar, N. (2013). Autoestigma em usuários de serviços psiquiátricos e sua relação com variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. *Acta Psiquiátrica e Psicológica da América Latina*, 59(3), 147-158. <https://www.researchgate.net/publication/272415494>

- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. C., & Roessler, W. (2006). O apoio social modifica a estigmatização percebida nos primeiros anos de doença mental: Uma abordagem longitudinal. *Social Science & Medicine*, 62(1), 39–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.014>
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Tratamentos psicossociais para esquizofrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465–497. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>
- Nunes, L. M. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. Conferência apresentada no *Encontro do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*, Setúbal. <https://www.researchgate.net/publication/314050343>
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., ... Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17, 25. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
- Oliveira, S. E. H., Esteves, F. G., Pereira, E. G., Carvalho, M., & Boyd, J. E. (2015). O estigma internalizado da doença mental: Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala ISMI. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 606–612. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9828-x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos* CIPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto-2_padroesqualidadece_smp.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação de pessoa com doença mental grave*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf

Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2019). *Health at a glance 2019*. Publicação da OCDE. <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Saúde mental: Ficha informativa*. Organização Mundial da Saúde. https://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en

Öztürk, Z., & Şahin Altun, Ö. (2022). O efeito das intervenções de enfermagem para incutir esperança no estigma internalizado, esperança e níveis de qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 364–373. <https://doi.org/10.1111/ppc.12800>

Pasmatzi, E., Koulirakis, G., & Giaglis, G. (2016). Psychiatrike = Psychiatriki, 27(4), 243–252. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2016.274.243>

- Pestana, H. C. F. C., David, C. D., & Pereira, M. A. M. (2024). Segurança e proteção de dados em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 28(1), 88–96. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v28i1.322>
- Rabiais, I., & Amendoeira, J. (2013). Educar em enfermagem: Um processo de reflexividade na interação. *Cadernos De Saúde*, 6, 55–68. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2013.2841>
- República Portuguesa. (2021). Decreto-Lei n.º 113/2021. Diário da República, 1.ª série, n.º 240/2021. <https://www.dre.pt>
- República Portuguesa. (2015, 25 de junho). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 122, p. 17038. <https://dre.pt>
- República Portuguesa. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 151. <https://www.dre.pt>
- República Portuguesa. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26. <https://www.dre.pt>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Roberto, K. A., McCann, B. R., Savla, J., & Blieszner, R. (2024). Gestão de expressões comportamentais de demência por cuidadores familiares. *The Gerontologist*, 64(6), gnae020. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae020>
- Rocha, F. L., Hara, C., & Paprocki, J. (2015). Doença mental e estigma. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4). <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>
- Rosenberg, M. (1965). *Sociedade e a autoimagem adolescente*. Princeton University Press.

- Sakwape, K., Keletwaetse, G. P., Chukwuere, P., Moagi, M., & Machailo, R. (2025). Exploring the needs of family caregivers of people living with mental illness: A qualitative study in Lobatse, Botswana. *BMC Nursing*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02813-7>
- Sampaio, D. C., Dominguez, R. G. S., & Rivemales, M. C. C. (2021). Teorias de enfermagem e sua articulação com a prática: Relato de experiência. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, 7(11), 107211–107219. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-383>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: A review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15–16), 2096–2105. <https://doi.org/10.1111/jocn.12808>
- Santos, E. O., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Pinho, L. B., Andrade, A. P. M., & Eslabão, A. D. (2018). Equipes de referência: Contribuições para o trabalho em saúde mental. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(1), 1–13. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100002&lng=pt&tlng=pt
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 253–268.
- Sarisoy, G., Kamaradova, D., Pazvantoglu, O., Yilmaz, E., Ozturan, D. D., & Akkaya, D. (2013). Estigma internalizado e relações íntimas em pacientes bipolares e esquizofrênicos: Um estudo comparativo. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 665–672. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.004>
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em saúde mental e psiquiátrica*. Quarteto Editora.
- Shrestha, S. (2019). Assertividade e autoestima entre estudantes de enfermagem do Manipal College of Medical Science de Pokhara, Nepal. *Journal of Chitwan Medical College*, 9(2), 54–59. <https://www.nepjol.info/index.php/JCMC/article/view/24535>

- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). NFER-NELSON.
- Shrivastava, A., Bureau, Y., Rewari, N., & Johnston, M. (2013). Risco clínico de estigma e discriminação de doenças mentais: Necessidade de avaliação e quantificação objetivas. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(2), 178–182. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.111459>
- Stewart, S., & Schröder, T. (2015). Emotional homework: A systematic literature review of patients' intersession experiences. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(3), 236–252. <https://doi.org/10.1037/a0039639>
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: The development of the 'Experience of Caregiving Inventory'. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 31, 137–148.
- Tavares, C., Gama, L., Souza, M., Paiva, L., Silveira, P., & Mattos, M. (2016). Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (25), 25–32. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0137>
- Tawfik, N. M., Sabry, N. A., Darwish, H., Mowafy, M., & Soliman, S. S. A. (2021). Psychoeducational program for the family member caregivers of people with dementia to reduce perceived burden and increase patient's quality of life: A randomized controlled trial. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 21501327211014088. <https://doi.org/10.1177/21501327211014088>
- Topi, M.; & Velentza, O. (2023) Interventions to address self-stigma in adults with a mental illness. *Scientific Chronicles*, 28(1), 39-52. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=bth&AN=172966807&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Thomas, J., Bijner, B., & James, A. (2024). Addressing burnout in mental health nursing: Strategies, challenges, and future directions. *BRIO Research*, 5,

126.

- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Estigma entre profissionais de saúde em relação a pacientes com transtornos por uso de substâncias e suas consequências para a prestação de cuidados de saúde: Revisão sistemática. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Vargas, M., Ramírez, E., Salazar, M., Otálvaro, A., Bedoya, J., Morales, D., Cañas, L., & Agudelo, L. (2021). Emociones, creencias y actitudes de personal asistencial hacia habitantes de calle que usan drogas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(3), 344658–344659. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e344658>
- Villotti, P., Corbière, M., Dewa, C. S., Fraccaroli, F., Sultan-Taïeb, H., Zaniboni, S., & Lecomte, T. (2018). Um modelo de mediação serial de apoio social no local de trabalho sobre a produtividade do trabalho: O papel do autoestigma e da autoeficácia na estabilidade no emprego em pessoas com transtornos mentais graves. *Disability and Rehabilitation*, 40(26), 3113–3119. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1362605>
- Voss, R. M., Das, J. M. (2002, setembro 12). *Mental Status Examination*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546682/>
- Weisman de Mamani, A., Weintraub, M. J., Maura, J., Martinez de Andino, A., & Brown, C. A. (2018). Stigma, Expressed Emotion, and Quality of Life in Caregivers of Individuals with Dementia. *Family process*, 57(3), 694–706. <https://doi.org/10.1111/famp.12325>
- Wong, Y.-L., Kong, D., Tu, L., & Frasso, R. (2018). "My bitterness is deeper than the ocean": Understanding internalized stigma from the perspectives of persons with schizophrenia and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 14. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0192-4>

- Xavier, S., Nunes, L., & Lima Basto, M. (2014). Competência emocional do enfermeiro: O significado do constructo. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 3–19. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v18i2.93>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *A teoria e a prática da psicoterapia de grupo*. Livros Básicos.
- Yang, L. H., Valencia, E., Alvarado, R., Link, B., Huynh, N., Nguyen, K., Morita, K., Saavedra, M., Wong, C., Galea, S., & Susser, E. (2013). Uma estrutura teórica e empírica para a construção de instrumentos de estigma específicos da cultura para o Chile. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(1), 71–79. <https://doi.org/10.1590/s1414-462x2013000100011>
- Yu, B. C. L., Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., Corrigan, P. W., & Chan, K. K. Y. (2021). Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clinical Psychology Review*, 87, 102029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102029>
- Zancan, N., & Habigzang, L. F. (2018). Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal. *Psico-USF*, 23(2), 253–265. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230206>

ANEXOS

Anexo I – Consentimento informado



Consentimento informado, livre e esclarecido para participação no projeto no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Eu, _____ (nome completo do participante), entendi a explicação sobre a minha participação na intervenção planeada. Realizei todas as perguntas que considerei importantes e recebi respostas apropriadas.

Fui informado(a) sobre o tipo de intervenção, os objetivos, metodologias, benefícios antecipados, potenciais riscos e possíveis desconfortos relacionados. Além disso, foi ressaltado que tenho o direito de recusar a minha participação a qualquer momento sem justificação e sem sofrer qualquer prejuízo pessoal. A participação é totalmente voluntária e em caso de dúvidas ou preocupações posso recorrer aos profissionais. A confidencialidade e o sigilo profissional em relação a todas as informações serão garantidos durante todo o processo.

O tratamento de dados está garantido e protegido e a participação é anônima. Todas as informações recolhidas durante este projeto serão mantidas em sigilo e utilizadas exclusivamente para fins académicos. Os resultados serão divulgados de forma a garantir o anonimato dos participantes.

Desta forma, procedo ao meu consentimento para a realização da intervenção proposta.

Data: ____ de _____ de 2024

Assinatura do utente: _____

Consentimento informado segundo a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000).

Anexo II – Questões da entrevista em contexto de internamento

Estigma Social:

- Já ouviu falar sobre o conceito de estigma?
- Como o senhor X, considera que as outras pessoas veem alguém que tem um diagnóstico de esquizofrenia?
- Já sentiu que as pessoas o tratam de maneira diferente por causa do seu diagnóstico?

Autoestigma:

- Já teve pensamentos negativos sobre si mesmo/a, como sentir-se inferior ou incapaz por ter uma doença mental?
- Como se sente quando precisa falar sobre a sua condição com outras pessoas? Sente vergonha ou desconforto?

Consciencialização sobre Comportamentos Autoestigmatizantes:

- Alguma vez se sentiu culpado/a por ter a doença, como se fosse a sua responsabilidade?
- Quando conhece alguém novo, fala-lhe sobre a sua doença?
- Quando enfrenta desafios ou dificuldades, tende a pensar que são causados pela doença?
- Já deixou de fazer algo que gostaria por pensar que, por ter esse diagnóstico, não conseguiria ou não seria aceite?

Anexo III – Planeamento das sessões em contexto de internamento

Plano de Sessão nº1 – Autoestigma			
Objetivos	Promover a coesão do grupo; Promover partilha de experiências e sentimentos; Informar sobre os conteúdos, objetivos e metodologia da intervenção; Promover conhecimento sobre estigma social e internalizado; Promover conhecimento sobre conceito de recuperação; Promover conhecimento sobre as consequências do autoestigma na recuperação; Promover consciencialização e alteração de pensamentos autoestigmatizantes.		
Duração	10 min	30 min	10 min
Intervenção	Fase inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento dos clientes; Quebra-gelo com recurso a tema neutro; Confirmar a confidencialidade da intervenção; Explicar funcionamento, estrutura e duração das sessões; Informar regras das sessões.	Ensinar sobre conceito de estigma/Autoestigma; Ensinar sobre conceito de estereótipo/preconceito/discriminação; Ensinar o conceito de <i>recovery</i> ; Ensinar sobre consequências do autoestigma no <i>recovery</i> ; Promover reflexão sobre pensamentos autoestigmatizantes. Jogo: Mitos e verdades sobre esquizofrenia. Plano de ação: Identificação e registo de pensamentos autoestigmatizantes.	Questionar os clientes se há algo, importante que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Revisão e síntese do plano de ação; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Metodologia	Participativa/Ativa	Expositiva; Participativa/Ativa	Interrogativa
Materiais	Computador; START TV; sinaléticas de mito ou verdade		

Plano de Sessão nº2 – Pensamentos, Emoções e Comportamentos			
Objetivos	Promover conhecimento sobre a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos; Identificar situações, pensamentos temidos, emoções e comportamentos adjacentes; Promover pensamentos alternativos.		
Duração	10 min	30 min	10 min
Intervenção	Fase inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento dos clientes; Quebra-gelo com recurso a tema neutro; Realizar síntese da sessão anterior; Esclarecer dúvidas da sessão anterior; Informar sobre objetivos da sessão.	Ensinar sobre a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos; Explicar que alguns pensamentos são conclusões precipitadas de situações (com recurso a imagens). Ensinar sobre pensamentos alternativos. Instruir sobre técnica cognitiva (avaliar as evidências e gerar alternativas); Treinar técnica cognitiva (avaliar as evidências e gerar alternativas); Estabelecer plano de ação (registar os próprios pontos fortes).	Questionar os clientes se há algo, importante que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Revisão e síntese do plano de ação; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Metodologia	Participativa/Ativa	Expositiva; Participativa/Ativa	Interrogativa
Materiais	Computador; START TV; Quadro; Marcador		

Plano de Sessão nº3 – Autoestima e Autoeficácia			
Objetivos	Promover o desenvolvimento de estratégias para aumentar a autoestima; Promover o desenvolvimento de estratégias para aumentar a autoeficácia; Promover o desenvolvimento de estratégias que aumentem a auto e heteroaceitação.		
Duração	10 min	30 min	10 min
Intervenção	Fase inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento dos clientes; Quebra-gelo com recurso a tema neutro; Realizar síntese da sessão anterior; Esclarecer dúvidas das sessões anterior; Informar sobre objetivos da sessão.	Promover a sobre os efeitos dos pensamentos negativos na autoestima e autoeficácia; Identificar forças pessoais e capacidades; Auxiliar no reconhecimento e aceitação das próprias fraquezas ou dificuldades; Auxiliar no desenvolvimento da autoaceitação (com recurso a exercício da autoaceitação); Realizar dinâmica - o elogio. Plano de ação: Identificar três forças de caráter que consideram que apresentam.	Questionar os clientes se há algo, importante que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Revisão e síntese do plano de ação; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Metodologia	Participativa/Ativa	Expositiva; Participativa/Ativa	Interrogativa
Materiais	Computador; START TV; Quadro; Marcador; Cartas de identificação de forças de caráter		

Plano de Sessão nº4 – Estratégias de <i>coping</i>			
Objetivos	Promover reflexão sobre possíveis situações estigmatizantes; Refletir sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas; Promover conhecimento sobre estratégias de enfrentamento; Treinar estratégias de <i>coping</i> .		
Duração	10 min	30 min	10 min
Intervenção	Fase inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento dos clientes; Quebra-gelo com recurso a plano de ação da semana anterior: identificação das forças de caráter; Realizar síntese da sessão anterior; Esclarecer dúvidas das sessões anteriores; Informar sobre objetivos da sessão.	Promover a reflexão sobre situações estigmatizantes que possam ocorrer; Identificar quais são as estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos utentes; Instruir sobre possíveis estratégias de <i>coping</i> ; Treinar estratégias de <i>coping</i> (<i>utilizando o role-playing</i>).	Questionar os clientes se há algo, importante para que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Metodologia	Participativa/Ativa	Expositiva; Participativa/Ativa	Interrogativa
Materiais	Computador; START TV; Quadro; Marcador		

AUTOESTIGMA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CONTEXTOS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Plano de Sessão nº5 – Avaliação			
Objetivos	Determinar evolução do conhecimento sobre estigma e autoestigma; Determinar evolução sobre estratégias promotoras do autoconceito; Determinar evolução do conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i> ; Avaliar intervenção.		
Duração	15 min	40 min	5 min
Intervenção	Fase inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento dos clientes; Realizar síntese das sessões anteriores; Esclarecer dúvidas das sessões anteriores; Informar objetivos das sessões.	Entrega dos instrumentos de avaliação: RSES; GSE; ISMI; Questionário de avaliação subjetiva da intervenção.	Questionar os clientes se há algo, importante para que ainda não foi abordado; Obter feedback relativamente à intervenção; Terminar sessão.
Metodologia	Participativa/Ativa	Expositiva; Participativa/Ativa	Interrogativa
Materiais	Computador; START TV; Quadro; Marcador		

Anexo IV – Slides da Sessão 2 em contexto de internamento



SITUAÇÃO	PENSAMENTO	EMOÇÃO	COMPORTAMENTO
ESTÁ UM GRUPO DE PESSOAS A OLHAR PARA MIM NA RUA	ESTÃO A FALAR MAL DE MIM	RAIVA TRISTEZA VERGONHA	ISOLO-ME CHORO GRITO NÃO SAIO DE CASA DURANTE A SEMANA

PENSAMENTO	
ESTÃO A FALAR MAL DE MIM	
A FAVOR	CONTRA
ESTÃO A OLHAR PARA MIM	PODEM SÓ QUERER INFORMAÇÕES PODEM QUERER SÓ CONVERSAR PODEM QUERER QUE ME JUNTE AO GRUPO

SITUAÇÃO	PENSAMENTO	EMOÇÃO	COMPORTAMENTO
ESTÁ UM GRUPO DE PESSOAS A OLHAR PARA MIM NA RUA	PODEM SÓ QUERER INFORMAÇÕES; PODEM QUERER SÓ CONVERSAR; PODEM QUERER QUE ME JUNTE AO GRUPO	CALMA DÚVIDA	POSSO QUESTIONAR SE PRECISAM DE ALGO SEGUIR O MEU CAMINHO

Anexo V – Planeamento da ação de sensibilização

Ação de sensibilização : Profissionais de Saúde e o Autoestigma nos Comportamentos Aditivos e Dependências		
Conteúdos		Duração
Atividade diagnóstica online aquando inscrição: Questionário de avaliação do estigma estrutural (Com base na adaptação da escala <i>Opening Mind Scale for Healthcare Providers</i> por Leite Ferreira et al. 2021, e na literatura existente).		20-30 min
Sessão		
Fase inicial	Apresentação da oradora/oradores; Apresentação da sessão: Conteúdos e objetivos.	10 min
Fase intermédia	Abordagem às Perturbações Aditivas com substância; <u>Atividade:</u> Debate sobre as atitudes perante um utente com uma doença física e um utente com perturbação aditiva usando o metimeter; Tipos de estigma; Conceito de estereótipo/preconceito/discriminação; Modelo Cognitivo do Autoestigma; Consequências do Autoestigma na pessoa com comportamentos aditivos e dependências. Influência do estigma estrutural no Autoestigma; Orientações de atuação: Diagnósticos e intervenções especializadas e não especializadas de enfermagem referentes ao Autoestigma.	60 min
Fase Final	Esclarecimento de dúvidas; Solicitação de feedback; <u>Avaliação da intervenção:</u> • Questionário de satisfação online; • Questionário de avaliação do estigma estrutural	20 min

Anexo VI – Panfleto e cartaz de divulgação da ação de sensibilização

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O
(AUTO)ESTIGMA NAS PERTURBAÇÕES
ADITIVAS**

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

**PESSOAS COM PERTURBAÇÕES ADITIVAS
ENFRENTAM UM MAIOR ESTIGMA DO QUE
AQUELAS COM OUTRAS DOENÇAS MENTAIS OU
FÍSICAS, COMPROMETENDO A PROCURA DE
AJUDA E O PROCESSO DE TRATAMENTO.**

**PORQUE PARA COMBATER O ESTIGMA É
PRECISO FALAR SOBRE ELE, VEM PARTICIPAR
NESTA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO!**

**DESTINATÁRIOS: ESTUDANTES
E/OU PROFISSIONAIS DA ÁREA
DA SAÚDE**

LOCAL:

DATA E HORA:

**INSCRIÇÃO ATRAVÉS DO QR
CODE OU LINK
(COM MINI LANCHE APÓS A AÇÃO)**

**PROJETO NO ÂMBITO DO MESTRADO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL
E PSIQUIÁTRICA**

**Oradora: Enfermeira Catarina Beleza
com apoio das Enfermeiras Especialistas em
Enfermagem de Saúde Mental: xxx**



<https://forms.office.com/ve/14ELVLggA1?origin=lprLink>

PESSOAS COM PERTURBAÇÕES ADITIVAS,
TEMEM O JULGAMENTO QUE PODE ADVIR DO
PROCESSO DE TRATAMENTO E DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

O AUTOESTIGMA É MUITO
INFLUENCIADO E CONSEQUENTE
DO ESTIGMA PROVENIENTE DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE.



PROJETO NO ÂMBITO DO
MESTRADO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIÁTRICA

LOCAL:

DATA E HORA:

CONTACTO:

INSCRIÇÃO ATRAVÉS DO QR
CODE



PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O AUTOESTIGMA NAS PERTURBAÇÕES ADITIVAS

SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO



**AS PESSOAS
DEPENDENTES DE
SUBSTÂNCIAS SÃO
CONSIDERADAS
PERIGOSAS E NÃO
MERECEADORAS DE
APOIOS.**

**PROFISSIONAIS DE
SAÚDE E O
AUTOESTIGMA NOS
COMPORTAMENTOS
ADITIVOS E
DEPENDÊNCIAS**

**SESSÃO DE
SENSIBILIZAÇÃO**

**PROFISSIONAIS DE
SAÚDE E O
AUTOESTIGMA NOS
COMPORTAMENTOS
ADITIVOS E
DEPENDÊNCIAS**

**SESSÃO DE
SENSIBILIZAÇÃO**

**QUANDO AS PESSOAS COM
PERTURBAÇÕES ADITIVAS
INTERNALIZAM OS
PRECONCEITOS DO ESTIGMA
SOCIAL E ESTRUTURAL,
APRESENTAM**

AUTOESTIGMA

**QUANTO MAIOR FOR O
AUTOESTIGMA E A VERGONHA QUE
DELE ADVÉM, MAIS LONGO SE
TORNA O PROCESSO DE
TRATAMENTO.**

OBJETIVO:

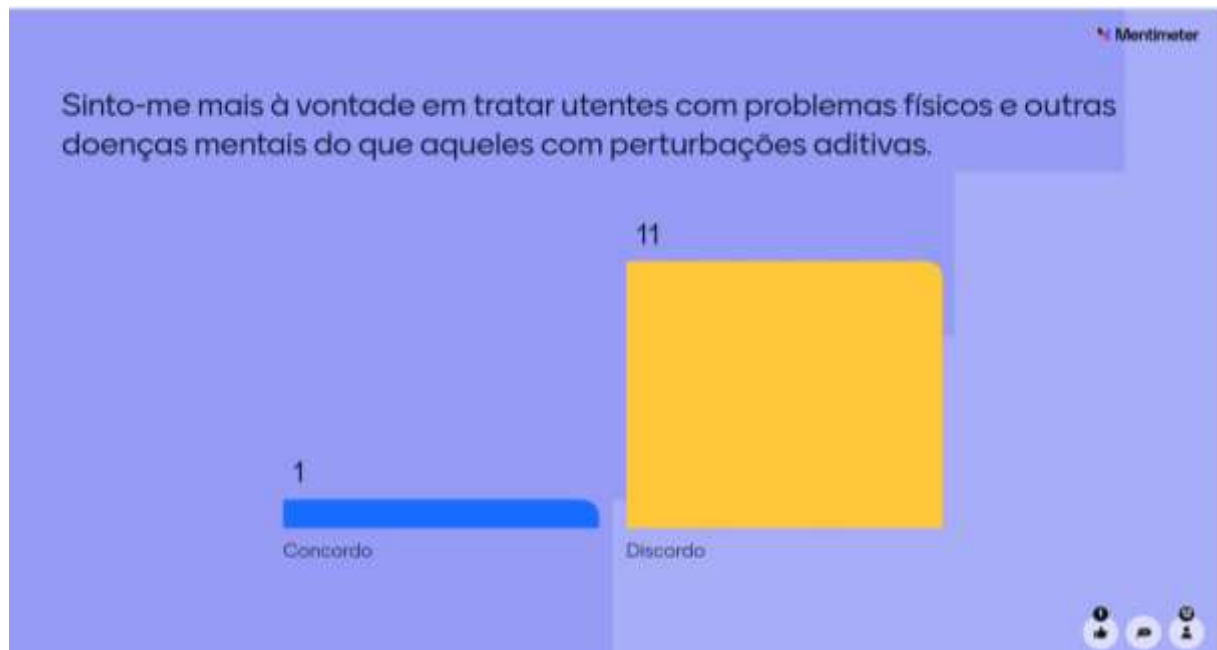
**SENSIBILIZAR PARA A
ALTERAÇÃO DE ATITUDES
ESTIGMATIZANTES PELOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE,
PERANTE UTENTES COM
PERTURBAÇÕES ADITIVAS COM
SUBSTÂNCIA.**

CONTEÚDOS:

**ABORDAGEM AO ESTIGMA NAS
PERTURBAÇÕES ADITIVAS COM
SUBSTÂNCIA;
CONCEITO DE
ESTEREÓTIPO/PRECONCEITO/DISCRIMINAÇÃO;
MODELO COGNITIVO DO
AUTOESTIGMA;
CONSEQUÊNCIAS DO AUTOESTIGMA
NA PESSOA COM PERTURBAÇÃO
ADITIVA;
INFLUÊNCIA DO ESTIGMA PELOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O
APARECIMENTO DO AUTOESTIGMA;
ORIENTAÇÕES DE ATUAÇÃO NO
ESTIGMA.**

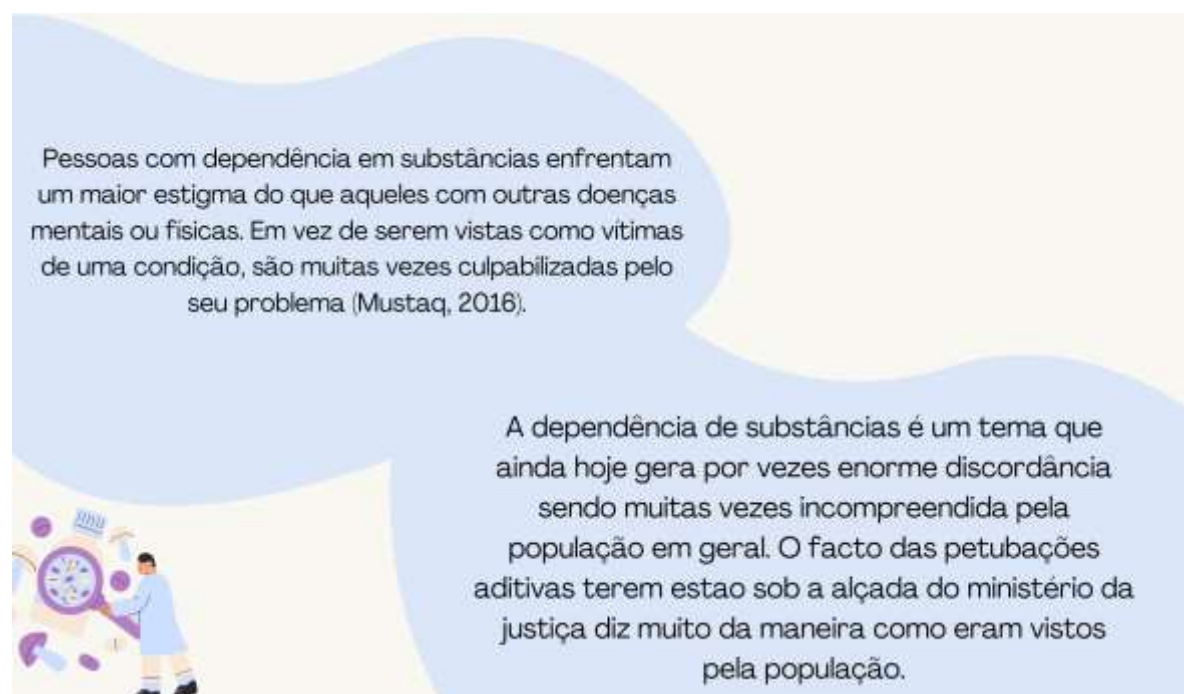
Anexo VII – Apresentação realizada através do mentimeter







Anexo VIII – Apresentação realizada através do canva





PERTUBAÇÕES ADITIVAS

A **perturbação aditiva** apresenta-se como doença cerebral, integra um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após experiência repetida a estímulos psicoativos que produzem estados emocionais positivos (sentidos como agradáveis/recompensadores). Estes estímulos podem ser desencadeados por substâncias psicoativas ou por atividades que deem prazer (jogo, internet, sexo, etc.) (Nida, 2018)

Adição é uma **doença crónica** recidivante, caracterizada pela compulsividade na obtenção e consumo das substâncias de abuso, perda de controlo nas quantidades de consumo e o aparecimento de estados emocionais negativos, que refletem a síndrome de abstinência quando o indivíduo não tem acesso à substância (Kobb & Volkow, 2009; Nida, 2018; Volkow et al., 2016).



ESTIGMA SOCIAL

ESTÉREÓTIPOS

Perigosidade;
Culpabilidade;
Imoralidade;
Irrecuperabilidade.

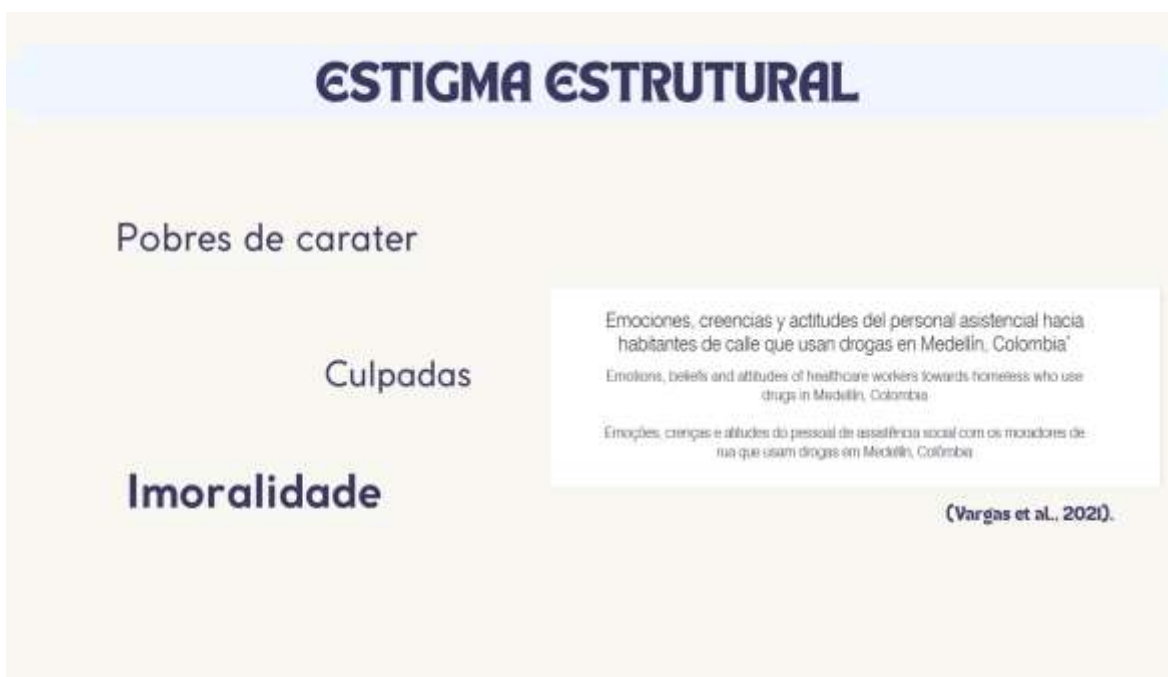
PRECONCEITO

Desconfiança;
Medo;
Vergonha.

DISCRIMINAÇÃO

Exclusão social;
Níglia relativamente aos
acessos cuidados de
saúde





ESTIGMA ESTRUTURAL

► Int J Psychiatry. 2009;195(1):10-17. doi: 10.1016/j.jpsych.2009.10.010.
Epub 2009 14 de dezembro.

Importa como nos referimos a indivíduos com condições relacionadas a substâncias? Um estudo randomizado de dois termos comumente usados

John F Kelly¹, Cassandra M Westerhoff

Afiliação: ¹ xqan00

Número de identificação pessoal: 20095692 DOI: 10.1016/j.jpsych.2009.10.010

Resumo

Objetivo: O estigma é uma barreira frequentemente citada para a busca de ajuda para muitos com condições relacionadas a substâncias. Maneiras comuns de descrever indivíduos com tais problemas podem perpetuar ou diminuir atitudes estigmatizantes, mas há pouca pesquisa para informar esse debate. Buscamos determinar se referir-se a um indivíduo como "um abusador de substâncias" vs. "tendo um transtorno de uso de substâncias" evoca julgamentos diferentes sobre autogestão, comportamental, ansiedade social e tratamento vs. punição.

(Kelly & Westerhoff, 2009)

"Pessoa com perturbação aditiva"

"Pessoa viciada"

ESTIGMA INTERNALIZADO



ESTIGMA

Dificulta o processo de recuperação

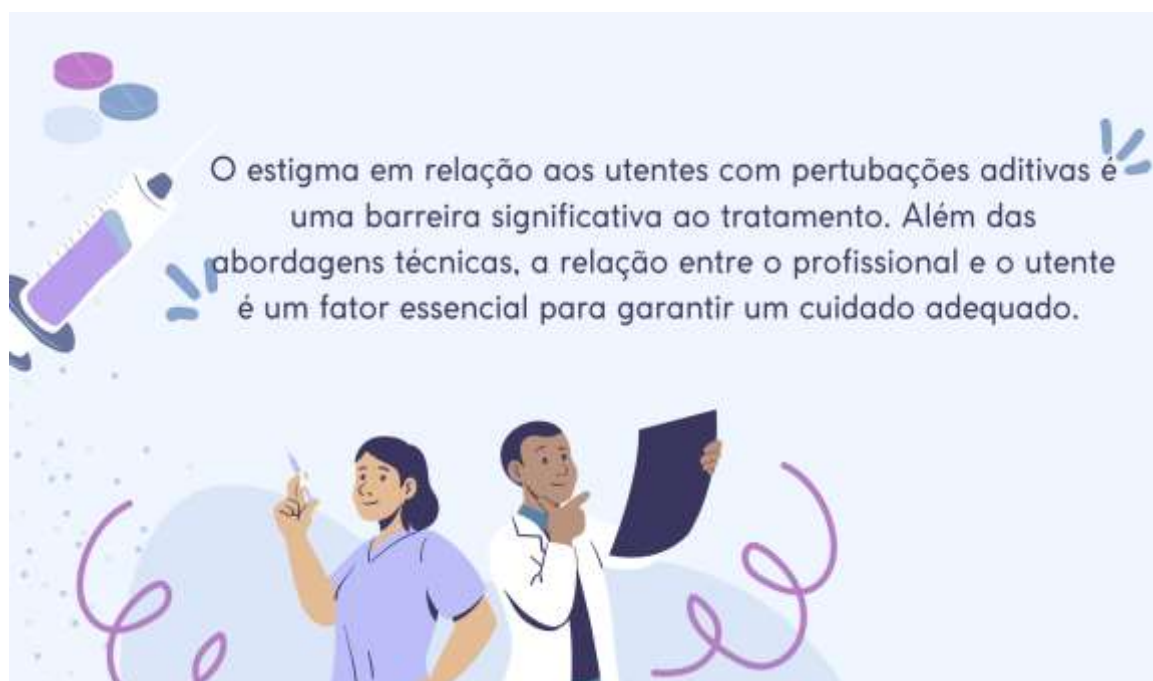
ORIENTAÇÕES DE ATUAÇÃO



(Ronzani et al., 2014)

ORIENTAÇÕES DE ATUAÇÃO PROCESSO DE ENFERMAGEM	
Diagnóstico: [Auto]Estigma	
Característica definidora Apresentar crença negativa relacionada à presença de doença mental (Oliveira, 2015); Apresentar sentimentos de alienação relacionados com a doença mental (Oliveira, 2015); Apresentar comportamentos de autodiscriminação relacionados com a doença mental (Oliveira, 2015);	Dado útil Apresentar consciencialização sobre crenças negativas públicas relacionadas com doença mental (Corrigan et al., 2006); Valor da escala ISMI (Oliveira, 2015). (Validada para a população portuguesa)
Objetivos: Diminuir autoestigma Avaliar evolução do autoestigma	
Intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: Executar reestruturação cognitiva; Executar psicoeducação; Executar treino de habilidades sociais; Executar terapia de grupo; Executar técnicas de de mindfulness.	

(Topt & Valente, 2023)



Anexo IX – Planeamento das sessões em contexto da comunidade

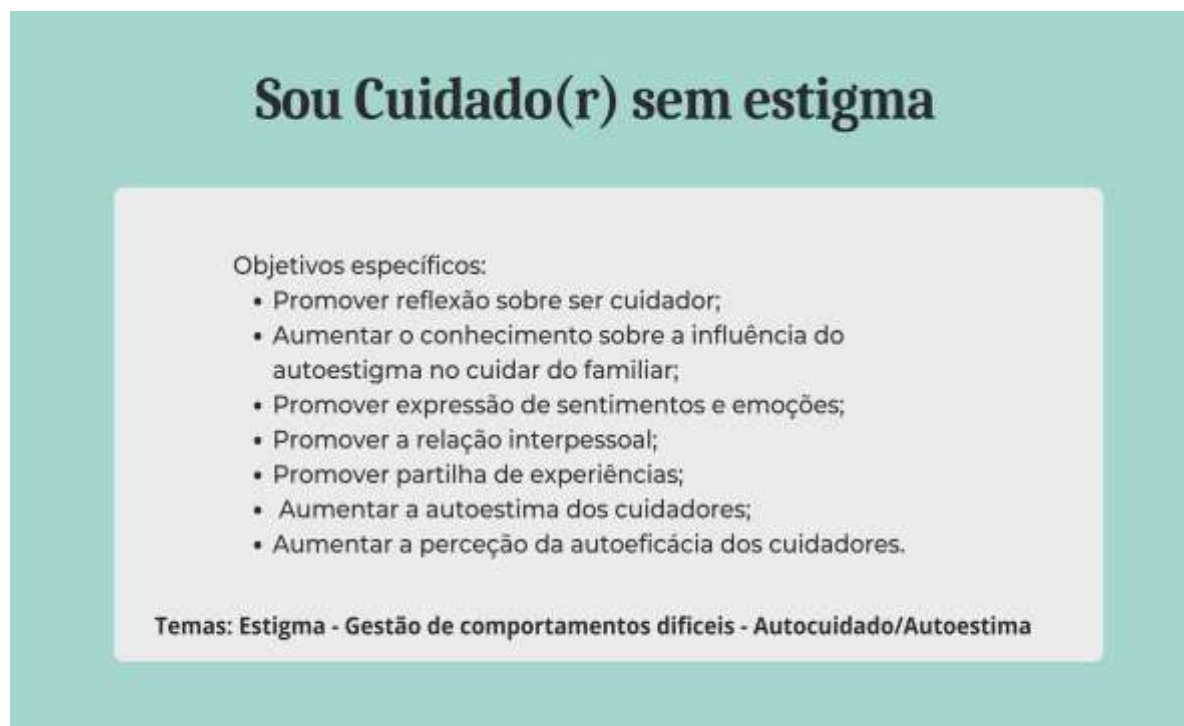
Plano de Sessão nº1 – Estigma e o Cuidar			
Objetivos	Promover a coesão do grupo; Promover partilha de experiências e sentimentos; Informar sobre os conteúdos, objetivos e metodologia do programa; Promover conhecimento sobre o conceito de cuidador; Promover reflexão sobre as implicações de ser cuidador; Promover conhecimento sobre perturbação neurocognitiva; Promover conhecimento sobre estigma social e internalizado; Promover consciencialização do impacto do estigma dos FC na prestação de cuidados.		
Duração	10 min	30 min	10 min
Intervenção	Fase inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento dos clientes; Quebra-gelo com recurso a tema neutro; Confirmar a confidencialidade da intervenção; Explicar funcionamento, estrutura e duração das sessões;	Ensinar sobre conceito de cuidador; Auxiliar na partilha sobre o que implica cuidar de uma pessoa com perturbação neurocognitiva; Ensinar sobre perturbação neurocognitiva; Ensinar sobre conceito de estereótipo/preconceito/discriminação; Ensinar sobre estigma e autoestigma dos FC; Auxiliar na reflexão sobre atitudes estigmatizantes no cuidado; Atividade: Audição da música “Melhor de mim” da Mariza, com posterior reflexão motivacional	Questionar os clientes se há algo, importante para que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Revisão e síntese do plano de ação; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Metodologia	Participativa/Ativa	Expositiva; Participativa/Ativa	Interrogativa
Materiais	Computador; Projetor		

Plano de Sessão nº2 – Gestão de comportamentos difíceis			
Objetivos	Promover conhecimento sobre sintomas comportamentais e psiquiátricos na perturbação neurocognitiva; Promover conhecimento sobre estratégias para gerir sintomas comportamentais e psiquiátricos na perturbação neurocognitiva; Promover capacidade para gerir sintomas comportamentais e psiquiátricos na perturbação neurocognitiva.		
Duração	10 min	30 min	10 min
Intervenção	Fase inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento dos clientes; Quebra-gelo com recurso a tema neutro; Realizar resumo da sessão anterior.	Ensinar sobre comportamentos difíceis; Auxiliar na reflexão sobre como os comportamentos difíceis influenciam o cuidado; Ensinar estratégias para gerir incontinência; sono; agitação; esquecimentos; Comportamentos desinibitórios; Realizar <i>role-playing</i> para identificação e treino das estratégias aprendidas.	Fornecer mini-livro com as estratégias aprendidas (imagem do mesmo mais à frente no anexo); Questionar os clientes se há algo, importante para que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Revisão e síntese do plano de ação; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Metodologia	Participativa/Ativa	Expositiva; Participativa/Ativa	Interrogativa
Materiais	Computador; Projetor		

Plano de Sessão nº3 – Autoestima, Autoeficácia, Autocuidado			
Objetivos	Promover o desenvolvimento de estratégias para aumentar a autoestima; Promover o desenvolvimento de estratégias que melhorem o autocuidado mental.		
Duração	10 min	30 min	10 min
Intervenção	Fase inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento dos clientes; Quebra-gelo com recurso a tema neutro; Questionar a cliente se existe algum problema/questão importante, que não tenha sido mencionado nas sessões anteriores, que possa ser prioritário para a sessão; Realizar síntese da sessão anterior.	Auxiliar na reflexão sobre o autocuidado dos FC; Ensinar sobre a importância do autocuidado mental e da autoestima na prestação de cuidados; Ensinar sobre estratégias para manter ou melhorar o bem-estar físico e psíquico; Auxiliar na moderação de partilha de estratégias entre os FC.	Questionar os clientes se há algo, importante para que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Revisão e síntese do plano de ação; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Metodologia	Participativa/Ativa	Expositiva; Participativa/Ativa	Interrogativa
Materiais	Computador; START TV; Quadro; Marcador		

Plano de Sessão nº4 – Avaliação			
Objetivos	Determinar evolução do conhecimento sobre estigma e autoestigma; Determinar evolução sobre estratégias promotoras da autocuidado e autoestima; Determinar evolução do estigma; Determinar evolução da autoestima e autoeficácia.		
Duração	5 min	50 min	5 min
Intervenção	Fase inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento dos clientes; Questionar a cliente se existe algum problema/questão importante, que não tenha sido mencionado nas sessões anteriores, que possa ser prioritário para a sessão;	Realizar síntese das sessões anteriores, com questões pertinentes à avaliação; Entrega dos instrumentos de avaliação: RSES; GSE; IEC.	Questionar os clientes se há algo, importante para que ainda não foi abordado; Obter feedback relativamente à intervenção; Terminar sessão.
Metodologia	Participativa/Ativa	Expositiva; Participativa/Ativa	Interrogativa
Materiais	Computador; Mesas; Cadeiras; Canetas		

Anexo X – Apresentação em *powerpoint* da Sessão 1 em contexto da comunidade



ÍNDICE DA SESSÃO

Sou Cuidado(r) sem estigma

- Demência/Perturbação neurocognitiva.
- Conceito de Cuidador.
- Implicações de ser cuidador;
- Conceito de estigma/autoestigma nos cuidadores.
Estereótipos/preconceitos/discriminação em ser FC de uma pessoa com demência.
- Consequência do autoestigma dos cuidadores, no cuidar.
- Estratégias de enfrentamento para o estigma.

**DEMÊNCIA/PERTURBAÇÃO
NEUROCOGNITIVA**



DEMÊNCIA/PERTURBAÇÃO NEUROCOGNITIVA



Declínio progressivo das capacidades intelectuais e do funcionamento da pessoa, levando a que esta seja incapaz de se relacionar normalmente com os outros, assim como gerir as rotinas do dia a dia de forma autónoma (Nóbrega et. al, 2022, p.11).

Sintomas frequentes: Esquecimento, desorientação, dificuldade na gestão das tarefas, do dinheiro, incapacidade de utilizar objetos (ex. comando, telemóvel), perder-se em lugares habituais, alterações das emoções, alterações do comportamento, alterações da fala, incontinência.... (Nóbrega et. al, 2022)

SER CUIDADOR DA PESSOA COM DEMÊNCIA



SER CUIDADOR

O cuidador é a pessoa responsável por cuidar de alguém que não tem autonomia para realizar todas ou algumas das suas atividades diárias.

Quando se trata de cuidar de uma pessoa com demência, o papel do cuidador é de **extrema importância**. O mesmo melhora o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa cuidada, através da satisfação das necessidades.

O cuidador é responsável por:

- Ser elo de ligação entre a pessoa com demência e a família ou profissionais;
- Escutar e ajudar a pessoa a exprimir os sentimentos;
- Promover o estabelecimento das rotinas diárias (higiene, refeições, ocupação);
- Promover a participação em atividades socioculturais/lazer;
- Cumprir a medicação;
- Garantir uma alimentação adequada e segura;
- Auxiliar na locomoção.....

(Nóbrega et. al, 2022)

ESTIGMA EM SER CUIDADOR DA PESSOA COM DEMÊNCIA



ESTIGMA

O estigma pode ser entendido como uma percepção negativa que as pessoas têm em relação àqueles que sofrem de distúrbios mentais (OE, 2021).

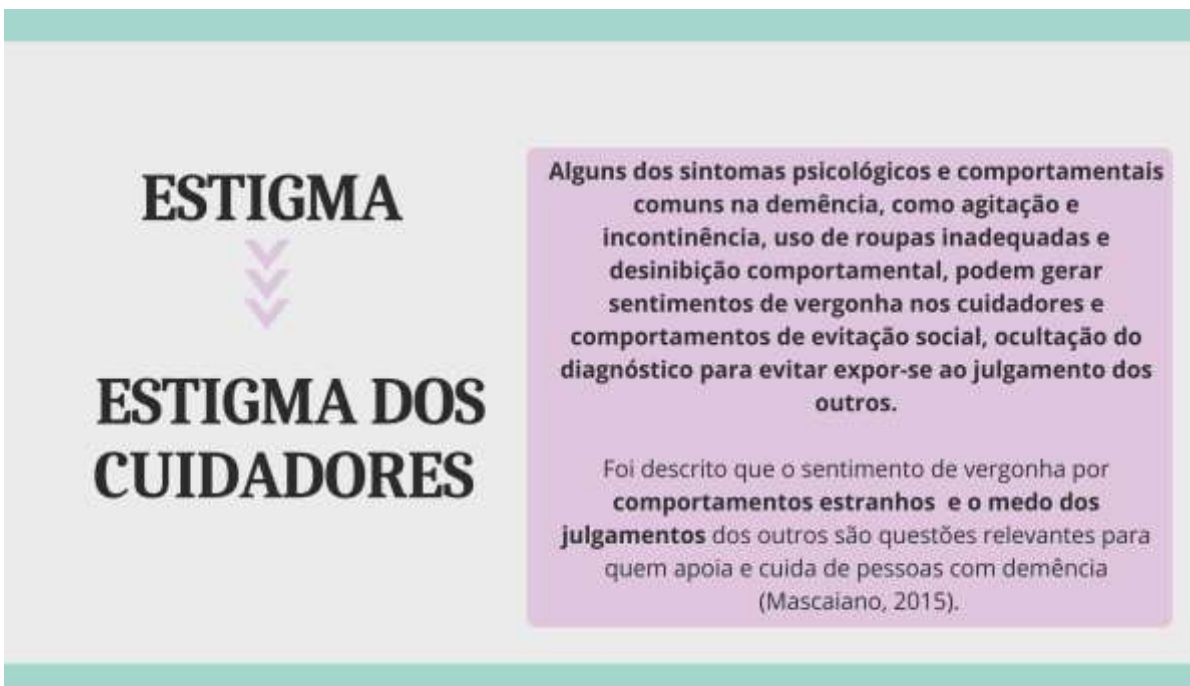
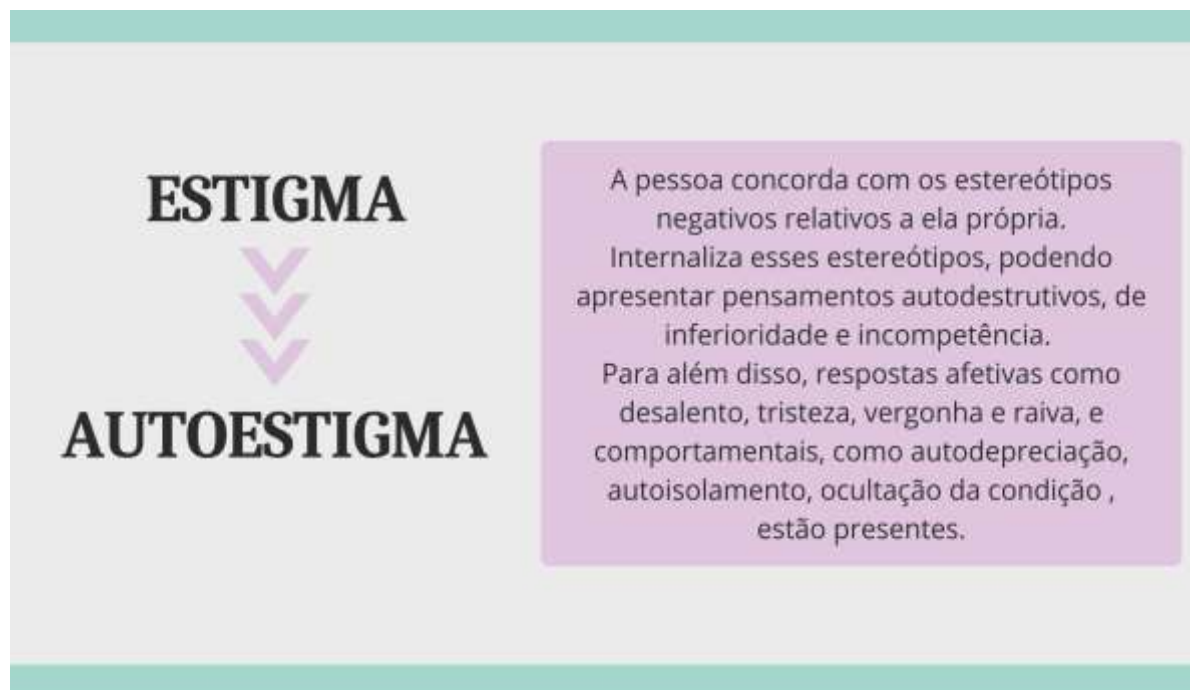
Atribuição de características negativas, estereótipos, preconceitos e discriminação à pessoa afetada (Corrigan e Wasseli, 2008).

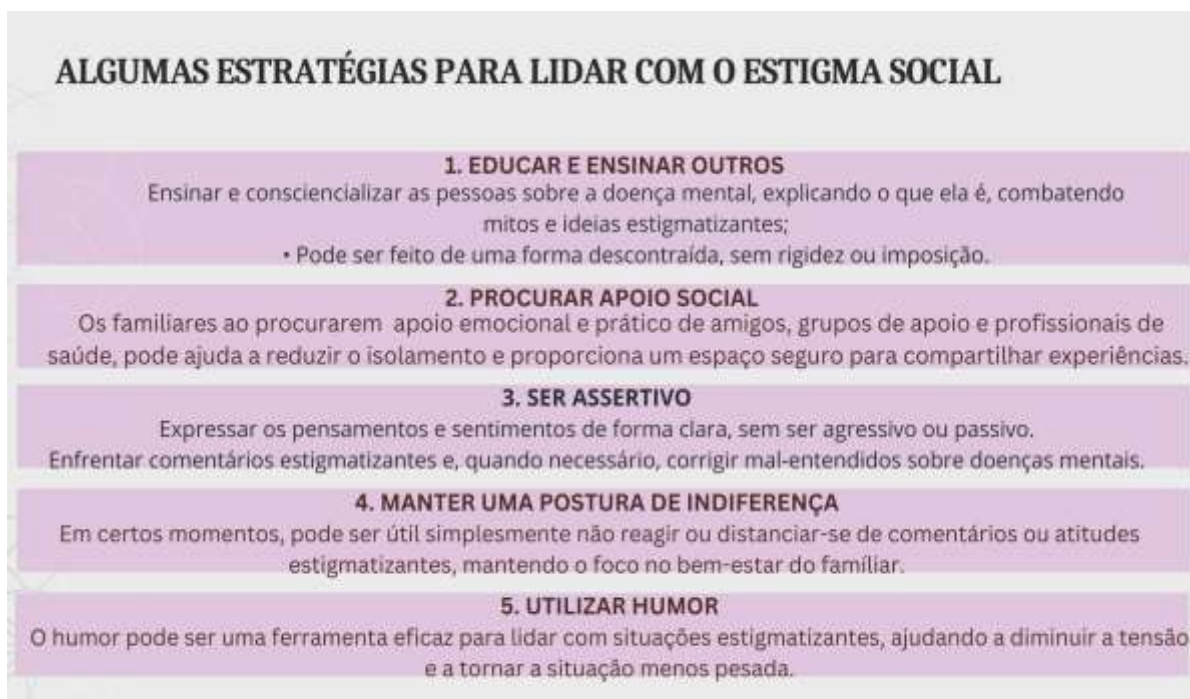
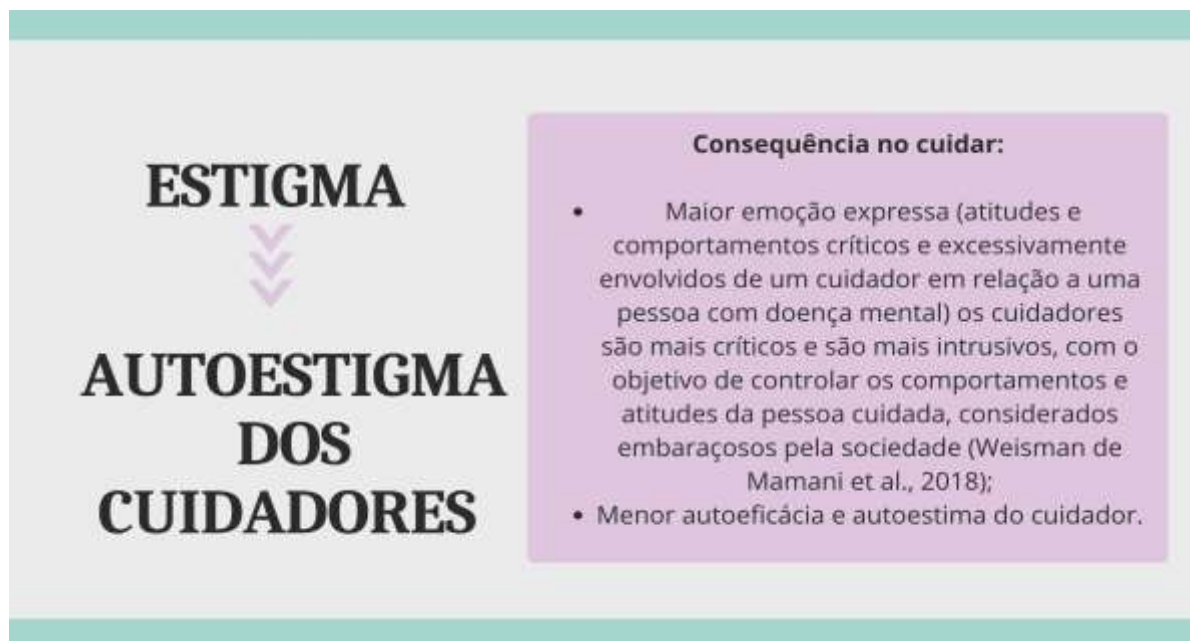
- **Estereótipos:** Conjunto de crenças negativas associadas às características específicas.
- **Preconceitos:** Componente emocional deste processo, apresentando-se como reações emocionais negativas perante os grupos ou pessoa.
- **Resposta comportamental/Discriminação:** Aparece em forma de discriminação, do qual se insere a evitação ao grupo ou pessoa considerada diferente (Corrigan & Watson, 2002).

ESTIGMA

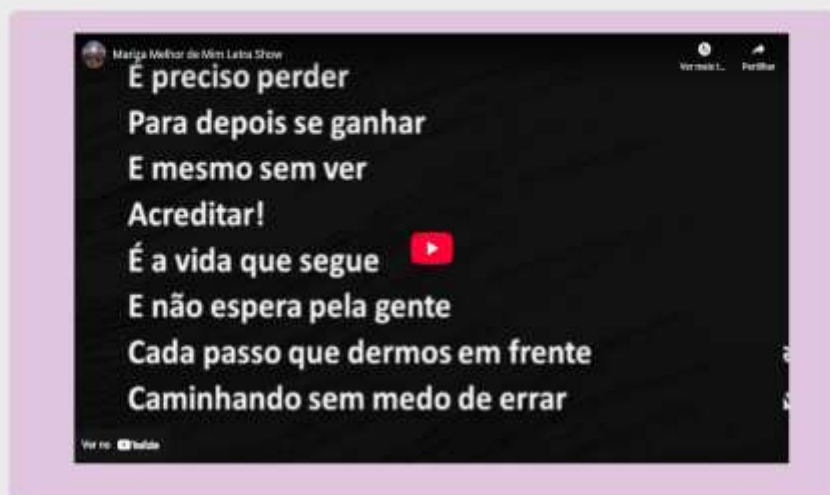
Estereótipos: A pessoa com demência é maluca
Preconceito: Tenho receio que me faça alguma coisa
Discriminação: Não me vou aproximar

Já tiveram alguma experiência?





VAMOS ESCUTAR



**ATÉ À
PROXIMA
SESSÃO**

OBRIGADA!!

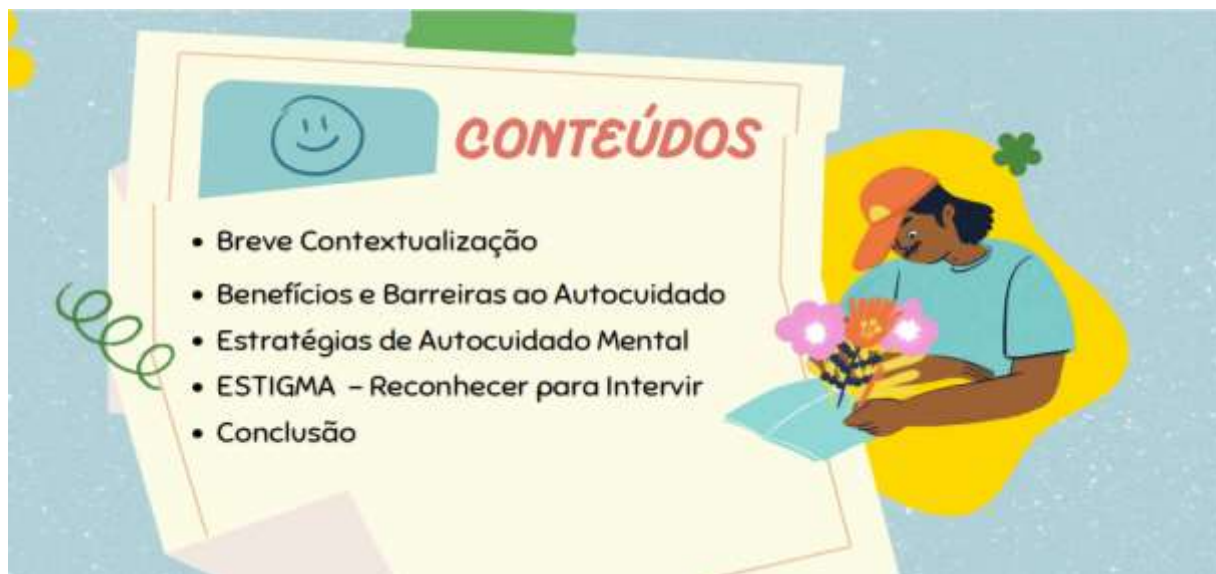


Anexo XI – Livro de bolso fornecido aos familiares cuidadores em contexto de comunidade



Anexo XII – Apresentação em *powerpoint* da intervenção psicoeducativa a familiares cuidadores de utentes com psicose





BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

- A prestação de cuidados pode transformar-se num Processo desafiante a nível físico, mental e provocar uma MONTANHA-RUSSA EMOCIONAL.
- Há evidência de que os Cuidadores Familiares têm risco acrescido de **NEGLIGENCIAREM O SEU AUTOCUIDADO** e, também por isso, sofrerem **↑** risco de **PERTURBAÇÃO MENTAL** (Ansiedade/ Stress/ Depressão/ Insónia/ Sobrecarga/ Uso excessivo de Álcool, Tabaco e outras drogas)



BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

- Os Cuidadores Familiares → assumem, em primeira linha, o papel de cuidador do seu familiar com necessidades de cuidados em Saúde Mental.
- Os cuidadores atribuem diferentes significados à tarefa de cuidar de um familiar (Philips et al., 2021)

Experiência pessoal gratificante
Sentido de Vida
Satisfação pessoal
Maior Resiliência



Isolamento Social, Problemas familiares
Dificuldades financeiras /manter emprego
Baixa Autoestima
Desgaste físico e mental
Difícil regulação emocional: raiva, tristeza
Redução dos níveis de Autocuidado
Preocupação excessiva constante





Quanto melhor o nível de Autocuidado Mental do Cuidador:

- Maior nível de Bem-estar emocional, físico e mental.
- Maior nível de autoconfiança, satisfação com a vida, pessoal e Autoestima.
- Melhor desempenho e eficácia na tarefa de Cuidar do Outro.
- Melhor capacidade de adaptação às mudanças e perante dificuldades.
- Maior Resiliência.
- Maior Regulação Emocional...Melhor Comunicação...Maior Criatividade



Barreiras para o Autocuidado Mental do Cuidador

(KARIMIRAD et al., 2022)

- Sentimento de Culpa e/ou sentir que está a ser egoísta
- Falta de tempo.
- Constrangimentos Financeiros.
- Não ter apoio na tarefa de cuidar do seu familiar
- Falta de estruturas de suporte e apoio externo.
- Falta de conhecimento: estratégias + importância do Autocuidado.
- Cansaço físico e emocional.
- ESTIGMA ou vergonha.
- outros...





PARTILHA:

- Quais as estratégias de Autocuidado Mental que utilizam?
- Quais Barreiras que enfrentam para a prática de Autocuidado?

ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO MENTAL

Escolhas e Estilo de Vida saudáveis têm um grande impacto.



ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

DGS recomenda:
150 min./ semana – atividade física leve a moderada
75 min/ semana – atividade física intensa
Escolher as suas preferências.



GESTÃO DE TEMPO

Manter um Plano diário/ semanal escrito, com as tarefas
Manter flexibilidade.
Priorizar, Priorizar, Priorizar!
Agendar momentos de autocuidado

ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO MENTAL



MINDFULLNESS & MEDITAÇÃO

Meditação diária.
Técnicas de respiração.
Yoga, Tai-Chi, etc.



MANTER-SE MENTALMENTE ATIVO

Ler, Estudar, Aprender uma Tarefa nova.
Participar em cursos, etc.



HOBBIES E ATIVIDADES PRAZEROSAS

Encontre tempo para atividades de prazer.

ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO MENTAL

Escolhas e Estilo de Vida saudáveis têm um grande impacto.



ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

DGS recomenda:
150 min./ semana – atividade física leve a moderada
75 min/ semana – atividade física intensa
Escolher as suas preferências.



GESTÃO DE TEMPO

Manter um Plano diário/ semanal escrito, com as tarefas
Manter flexibilidade.
Priorizar, Priorizar, Priorizar!
Agendar momentos de autocuidado

ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO MENTAL



MINDFULLNESS & MEDITAÇÃO

Meditação diária.
Técnicas de respiração.
Yoga, Tai-Chi, etc.



MANTER-SE MENTALMENTE ATIVO

Ler, Estudar, Aprender uma Tarefa nova.
Participar em cursos, etc.



HOBBIES E ATIVIDADES PRAZEROSAS

Encontre tempo para atividades de prazer.

ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO MENTAL



JOURNALING

Expressão Emocional
Reflexão Pessoal
Redução da Ansiedade
Registo de Conquistas.



PRATICAR AUTOCOMPAIXÃO

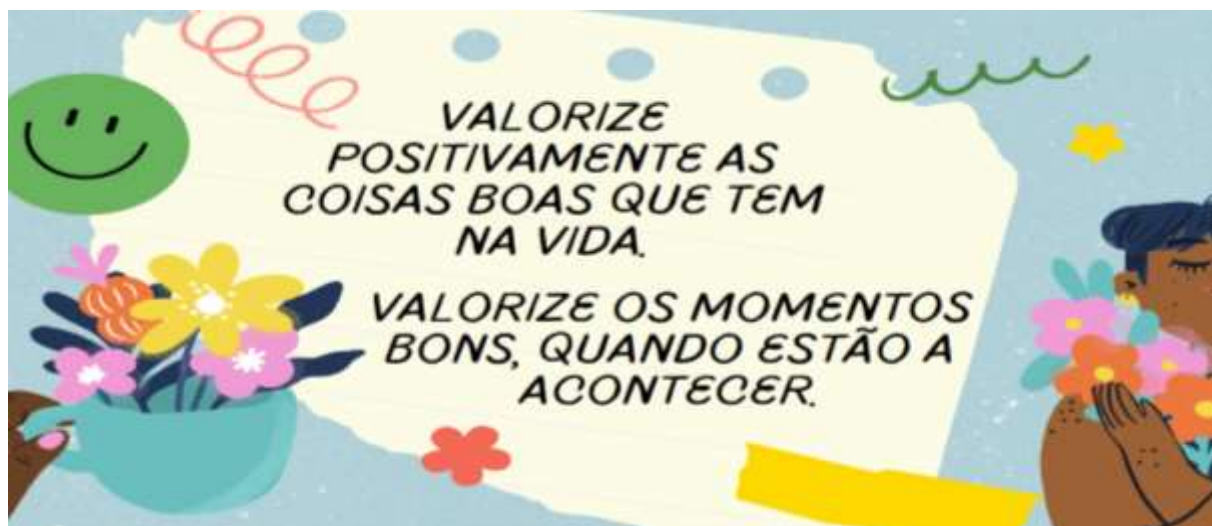
Reconhecer e aceitar as próprias limitações.
Evitar autocrítica excessiva
Celebrar Conquistas.

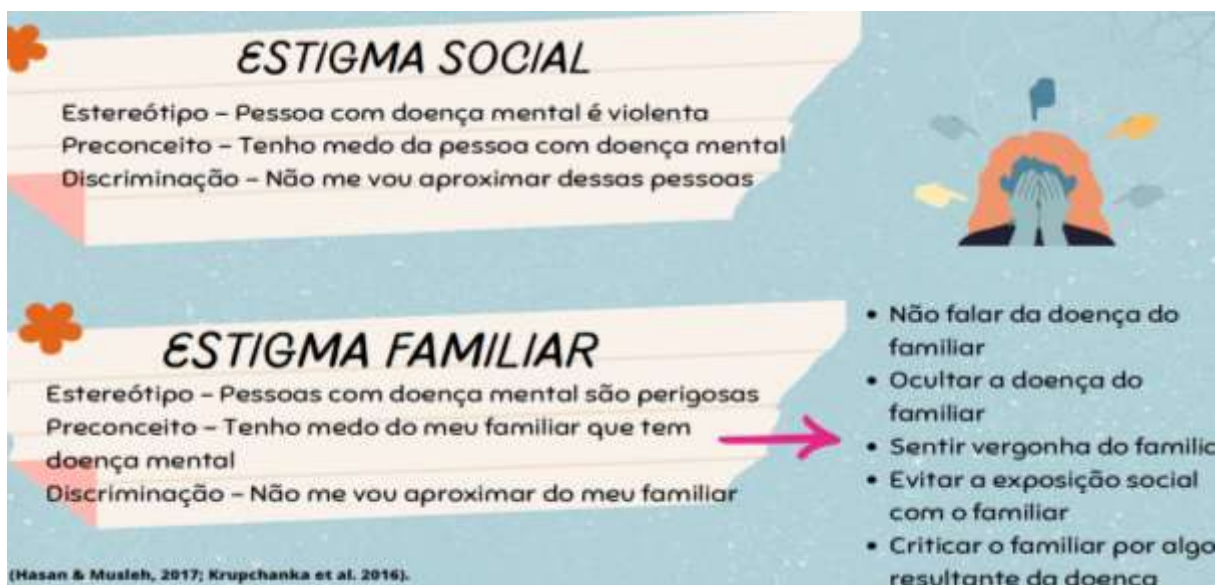
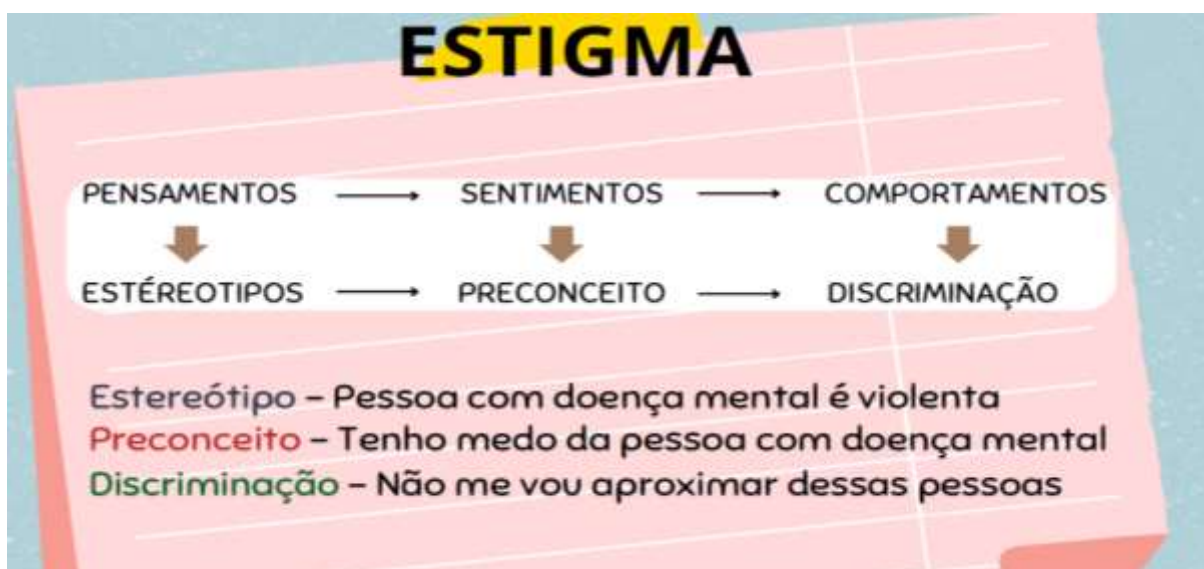
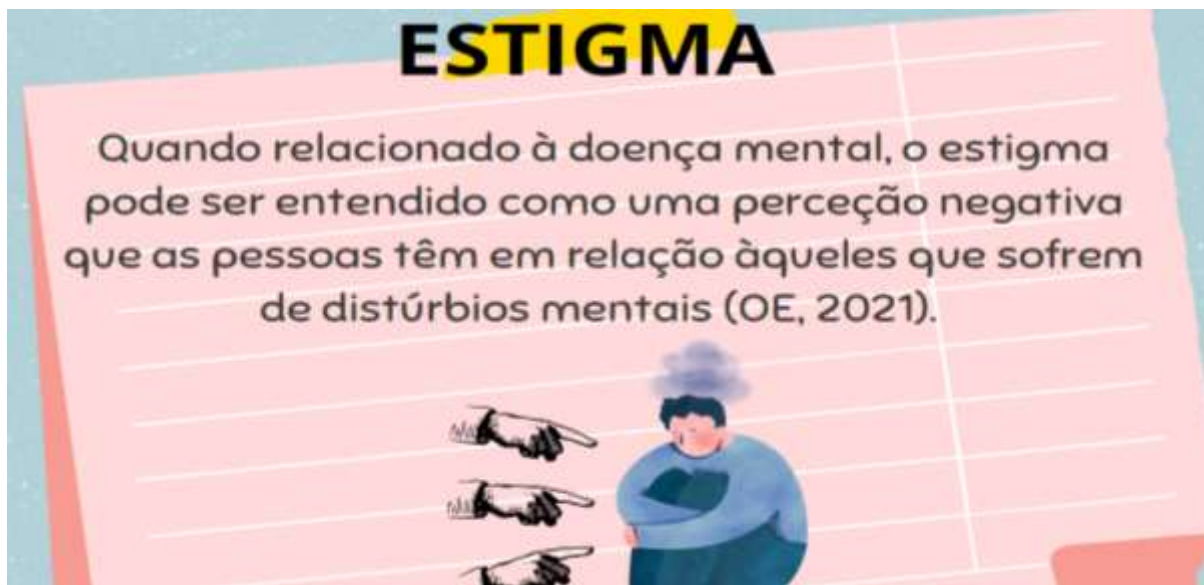


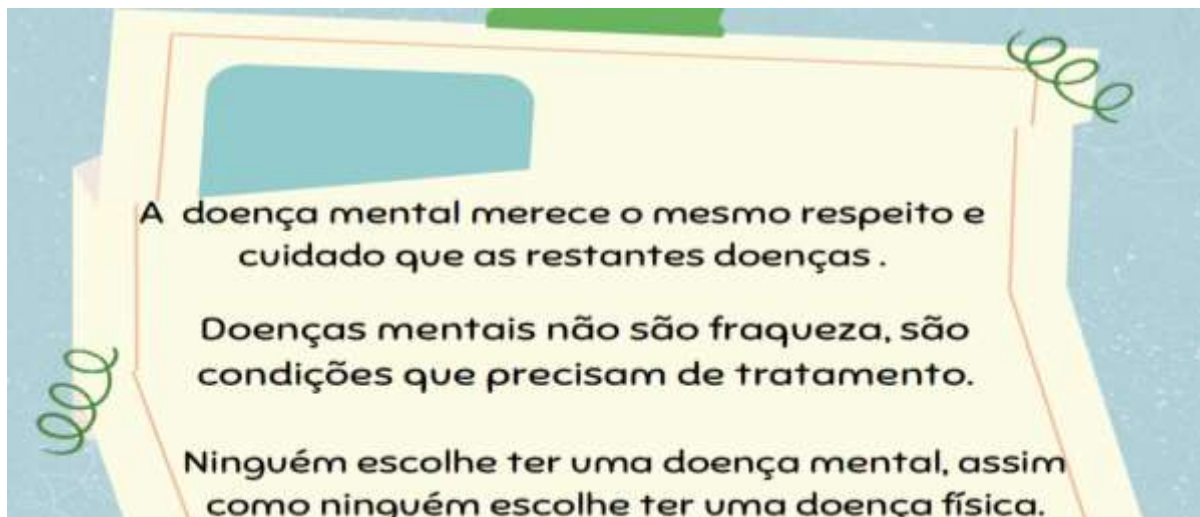
PROCURAR AJUDA PROFISSIONAL

Reconhecer precocemente sinais e sintomas.
Considerar Terapia individual e/ou familiar.









ALGUMAS ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O ESTIGMA SOCIAL

1. EDUCAR E ENSINAR OUTROS

Ensinar e consciencializar as pessoas sobre a doença mental, explicando o que ela é, combatendo mitos e ideias estigmatizantes;

• Pode ser feito de uma forma descontraída, sem rigidez ou imposição.

2. PROCURAR APOIO SOCIAL

Os familiares ao procurarem apoio emocional e prático de amigos, grupos de apoio e profissionais de saúde, pode ajuda a reduzir o isolamento e proporciona um espaço seguro para partilhar experiências.

3. SER ASSERTIVO

Expressar os pensamentos e sentimentos de forma clara, sem ser agressivo ou passivo. Enfrentar comentários estigmatizantes e, quando necessário, corrigir mal-entendidos sobre doenças mentais.

4. MANTER UMA POSTURA DE INDIFERENÇA

Em certos momentos, pode ser útil simplesmente não reagir ou distanciar-se de comentários ou atitudes estigmatizantes, mantendo o foco no bem-estar da família.

5. UTILIZAR HUMOR

O humor pode ser uma ferramenta eficaz para lidar com situações estigmatizantes, ajudando a diminuir a tensão e a tornar a situação menos pesada.

O ESTIGMA NASCE DO MEDO E DA IGNORÂNCIA, MAS É ATRAVÉS DO AMOR E DA COMPREENSÃO QUE ELE PODE SER SUPERADO.

QUANDO UMA FAMÍLIA ESCOLHE NÃO ESCONDER, MAS SIM APOIAR, ELA TORNA-SE UMA FONTE DE FORÇA PARA QUEM ENFRENTA AS DIFICULDADES DA DOENÇA MENTAL.



Anexo XIII – Entrevista clínica em contexto de internamento

História Biopsicossocial:

N. 49 Anos/Sexo feminino

Habilitações literárias: 12ºano

Emprego: Reformada por invalidez

História de vida / História Psiquiátrica e não Psiquiátrica:

A utente refere que teve uma infância muito feliz. O seu pai, por ter sido militar, sempre foi um "bocadinho rígido" (sic), no entanto considera que cresceu num ambiente amoroso e estruturado, descrevendo a sua infância como feliz e "normal" (sic). Sempre foi uma criança tímida, mas esforçada nos estudos, sendo frequentemente elogiada pelos professores pelo seu desempenho académico. Teve alguns amigos ao longo do percurso académico, mas nunca foi muito extrovertida, preferindo passar o tempo em casa a ler. Quando terminou o 12º ano candidatou-se à escola de enfermagem, a qual foi aceite. No entanto, não conseguiu passar do primeiro ano da faculdade após algumas tentativas. Pequenos detalhes passaram a incomodá-la profundamente: olhares trocados entre colegas teriam significados ocultos, comentários casuais soavam como críticas, e a sensação de que todos falavam dela. Para além disso, passava os dias isolada e não se conseguia concentrar. Foi então, que uma professora da escola convocou uma reunião com os pais e aconselhou-a a abandonar a escola, pois não "tinha vocação para tal" (sic).

Significado atribuído à saída da escola de enfermagem: Refere que, na altura, se sentiu muito sozinha, pois os pais e os irmãos "reclamavam" (sic) com ela. A saída da escola de enfermagem simbolizou o "fracassar na vida" (sic). "Senti-me desiludida comigo própria e irritada com o mundo" (sic). No entanto, agora, percebe que naquele momento, era o melhor. Refere que já não estaria a tirar proveito dos ensinamentos e que não "poderia passar lá a vida toda" (sic). Acrescenta que, embora aceite a saída, que tem uma profunda tristeza em não ser enfermeira. Refere que a doença a impediu de concretizar um sonho.

Período após a saída da escola de enfermagem: A utente refere que após a saída da escola, passava os dias no quarto a chorar. Isolou-se do mundo e não queria falar com ninguém. Foi nesse período que outros sintomas apareceram, começou a "ouvir vozes" e a "pensar coisas sobre as pessoas que não eram verdade" (sic). Refere que se lembra bem de, por exemplo, quando estava a ler, ouvia uma voz a ler-lhe o livro. A mãe, após ter-se

apercebido que "algo não estava bem" (sic), levou-a ao psiquiatra. Foi então, que o médico lhe diria que ela teria Esquizofrenia Paranoide.

É seguida em Psiquiatria desde há cerca de 20 anos. Esteve sempre em regime de hospital de dia.

Significado atribuído ao diagnóstico: A utente refere que, na altura, foi "um choque, pois não percebia o que era aquela doença" (sic). Agora, considera que viver com esquizofrenia é viver com uma doença e por isso, tem de saber lidar com ela. Refere que é necessário saber quando está pior e pedir ajuda quando precisa. Salienta que tomar sempre a medicação é importante para não voltar ao que já foi. Diz que é uma doença como as outras, mas é do foro mental.

Consciencialização sobre o diagnóstico: A Senhora N. refere que a esquizofrenia paranoide é uma doença mental crónica que para além de envolver a presença de delírios e alucinações também lhe provoca tristeza, cansaço e falta de vontade para fazer algo. Refere que estes sintomas afetaram muito a sua vida, mas que agora estão mais controlados.

Significado da família atribuído à doença (na perspetiva da cliente): A cliente refere que tanto os pais, como os irmãos, não estavam à espera de que ela tivesse uma doença. "Ficaram em choque, preocupados. Mas no fundo tiveram resposta para muitas questões que faziam e começaram a perceber melhor o que se estava a passar" (sic).

Período após o diagnóstico: Após o diagnóstico, a utente refere que começou a tomar medicação adequada e foi proposta para ir para um hospital psiquiátrico, em regime de hospital de dia.

Significado atribuído ao facto de ficar em regime de centro de dia: A utente refere que na altura, a vontade de ir para o hospital, conviver e fazer atividades, era nula. No entanto, com alguma insistência do médico e da mãe, que acabou por ceder. No início custou-lhe muito, pois sentia que não confiava em ninguém. Agora, considera que foi a melhor coisa que podia ter feito. Refere que conheceu uma das suas grandes paixões: o ponto de cruz. Para além disso, sente-se segura, sabe que pode confiar nos profissionais que lá trabalham. Considera que foi com a administração da medicação e a entrada para o centro de dia, que a sua vida mudou.

Comportamento aditivo: Nega consumos de drogas ilícitas e de álcool.

Outras patologias/cirurgias/internamentos não psiquiátricos anteriores: Não

Alergias: Sem alergias conhecidas

Autocuidado cuidar da higiene pessoal: A utente demonstra uma aparência cuidada, com roupas limpas e adequadas para a estação. Mantém os hábitos de higiene pessoal, como higiene das mãos, escovagem dos dentes durante a permanência no hospital. Refere que toma banho todos os dias.

Sono/Sono comprometido:

Característica definidora: A utente refere que está habituada a ir para a cama por volta das 21h, adormecer por volta das 21h30 e levantar-se às 7h. Refere que vive com o seu pai e que se habituaram assim, por isso é o seu número de horas de sono habitual. No entanto que, por vezes, tem imensa dificuldade em adormecer, estando até às 23h/00h sem dormir.

Dado útil (permite orientar a intervenção): Utente refere realizar exercício físico (há semanas que faz duas vezes, outras não faz nenhuma vez), quando chega a casa (vendo vídeo no Youtube). Realiza por volta das 16h30, outras vezes por volta das 18h. Utente deita-se às 21h.

Dado útil (permite orientar a intervenção): Não é consumidora de álcool, nem tabaco.

Dado útil (permite orientar a intervenção): Toma café uma vez por dia, de manhã.

Dado útil (permite orientar a intervenção): Antes de dormir, tem o hábito de ler ou ver televisão. ·Dado útil (permite orientar a intervenção): Refere ao fim de semana, levantar-se mais tarde.

Dado útil (permite orientar a intervenção): Refere que janta por volta das 18h30min, e antes de ir para a cama, bebe um copo de leite com a medicação.

Dado útil (permite orientar a intervenção): Refere tomar a medicação em sos quando tem dificuldade em dormir (diazepam 5mg).

História Familiar:

Desde que entrou para o regime de hospital de dia, a sua vida foi correndo com alguma estabilidade, que foi quebrada com a descoberta da doença da sua mãe. A utente refere que a sua mãe era a sua grande confidente e era ela que a acalmava em momentos de exacerbação da doença. O facto da sua mãe ter essa doença, "foi muito mau" (sic).

Significado atribuído à morte da mãe: A mãe faleceu há cerca de cinco anos, sendo que foi descoberta a doença pouco tempo antes. Refere que ver a sua mãe a ir-se foi a "pior coisa do mundo" (sic). No entanto, aquando do seu falecimento, a senhora N. refere que já teria

"aceitado" (sic). Considera que foi um ano muito pesado, a mãe foi-se deteriorando ao longo do tempo, e já nos seus últimos dias, ela estava "muito magra, quase não comia e nem conseguia falar" (sic). Considera, que naquela altura, apesar de lhe custar, foi o melhor.

Nessa altura, ela já viveria com o irmão mais novo e com os pais. Passando, assim, só a viver com o pai e o irmão. No entanto, o irmão saía de casa pouco tempo depois. Atualmente, vive somente com o seu pai.

Relacionamento com o seu pai: A utente refere que tem muito orgulho no seu pai. No entanto, acrescenta que sempre teve uma "personalidade autoritária" (sic), mas sendo a mãe uma pessoa compassiva, conseguia controlar o seu humor. Desde o falecimento da esposa, que o pai, por vezes, tem períodos de "irritação" (sic). O pai é que faz as lides domésticas, sendo que não quer que a utente o ajude, pois quer que ela "descanse" (sic). No entanto, quando está descontrolado, critica-a dizendo que ela "não faz nada", "está melhor no manicómio", "não vale nada", "é uma doente" (sic).

Significado atribuído às palavras do pai: A utente refere que fica triste quando o ouve a dizer aquelas coisas, mas refere que já esta habituada e que sabe que são "momentos de fúria e que depois passa" (sic). Refere que, por vezes, começa a pensar se o que ele diz sobre ela é verdade, e que fica triste, principalmente quando toca ao facto de ter a doença. No entanto, depois fica tudo bem, "ele só precisa de espaço" (sic).

Estratégias de coping face às alterações do humor do pai: A utente refere que quando o pai se exalta, que ela vai sempre para o quarto. Tenta ler um livro ou ouvir música. Estas estratégias têm resultado para controlar a situação no momento.

Relacionamento com os irmãos: A irmã mais velha da cliente vive noutra cidade, e por isso, aos fins de semana, vai de transporte público até lá. Refere que tem uma boa relação com a irmã, considera-a a sua confidente. Quanto ao irmão mais novo, a utente refere que o mesmo, por vezes vai visitá-la, para ela passar algum tempo com o sobrinho. Acrescenta, que o mesmo vive relativamente perto, e às vezes, no caminho para casa, o encontra num estabelecimento público. Refere, manter, também, uma boa relação com o mesmo.

Genograma e ecomapa (não evidenciado por questões de proteção de dados).

História Social:

A utente refere que teve sempre uma vida muito solitária e que nunca teve uma grande rede de amigos. No entanto, desde que entrou em regime de hospital de dia fez algumas amizades, e que tem uma melhor amiga. A irmã e a melhor amiga são as pessoas que ela mais confia. Considera os profissionais de saúde do hospital psiquiátrico um grande suporte.

Os seus hobbies preferidos são o ponto de cruz, crochê, cartonagem, dar caminhadas, que faz durante a permanência no hospital.

Exame físico:

Estado nutricional: Peso: 68 Kg; Altura: 1,56m IMC: 21,8 Kg/m²

Mastigação: Não alterada

Deglutição: Não alterada

Pele e mucosas:

Edemas: Não

Hidratadas: Sim

Íntegras: Sim

Cicatrizes: Não

Exame mental:

Cognição: A cliente demonstra uma coerência no discurso, conseguindo expressar os seus pensamentos de forma organizada e lógica. A fluência do discurso, apesar de um pouco lentificada, apresenta-se adequada, sem hesitações ou interrupções significativas. Revela capacidade de análise e reflexão sobre os assuntos expressos, bem como apresenta um encadeamento lógico de ideias ao relatar as suas experiências e sentimentos durante a entrevista, conseguindo conectar os diferentes aspetos do conteúdo relatado de forma compreensível. Narra com facilidade eventos passados e recentes, conseguindo situá-los temporalmente de forma correta e detalhada. A orientação no tempo e no espaço permanece preservada, já que a cliente veio à entrevista conforme a data, hora e local combinados.

Escala Mini Exame do Estado Mental (validação portuguesa de Guerreiro,1998): *score* 30 (sem défice cognitivo).

Pensamento: Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.

Sem indícios de ideação suicida

Anexo XIV – Planos de sessão e ferramentas utilizadas na intervenção reestruturação cognitiva

Plano de Sessão: Sessão 1 –Reestruturação Cognitiva			
Objetivos	Estabelecer rapport e confiança; Promover expressão emocional; Promover conhecimento à utente sobre reestruturação cognitiva e modelo cognitivo; Promover consciencialização sobre pensamentos automáticos e o impacto na vida diária; Identificar pensamentos disfuncionais da cliente; Definir necessidade de ajuda; Desenvolver uma lista de objetivos; Estabelecer contrato terapêutico.		
Duração	15min	30 min	10min
Intervenção	Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento da cliente; Quebra-gelo com recurso a tema neutro; Início do processo de <i>rapport</i> : apresentar à cliente o fundamento teórico que suporta a intervenção; Confirmar a confidencialidade da intervenção; Estabelecer papéis dos intervenientes; Explicar funcionamento, estrutura e duração das sessões; Demonstrar a importância da realização de anotações, por parte da cliente; Definir agenda.	Esclarecer e avaliar algumas informações relativas ao diagnóstico; Discutir o diagnóstico com a cliente; Realizar intervenção psicoeducativa sobre autoconceito; Encorajar a pessoa a descrever os pensamentos e emoções associados ao diagnóstico; Identificar aspirações e valores; Identificar objetivos face à intervenção; Definição de objetivos específicos, registados por escrito; Realizar e assinar contrato terapêutico; Realizar ensino sobre pensamentos automáticos negativos; Estabelecer plano de ação (registo diário de pensamentos automáticos).	Questionar a cliente se há algo, importante para si, que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Materiais	Papel; Caneta		

Plano de Sessão: Sessão 2 –Reestruturação Cognitiva			
Objetivos	Promover o conhecimento sobre identificação e resposta aos pensamentos automáticos; Promover conhecimento sobre a relação entre pensamentos e emoções; Promover a capacidade sobre utilização de técnicas cognitivas para alterar pensamentos automáticos; Promover conhecimento sobre pensamentos alternativos; Promover conhecimento sobre modificação de pensamentos disfuncionais por pensamentos alternativos. Promover reflexão sobre as qualidades.		
Duração	15min	30 min	10min
Intervenção	Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento da cliente; Reforçar positivamente os recursos que estão a ser mobilizados, por parte da cliente; Definir agenda e hierarquizar os itens da mesma; Questionar a cliente se existe algum problema/questão importante, que não tenha sido mencionado nas sessões anteriores, que possa ser prioritário para a sessão; Realizar síntese da sessão anterior.	Ler o plano de ação da cliente (pensamentos automáticos negativos e as situações consequentes ao longo da semana) Ajudar a identificar pensamentos automáticos negativos sobre as situações mais relevantes para a cliente; Explicar a relação entre os pensamentos e emoções; Ajudar a avaliar a veracidade dos pensamentos; Explicar sobre pensamentos alternativos; Realizar ensino sobre questionamento socrático; Entrega de folheto informativo sobre questionamento socrático; Estabelecer plano de ação sobre questionamento socrático e registo de pensamentos automáticos negativos. Ajudar a refletir sobre os aspetos positivos e pessoas significativas nas suas vidas; Ensinar sobre Diário de Gratidão e Conquistas: Descrição de qualidades ou tarefas que considera positiva. Prescrição colaborativa de planos de ação relevantes.	Questionar a cliente se há algo, importante para si, que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Materiais	Papel; Caneta; Folheto sobre questionamento socrático; Folha de diário de gratidão e conquistas		

Plano de Sessão: Sessão 3 –Reestruturação Cognitiva			
Objetivos	Promover reflexão sobre as próprias qualidades; Promover conhecimento sobre os pensamentos positivos e autoafirmações positivas; Promover conhecimento sobre a relação dos pensamentos positivos e o humor; Promover conhecimento sobre a relação dos pensamentos positivos e o autoconceito.		
Duração	15min	30 min	10min
Intervenção	Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento da cliente; Reforçar positivamente os recursos que estão a ser mobilizados, por parte da cliente; Definir agenda e hierarquizar os itens da mesma; Questionar a cliente se existe algum problema/questão importante, que não tenha sido mencionado nas sessões anteriores, que possa ser prioritário para a sessão; Realizar síntese da sessão anterior.	Ler o plano de ação da cliente (Diário de Gratidão e Conquistas); Ajudar a refletir sobre as próprias qualidades; Ensinar sobre a influência das autoafirmações e pensamentos positivos no autoconceito e no humor; Oferecer excerto de livro de autoafirmações positivas de Louise Hay; Estabelecer plano de ação: ler excerto do livro e continuar a escrever as suas próprias qualidades. Ler plano de ação sobre execução de questionamento socrático e novos pensamentos automáticos negativos; Esclarecer dúvidas que possam ter ocorrido do plano de ação da sessão anterior.	Questionar a cliente se há algo, importante para si, que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Materiais	Papel; Caneta; Folheto sobre questionamento socrático; Folha de diário de gratidão e conquistas; Excerto de livro de autoafirmações positivas de Louise Hay		

Plano de Sessão: Sessão 4 - Reestruturação Cognitiva			
Objetivo	Promover conhecimento sobre críticas construtivas e não construtivas; Promover conhecimento sobre estratégias para lidar com críticas; Promover capacidade para lidar com críticas.		
Duração	15min	30 min	10min
Intervenção	Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento da cliente; Reforçar positivamente os recursos que estão a ser mobilizados, por parte da cliente; Definir agenda e hierarquizar os itens da mesma; Questionar a cliente se existe algum problema/questão importante, que não tenha sido mencionado nas sessões anteriores, que possa ser prioritário para a sessão; Realizar síntese da sessão anterior.	Questionar sobre o excerto do livro sobre autoafirmações positivas; Incentivar ao uso de autoafirmações positivas no dia a dia da utente; Enfatizar o potencial do uso de autoafirmações positivas e a melhora na autoestima e no humor. Ensinar sobre críticas construtivas e não construtivas; Ajudar a utente a identificar os pensamentos automáticos negativos que tem aquando críticas; Instruir como a utente pode utilizar o questionamento socrático e as autoafirmações positivas para lidar com as críticas; Treinar com a utente a utilização do questionamento socrático e as autoafirmações positivas para lidar com as críticas; Estabelecer plano de ação (utilizar o questionamento socrático e as autoafirmações positivas para lidar com as críticas);	Questionar a cliente se há algo, importante para si, que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Materiais	Papel; Caneta; Folheto sobre questionamento socrático; Folha de diário de gratidão e conquistas; Excerto de livro de autoafirmações positivas de Louise Hay		

Plano de Sessão: Sessão 5 - Reestruturação Cognitiva			
Objetivo	Prevenir recaídas; Determinar evolução do autoconceito e estratégias promotoras do autoconceito; Determinar evolução do humor e estratégias promotoras do humor; Determinar evolução do comportamento assertivo e estratégias promotoras do comportamento assertivo; Promover a reflexão através da avaliação final da intervenção psicoterapêutica – reestruturação cognitiva; Promover esperança.		
Duração	15min	30 min	10min
Intervenção	Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Final
Conteúdos	Acolhimento da cliente; Reforçar positivamente os recursos que estão a ser mobilizados, por parte da cliente; Definir agenda e hierarquizar os itens da mesma; Questionar a cliente se existe algum problema/questão importante, que não tenha sido mencionado nas sessões anteriores, que possa ser prioritário para a sessão; Realizar síntese da sessão anterior.	Rever as estratégias que a cliente desenvolveu ao longo das sessões: Questionamento socrático; Autoafirmações positivas. Refletir sobre término das sessões; Incentivar à leitura das notas das sessões e continuação das estratégias desenvolvidas. Orientar para a procura profissional aquando algum momento mais <i>stressor</i> ou que implique sintomas mais graves (exemplo: ideação suicida).	Questionar a cliente se há algo, importante para si, que ainda não foi abordado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Materiais	Papel; Caneta		



Questionamento socrático



Qual o pensamento?
 Quais as provas que apoiam esta ideia?
 Quais são as provas que contrariam esta ideia?
 Existe um ponto de vista alternativo?
 Qual é o resultado mais realista?
 Qual o efeito de acreditar no pensamento automático?
 Qual o efeito de acreditar no pensamento alternativo?



Situação	Pensamento Automático	Emoção	Pensamento Alternativo	Emoção

[illegible]